

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ  
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ  
DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ҲАМРОЕВ БАХТИЁР СУЛТОНОВИЧ**

**ДОРИ ВОСИТАЛАРИ ТАЪСИРИ ОҚИБАТИДА ОШҚОЗОН ИЧАК  
ТРАКТИДАН ҚОН КЕТИШЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА  
ДАВОСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАКТИКАСИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухоро – 2023**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси**  
**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)**  
**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)**

**Ҳамроев Бахтиёр Султонович**

Дори воситалари таъсири оқибатида ошқозон ичак трактидан қон кетишлар  
диагностикаси ва давосининг замонавий тактикаси ..... 3

**Ҳамроев Бахтиёр Султонович**

Современная тактика диагностики и лечения кровотечений желудочно-  
кишечного тракта, в результате воздействия лекарственных средств ..... 23

**Hamroyev Bakhtiyor Sultonovich**

Modern tactics for the diagnosis and treatment of bleeding from the  
gastrointestinal tract, as a result of exposure to drugs ..... 43

**Эълон қилинган нашрлар рўйхати**

Список опубликованных работ

Lists of published works ..... 47

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**  
**ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ**  
**DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

---

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**ҲАМРОЕВ БАХТИЁР СУЛТОНОВИЧ**

**ДОРИ ВОСИТАЛАРИ ТАЪСИРИ ОҚИБАТИДА ОШҚОЗОН ИЧАК  
ТРАКТИДАН ҚОН КЕТИШЛАР ДИАГНОСТИКАСИ ВА  
ДАВОСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ТАКТИКАСИ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухоро – 2023**

**Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Олий таълим, фан ва инновациялар вазирлиги хузуридаги Олий аттестация комиссиясида №B2021.4.PhD/Tib 2307 рақами билан рўйхатга олинган.**

Диссертация Бухоро давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

**Илмий раҳбар**

**Ўроқов Шухрат Тўхтаевич**  
тиббиёт фанлари доктори

**Расмий оппонентлар**

**Сафоев Бақодир Барноевич**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор  
**Акбаров Миршавкат Миралимович**  
тиббиёт фанлари доктори, профессор

**Етакчи ташкилот**

**С.В.Очаповский номидаги Илмий тадқиқот институти (Россия Федерацияси)**

Диссертация химояси Бухоро давлат тиббиёт институти хузуридаги DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соат \_\_\_\_\_ даги мажлисида бўлиб ўтади. (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри. А. Навоий шоҳ кўчаси, 1- уй. Тел./факс: (+99865) 223-00-50; e-mail: [buhme@mail.ru](mailto:buhme@mail.ru).)

Диссертация билан Бухоро давлат тиббиёт институти Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин ( \_\_\_ рақами билан рўйхатга олинган). (Манзил: 200118, Бухоро шаҳри, Навоий шоҳ кўчаси, 1-уй. Тел./Факс: (+99865) 223-00-50.)

Диссертация автореферати 2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ куни тарқатилди.

(2023 йил «\_\_\_» \_\_\_\_\_ даги \_\_\_\_\_ рақамли реестр баённомаси).

**А.Ш. Иноятов**

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

**Н.Н. Казакова**

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

**Б.З. Хамдамов**

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

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

**Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати.** Ошқозон ичак тизимидан қон кетишларни ўз вақтида ташхислаш ва даволаш тактикасининг адекват амалга оширилиши масалалари, шошилиш жарроҳликнинг бугунги кунга қадар етарли даражада ҳал қилинмаган муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. Шунинг билан биргаликда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетишлар кун сайин ўсиб ҳозирги вақтда 100 000 аҳолига 90-103 кишини ташкил қилмоқда, «...дорилар билан даволашнинг самарадорлиги умумқабул қилинганлигига қарамасдан қон кетишлар билан асоратланганда ўлим кўрсаткичлари стабил юқори бўлиб қолмоқда ва 10-14% ни ташкил қилмоқда...»<sup>1</sup>.

Жаҳон миқёсида олиб борилган кенг кўламли тадқиқотларнинг таҳлили асосида келтирилган маълумотларга кўра яра касаллиги, айниқса ошқозоннинг тана қисми яраларининг сезиларли даражада камайиши кузатилсада, ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар частотаси яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларининг тобора кенг доирада қўлланилаётганлиги ҳисобига аксинча ўсиш тенденциясини намойиш этмоқда. Маълумки яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларининг таъсирлари ҳисобига қизилўнгач ва ошқозон шиллиқ қаватларида яширин қон кетишдан тортиб, токи профуз қон кетишигача сабаб бўлувчи эрозив ўзгаришлар ва яраларнинг ривожланиш ҳолатлари юзага келиши кузатилмоқда. Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари таъсирида ошқозонда простогландинлар ажралишининг камайиши кузатилиб, бу ҳолат ошқозон шиллиқ қаватининг цитопротектив қобилиятининг пасайишига сабаб бўлади, бу жараён эса ошқозон ичак тизими юқори қисмида эрозия ва яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади.

Мамлакатимизда соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича амалга оширилаётган кенг кўламли чора-тадбирлар орасида касалликларга эрта ташхис қўйиш, уларнинг асоратларининг частотасини камайтириш ва олдини олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. Бу борада 2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистоннинг тараққиёт Стратегиясида кўрсатилган 7 та устувор йўналишнинг 4-қисм 5б-мақсадида «...аҳоли саломатлигини муҳофаза қилиш, тиббиёт ходимлари потенциалини ошириш ва соғлиқни сақлаш тизимини ривожлантиришнинг 2022-2023 йилларга мўлжалланган дастурини амалга оширишга йўналтирилган комплекс чора-тадбирларнинг амалга ошириш...»<sup>2</sup> вазифалари белгиланган. Ушбу режада соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирларнинг вазифалари белгилаб берилган. Ошқозон ичак тизимининг яралари ва уларнинг асоратланиши, хусусан касалликда оптимал консерватив даволаш билан бир қаторда турли оғирликда кечувчи яраларда, қон кетишларни эрта

<sup>1</sup> Абдуллаев А.Н., Литвинова Д.В., 2018. Оценка влияния факторов риска на развитие желудочно-кишечных кровотечений //Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. –2018. - №2. - С. 33-33.

<sup>2</sup>Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сонли «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистоннинг ривожланиш стратегияси тўғрисида»ги Фармони.

аниқлаш ва адекват даволаш, шунингдек радикал жарроҳлик амалиётлари орқали комплекс даволашни амалга ошириш билан беморларда реабилитацияни самарали таъминлаш бўйича кўплаб тадқиқотлар олиб борилмоқда.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 12 ноябрдаги ПФ-6110-сон «Бирламчи тиббий-санитария ёрдами муассасалари фаолиятига мутлақо янги механизмларни жорий қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимида олиб борилаётган ислохотлар самарадорлигини янада ошириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги ва 2022 йил 28 январдаги ПФ-60-сон «2022-2026 йилларда Янги Ўзбекистонни ривожлантириш стратегияси тўғрисида» ги Фармонлари, 2020 йил 10 ноябрдаги ПҚ-4887-сон «Аҳолининг соғлом овқатланишини таъминлаш бўйича қўшимча чора тадбирлар тўғрисида» ва 2018 йил 25 январдаги ПҚ-3494-сон «Шошилиш тиббий ёрдам тизимини жадал такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида» ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилган.

**Тадқиқотнинг республика фан ва техника ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги.** Мазкур тадқиқот Республика фан ва технологияларини ривожлантиришнинг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

**Муаммонинг ўрганилганлик даражаси.** Сўнгги вақтларда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ) нинг кенг кўламда қўлланилиши сабабли ошқозон-ичак тизимидан қон кетишлар йил сайин ортиб бораётганлиги аниқланган. Тадқиқотлар шуни кўрсатганки ҳаттоки кам дозадаги, 75 - 325 мг миқдорда ЯҚНДВ қўлланилганда ҳам ошқозон шиллиқ қаватининг жароҳатланишини 2-4 баробарга ортиши маълум бўлган (Фомин П.Д., Никишаев В.И., 2020).

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг проксимал бўлимларида ЯҚНДВ ларнинг улцероген таъсирида ётган механизмларни узоқ муддатлар давомида ўрганиб келинмоқда. Меъёрий шароитда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда агрессив ва химоя омиллари ўртасида баланс мавжуд. ЯҚНДВ ларни қабул қилиш жараёнида эса, простагландинлар етишмовчилиги юзага келиб улар ошқозон яраларининг ҳосил бўлишининг патогенезида энг муҳим рол ўйнайди. Циклооксигеназининг ингибирланиши ҳисобига простагландинлар синтезининг камайиши, ҳам ЯҚНДВ дан кутилаётган клиник самаранинг (вазодилатациянинг, шишнинг, оғриқнинг камайиши), ҳам ошқозоннинг шиллиқ қаватига зарарловчи улцероген таъсир кўринишидаги кутилмаган ножўя таъсирнинг асоси бўлиб ҳисобланади (Ефремов А.Л. ва ҳаммуаллифлар, 2020).

Турли этиологияли ошқозон ичак тизимидан қон кетиши сабабли ўлим ҳолати ошқозон ва 12-бармоқли ичак ярасининг асорати бўлган перфорациядан олдинги яъни етакчи ўринни эгаллайди. Ошқозон ичак тизимининг юқори қисми (гастроудоденал соҳа)дан қон кетишлар муаммоси, учраш даражаси ва ўлим кўрсаткичининг юқорилиги ҳамда унинг ўсиб

бораётганлиги ҳисобига жаҳон тиббиётининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда, АҚШ нинг ўзида ҳар йили қон кетиш билан 300 000 бемор касалхонага ётқизилса, шундан 150 000 нафари гатродуоденал яралар билан боғлиқ. Буюк Британияда эса касалхонага ётқизилиш зарурати бўлган ўткир яралардан қон кетиш частотаси 100 000 аҳолига 25 кишига тўғри келади [Ступин В.А., Смирнова Г.О., ва ҳаммуал. 2020].

Абдуллаев А.Н., Литвинов Д.В. (2018) нинг маълумотларига кўра ошқозон ичак тизимининг юқори бўлимларидан қон кетишнинг сабаблари орасида, ҳолатларнинг ярмидан кўпида ошқозоннинг яра ҳисобига зарарланиши ўрин олган.

Тадқиқотларда келтирилган маълумотларга кўра яра касаллиги, айниқса ошқозон танаси яраларининг сезиларли даражада камаяётганлиги кузатилиши баробарида, ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар эса аксинча яллиғланишга қарши ностероид дори моддаларининг ҳисобига кўпайганлиги кузатилмоқда [Поваляев А.В., Дуванский В.А., Чернеховская Н.Е., 2020].

Маълумки яллиғланишга қарши дори воситалари таъсирида қизилўнгач ва ошқозоннинг шиллиқ қаватларида ҳатто профуз қон кетишига олиб келадиган эрозия ва яралар ривожланади. ЯҚНДВ воситалари таъсирида ошқозонда простогландинлар ажралишининг камайиши кузатилиб, бу ҳолат ошқозон шиллиқ қаватининг цитопротектив қобилиятининг пасайишига сабаб бўлади, бу жараён эса ўз навбатида ошқозон ичак тизимининг юқори бўлимида эрозия ва яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади (Нишанов М.Ф., 2020).

ЯҚНДВ ёки ЦОГ-1 ва ЦОГ-2ни блокловчи дори моддаларининг барчаси простагландинлар функциясини пасайтириб, ошқозон гиперсекрециясига ва ошқозон ширасининг ацидопептик ҳамда агрессив фаолиятини ошириб, шиллиқ қаватнинг ҳимоя хусусиятини пасайтиради, бу эса ўз навбатида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватлари бутунлигининг бузилишига ҳамда ушбу патологик жараённинг сурункали давом этишига олиб келади. Таъкидлаш жоизки, ЯҚНДВ ни узоқ муддат давомида қўллаш ҳамда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг шиллиқ қаватида эрозия ёки яра чақирувчи хавф омилларига ҳам эътибор қаратиш лозим [Бокерия Л.А. ВА ҳаммуаллифлар 2021].

Сўнгги 20 йил давомида статистик маълумотларга кўра, кардиохирургиянинг жадал ривожланиши, кардиофармацевтиканинг эришган ютуқлари, юрак қон-томир системаси касалликларининг келиб чиқиш сабабларига анчагина ойдинлик киритилиши, ушбу соҳадаги кузатиладиган асоратлар, шу жумладан, ўлим ҳолатининг сезиларли даражада пасайишига олиб келган. Унинг ўрнига эса овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари ва асоратлари олдинги ўринга чиқмоқда. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари ичида жигар ва ўт йўллариининг касалликларининг учраш даражаси бўйича етакчи ўринларни эгаллайди (Каримов Ш.И. ва ҳаммуал., 2022).

**Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги.** Диссертация тадқиқоти Бухоро давлат тиббиёт институти илмий-тадқиқот ишлари режасига мувофиқ (02.2023.PhD.168) «COVID-19 дан кейинги даврда Бухоро воҳаси аҳолиси саломатлигига таъсир этувчи патологик омилларни эрта аниқлаш, ташҳислаш ҳамда янги даволаш профилактика усулларини ишлаб чиқиш» (2022-2026 йй.) мавзуси доирасида бажарилган.

**Тадқиқотнинг мақсади** ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари сабабли ривожланган ўткир эрозив ярали жараёнларни ташҳислаш ва даволаш натижаларини яхшилашдан иборат бўлган.

**Тадқиқотнинг вазифалари:**

ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари сабабли ривожланган ўткир эрозив ярали жараёнлардан қон кетиш, унинг қайталаниши ва оғирлигини ўрганиш;

ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари сабабли ривожланган ўткир эрозив ярали жараёнлардан қон кетиши қайталаниши, интенсивлигининг фон ва йўлдош касалликларига боғлиқлигини аниқлаш;

ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари сабабли ривожланган ўткир эрозив ярали жараёнлардан қон кетишининг эндоскопик ўчоқларини аниқлаш;

ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари сабабли ривожланган ўткир эрозив ярали жараёнлардан қон кетишларни даволаш натижаларини таҳлил қилиш;

олинган натижаларга асосланиб оғир қон кетишлар ва рецидивга хавфи бор беморлар учун текшириш – даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

**Тадқиқотнинг объекти** сифатида Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали хирургия бўлимларида яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари натижасида қон кетиши билан даволанган 275 нафар бемор олинган.

**Тадқиқотнинг предмети** сифатида беморларнинг қони, қон зардоби, ошқозон шиллиқ қаватини текшириш натижалари, Forrest шкаласи асосида қон кетишининг оғирлик даражаларини ўрганиш натижалари таҳлил қилинган.

**Тадқиқотнинг усуллари.** Тадқиқотнинг мақсадига эришиш учун клиник, клиник – лабаратор, (тромбоцитлар, коагулограмма, қоннинг ивиш вақти) инструментал (ултратовуш сонография, эластометрия, ЭФГДС) усуллардан фойдаланилган.

**Тадқиқотнинг илмий янгиллиги қуйидагилардан иборат:**

яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қабул қилиш натижасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир эрозив-ярали жараёнларидан қон кетишлар сўнгги 3 йил ичида ошганлиги ва ушбу тоифадаги беморлар сонининг ўсиш тенденцияси кузатилиши аниқланган;

ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир эрозив-ярали



жараёнларидан қон кетишининг рецидивланишига мойиллик туғдирувчи омиллари сифатида фон касалликларининг ўрни аниқланган;

комплекс эндоскопик ва консерватив терапияга қўшимча равишда Ребамипид ва Глутатион кислоталарининг ва бир вақтнинг ўзида комбинирланган эндоскопик гемостазнинг ишлатилиши натижасида, рецидивлар кўрсаткичларининг камайиши, хусусан жигарнинг сурункали диффуз касалликлари фонидаги беморларда юқори самарадорлиги аниқланган;

яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қабул қилиш натижасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ўткир эрозив-яралли жараёнларидан қон кетишини даволашда ва қон кетиш рецидивларига таъсир қилувчи омилларни аниқлашда, уларга таъсир қилиш мақсадида ташхислаш-даволаш алгоритми ишлаб чиқилган.

**Тадқиқотнинг амалий натижалари** қуйидагилардан иборат:

ошқозон ва 12 бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яралардан қон кетишларда, шунингдек яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаш натижасида кузатилган қон кетишларда касаллик кечишининг, клиник ва лабаратор таҳлил натижаларининг ўзига хослиги, беморларни ташхислашда ва ҳар бир беморга индивидуал ёндашув орқали консерватив, миниинвазив ва жарроҳлик ёндашуви орқали даволаш усулларининг самарадорлиги аниқланган ва баҳоланган;

яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қабул қилиш натижасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ўткир эрозив-яралли жараёнларидан қон кетишида эндоскопик манзарага асосланиб, комбинирланган эндоскопик коагуляциянинг клипса қуйиш, ўчоққа спиртнинг инъекцияси ва диатермокоагуляция усулларининг комбинирланган ишлатилишига кўрсатмалар аниқланган;

ошқозон ва 12 бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яраси натижасидаги қон кетишлар, шунингдек яллиғланишга қарши ностероид дори моддаларини қўллаш натижасида келиб чиққан қон кетиш асоратлари бўлган беморларнинг ёши, жинси, касаллик анамнези, асоратларнинг келиб чиқишига мойиллик туғдирувчи омиллар ва уларни ташхислашнинг мезонлари ўрганилган.

**Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги** ишда қўлланилган назарий ҳамда амалий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотларнинг услубий жиҳатдан тўғрилиги, тадқиқот объектлари сонининг етарлилиги, клиник, инструментал (ултратовуш сонография, эластометрия, мултиспирал компьютер томографияси, ЭФГДС) текширишлар натижаларининг ишонарлилиги, шунингдек, олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тадқиқотлар натижалари билан таққосланганда ишонарлилиги, шунингдек хулосаларнинг ваколатли тузилмалар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

**Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти.**

Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти мазкур илмий ишда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яралардан қон кетишларда,

шунингдек яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаш натижасидаги қон кетишларда касаллик кечишининг, клиник ва лаборатор таҳлил натижаларининг ўзига хослиги, беморларни ташҳислашда ва ҳар бир беморга индивидуал ёндашув орқали консерватив, миниинвазив ва жарроҳлик усуллари билан даволашнинг самарадорлиги аниқланганлиги ва баҳоланганлиги; ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яралардан қон кетишларда, ҳамда яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаш натижасидаги қон кетиши билан келган беморларда комплекс текширувлар ва даволаш режаси ишлаб чиқилганлиги; қайд этилган патологик жараёнлар туфайли ошқозон ичак тизимидан қон кетиши бартараф қилинишига қаратилган даво усуллари, қон кетишини эртароқ тўхташига ҳамда организмда профуз қон кетиши сабабли келиб чиқиши мумкин бўлган ҳаёт учун муҳим аъзоларда чуқур патологик ўзгаришларнинг олди олиниши билан изоҳланган.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яралардан қон кетишларда, ҳамда яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаш натижасидаги қон кетиши билан оғриган беморларда комплекс текширувлар ва даволаш режаси ишлаб чиқишга доир билимларни бойитишга муҳим ҳисса қўшиши, амалий тиббиёт вакилларининг ушбу ҳолатларда бажариши зарур бўлган тадбирларни тизимлаштириши орқали касалликни эрта даволашнинг бошланиши орқали асоратлар юзага келишининг эҳтимоллигини камайтириш билан изоҳланган.

**Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши.** ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари сабабли ривожланган ўткир эрозив ярали жараёнларни ташҳислаш ва даволаш натижаларини яхшилаш олинган илмий натижалар асосида:

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яралардан ҳамда яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаш натижасида юзага келган қон кетишларда ташҳислаш усуллари такомиллаштириш имконини берган «Ошқозон ичак тизимидан қон кетиши билан келган беморларда ташҳислаш алгоритми» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2022 йил 10 ноябрдаги 8н-р/1256-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсиянома ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сурункали яралари ва эрозияси туфайли, ҳамда яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаш натижасидаги қон кетишлар билан касалланган беморларни хирургик даволашнинг самарадорлиги ва сифатини оширишга имкон берган.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яраларидан ҳамда яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллаш натижасида кузатилган қон кетишлар билан келган беморларни текшириш ва даволаш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, хусусан, Бухоро, Олот туман тиббиёт бирлашмалари, шунингдек, Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий-амалий маркази Бухоро филиалининг амалий фаолиятига татбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2023

йил 6 январдаги 8н-з/16-сон маълумотномаси). Олинган натижаларнинг клиник амалиётга жорий қилиниши, жигарнинг сурункали диффуз касалликлари фонида ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари натижасида келиб чиққан ўткир ярозив-яралли жараёнлардан қон кетишларида комбинацияланган эндоскопик гемостазни бажариш ва анъанавий цитостатик даволашга ребамипид ва глутатион стандартини киритиш орқали, ётоқ кунлари сонини қисқартириши, хавфли ва патогенетик жиҳатдан асоссиз жарроҳлик аралашувларини камайтириш имконини берган.

**Тадқиқот натижаларининг апробацияси.** Ушбу тадқиқот натижалари 6 та илмий-амалий анжуманларда, шу жумладан, 3 та халқаро ва 3 та Республика илмий-амалий анжуманларида муҳокамадан ўтказилган.

**Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги.** Диссертация мавзуси бўйича жами 19 та илмий иш нашр этилган. Шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг диссертациялар асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 5 та мақола, жумладан, 3 таси республика ва 2 таси хорижий журналларда нашр этилган.

**Диссертациянинг таркиби ва ҳажми.** Диссертациянинг таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан ташкил топган. Диссертациянинг ҳажми 114 бетни ташкил этган.

## ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

**Кириш** қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати асосланган, тадқиқотнинг мақсади ва вазифалари, объект ва предметлари тавсифланган, республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги кўрсатилган, муаммонинг ўрганилганлик даражаси, диссертация тадқиқоти бажарилган олий таълим муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён қилинган, олинган натижаларнинг илмий ва амалий аҳамияти очиб берилган, тадқиқот натижаларини амалиётга жорий қилиш, нашр этилган ишлар ва диссертация тузилиши бўйича маълумотлар келтирилган.

Диссертациянинг «**Ошқозон - ичак трактидан қон кетишнинг замонавий ташхислаш ва даволаш жиҳатлари: адабиётлар шарҳи**» деб номланган биринчи бобида ушбу муаммонинг ҳозирги ҳолати, олдини олишнинг турли хил ёндашувлари, маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг замонавий маълумотларига солиштирган ҳолда ёритилган. Адабиётлар таҳлили натижасида ушбу муаммо бўйича ҳал этилмаган вазифалар аниқланган.

Диссертациянинг «**Тадқиқот материаллари ва текшириш усуллари**» деб номланган иккинчи бобида яллиғланишга қарши дори воситаларини қабул қилиш ҳисобига ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар бўлган беморларнинг шикоятлари, объектив кўрув, инструментал ва лаборатор текширув маълумотлари батафсил баён қилинган.

Илмий тадқиқот иши 2016-2022 йиллар давомида Республика шошилинч

тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиалининг шошилиш жарроҳлик бўлимларида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак сурункали эрозияси ва яраларидан ҳамда яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари туфайли ошқозон ичак тизимидан қон кетиши ташҳиси билан даволанган 275 нафар беморда олиб борилган изланиш натижаларига асосланган.

Беморларга клиник маълумотлар, лаборатория ва инструментал текшириш усуллари асосида ташҳис қўйилган. Беморлар клиникага, тез ёрдам линияси орқали, поликлиникадан йўлланма орқали ёки ўз машинасида муурожаат қилиб келган ва ётқизилган. Қабулхона бўлимида қон кетишига гумон қилинган беморлар жарроҳ томонидан текширилган. Шикоятлар ва анамнез синчиковлик билан йиғилган, шу жумладан ЯҚНДВ қабул қилган беморлар ҳам. Клиник текширув шунингдек, ташқи текшириш, аускультация, палпация, ректал текширув, қон босими ва юрак уришининг сонини аниқлаш, шок индекси (ШИ), беморнинг умумий ҳолатини баҳолашни ўз ичига олган. Асосий касалликдан ташқари фон ва йўлдош касалликлар бўлган ҳолатларда тор мутахассислар томонидан қўшимча консултациялар ўтказилган.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдан қон кетишини ташҳислашнинг асосий усули - фиброгастроуденоскопия (ФГДС) барча беморларда бажарилган. Стандартга мувофиқ, барча беморларга ултратовуш текшируви, эластометрия, кўрсатма бўлганда МРТ текшириш усуллари қўлланилган.

Дастлабки босқичда тадқиқот гуруҳлари турли хил клиник, лаборатор ва эндоскопик маълумотларга кўра таққосланган, ёши, жинси, мелена мавжудлиги, қон ёки кофе қўйқаси шаклидаги қолдиқларни қусиш, қон босими, пульс, шок индекси (ШИ), локализацияси ва яранинг табиати, Форрест таснифига кўра ошқозон яраси тубининг ҳолати, гемоглобин, қизил қон таначалари, мочевино, қондаги қанд микдори, биокимёвий тестларда (билирубин, АЛТ, АСТ, мочевино, креатин, умумий оксил), HbAg, HBeAg, anti-HBe, anti-HBc-маркерлари текширилган.

Беморлар текширув жараёнида икки гуруҳга бўлиб ўрганилган. Биринчи гуруҳ I-назорат гуруҳи, анъанавий консерватив даволаш, яъни гемостатиклар, ангиопротекторлар, протон помпаси ингибиторлари, H<sub>2</sub>-гистамин блокаторлари, антацидларни қабул қилган ва эндоскопик диатермокоагуляция қилинган 130 касаллик тарихини ўрганиш орқали ретроспектив тарзда ўрганилган. II-асосий гуруҳда эса проспектив тадқиқот ўтказилган, бунда ушбу гуруҳга 145 нафар бемор олиниб даволаш сифатини ошириш ва қон кетишининг такрорланишини (рецидивланишини) бартараф қилишга қаратилган анъанавий давога қўшимча равишда + Ребамипид 300 мг, Натрий хлорид 0,9%-200 мл + Глутатион 1,2-2,4 гр томир ичига секин томчилатиб кунига бир маҳал ва эндоскопик гемостазнинг комбинацияланган усуллари киритилган.

Асосий гуруҳнинг беморлари эндоскопик диатермокоагуляция билан бир қаторда 96% этил спирти билан инъекция қилиш ва уни яра атрофига юбориш орқали амалга оширилган. Худди шу гуруҳдаги беморларда, кўрсатмаларга кўра, инъекцион гемостазнинг бошқа усуллари билан

фойдаланиш мумкин бўлган. Бундай ҳолда, 96% этил спирти 4 нуқтада қон кетиш манбасидан тўғридан-тўғри 1 мм узоқликда шиллик қават остига инъекция қилинган. Бир инъекция учун юбориладиган спирт миқдори 0,5 мл дан ошмаслиги керак, умумий ҳажми 1,0 - 1,5 мл ни ташкил қилган ва 2,0 мл дан ошмаслиги керак бўлган.

Назорат гуруҳидаги беморларни даволаш қон кетиш сабабининг характериға асосан, яъни ёши, жинси ва фон ҳамда йўлдош касалликларнинг мавжудлиги бўйича асосий гуруҳ билан таққосланадиган миқдорларда бажарилган. 2016 йилдан 2021 йилгача 1352 бемор ЯҚНДВ қабул қилиш оқибатида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ЎЭЯЖ дан қон кетиши билан касалхонаға ётқизилган.

ЯҚНДВ сабабли индуцирланган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ЎЭЯЖ лардан қон кетишининг энг катта ўсиши 2019-2020-2021 йилларға тўғри келган. Қон кетишининг кўпайиши COVID 19 пандемияси ва ЯҚНДВ нинг тартибсиз ва кўп миқдорда қабул қилиш билан боғлиқлиги кўриниб турибди.

Беморларнинг ёшиға кўра тақсимланиши Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) таснифиға кўра амалға оширилган [Киев 1963], кузатувнинг 1 ва 2-гуруҳларида ошқозон ичак тизими (ОИТ) дан қон кетиш билан касалланган беморларнинг ярмидан кўпи ўрта 45-59 (мос равишда 29,3% ва 37,5%) ёшдаги шахслар, кексалар ва қарилик ёшидагилар 60-89 (мос равишда 56,9% ва 29,2%) ёшни ташкил қилган. 1-гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши  $52,5 \pm 10,5$  ёш, 2-гуруҳда -  $58,5 \pm 13,6$  ёшдан иборат бўлган. Ўртача ёшға кўра, иккала кузатув гуруҳи ҳам бир хилда тақсимланган ( $p > 0,05$ ). (1-жадвал).

### 1-жадвал

#### Ошқозон ва 12 бармоқли ичакдан қон кетиши билан касалланган беморларнинг ёшиға кўра тақсимланиши

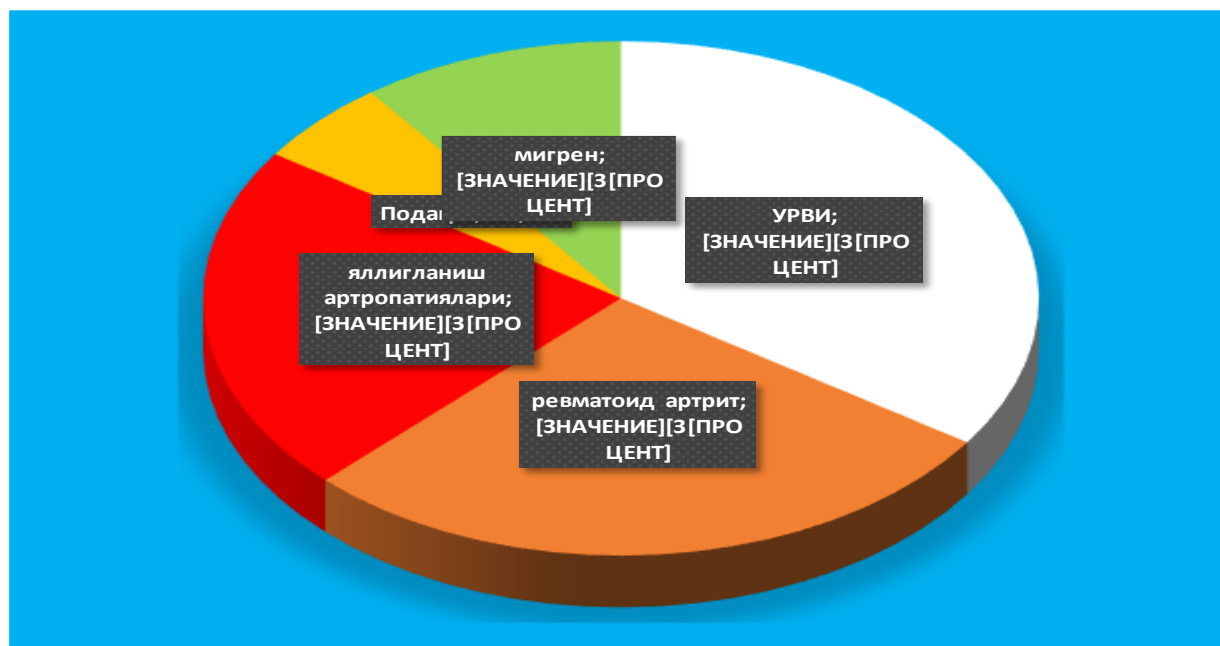
Ёши	1-гуруҳ (n =130) абс (% ± m)	2-гуруҳ (n =145) абс (% ± m )	Жами (n =275) абс (% ± m )
45-59 (Ўрта ёш)	110 (84,6±6,0)	122 (84,1±5,0)	232 (84,4)
60-89 (кекса ва қарилик ёши )	йигирма (15,4±3,7)	23 (15,9±6,7)	43 (15.6)

Текширувнинг 1-гуруҳидаги беморларнинг ўртача ёши  $49,5 \pm 15,9$  ёшни, 2-гуруҳда- $50,5 \pm 16,6$  ёшни ташкил этган. Ўртача ёш бўйича учта кузатув гуруҳи бир хил бўлган, статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар топилмаган ( $p > 0,05$ ). Бошқа ёш гуруҳларида (45-59 ёш, 60-89 ёш) асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқлар бўлмаган ( $p > 0,05$ )

**ЯҚНДВ сабабли Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдан қон кетиши билан касалланган беморларнинг жинсига кўра тақсимланиши.**

Жинс	1-гурух (n=130) абс.р.(% ± m )	2-гурух (n=145) абс.р.(% ± m )	Жами (n=275 ) абс.р.(%)
Эркаклар	91 (70±2,4%)	101 (69,6±5,7%)	192 (69,8%)
Аёллар	39 (30±4,4%)	44 (31,4±6,7%)	83 (30,2%)

Текширилган пациентларнинг асосий ва назорат гуруҳлари вакилларининг кўрсаткичларида сезиларли фарқлар топилмаган.



**1-расм.** ЯҚНДВ қабул қилиш сабаблари (йўлдош касалликлар)

**Асосий гуруҳ вакилларида ЯҚНДВ ларни қабул қилинишига сабаб булган йўлдош касалликларнинг тузилиши**

НЯҚДВ ларни қабул қилиш сабаблари (фон касалликлари)	Беморлар сони (n=275) абс.сон (%)
ЎРВИ	91 (33%)
Ревматоидли артрит	74 (27%)
Яллиғланишли артропатия	58 (21%)
Подагра	14 (5%)
Мигрен	27 (10%)
Қабул қилишнинг аниқланмаган сабаби	11(4%)
Жами	275 (100%)

Статистик жиҳатдан вакиллик намунасини олиш учун Гостищев В.К., Евсеев М.А. [2005] га кўра қон йўқотиш даражасининг таснифидан

фойдаланилган. Қон йўқотиш даражасига кўра, асосий ва назорат гуруҳлари орасида сезиларли фарқ кузатилмаган ( $p > 0,05$ ).

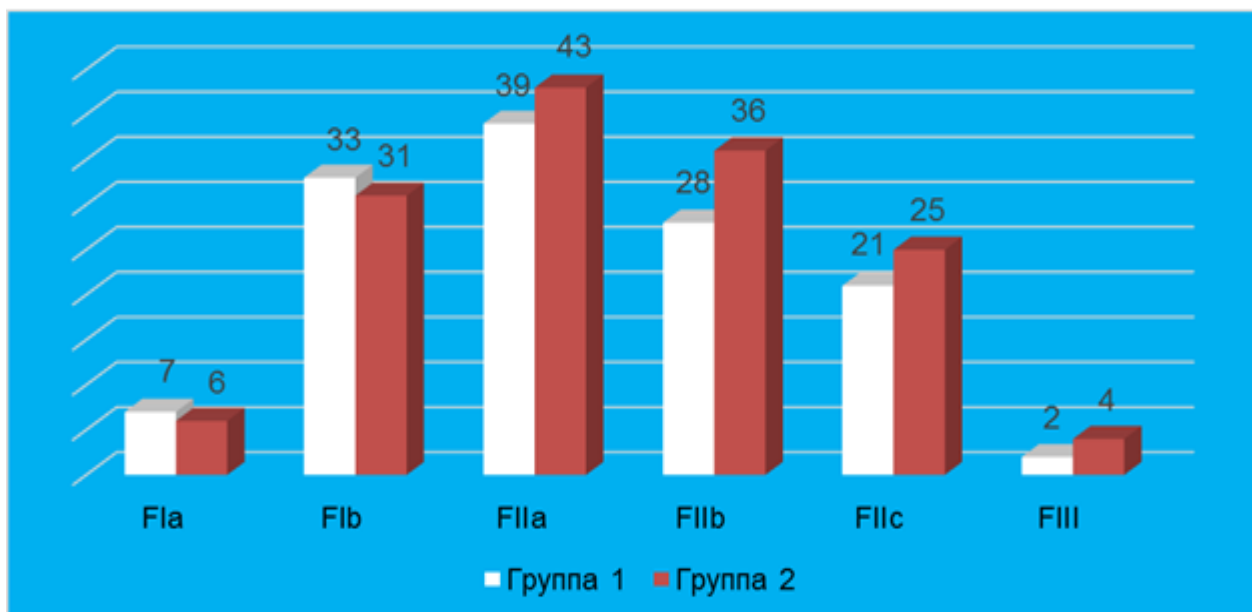
Иккала гуруҳдаги беморларда ЭФГДС қилиш орқали ошқозон ва 12 бармоқли ичакдан қон кетиш ҳолатларини қайд этиш динамикаси 4-жадвалда кўрсатилган.

**4-жадвал**

**Беморларни ошқозон ва 12 бармоқли ичакдан қон кетиш интенсивлиги бўйича тақсимланиши.**

Ошқозон-ичакдан қон кетишининг тури	1-гуруҳ (n=130) мутлақ сон (%)	2-гуруҳ (n=145) абс.сон (%)	Жами (n=275) абс.с.(%)
F1a	7 (5,4)	6 (4)	13 (4,7)
F1b	33 (25)	31(21)	64 (23,3)
F1Ia	39 (30)	43 (30)	82 (30)
F1Ib	28 (22)	36 (25)	64 (23,3)
F1Ic	21(16)	25 (17)	46(16,6)
F1II	2 (1,6)	4 (3)	6 (2,2)
Жами	130 (100,0)	145 (100,0)	275 (100,0)

Асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида қон кетиш интенсивлигида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар аниқланмаган ( $p > 0,05$ ). ( 4- жадвал. 2-расм)



**2-расм.** Беморларнинг қон кетиш интенсивлигига кўра тақсимланиши.

Ошқозон-ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетиш билан касалланган беморларнинг энг кўп сони 2020-2021 йилларда қайд этилган. Шубҳасиз, бу кўрсаткичлар COVID-19 пандемияси ва ЯҚНДВ кўп микдорда ва тартибсиз қабул қилиш билан боғлиқ.

Статистик репрезентатив намунани олиш учун В.К.Гостицев, М.А.Евсеев (2005) бўйича қон йўқотиш даражасининг таснифи қўлланилди. (2.5-жадвал). Беморларнинг қон йўқотиш даражаси бўйича кузатув гуруҳларига тақсимланиши 5-жадвалда келтирилган.

**Гостищев В.К., Евсеев М.А. бўйича қон йўқотиш даражасининг таснифи. (2005)**

Қон йўқотиш даражаси	Глобуляр ҳажмининг етишмовчилиги АҚХ, %
Енгил	15 гача
Ўрта	15 дан 25 гача
Оғир	25 дан 35 гача
Жуда оғир	35 дан юқори

Назорат гуруҳдаги беморларнинг 55,4% қон йўқотишнинг енгил даражаси билан муурожаот қилган, асосий гуруҳда бу кўрсаткич - 58,6% ни ташкил этган ( $p > 0,05$ ). Назорат (ретроспектив) гуруҳида ўртача қон йўқотиш даражаси беморларнинг 26,9% да, асосий гуруҳда эса 23,42% ( $p > 0,05$ ) ни ташкил этган. Оғир қон йўқотиш назорат гуруҳдаги беморларнинг 19,9% да ва асосий гуруҳда 17,2% да аниқланган ( $p > 0,05$ ).

Беморларда сўровнома ўтказилганда шикоятлари, касалликдан олдин дори моддаларини қабул қилганлиги, дори воситаларини қайси касаллик сабабли қабул қилганлиги, ЯҚНДВ қабул қилиш вақти ва миқдори, анамнез (асосий ва қўшимча касаллик анамнези), тери ва шиллиқ қаватлар ҳолати, кўнгил айнаши, қайт қилишнинг мавжудлиги ҳисобга олинди.

**Ультратовушли сонография.** УТС да асосий эътибор иккита ҳолатга, яъни, биринчи навбатда билиар тизим ва жигар паренхимасига эътибор берилган. Жигар паренхимасининг ҳолати, атрофлари (қирғоқлари) нинг нотекислиги, ўлчамлари, жигарга кирувчи ва чиқадиган қон томирлари, уларнинг ўлчамлари, шунингдек, иккинчидан бир қисм беморларда портал қон айланиши портал тизим аностомозларининг ҳолати ультратовушли сонография ва доплерография усулида "Sonoline Vera Pro" "Siemens"(Германия) фирмаси ва "Echo Camera SSD-680" "Aloka"(Япония) фирмаси 3,5 МГц.тўлқин узунлигидаги конвексли датчик ёрдамида ўрганилган.

**Эндоскопия.** Эзофагогастроуденоскопия шошилиш кўрсатмаларга кўра, имкони борича, касалхонага ётқизилган пайдан бошлаб дастлабки 30 дақиқа ичида амалга оширилган. Қон кетишининг намоён бўлиш хавфи ва юрак-қон томир ва нафас олиш тизимларининг асоратларининг эҳтимолини инобатга олган ҳолда, диагностик манипуляциялар шок бўлимида ёки реанимация бўлимида ўтказилган. Беморлар постгеморрагик шокда бўлган ҳолатларда, гемодинамик кўрсаткичлар меъёрлашувидан сўнг эндоскопия ўтказилган.

Бундан ташқари, эндоскопик текширувда ошқозон шиллиқ қавати ҳолати ва ярали ўзгаришларга алоҳида эътибор берилган. ЭГДФС ёрдамида 26 (34,3%) бемордаги ҚВКВ ташқари 18 (23,7%) кишида (портал гастропатия) эрозив гастрит аломатлари ва 5 (6,6%) беморда ошқозоннинг пилорик қисми яраси, 3 (4%) кишида 12-бармоқли ичак яра касаллиги қайд қилинган.

Инъекция мақсадида Қозон (Россия Федерацияси) асбоб-ускуналар



заводининг ИМЭ-2 эндоскопик игна-инжекторидан фойдаланилган.

Ушбу моддалар гастродуоденал қон кетишининг инъекцион эндоскопик гемостазида қўлланилган. Мутлақ ва 96% этил спирти қон кетиш манбасидан 1 мм атрофида 2-4 нуқталарда бажарилган. Бир инъекция учун юбориладиган спирт миқдори 0,5 мл дан ошмаслиги керак бўлган, умумий ҳажми 1,0 - 1,5 мл ни ташкил қилган ва 2,0 мл дан ошмаган ҳолда қилинган.

**Эластометрия.** Эластометрия ноинвазив, травматик бўлмаган усул бўлиб, Фиброскан ускунаси (Францияда ишлаб чиқарилган, FibroScan) ёрдамида ўрганиш усули, 5-10 дақиқада жигар тўқимасининг эластиклиги (зичлиги) ни ҳисобга олган ҳолда фиброз даражасини (Метавир усулида) аниқланган. Жигар тўқимаси зичлиги бу аниқ физикавий кўрсаткич бўлиб, килоПаскалда (кПа) ифодаланган. Кенгроқ майдонни ўрганиш мақсадида тўқима зичлиги 10 дан ортиқ нуқтада ўлчанган. Фиброз даражасини аниқлаш учун тўқиманинг эластиклик даражаси махсус ускуна ёрдамида, текширувчининг иштирокисиз бажарилиб, натижани баҳолаш инсон омилсиз хулосаланган.

Шуни ҳам таъкидлаб ўтиш жоизки, оммабоп жигарни текшириш усуллари, яъни биокимёвий (билирубин, АЛТ, АСТ), УТС текширувлари кўпгина ҳолатларда фиброз ривожланиш даражасини аниқлашда аниқ натижа бермайди. Қайд этилган оммабоп усуллар фақатгина фибрознинг юқори даражаларидагина аниқ натижа бериши мумкин. Бундай ҳолатларда аниқ ташхислай олмаслик ёки даво усуллари ўз вақтида бошламаслик беморда қисқа вақт орасида цирроз жараёнининг ривожланишига олиб келиши мумкин.

**Изланиш натижаларини статистик қайта ишлаш** нисбий кўрсаткичларни, ўртача қийматларни аниқлаш орқали статистик усуллар билан амалга оширилган: Арифметик ўртача ( $M$ ) ўртача ( $m \pm$ ) ва медианларнинг standart хатоси билан, 25 ва 75% ли, ишонч оралиғининг аҳамиятлилик даражаси интервал 0,05 бўлган. Т-мезонига кўра, асосий ва иккита назорат гуруҳидаги ўртача қийматлар ва нисбий кўрсаткичлардаги фарқларнинг статистик аҳамияти текширилган. Ишончлилик оралиғининг аҳамиятлилик даражаси 0,05 ( $p < 0,05$ ) ва 0,01 ( $p < 0,01$ ) дан кам бўлса, фарқлар аҳамиятли деб ҳисобланган. Уилкоксон тести ёрдамида (вариантлар сони 6 ёки ундан кўп бўлган ҳолда) кузатишнинг асосий ва назорат гуруҳларининг бир хиллиги текширилган. Параметрик бўлмаган Вилкоксон-Манн-Уитни тестидан фойдаланиб, ўзгарувчиларнинг қиёсий таҳлили ўтказилган. Кичкина намунадаги ўзгарувчилар орасидаги тасодифийлик ва унинг даражасини аниқлаш учун чизиқли корреляция коэффиценти ( $r$ ) ишлатилган.

Диссертациянинг «Дори моддалари сабабли ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак эрозив ярали жараёнлардан қон кетишларнинг йўлдош касалликлар фонида кечиши хусусиятлари» деб номланган учинчи бобида ўрганилган маълумотлар натижаларининг таҳлили келтирилган.

ЯҚНДВ дан фойдаланиш турли хил салбий ва ножўя таъсирлар билан боғлиқ. Айни пайтда ЯҚНДВ препаратлардан мунтазам фойдаланиш

ошқозон-ичак тизими шиллиқ қаватидаги яллиғланиш, эрозив-ярали ўзгаришлар ва бир қатор салбий таъсирларни юзага келтириши исботланган. ЯҚНДВ қизилўнгачдан бошлаб тўғри ичакгача бўлган ошқозон ичак тизими (ОИТ)ни зарарлаши мумкин. Лекин ОИТ юқори қисмларининг ЯҚНДВ таъсирида ўткир эрозив ва ярали жараёнларнинг (ЎЭЯЖ) ривожланиши 6 марта кўпроқ учрайди.

ЯҚНДВ томонидан келиб чиққан ўткир эрозив-ярали жараёнлар натижасида ушбу соҳалардан қон кетиш оғир даражалари ва такрорий (рецидив) қон кетишга сабаб бўлиши мумкин бўлган ҳолатларни аниқлаш учун ошқозон ичакдан қон кетиш билан касалланган беморларнинг ҳамроҳ касалликлар фониди ўрганилган.

2016 йилдан 2018 йилгача РШТЎИМ Бухоро филиали жарроҳлик бўлимларига ЯҚНДВ моддалари билан индуцирланган ўткир эрозив-ярали жараёнлар туфайли қон кетиш билан оғриган 130 бемор хирургия бўлимига госпитализация қилинган ва касаллик тарихи ретроспектив равишда таҳлил қилинган. Уларда касалхонада ётқизилган пайтдан бошлаб турли вақтларда ОИТ дан қон кетиш аниқланган.

I назорат гуруҳида ОИТдан қон кетиш билан 130 нафар бемор текширилган. Шулардан 68 (52,3%) беморда ошқозон ўткир ярасидан қон кетиш сезиларли даражада кўпроқ ( $p < 0,01$ ) кузатилган, 38 (29,2%) беморда ўн икки бармоқли ичак ўткир ярасидан қон кетиш, 24 (18,7%) беморда ўткир эрозив гастродуоденит сабабли қон кетиш кузатилган.

**6-жадвал**

**Назорат ва асосий гуруҳларда ЯҚНДВ моддалари қабул қилинганлиги сабабли асосий ҳамроҳ касалликларнинг тузилиши**

ЯҚНДВ моддаларини қабул қилиш сабаблари (фон касалликлар)	I гуруҳ, беморлар сони (n=130) абс.сон (%)	II гуруҳ, беморлар сони (n=145) абс.сон (%)	Беморлар сони (n =275) абс. сон (%)
ЎРВИ	47(32,4%)	44 (33,8%)	91 (33%)
Ревматоидли артрит	35(26,9%)	39 (30%)	74 (27%)
Яллиғланиш артропатиялари	28(19,3%)	30 (23,1%)	58 (21%)
Подагра	4(2,7%)	10 (5%)	14 (5%)
Мигрен	12(8,3%)	15 (7,7%)	27 (10%)
Қабул қилиш сабаби номаълум	4(2%)	7(3%)	11(4%)
Жами	130	145	275

Шунингдек, II асосий гуруҳдаги 145 беморнинг 79 (54,5%) таси ўткир ошқозон яраси билан аниқланган, 41 (28%) бемор ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган ва ўткир эрозив гастродуоденитдан қон кетиш билан

25 (17,5%) ( $p < 0,01$ ) аниқланган.

6-жадвалдан кўринадики, беморларнинг учдан бир қисмида қон кетишлар ЎРВИ сабабли ЯҚНДВ ни назоратсиз ва кўп миқдорда қабул қилиши натижасида юзага келган. Иккала гуруҳда ҳам статистик тенг миқдорда олинган. ЯҚНДВ ни қабул қилиш бўйича иккинчи ва учинчи ўринда ревматоидли артрит 1-гуруҳда 26,9%, 2-гуруҳда 30% ва бўғимлар яллиғланиш касалликлари сабабли қабул қилиш 1-гуруҳда 19,3%, 2-гуруҳда 21% ни ташкил қилган. Кейинги ўринларда мигрен касаллиги ва подагра касаллиги сабаблар сифатида турган. Касаллик тарихлари таҳлил қилинганида анамнезидан фон касаллиги аниқланмаган, лекин ЯҚНДВ қабул қилинган беморлар 11 тани ташкил қилган.

Назорат (ретроспектив) гуруҳида ЭФГДС қилинганида статистик жиҳатдан сезиларли ( $p < 0,01$ ) даражада беморларда кўпроқ, яъни F-Ib 33(25%) ва F-IIa 39(30%) даражасида қон кетаётганлиги аниқланган, F-IIb 28(22%) ва F-IIc 21(16%) қон кетиш белгилари кўпроқ аниқланган, F-III 2(1,6%) нисбатан кўпроқ аниқланган. Кўпинча ЎРВИ 47(32,4%) ва бўғим тизимининг сурункали касалликлари ревматоидли артрит 35 (26,9%) ва яллиғланишли артропатиялар 28 (19,3%) бўлган беморларда ЯҚНДВ томонидан кўзғатилган ўткир эрозив-яралли шикастланган соҳалардан қон кетиш аниқланган. Узоқ вақт давомида ЯҚНДВ қабул қилган беморларнинг ушбу контингентидан профуз қон кетишининг F-Ia 4(57%) ва 3(43%) профуз қон кетишининг эндоскопик белгилари аниқланган.

Асосий гуруҳда ФЭГДС қилинганида, F-III 4(3%) кўрсаткичларига қараганда кўпроқ, қон кетиш белгилари давом этган беморлар F-Ib 31(21%), F-IIa 43(30%) ва F-IIb 36(25%) ва F-IIc 25(17%) ҳолатда аниқланган ва статистик жиҳатдан аҳамиятлилиги аниқланган ( $p < 0,01$ ). Худди шу гуруҳда, кўпинча ЎРВИ 44(33,8%) ва бўғим тизимининг сурункали касаллиги ревматоид артритлар 35(26,9%) ва яллиғланишли артропатиялар 39(30%) бўлган беморларда ЯҚНДВ томонидан кўзғатилган ўткир эрозив-яралли жараён соҳасидан қон кетишлар аниқланган. Узоқ вақт давомида ЯҚНДВ қабул қилган беморларда профуз қон кетишнинг F-Ia эндоскопик белгилари аниқланган беморлардан кўпроқ ревматоидли артрити борларда 2(33%), яллиғланишли артропатиялар билан оғриган беморларнинг 3(50%) нафарида ва мигрен билан касалланган 1(17%) беморда гуруҳнинг бошқа беморлардан кўпроқ аниқланган.

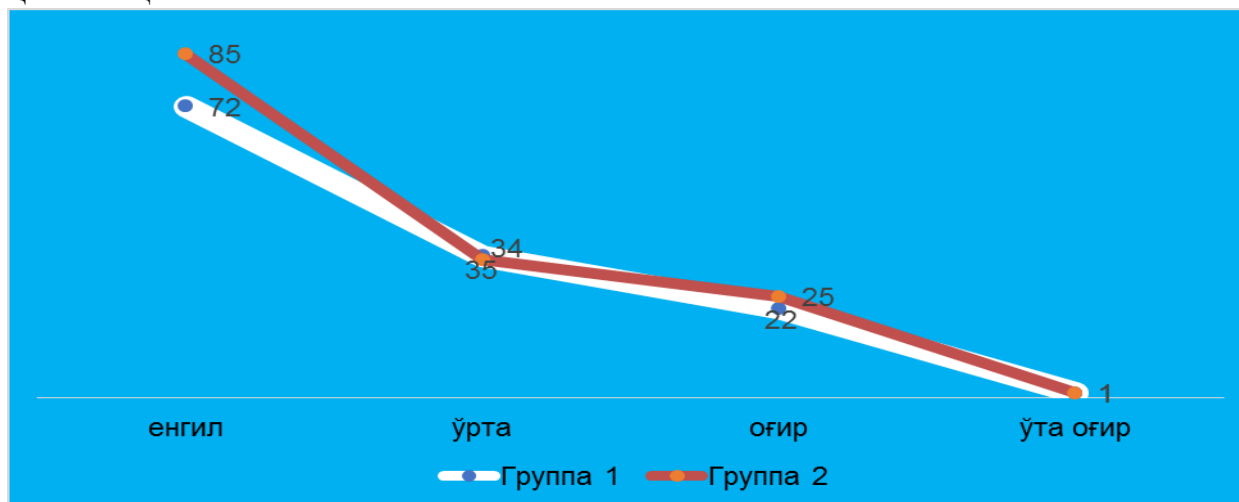
ЯҚНДВ келтириб чиқарган ўткир эрозив-яралли зарарланган соҳалардан қон кетган беморларнинг ярмидан кўпи яъни 157 (57,3%) нафари касалхонага енгил қон йўқотиш билан, 69 (25%) бемор ўртача қон йўқотиш билан, 47 (17%) бемор қон йўқотишнинг оғир даражаси билан ва 2 (0,7%) бемор қон йўқотишнинг ўта оғир даражаси билан қабул қилинган. Қон йўқотиш даражасига кўра, асосий ва назорат гуруҳларида эътиборли тафовут аниқланмаган ( $p > 0,05$ ) -7-жадвал.

**ОИТдан қон кетиш пайтида беморларнинг қон йўқотиш даражасига кўра тақсимланиши.**

Қон йўқотиш даражаси	I гуруҳ (n= 130) абс. сони (%)	II гуруҳ (n=145) абс. сони (%)	жами (n=275) абс. сони (%)
Енгил	72 (55,4%)	85 (58,6%)	157 (57,1%)
Ўртача	35 (27%)	34 (23,4%)	69 (25,1%)
Оғир	22 (16,9%)	25 (17,2%)	47 (17,1%)
Ўта оғир	1(0,8%)	1(0,7%)	2(0,7%)

- гуруҳ кўрсаткичларида ишонarli фарклар йўқ ( $p > 0.01$ ).

Ўткир ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг 80% енгил қон кетиш билан даволанганлигини ҳисобга олсак, бундай беморлар кўпинча консерватив ва эндоскопик манипуляция мажмуасини олган ва ўртача ётоқ кунлари  $3-4 \pm 1$  кунни ташкил қилди. Беморларда узоқ вақт давомида ЯҚНДВ қабул қилган касалликлардан ташқари, уларда бор бўлган фон касалликлари ҳам аниқланган.



**3-расм.** ОИТдан қон кетиш пайтида беморларнинг қон йўқотиш даражасига кўра тақсимланиши

Биринчи назорат гуруҳининг касаллик тарихларини таҳлил қилинганда (ретроспектив равишда) 130 бемор текширилган, улардан 35 (27%) бемор ўртача қон йўқотиш даражаси, 22(16,9%) кишида оғир қон йўқотиш ва 1(0,8%) нафарида жуда оғир қон йўқотиш даражаси билан келганлиги аниқланган. Ўртача қон йўқотиш даражаси билан келган беморлар орасида ЖСДК 12(34%) энг кўп учраган, кейинги ўринда II-тип қандли диабет билан касалланган беморлар 9 (25%) кишини ташкил этагн. Оғир қон йўқотиш билан оғриган беморлар орасида уларнинг тахминан ярми яъни 10 (45%) нафар бемор ЖСДК, 5 (23%) кишида ЮИК, II-тип қандли диабет 4 (18%) беморда ва II-III босқичли семизлик билан касалланган беморлар сони 3 (14%) пациентдан иборат бўлган. Ўта оғир қон йўқотиш ҳолати 1 беморда кузатилиб, ЮИК КАБ II даражасидаги бемор ЯҚНДВ билан бирга антиагрегант препаратларини қабул қилганлиги сабабли қон кетиш

ривожланган ва бу ҳолат ўлимга олиб келувчи сабаб бўлган.

I-назорат гуруҳида ЯҚНДВ индуцирланган ўткир эрозив-яралли жараён соҳаларидан қон кетиши ривожланган беморларнинг 20 (34,5%) тасида шифохонада қайта (рецидив) қон кетиш қайд этилган ва бу беморларнинг учдан бир қисмини ташкил қилган.

Ярага қарши, гемостатик ва биполяр эндоскопик диатермокоагуляция муолажаларидан кейин енгил қон йўқотиш билан зарарланган беморларда такрорий қон кетиш кузатилмаган. Ўртача қон йўқотилиши бўлган беморлар орасида 11(55%) беморда эрта рецидивловчи қон кетиш белгилари кузатилган, 8 (40%) беморда оғир қон кетиши кузатилган ва ўта оғир қон кетиши бўлган 1 нафар беморда ўлимга олиб келувчи қон кетиш рецидивлари ривожланган. Эрта рецидивларнинг аксарияти жигарнинг турли функционал ҳолатларига эга бўлган ЖСДК, жигар функциясининг декомпенсацияси белгиларисиз, ЖЦ ва портал гипертензиянинг катта ва кичик белгилари бўлмаган беморларга тўғри келган.

Ўрганилган касаллик тарихларнинг умумий сонидан назорат гуруҳида 130 бемор бўлиб, 20 (34,5%) беморда қон кетишининг эрта қайталаниши (рецидиви) кузатилган. Улардан 5 (25%) ҳолатда юрак қон-томир касалликлари кузатилган беморлар бўлиб, бу ЯҚНДВ ва антиагрегант ва антикоагулянт даволаш билан бирга олиб бориш билан боғлиқ бўлган. Рецидивнинг аксарияти 13 (65%) беморда қон кетишининг асосий қисми анамнестик, лаборатор ва инструментал маълумотларга кўра турли хил этиологияли сурункали жигар касалликлари бўлган беморларда содир бўлган. Жумладан, вирусли гепатит В касаллиги 4 (30,6%) беморда, вирусли гепатит С 2 (15,4%) беморда ва алкоғолли гепатит 7 (54%) беморда аниқланган.

Шундай қилиб, ЯҚНДВ индуцирланган ўткир эрозив-яралли жараён соҳаларидан қон кетиши билан касалхонага ётқизилган беморларнинг ретроспектив таҳлили маълум хусусиятларни аниқлаган. Агар касалхонага ётқизилган беморларни 2016-2021 йиллар давомида ҳисобланса, сўнгги 3 йил ичида ЯҚНДВ томонидан келиб чиққан ўткир эрозив-яралли кўринишда зарарланган соҳалардан қон кетган беморларни қабул қилиш 26,8% га ошган ва ушбу тоифадаги беморларда ўсиш тенденцияси кузатилган. Замонавий консерватив гемостатик даволаш ва гемостазнинг эндоскопик усулларини амалга оширилишига қарамасдан, қайталанувчи эрта рецидивларнинг юқори фоизи (34,5%) сақланиб қолган. Такрорий қон кетишининг фон касалликлари орасида ЖСДК (65%) бўлган беморларда статистик жиҳатдан аҳамиятли даражада кузатилган.

## ХУЛОСА

1. Касалхонага яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қабул қилиш сабабли ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир эрозив яралли жараёнлардан қон кетиши билан ётқизилган беморларнинг касаллик тарихлари ретроспектив таҳлили маълум хусусиятларни аниқлади. Сўнгги 3

йил ичида яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари натижасида келиб чиққан ўткир эрозив ярали жараёнлардан қон кетиши билан касалхонага ётқизилган беморлар сони 26,8% га ошди ва ушбу тоифадаги беморларда ўсиш тенденцияси кузатилмоқда.

2. Беморларнинг умумий гуруҳида қон кетишининг такрорланиши назорат гуруҳига нисбатан 34,5% дан 20% гача камайди, жигар сурункали диффуз касаллиги бор касалларда қон кетишининг эрта такрорланиши назорат гуруҳидаги 22,4% дан асосий (ребапимид, глутатион ва комбинацияланган эндоскопик гемостаздан кейин) гуруҳда 5% гача камайди.

3. Қон кетишида FI-a, FI-b қон кетишини даволаш ва қон кетишининг олдини олиш учун комбинацияланган эндоскопик гемостаз (клипса қўйиш ва спирт инъекция усуллари) тавсия этилади, FII-a ва FII-b да диатермокоагуляция ва спирт инъекция қилиш мақсадга мувофиқ. Қон кетиш билан беморларда фон касаллиги сифатида жигар сурункали диффуз касаллиги бўлса, анъанавий консерватив даво ва эндоскопик гемостазга қушимча сифатида, цитопротектор ребамипид ва антиоксидант глутатион қушиш мақсадага мувофиқ.

4. Гемостазнинг комбинацияланган усулини ўтказиш ва цитопротектив терапия билан биргаликда жигар сурункали диффуз касаллиги жигар функциясининг бузилишини коррекциялаш йули билан, қон кетишининг рецидивланишини камайтириш ва хавfli, патогенетик жиҳатдан асосиз жарроҳлик аралашувлар сонини кескин камайтиришни имконини беради. Ушбу тактика асосий гуруҳдаги операциялар сонини фақат 1(0,7%) беморда, назорат гуруҳидаги 6(4,6%) беморда камайтиришга имкон берди.

5. Даволаш натижаларига асосланиб оғир қон кетишлар ва рецидивларнинг хавфи мавжуд бўлган беморларни даволаш алгоритми ишлаб чиқилди, бунга кўра биз тавсия қилган даво тактикасидан сўнг фон касаллиги бор, рецидивга мойил бўлган беморларни даволашда муҳим аҳамият касб этди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ  
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ БУХАРСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ  
МЕДИЦИНСКОМ ИНСТИТУТЕ**

---

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**ХАМРОЕВ БАХТИЁР СУЛТОНОВИЧ**

**СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ  
КРОВОТЕЧЕНИЙ ЖЕЛУДОЧНО КИШЕЧНОГО ТРАКТА В  
РЕЗУЛЬТАТЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

**14.00.27 – Хирургия**

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

**Бухара – 2023**

**Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в высшей аттестационной комиссии при Министерстве высшего образования, науки и инноваций Республики Узбекистан за №B2021.4.PhD/Tib 2307**

Диссертация выполнена в Бухарском государственном медицинском институте

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

<b>Научный руководитель</b>	<b>Ураков Шухрат Тухтаевич</b> доктор медицинских наук
<b>Официальные оппоненты</b>	<b>Сафоев Бакодир Барноевич</b> доктор медицинских наук, профессор <b>Акбаров Миршавкат Миралимович</b> доктор медицинских наук, профессор
<b>Ведущая организация</b>	<b>Научно-исследовательский институт имени профессора С.В. Очаповского (Российская Федерация)</b>

Защита диссертации состоится «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 г. в \_\_\_\_\_ часов на заседании Научного совета DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01 при Бухарском государственном медицинском институте (Адрес: 200118, г. Бухара, улица А.Навои, 1, Тел./факс: (+99865) 223-00-50; тел: (+99865) 223-17-53; e-mail: [buhmi@mail.ru](mailto:buhmi@mail.ru)).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Бухарского государственного медицинского института (зарегистрирована № \_\_\_\_). Адрес: 200118, г. Бухара, проспект А.Навои, 1, Тел./факс: (+99865) 223-00-50.

Автореферат диссертации разослан «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года.

(реестр протокола рассылки № \_\_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 года).

**А.Ш. Иноятов**

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

**Н.Н. Казакова**

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

**Б.З. Хамдамов**

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



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

**Актуальность и востребованность темы диссертации.** Вопросы адекватной реализации тактики своевременной диагностики и лечения кровотечений из желудочно-кишечного тракта остаются одной из проблем неотложной хирургии, которая по сей день недостаточно решена. Вместе с тем, кровотечение из язв желудка и двенадцатиперстной кишки в настоящее время растет с каждым днем составляет 90-103 человека на 100 000 жителей. «...несмотря на то, что эффективность лечения лекарственными препаратами общепризнана, показатели смертности при осложнениях связанных с кровотечением остаются стабильно высокими и составляют 10-14%...»<sup>1</sup>.

Согласно представленным данным, основанным на анализе крупномасштабных исследований, проведенных в мировом масштабе, язвенные заболевания, особенно язвы тела желудка, несмотря на значительное сокращение частоты кровотечений из желудочно-кишечной системы, напротив демонстрирует тенденцию к увеличению, из-за все более широкого использования ряда нестероидных противовоспалительных препаратов. Известно, что из-за действия нестероидных противовоспалительных препаратов наблюдается возникновение эрозивных изменений и случаев развития язв, которые вызывают в слизистых оболочках пищевода и желудка от скрытого кровотечения до обильного кровотечения. Под влиянием противовоспалительных нестероидных препаратов происходит процесс снижения экскреции простагландинов в желудке, состояние, которое вызывает снижение цитопротективной способности слизистой оболочки желудка, который приводит к эрозии и язвам в верхней части желудочно-кишечной системы.

Среди широкомасштабных мероприятий, реализуемых в нашей стране по совершенствованию системы здравоохранения, особое внимание уделяется ранней диагностике заболеваний, снижению частоты их осложнений и профилактике. В связи с этим из 7 приоритетных направлений, указанных в Стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы, 4 часть 56 цель «...комплексное мероприятие, направленное на реализацию программы охраны здоровья населения на 2022-2023 годы, повышение потенциала медицинских работников и развитие системы здравоохранения в реализация мероприятий...»<sup>2</sup> определены задачи. В этом плане определены задачи комплексных мероприятий по коренному совершенствованию системы здравоохранения. Проводится много исследований по эффективной реабилитации больных с язвами желудочно-кишечного тракта и их осложнениями, особенно при оптимальном консервативном лечении заболевания, раннем выявлении и адекватной

---

<sup>1</sup> Абдуллаев А.Н., Литвинова Д.В., 2018. Оценка влияния факторов риска на развитие желудочно-кишечных кровотечений //Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. –2018. - №2. - С. 33-33.

<sup>2</sup> Указ Президента Республики Узбекистан УП-60 от 28 января 2022 года, « Указ о стратегии развития Нового Узбекистана на 2022-2026 годы»

терапии кровотечений, а также комплексном лечении путем радикальных хирургических вмешательств.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указами Президента Республики Узбекистан от 12 ноября 2020 года УП-6110 «О мерах по внедрению принципиально новых механизмов в деятельность учреждений первичной медико-санитарной помощи и дальнейшему повышению эффективности проводимых в системе здравоохранения реформ», от 12 ноября 2020 года, УП-60 «О стратегии развития Нового Узбекистана на 2022 - 2026 годы», постановлениями ПП-4887 от 10 ноября 2020 года, «О дополнительных мерах по обеспечению здорового питания населения» от 25 января 2018 года, ПП-3494 «О мерах по ускоренному совершенствованию системы экстренной медицинской помощи» а также других нормативно-правовых документов, принятых в данной сфере.

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

**Степень изученности проблемы.** Установлено, что в последнее время в связи с широкими масштабами применения нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) кровотечения из желудочно-кишечной системы с каждым годом увеличиваются. Исследования показывают, что даже при использовании низких доз (75-325 мг) НПВП увеличиваются повреждения слизистой оболочки желудка в 2-4 раза (Фомин П.Д., Никишаев В.И., 2020).

В течение длительного времени изучаются механизмы, лежащие в основе ulcerогенного действия НПВП, в проксимальных отделах желудка и двенадцатиперстной кишки. В нормальных условиях в желудке и двенадцатиперстной кишке существует баланс между агрессивными и защитными факторами. Однако в процессе приема НПВП, возникает дефицит простагландинов, который играет наиболее важную роль в патогенезе образования язв. Снижение синтеза простагландинов вследствие ингибирования циклооксигеназы считается основой как ожидаемого клинического эффекта от НПВП (уменьшение вазодилатации, отеков, боли), так и неожиданного побочного эффекта в виде ulcerогенного эффекта, повреждающего слизистую оболочку желудка (Ефремов А.Л. и соавт., 2020).

Ведущее место занимает состояние смерти из-за кровотечения из желудочно-кишечной системы различной этиологии, то есть перед перфорацией, которая является осложнением язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Проблема кровотечений из верхней части желудочно-кишечного тракта (гастродуоденальной области) остается одной из актуальных проблем мировой медицины в связи с высокой заболеваемостью и смертностью, а также ее ростом, при этом ежегодно в самих США госпитализируется 300 000 пациентов, из которых 150 000 связаны с гастродуоденальными язвами. В Великобритании, частота кровотечений из

острых ран с необходимостью госпитализации составляет 25 человек на 100 000 населения [Ступин В.А., Смирнова Г.О. и соавт., 2020].

По данным Абдуллаева А.Н., Литвинова Д.В., (2018) среди причин кровотечения из верхних отделов пищеварительной системы более половины случаев включали повреждение желудка за счет язвы.

Согласно данным, представленным по результатам исследований, в то время как наблюдается значительное снижение язвенных заболеваний, особенно язв тела желудка, напротив кровотечения из желудочно-кишечного тракта, увеличивается за счет нестероидных противовоспалительных лекарственных средств [Поваляев А.В., Дуванский В.А., Чернеховская Н.Е., 2020].

Известно, что под воздействием противовоспалительных лекарственных средств на слизистых оболочках пищевода и желудка развиваются эрозии и язвы, которые приводят даже к обильному кровотечению. Под влиянием НПВП средств происходит уменьшение выделения простагландинов в желудке, данное состояние, вызывает снижение цитопротективной способности слизистой оболочки желудка, который, в свою очередь, приводит к появлению эрозий и язв в верхней части желудочно-кишечной системы (Нишанов М.Ф., 2020).

НПВП или все препараты, блокирующие ЦОГ-1 и ЦОК-2, снижают защитные свойства слизистой оболочки за счет снижения функции простагландинов, повышения ацидопептической и агрессивной активности желудочной гиперсекреции и желудочного сока, что в свою очередь приводит к нарушению целостности слизистых оболочек желудка и двенадцатиперстной кишки, а также хроническому течению данного патологического процесса. Следует отметить, что при длительном применении НПВП также следует уделять внимание факторам риска, которые вызывают эрозию или язвы на слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки [Бокерия Л.А. и соавт., 2021].

За последние 20 лет, согласно статистическим данным, стремительное развитие кардиохирургии, достижения кардиофармацевтики, малейшее выяснение многочисленных причин возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы привели к значительному снижению частоты осложнений, наблюдаемых в данной области, включая летальный исход. И вместо этого на первый план выходят заболевания и осложнения пищеварительной системы. Среди заболеваний пищеварительной системы лидирующие позиции занимают по степени встречаемости заболевания печени и желчевыводящих путей (Каримов Ш.И. и соавт., 2022).

**Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения.** Диссертационное исследование проведено в рамках плана научно-исследовательских работ Бухарского государственного медицинского института (02.2023.PhD.168) «Раннее выявление, диагностика и разработка новых методов лечения и профилактики патологических факторов, влияющих на здоровье населения Бухарского региона в пост COVID-19 ном периоде» (2022-2026 гг.).

**Целью исследования** явилось улучшение результатов диагностики и лечения острых эрозивно-язвенных процессов, развившихся вследствие применения нестероидных противовоспалительных препаратов в желудке и двенадцатиперстной кишке.

**Задачи исследования:**

изучить кровотечения, его рецидива и тяжести при острых эрозивно-язвенных процессах, развившихся вследствие приема нестероидных противовоспалительных препаратов в желудке и двенадцатиперстной кишке;

определить взаимосвязи рецидивов кровотечения, интенсивности с фоновыми и сопутствующими заболеваниями от острых эрозивно-язвенных процессов, в желудке и двенадцатиперстной кишке развившихся вследствие приема нестероидных противовоспалительных препаратов;

определить эндоскопически очаги локализации острых эрозивно-язвенных процессов, в желудке и двенадцатиперстной кишке развившихся вследствие применения нестероидных противовоспалительных препаратов;

анализировать результаты лечения кровотечений, вызванных острыми эрозивно-язвенными процессами в желудке и двенадцатиперстной кишке, развившихся вследствие применения нестероидных противовоспалительных препаратов;

на основании полученных результатов разработать алгоритм обследования – лечения пациентов с риском развития тяжелых кровотечений и рецидивов.

**Объектом исследования** были 275 пациентов, получивших лечение по поводу кровотечения в результате приема нестероидных противовоспалительных препаратов в хирургических отделениях Бухарского филиала Республиканского научного центра экстеренной медицинской помощи.

**Предметом исследования** явились проанализированные результаты исследования крови, сыворотки крови, слизистой оболочки желудка пациентов, результаты исследования тяжести кровотечения на основе шкалы Forrest.

**Методы исследования.** Для достижения цели исследования использовались клинические, клинико-лабораторные, (тромбоциты, коагулограмма, время свертывания крови) инструментальные (ультразвуковая сонография, эластометрия, ЭФГДС) методы.

**Научная новизна исследования** заключается в следующем:

выявлено, что кровотечения из острых эрозивно-язвенных процессов желудка и двенадцатиперстной кишки в результате приема нестероидных противовоспалительных средств в последние 3 года участились, число больных этой категории имеет тенденцию увеличения;

показана роль фоновых заболеваний как предрасполагающих факторов к рецидивам кровотечений из острых эрозивно-язвенных процессов желудка и двенадцатиперстной кишки;

установлена высокая эффективность, применения ребамипидной и глутатионовой кислот и одновременно комбинированного эндоскопического

гемостаза, в дополнение к комплексной эндоскопической и консервативной терапии, снижение показателей рецидивов, в частности, у пациентов на фоне хронических диффузных заболеваний печени;

разработан лечебно-диагностический алгоритм для оказания влияния, а также с целью определения факторов, влияющих на рецидив кровотечения при лечении кровотечений из острых эрозивно-язвенных процессов желудка и двенадцатиперстной кишки в результате приема нестероидных противовоспалительных средств.

**Практические результаты исследования** заключаются в следующем:

определена и оценена эффективность методов лечения с помощью консервативного, миниинвазивного и хирургического подхода в диагностике пациента и посредством индивидуального подхода к специфике течения заболевания, результатам клинико-лабораторных анализов хронической эрозии желудка и 12-перстной кишки и кровотечения из ран, а также кровотечения, наблюдаемые в результате применения нестероидных противовоспалительных препаратов;

определены показания к применению комбинированных методов эндоскопической коагуляции, таких как инъекция зажима, инъекция спирта в очаг и диатермокоагуляция при кровотечениях из острых эрозивно-язвенных процессов в желудке кишки и двенадцатиперстной кишке в результате приема нестероидных противовоспалительных препаратов;

изучены возраст, пол, анамнез заболевания, предрасполагающие факторы к возникновению осложнений и критерии их диагностики у пациентов с кровотечениями, вызванными хронической эрозией и язвой желудка и 12-перстной кишки, а также приемом противовоспалительных нестероидных лекарственных веществ.

**Достоверность результатов исследования** обосновано теоретическими и практическими подходами и методами, использованными в работе, методологической корректностью проведенного исследования, адекватностью количества объектов исследования, достоверностью результатов клинических, инструментальных (ультразвуковая сонография, эластометрия, мультиспиральная компьютерная томография, эзофагогастродуоденоскопия) исследований, их достоверностью при сравнении с данными отечественных и зарубежных исследователей, а также одобрением выводов компетентными организациями.

**Научная и практическая значимость результатов исследования.**

Научная значимость результатов исследования объясняется специфичностью результатов клинико-лабораторного анализа, течения заболевания при хронической эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечениях из язв, а также кровотечениях в результате применения противовоспалительных нестероидных препаратов, выявлением и оценкой эффективности консервативных, миниинвазивных и хирургических методов лечения; разработкой комплексного обследования и плана лечения у пациентов с хронической эрозией желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечениями из ран, а также с кровотечениями в результате применения

противовоспалительных ностероидных препаратов;. методами лечения, направленных на устранение кровотечения из желудочно-кишечного тракта из отмеченных патологических процессов, более ранним прекращением кровотечения, а также предубреждением глубоких патологических изменений в жизненно важных органах, которые могут быть вызваны обильным кровотечением в организме.

Практическая значимость результатов исследования объясняется значительным вкладом в обогащение знаний относительно разработки комплексного обследования и плана лечения у пациентов с хронической эрозией желудка и двенадцатиперстной кишки и кровотечениями из ран, а также кровотечениями в результате применения нестероидных противовоспалительных препаратов, снижением вероятности осложнений.

**Внедрение результатов исследования.** На основании полученных научных результатов по улучшению результатов диагностики и лечения острых эрозивно-язвенных процессов, развившихся в желудке и двенадцатиперстной кишке, вследствие применения нестероидных противовоспалительных препаратов:

утверждены методические рекомендации «Алгоритм диагностики пациентов с кровотечениями из желудочно-кишечного тракта», позволившие совершенствовать методы диагностики и лечения кровотечений, вызванных хроническими эрозиями и язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, а также после применения нестероидных противовоспалительных препаратов (справка Министерства здравоохранения № 8н-р/1256 от 10 ноября 2022 года). Данные методические рекомендации позволили повысить эффективность и качество хирургического лечения пациентов с кровотечениями вследствие хронических язв и эрозий желудка и двенадцатиперстной кишки, а также в результате применения нестероидных противовоспалительных препаратов;

научные результаты, полученные при обследовании и лечении пациентов с кровотечениями, наблюдаемыми при хронических эрозиях и язвах желудка и двенадцатиперстной кишки, а также применении нестероидных противовоспалительных препаратов, были внедрены в практику здравоохранения, в частности, в медицинских объединениях Бухарского, Алатского районов, Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Внедрение полученных результатов в клиническую практику, проведения комбинированного эндоскопического гемостаза при кровотечениях из острых язвенно-язвенных процессов, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами, на фоне хронических диффузных заболеваний печени, а также введение в традиционную цитостатическую терапию стандартов ребамипида и глутатиона, позволило снизить количество койко-дней, сократить, опасные и патогенетически необоснованные оперативные вмешательства.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования были представлены и обсуждены на 6 научных конференциях, в том числе 3 международных и 3 республиканских научно-практических конференциях.

**Опубликованность результатов исследования.** Всего по теме диссертации опубликовано 19 научных работ, из них 5 журнальных статей, в том числе 3 в республиканских и 2 в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 114 страниц.

## **ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ**

Во **«Введении»** описываются актуальность и востребованность исследования, указано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий в республике, степень изученности проблемы, связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ высшего учебного заведения описаны научная новизна практические результаты, цель, задачи, объект и предмет исследования, выражается научная новизна исследования и его практические результаты, указана научная и практическая значимость полученных результатов, внедрение результатов в практику, опубликованные научные работы и приведены сведения о структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Современные аспекты диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений: обзор литературы»** посредством сравнения с современными данными отечественных и зарубежных исследователей, освещено современное состояние этой проблемы и различные подходы к профилактике. В результате анализа литературы были выявлены нерешенные задачи по этой проблеме.

Во второй главе диссертации **«Материалы и методы исследования»** подробно описаны жалобы больных с кровотечениями из желудочно-кишечной системы на фоне приема противовоспалительных препаратов, данные объективного осмотра, инструментального и лабораторного обследования.

Научно-исследовательская работа основана на результатах исследования, проведенного в отделениях неотложной хирургии Бухарского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи у 275 пациентов за 2016-2022 годы, которые проходили лечение с диагнозом хронические эрозии и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а также с кровотечениями из желудочно-кишечной системы.

Диагноз пациентам ставился на основании клинических данных, лабораторных и инструментальных методов обследования. Пациенты прибывали и были госпитализированы в клинику по линии скорой помощи, по направлению поликлиники или на собственном автомобиле. Пациенты с подозрением на кровотечение в приемном отделении были осмотрены хирургом. Были тщательно собраны жалобы и анамнез, включая пациентов,

получавших НПВП. Клиническое обследование также включало внешний осмотр, аускультацию, пальпацию, ректальное исследование, определение количества артериального давления и частоты сердечных сокращений, шокового индекса (ШИ), оценку общего состояния пациента. Помимо основного заболевания, при наличии фоновых и сопутствующих патологий проводились дополнительные консультации узких специалистов.

Основным методом диагностики кровотечений из желудка и двенадцатиперстной кишки является - фиброгастродуоденоскопия (ФГДС), проводимая всем пациентам. Согласно стандарту, всем пациентам использовали методы ультразвукового исследования, при наличии показаний проводили эластометрию и МРТ.

На начальном этапе исследовательские группы сравнивались по различным клиническим, лабораторным и эндоскопическим данным, возрасту, полу, наличию мелены, рвоты кровью или остатками в виде кофейной гущи, артериальному давлению, пульсу, шокового индекса (ШИ), локализации и характеру язвы, состоянию дна язвы по классификации Форреста, гемоглобина, эритроцитов, мочевины, уровню сахара в крови, при биохимических исследованиях проверены (билирубин, АЛТ, АСТ, мочевины, креатин, умумий оксил), HbSAg, HbEAg, anti-HbE, anti-HbE-маркеры.

В процессе обследования пациенты были разделены на две группы. Первая группа, I-контрольная группа, была ретроспективно изучена путем изучения истории 130 заболеваний, которые лечились традиционным консервативным методом, а именно гемостатиками, ангиопротекторами, ингибиторами протонной помпы, H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторами, антацидами и эндоскопической диатермокоагуляцией. Во II - основной группе, было проведено проспективное исследование, в ходе которого в эту группу были включены 145 пациентов у которых в дополнение к традиционному лечению, включены ребамипид 300 мг, в 0,9%-200 мл растворе натрия хлорида + Глутатион 1,2-2,4 г внутривенно 1 раз в сутки и комбинированные методы эндоскопического гемостаза, направленные на повышение качества лечения и устранение рецидива кровотечения.

Пациентам основной группы была проведена эндоскопическая диатермокоагуляция, в виде инъекции 96%-ного этилового спирта и его введения вокруг язвы. У пациентов этой же группы, согласно инструкции, могли быть использованы другие методы инъекционного гемостаза. В этом случае 96%-ный этиловый спирт вводили под слизистую оболочку непосредственно в 1 мм от источника кровотечения в 4 точках. Количество спирта, вводимого при одной инъекции, не должно превышать 0,5 мл, общий объем составлял 1,0 - 1,5 мл и не должен превышать 2,0 мл.

Пациентам контрольной группы лечение проводилось исходя из характера причины кровотечения, то есть в количествах, сопоставимых с основной группой с точки зрения возраста, пола и фона, а также наличия сопутствующих заболеваний. С 2016 по 2021 год 1352 пациента были госпитализированы с кровотечением ОЭЯП из желудка и



двенадцатиперстной кишки, вызванным приемом НПВП.

Наибольшее увеличение кровотечений из ОЭЯП индуцированных НПВП из желудка и двенадцатиперстной кишки произошло в 2019-2020-2021 годах. Считается, что повышенное кровотечение связано с пандемией COVID - 19 и нерегулярным и беспорядочным приемом НПВП.

Распределение пациентов по возрасту проводилось согласно классификации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [Киев, 1963], в 1 и 2-х группах наблюдения более половины пациентов с кровотечениями из желудочно-кишечного тракта (ОИТ) составляли лица среднего (45-59 лет) возраста (29,3% и 37,5% соответственно), пожилой и старческий возраст 60-89 лет (56,9% и 29,2% соответственно). Средний возраст пациентов в 1-й группе составил  $52,5 \pm 10,5$  лет, во 2-группе составил  $58,5 \pm 13,6$  лет. В соответствии со средним возрастом обе группы наблюдения были распределены поровну ( $p > 0,05$ ) - таблица 1.

**Таблица 1**

**Распределение по возрасту больных с кровотечением из желудка и 12-перстной кишки**

Возраст	1-я группа (n =130) абс (% ± m)	2-я группа (n =145) абс (% ± m)	Всего (n =275) абс (% ± m)
45-59 (средний возраст)	110 (84,6±6,0)	122 (84,1±5,0)	232 (84,4)
60-89 (пожилой и старческий возраст)	Йигирма (15,4±3,7)	23 (15,9±6,7)	43 (15,6)

Средний возраст пациентов в 1-й группе обследования составил  $49,5 \pm 15,9$  года, во 2-группе  $50,5 \pm 16,6$  года. В среднем три группы наблюдения по возрасту были одинаковыми, статистически значимых различий обнаружено не было ( $p > 0,05$ ). В других возрастных группах (45-59 лет, 60-89 лет) достоверных различий между основной и контрольной группами не было ( $p > 0,05$ )

**Таблица 2**

**Распределение по полу больных с кровотечениями из желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне приема НПВП**

Пол	1-я группа (n=130) абс.ч.(% ± m)	2-я группа (n=145) абс.ч.(% ± m)	Жами (n=275) абс.ч.(%)
Мужчины	91 (70±2,4%)	101 (69,6±5,7%)	192 (69,8%)
Женщины	39 (30±4,4%)	44 (31,4±6,7%)	83 (30,2%)

Достоверных различий в показателях представителей основной и контрольной групп обследованных пациентов не обнаружено.



**Рис.1.** Причины приёма НПВП (сопутствующие заболевания)

**Таблица 3**

**Структура сопутствующих заболеваний, явившихся причиной приёма НПВП у представителей основной группы**

Причины приёма НПВП (фоновые заболевания)	Количество больных (n=275) абс.ч. (%)
ОРВИ	91 (33%)
Ревматоидный артрит	74 (27%)
Воспалительная артропатия	58 (21%)
Подагра	14 (5%)
Мигрень	27 (10%)
Причины приема не выявлены	11(4%)
Всего	275 (100%)

Для получения статистически репрезентативной выборки использовали классификацию уровней кровопотери согласно Гостищеву В.К., Евсееву М.А. [2005]. По уровню кровопотери достоверной разницы между основной и контрольной группами не наблюдалось ( $p > 0,05$ ).

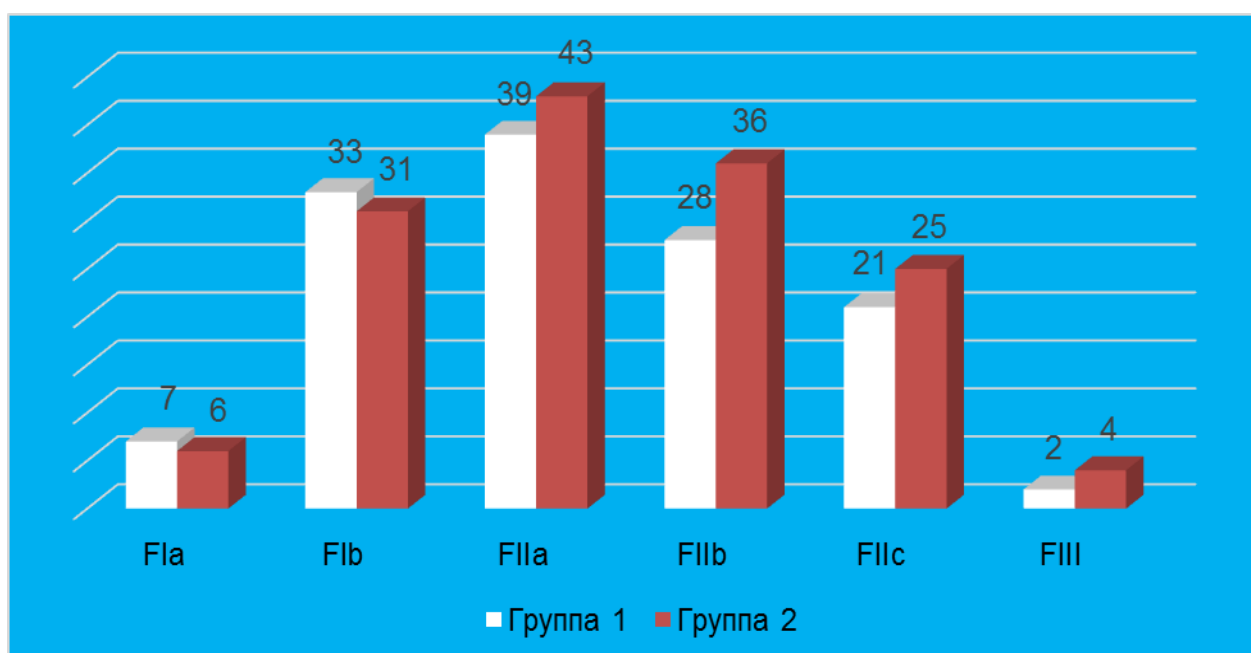
Динамика регистрации случаев кровотечения из желудка и 12-перстной кишки путем проведения ЭФГДС у пациентов обеих групп показана в табл. 4.

Таблица 4

**Распределение больных по интенсивности кровотечения из желудка и двенадцатиперстной кишки (классификация Форреста)**

Вид желудочно-кишечного кровотечения	1-я группа (n=130) абс.ч.(%)	2-я группа (n=145) абс.ч.(%)	Всего (n=275) абс.ч.(%)
F1a	7 (5,4)	6 (4)	13 (4,7)
F1b	33 (25)	31(21)	64 (23,3)
F2a	39 (30)	43 (30)	82 (30)
F2b	28 (22)	36 (25)	64 (23,3)
F2c	21(16)	25 (17)	46(16,6)
F3	2 (1,6)	4 (3)	6 (2,2)
Жами	130 (100,0)	145 (100,0)	275 (100,0)

Статистически значимых различий по интенсивности кровотечения между основной и контрольной группами выявлено не было ( $p>0,05$ ) (табл. 4.).



**Рис.2.** Распределение пациентов по интенсивности кровотечения.

Наибольшее количество пациентов с кровотечениями из верхних отделов желудочно-кишечного тракта было зарегистрировано в 2020-2021 годах. Очевидно, что эти показатели связаны с пандемией COVID-19 и принятием НПВП в больших количествах и нерегулярно.

Для получения статистической репрезентативной выборки была применена классификация уровней кровопотери по Гостищеву В.К., Евсееву М.А. Распределение пациентов на группы наблюдения по степени кровопотери приведено в таблице 5.

**Классификация уровней кровопотери  
по Гостищеву В.К., Евсееву М.А. (2005)**

Уровень кровопотери	Недостаточность глобулярного объема АКХ, %
Легкая	до 15
Средняя	от 15 до 25
Тяжелая	от 25 до 35
Очень тяжелая	выше 35

Из пациентов контрольной группы 55,4% обратились с умеренной кровопотерей, в то время как в основной группе этот показатель составил 58,6% ( $p>0,05$ ). В контрольной (ретроспективной) группе уровень средней кровопотери составила 26,9% пациентов, в то время как в основной группе она составила 23,42% ( $p>0,05$ ). Тяжелая кровопотеря была выявлена у 19,9% пациентов контрольной группы и у 17,2% в основной группе ( $p>0,05$ ).

При проведении опроса у пациентов учитывались жалобы, прием лекарственных веществ до заболевания, по какой причине был принят препарат, время и количество приема НПВП, анамнез (анамнез основного и сопутствующего заболевания), состояние кожи и слизистых оболочек, тошнота, наличие рвоты.

**Ультразвуковая сонография.** При УЗС основное внимание было уделено двум случаям, а именно, прежде всего, билиарной системе и паренхиме печени. Состояние паренхимы печени, неравномерность ее окружения (краев), размеры, кровеносные сосуды, входящие и выходящие из печени, их размер, а также во вторых состоянии аностомозов портальной системы кровообращения у части больных с помощью ультразвуковой сонографии "Sonoline Vera Pro" фирмы "Siemens" (Германия) "Echo Camera SSD-680" фирмы "Aloka" (Япония) изучались с помощью конвексного датчика с длиной волны 3,5 МГц.

**Эндоскопия.** Эзофагогастродуоденоскопия проводилась в соответствии с инструкциями по неотложной помощи, по возможности, в течение первых 30 минут с момента госпитализации. Учитывая риски появлений кровотечения и вероятность осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, диагностические манипуляции проводились в шоковом отделении или отделении реанимации. В случаях, когда пациенты находились в состоянии постгеморрагического шока, эндоскопия проводилась после нормализации гемодинамических показателей.

Кроме того, особое внимание было уделено состоянию слизистой оболочки желудка и язвенным изменениям при эндоскопическом исследовании. С помощью ФЭГДС кроме ВРВП у 26 (34,3%) пациентов у 18 (23,7%) человек обнаружены симптомы эрозивного гастрита (портальная гастропатия) и у 5 (6,6%) пациентов зарегистрировано язвы пилорической части желудка, у 3 (4%) больных зарегистрировано язвы 12-перстной кишки.

Для инъекционных целей использовалась эндоскопическая игла-инжектор ИМЭ-2 Казанского завода приборов и оборудований (Российская

Федерация).

Эти вещества были использованы при инъекционном эндоскопическом гемостазе при гастродуоденальном кровотечении. Абсолютный и 96%-ный этиловый спирт применен в 2-4 точках примерно в 1 мм от источника кровотечения. Количество спирта, вводимого на инъекцию, не должно было превышать 0,5 мл, при общем объеме 1,0 - 1,5 мл и не более 2,0 мл.

**Эластометрия.** Эластометрия - это неинвазивный, нетравматичный метод, метод исследования с использованием оборудования Fibroscan (сделано во Франции, FibroScan), которое за 5-10 минут определяло уровень фиброза (по методу Метавир) с учетом эластичности (плотности) ткани печени. Плотность ткани печени является точным физическим показателем, выраженным в килоПаскалях (кПа). Чтобы изучить более широкую область, плотность ткани измерялась более чем в 10 точках. Для определения степени фиброза степень эластичности ткани выполняется с помощью специального оборудования, без участия проверяющего, и оценка результата суммируется без участия человеческого фактора.

Также стоит отметить, что популярные методы обследования печени, а именно биохимические (билирубин, АЛТ, АСТ), УЗИ-исследования в большинстве случаев не дают четкого результата при определении степени развития фиброза. Упомянутые популярные методы могут дать четкий результат только при высоком уровне фиброза. В таких случаях невозможность точной диагностики или своевременного начала методов лечения может привести к развитию цирроза процесса у пациента в течение короткого времени.

**Статистическая обработка результатов исследования** проводилась статистическими методами путем определения относительных показателей, средних значений: среднего арифметического ( $M \pm$ ) и стандартной ошибкой медиан, 25 и 75%, степень значимости доверительного интервала составляла интервал 0,05. По Т-критерию была проверена статистическая значимость различий в средних значениях и относительных показателях в основной и двух контрольных группах. Различия считались значимыми, если степень значимости диапазона достоверности составляла менее 0,05 ( $p < 0,05$ ) и 0,01 ( $p < 0,01$ ). С помощью теста Уилкоксона (при количестве вариантов 6 и более) была проверена однородность основной и контрольной групп наблюдения. Сравнительный анализ переменных был проведен с использованием непараметрического критерия Уилкоксона-Манна-Уитни. Коэффициент линейной корреляции ( $r$ ) использовался для определения случайности между переменными в небольшой выборке и ее степени.

В третьей главе диссертации **«Особенности течения кровотечений из эрозивно-язвенных процессов желудка и двенадцатиперстной кишки при воздействии лекарственных веществ на фоне сопутствующих заболеваний»** представлен анализ результатов изученных данных.

Использование НПВП связано с различными негативными и побочными эффектами. На данный момент доказано, что регулярное применение НПВП препаратов вызывает воспаление, эрозивно-язвенные изменения слизистой

оболочки желудочно-кишечного тракта и ряд негативных эффектов. НПВП может повредить желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), начиная с пищевода и заканчивая прямым кишечником. Но развитие острых эрозивно-язвенных процессов (ЭЯП) под влиянием НПВП верхних отделов ЖКТ происходит в 6 раз чаще.

Кровотечение из этих областей в результате острых эрозивно-язвенных процессов, вызванных НПВП, было изучено на фоне сопутствующих заболеваний пациентов с желудочно-кишечными кровотечениями для выявления тяжелых уровней и состояний, которые могут вызвать повторное (рецидивирующее) кровотечение.

С 2015 по 2018 год 130 пациентов, болеющих кровотечениями из-за острых эрозивно-язвенных процессов, индуцированных НПВП, в хирургические отделения Бухарского филиала РНЦЭМП были госпитализированы в хирургическое отделение, и ретроспективно проанализирована история болезни. У них было диагностировано кровотечение из ЖКТ в разное время с момента госпитализации.

В I-й контрольной группе было обследовано 130 пациентов с кровотечением из ЖКТ. Из них у 68 (52,3%) пациентов было значительно больше острых язвенных кровотечений из желудка ( $p < 0,01$ ), у 38 (29,2%) пациентов было острое язвенное кровотечение из двенадцатиперстной кишки, у 24 (18,7%) пациентов было острое кровотечение, вызванное эрозивным гастродуоденитом.

Также из 145 пациентов II-й основной группы у 79 (54,5%) были выявлены острые язвы желудка, у 41 (28%) пациента - язвы двенадцатиперстной кишки и у 25 (17,5%) ( $p < 0,01$ ) были выявлены кровотечения из острого эрозивного гастродуоденита.

**Таблица 6**

**Состав основных сопутствующих заболеваний, обусловленных приемом НПВП, в контрольной и основной группах**

Причины приема НПВП (фоновые заболевания)	I-я группа, количество больных (n=130) абс.ч. (%)	II-я группа, количество больных (n=145) абс.ч. (%)	Количество больных (n =275) абс. сон (%)
ОРВИ	47(32,4%)	44 (33,8%)	91 (33%)
Ревматоидный артрит	35(26,9%)	39 (30%)	74 (27%)
Воспалительные артропатии	28(19,3%)	30 (23,1%)	58 (21%)
Подагра	4(2,7%)	10 (5%)	14 (5%)
Мигрен.	12(8,3%)	15 (7,7%)	27 (10%)
Причина приема неизвестна	4(2%)	7(3%)	11(4%)
Всего	130	145	275

Из таблицы 6 видно, что у трети пациентов кровотечения были вызваны неконтролируемым и чрезмерным приемом НПВП из-за ОРВИ. Обе группы получили статистически равные суммы. На втором и третьем месте по частоте приема НПВП ревматоидный артрит составил 26,9% в 1-й группе, 30% во 2-й группе и 19,3% в 1-й группе по причине воспалительных заболеваний суставов и 21% во 2-й группе. В следующих местах в качестве причин выступали мигрень и подагра. Фоновое заболевание из анамнеза не было выявлено при анализе историй болезни, но пациенты, принимавшие НПВП, составили 11 человек.

При проведении ФЭГДС в контрольной (ретроспективной) группе у пациентов со статистически значимыми ( $p < 0,01$ ) уровнями было обнаружено большее количество кровотечений, т.е. уровни F-Ib 33(25%) и F-IIa 39(30%), F-IIb 28(22%) и F-IIc 21(16%) имели более выраженные симптомы кровотечения по сравнению с F-III 2(1,6%). Часто у пациентов с ОРВИ 47(32,4%) и хроническими заболеваниями суставной системы ревматоидным артритом 35 (26,9%) и воспалительными артропатиями 28 (19,3%) выявлялось кровотечение из острых эрозивно-язвенных пораженных участков, спровоцированных НПВП. У этого контингента пациентов, принимающих НПВП в течение длительного времени, были выявлены эндоскопические признаки профузного кровотечения F-Ia у 4(57%) и у 3(43%) признаки профузных кровотечений.

При проведении ФЭГДС в основной группе имеется 4(3%) показаний F-III, пациенты с продолжающимися симптомами кровотечения были выявлены в F-Ib 31(21%), F-IIa 43(30%) и F-IIb 36(25%) и F-IIc в 25 (17%) случаях и были статистически значимыми ( $p < 0,01$ ). В этой же группе было выявлено кровотечение из области острого эрозивно-язвенного процесса, спровоцированного НПВП, чаще всего у пациентов с ОРВИ 44(33,8%) и хроническим заболеванием суставной системы ревматоидным артритом 35(26,9%) и воспалительными артропатиями 39(30%). Из пациентов, у которых были диагностированы эндоскопические симптомы профузного кровотечения F-Ia у пациентов, которые принимали НПВП в течение длительного времени, ревматоидный артрит был обнаружен у 2(33%), у 3(50%) пациентов воспалительные артропатии и у 1 (17%) пациента мигрень были больше идентифицированы, чем у других пациентов группы.

Более половины пациентов с кровотечением из острых эрозивно-язвенных пораженных участков, вызванных НПВП, были госпитализированы с легкой кровопотерей в 157 (57.3%) случаев, 69 (25%) пациенты с умеренной кровопотерей, 47 (17%) пациентов с тяжелой степенью кровопотери и 2 (0,7%) пациента с очень тяжелыми уровнями кровопотери. По уровню кровопотери заметного расхождения в основной и контрольной группах установлено не было ( $p > 0,05$ ) (табл. 7.).

Учитывая, что 80% острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки лечились с легким кровотечением, такие пациенты часто получали комплекс консервативных и эндоскопических манипуляций, и в среднем сроки койко дней составляли  $3-4 \pm 1$  день. В дополнение к заболеваниям, которые

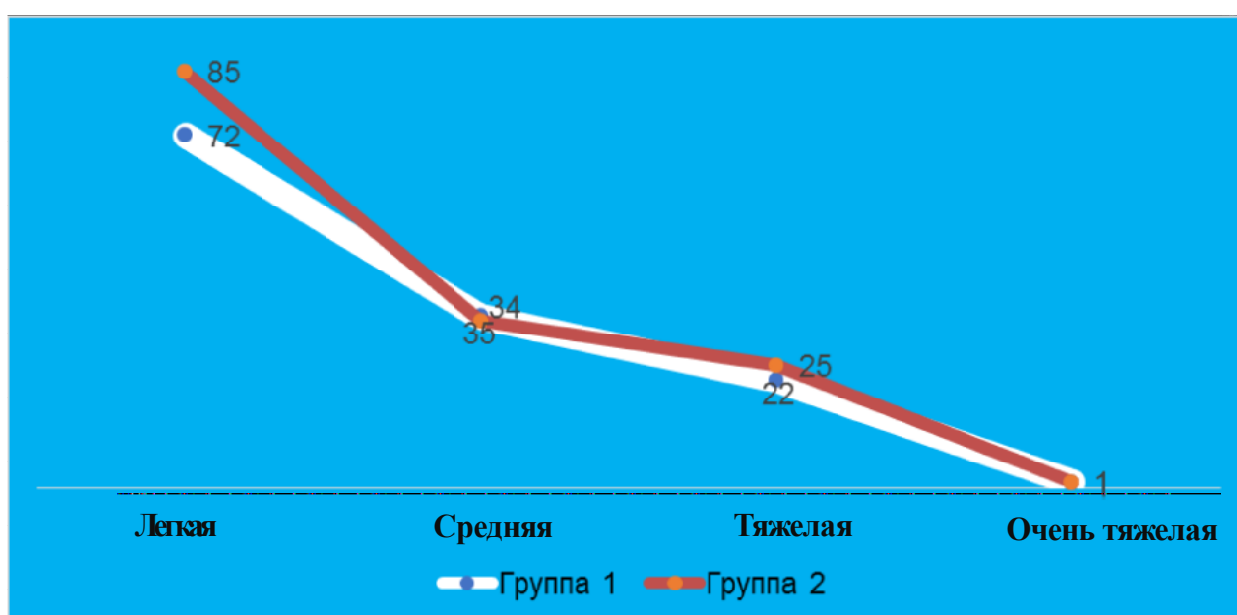
пациенты получали в течение длительного времени НПВП, также были выявлены фоновые заболевания.

**Таблица 7**

**Распределение больных по уровню кровопотери при кровотечениях из ЖКТ**

Уровень кровопотери	I-я группа (n= 130) абс.ч.(%)	II-я группа (n=145) абс. ч.(%)	Всего (n=275) абс. ч. (%)
Легкая	72 (55,4%)	85 (58,6%)	157 (57,1%)
Средняя	35 (27%)	34 (23,4%)	69 (25,1%)
Тяжелая	22 (16,9%)	25 (17,2%)	47 (17,1%)
Очень тяжелая	1(0,8%)	1(0,7%)	2(0,7%)

- достоверных различий в показателях групп не имеется ( $p > 0.01$ ).



**Рис.3.** Распределение пациентов в зависимости от уровня кровопотери во время кровотечения из ЖКТ

При анализе историй болезни первой контрольной группы (ретроспективно) было обследовано 130 пациентов, из которых у 35 (27%) пациентов была средняя кровопотеря, у 22 (16,9%) человек была тяжелая кровопотеря и у 1 (0,8%) была очень тяжелая кровопотеря. Среди пациентов, поступивших со средним уровнем кровопотери, наиболее распространенным был ХДБП 12(34%), за которым следовали пациенты с сахарным диабетом II типа 9 (25%) человек. Среди пациентов с тяжелой кровопотерей около половины из них, то есть 10 (45%) пациентов были с ХДБП, у 5 (23%) человек был ИБС, сахарный диабет II типа у 4 (18%) пациентов, а число пациентов с ожирением II-III стадии составило 3 (14%) пациента. Случай очень тяжелой кровопотери наблюдался у 1 пациента, пациент с ИБС НК II-степени развилось кровотечение из-за приема антиагрегантных препаратов вместе с НПВП, и это состояние стало причиной летального исхода.

В I контрольной группе у 20 (34,5%) пациентов, у которых развилось



кровотечение из участков острого эрозивно-язвенного процесса, который был индуцирован НПВП, было зарегистрировано повторное (рецидивирующее) кровотечение в больнице, что составляет треть этих пациентов.

Повторных кровотечений у пациентов с легкой кровопотерей не наблюдалось после противоязвенных, гемостатических и биполярных эндоскопических процедур диатермокоагуляции. Среди пациентов с умеренной кровопотерей у 11 (55%) пациентов наблюдались признаки раннего рецидивирующего кровотечения, у 8 (40%) пациентов наблюдалось сильное кровотечение, а у 1 пациента с очень тяжелым кровотечением развились летальные рецидивы кровотечения. Большинство ранних рецидивов наблюдалось у пациентов с различными функциональными состояниями печени с ХДБП, без признаков декомпенсации функции печени, ЦП и портальной гипертензией без больших и малых признаков симптомов.

Из изученных историй болезни в контрольной группе были 130 пациентов, у 20 (34,5%) пациентов, из которых наблюдался ранний рецидив кровотечения. Из них 5 (25%) случаев были пациентами с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которые были связаны с применением НПВП и антиагрегантной, и антикоагулянтной терапии. Согласно анамнестическим, лабораторным и инструментальным данным большинство рецидивов произошло у 13 (65%) пациентов с хроническими заболеваниями печени различной этиологии. В частности, вирусный гепатит В был выявлен у 4 (30,6%) пациентов, вирусный гепатит С - у 2 (15,4%) пациентов и алкогольный гепатит - у 7 (54%) пациентов.

Таким образом, ретроспективный анализ госпитализированных пациентов с кровотечениями из областей острого эрозивно-язвенного процесса, которые индуцированы НПВП, выявил определенные характеристики. Если учитывать госпитализированных пациентов за 2016-2021 годы, то за последние 3 года прием пациентов с кровотечениями из пораженных участков при острых эрозивно-язвенных проявлениях, вызванных НПВП, увеличился на 26,8%, и наметилась тенденция к увеличению этой категории пациентов. Несмотря на внедрение современного консервативного гемостатического лечения и эндоскопических методов гемостаза, сохраняется высокий процент повторных ранних рецидивов (34,5%). Среди фоновых заболеваний, связанных с повторными кровотечениями, статистически значимый уровень наблюдался у пациентов с ХДБП (65%).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

1. Ретроспективный анализ историй болезней пациентов, поступивших в стационар с кровотечением из острых эрозивно-язвенных процессов желудка и двенадцатиперстной кишки вследствие приема противовоспалительных ностероидных препаратов, выявил определенные особенности. За последние 3 года количество госпитализированных пациентов с кровотечениями из острых эрозивно-язвенных процессов, вызванных нестероидными

противовоспалительными препаратами, увеличилось на 26,8%, и наблюдается тенденция роста этой категории пациентов.

2. В общей группе пациентов рецидив кровотечения по сравнению с контрольной группой, снизился с 34,5% до 20%, у пациентов с хроническим диффузным заболеванием печени ранний рецидив кровотечения в контрольной группе с 22,4% в основной (после ребапимида, глутатиона и комбинированного эндоскопического гемостаза) группе снизился до 5%.

3. Рекомендуется комбинированный эндоскопический гемостаз (наложение клипса и инъекции спирта) для лечения кровотечений FI-a, FI-b, а для профилактики кровотечений целесообразно рекомендовать диатермокоагуляцию и инъекции спирта в FII-A и FII-b. Если у пациентов с кровотечениями имелась хроническая диффузная болезнь печени в качестве фонового заболевания, в качестве традиционного консервативного лечения и в качестве дополнения к эндоскопическому гемостазу, целесообразно использовать цитопротектор ребамипид и антиоксидант глутатион.

4. Проведение комбинированного метода гемостаза и комбинированной цитопротективной терапии хронической диффузной болезни печени путем коррекции нарушенной функции печени позволяет уменьшить рецидивы кровотечений и резко сократить количество опасных, патогенетически необоснованных хирургических вмешательств. Такая тактика позволила сократить количество операций в основной группе до 1 (0,7%) пациента, в контрольной группе до 6 (4,6%) пациентов ХДБП.

5. По результатам лечения был разработан алгоритм лечения пациентов с риском сильных кровотечений и рецидивов, согласно которому, следуя рекомендованной нами тактике лечения, болезнь фон стала важной в лечении пациентов с предрасположенностью к рецидивам.

**SCIENTIFIC COUNCIL DSc.04/30.04.2022.Tib.93.01  
ON AWARDING OF SCIENTIFIC DEGREES  
AT THE BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

---

**BUKHARA STATE MEDICAL INSTITUTE**

**HAMROYEV BAKHTIYOR SULTONOVICH**

**MODERN TACTICS FOR THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF  
BLEEDING FROM THE GASTROINTESTINAL TRACT, AS A RESULT  
OF EXPOSURE TO DRUGS**

**14.00.27 – Surgery**

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

**Bukhara – 2023**

**The theme of the doctor of philosophy (PhD) dissertation was registered at the Supreme Attestation Commission at the Ministry of Higher Education, Science and Innovation of the Republic of Uzbekistan in №B2021.4.PhD/Tib 2307.**

The dissertation was made at the Bukhara state medical institute.

An abstract of the dissertation in three languages (Uzbek, Russian, English (resume)) is available on the website of the Scientific Council ([www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)) and on the Information and Educational Portal «ZiyoNet» ([www.ziynet.uz](http://www.ziynet.uz)).

<b>Scientific supervisor</b>	<b>Urokov Shukhrat Tukhtaevich</b> Doctor of Medical Sciences
<b>Official opponents</b>	<b>Safoev Bakodir Barnoevich</b> Doctor of Medical Sciences, professor <b>Akbarov Mirshavkat Miralimovich</b> Doctor of Medical Sciences, professor
<b>The leading organization</b>	<b>Research Institute named after Professor S.V. Ochapovsky (Russian Federation)</b>

Defense will take place on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 at \_\_\_\_ at the meeting of Scientific Council DSc.04/30.04.2022.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](mailto:buhmi@mail.ru)).

The dissertation can be reviewed at the Information Resource Center of the Bukhara State Medical Institute (registered number\_\_\_\_). (Address: 200118, Uzbekistan, Bukhara, A.Navoiy str.1. Phone: (+99865) 223-00-50)

Abstract of dissertation sent out on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 year  
(mailing report №\_\_\_\_ on «\_\_» \_\_\_\_\_ 2023 year)

**A.Sh. Inoyatov**  
Chairman of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, Professor

**N.N. Kazakova**  
Scientific Secretary of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Philosophy

**B.Z. Khamdamov**  
Chairman of the Scientific Seminar of the Scientific Council on Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences, professor

## INTRODUCTION (abstract of PhD thesis)

**The aim of the research work** to improve the diagnosis and treatment results of acute erosive ulcer processes in the stomach and duodenum caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs.

**The object of the scientific research** 275 patients treated with bleeding caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs in the surgical departments of the Bukhara Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medicine were taken as

**The scientific novelty of the research work is:**

it has been determined that bleeding from acute erosive-ulcer processes of the stomach and duodenum as a result of taking non-steroidal anti-inflammatory drugs has increased in the last 3 years, and the number of patients in this category has an increasing trend;

the role of background diseases as predisposing factors to recurrence of bleeding from acute erosive-ulcer processes of the stomach and duodenum;

in addition to complex endoscopic and conservative therapy, as a result of the use of rebamipide and glutathione acids and simultaneous combined endoscopic hemostasis, a decrease in relapse rates, especially in patients with chronic diffuse liver diseases, was found to be highly effective;

in the treatment of bleeding from acute erosive-ulcer processes of the duodenum and duodenum as a result of taking non-steroidal anti-inflammatory drugs, and in order to determine the factors affecting the recurrence of bleeding, a diagnostic-treatment algorithm has been developed.

**Implementation of the research results** on the basis of the scientific results obtained to improve the diagnosis and treatment of acute erosive ulcer processes developed due to non-steroidal anti-inflammatory drugs in the stomach and duodenum:

The methodical recommendation "Diagnostic algorithm in patients with bleeding from the gastrointestinal system" was approved, which allowed to improve diagnostic methods for bleeding caused by chronic erosion and wounds of the stomach and duodenum and bleeding caused by the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs. This methodological recommendation made it possible to improve the efficiency and quality of surgical treatment of patients with chronic ulcers and erosion of the stomach and duodenum, as well as with bleeding caused by the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs.

The scientific results obtained on the examination and treatment of patients with chronic erosion and ulcers of the stomach and duodenum and bleeding observed as a result of the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs are applied to health care practice, in particular, medical associations of Bukhara, Olot districts, as well as the Republic emergency medical aid applied to the practical activities of the Bukhara branch of the scientific-practical center. Implementation of the obtained results into clinical practice, performing combined endoscopic hemostasis in bleeding from acute ulcerative-ulcerative processes caused by nonsteroidal anti-inflammatory drugs against the background of chronic diffuse

liver diseases, and by introducing the standard of rebamipid and glutathione into traditional cytostatic treatment, reducing the number of bed days, dangerous and pathogenetic made it possible to reduce unnecessary surgical interventions.

**The structure and volume of the dissertation.** The thesis consists of an introduction, four chapters, conclusion, practical recommendations and a list of references. The volume of the thesis is 114 pages.

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

**I қисм (I часть; I part)**

1. Уроков Ш.Т., Абдурахмонов М.М., Хамроев Б.С. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, индуцированное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Тиббиётда янги кун. - Бухара, 2021. - № 2 (34). - С. 487-491. (14.00.00; № 22)

2. Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С. Ошқозон ичак тизимидан дори воситалари натижасида қон кетишида замонавий ёндашув // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарқанд, 2022. - № 3 (136). - С. 228-232. (14.00.00; № 19)

3. Уроков Ш.Т., Абдурахмонов М.М., Хамроев Б.С., Хамроев Х.Н. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, индуцированные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Вестник Ташкентской медицинской академии. - Ташкент, 2022. - № 7 - С. 173-176. (14.00.00; № 13)

4. Urokov Sh.T., Hamroyev B.S. Analysis of the Results of Treatment of Patients with Gastrointestinal Bleeding Using Endoscopic and Surgical Methods of Hemostasis // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2022. - № 12 (5). - P. 487-490. (14.00.00; № 2)

5. Urokov Sh.T., Khamroyev B.S., Hamroyev Kh.N. Results of Treatment of Patients with Bleeding of the Stomach and 12 Duo from Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs – Induced Oenp // Journal of Pharmaceutical Negative Results. - 2022. - Volume 13, Special Issue 9. - P. 1901-1910. (SCOPUS)

**II қисм (II часть; II part)**

6. Хамроев Б.С., Уроков Ш.Т. Эндоскопическая диагностика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Научно-практическая конференция посвященная 130 летию Бухарского областного многопрофильного медицинского центра «Актуальные проблемы современной медицины и пути их решения». - Бухара - 2021. - С. 24-26.

7. Khamroyev B.S. Improving Early Diagnosis of peptic Ulcer Disease // Научно-практическая конференция посвященная 130 летию Бухарского областного многопрофильного медицинского центра «Актуальные проблемы современной медицины и пути их решения». - Бухара - 2021. - С. 26-27.

8. Уроков Ш.Т., Абдурахмонов М.М., Хамроев Б.С. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, индуцированное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Вестник Ташкентской медицинской академии. - Ташкент, 2022. - С. 130-131.

9. Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С. Результаты лечения больных с кровотечениями желудка и 12 перстной кишки из НВПС – индуцированных ОЭЯП // Научная и инновационная терапия. - Бухара, 2022. - № 1 (1). - С. 112-113.

10. Хамроев Б.С., Уроков Ш.Т. Эндоскопическая диагностика эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированных приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // «Современная медицина и информационные технологии в процессе обучения в период пандемии COVID-19» научно-практическая и учебно-методическая конференция с международным участием, посвященная 70-летию профессора кафедры хирургических болезней и реанимации Абдурахманова Мамура Мустафаевича. - Бухара - 2022. - С. 108-109.

11. Абдурахманов Ш.М., Рахимов А.Ш., Хамроев Б.С. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясини юқори технологияли лапароскопия усулида диагноз қуйиш ва даволаш // Материалы XXVI Республиканской научно-практической конференции «Вохидовские чтение - 2022». «Возможности и перспективы внедрения высокотехнологической хирургии в регионах». Хирургия Узбекистана «Вохидовские чтение». - Ташкент, 2022. - № 2 (94). - С. 30-31.

12. Уроков Ш.Т., Мусоев Т.Я., Абдурахманов Ш.М., Хамроев Б.С. Определить роль нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // Материалы XXVI Республиканской научно-практической конференции «Вохидовские чтение-2022». «Возможности и перспективы внедрения высокотехнологической хирургии в регионах». Хирургия Узбекистана «Вохидовские чтение». - Ташкент, 2022. - № 2 (94). - С. 123.

13. Хамроев Б.С. Ошқозон-ичак тизимидан дори моддалари сабабли қон кетишларда замонавий ташхислаш ва даво усулини танлаш // IV центрально-азиатский конгресс «Современное состояние и перспективы развития клинической фармакологии». - Бухара - 2022. - С. 11.

14. Hamroev B.S. Clinical Signs of Drug-Induced GI Bleeding From the Gastrointestinal System // International Conference on Green and Digital Economy. - France - 2023. - 116-118 p.

15. Hamroev B.S. Modern Diagnosis of Medicine-Induced GI Bleeding From the Gastrointestinal System // Interdisciplinary Conference of Young Scholars in Social Sciences. - USA - 2023. - 97-99 p.

16. Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С. Результаты лечения больных с кровотечениями желудка и 12 перстной кишки из НПВС - индуцированных острой эрозивной язвы пищевода // 11th - International Conference on Research in Humanities, Applied Sciences and Education. - Berlin, Germany - 2023. - 47-48 p.

17. Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С. Определить роль нестероидных противовоспалительных препаратов в развитии кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта // International Conference on Advance



Research in Humanities, Applied Sciences and Education. - New York, USA - 2023. - 60-63 p.

18. Xamroyev B.S., O'roqov Sh.T. Oshqozon ichak tizimidan dori vositalari natijasida qon ketish darajasini baholovchi platforma. O'zbekiston Respublikasi Adliya vazirligi. DGU 18344-sonli guvohnoma, 04 avgust 2022 yil.

19. Xamroyev B.S., Urokov Sh.T. Oshqozon ichak tizimidan dori moddalari sababli qon ketishlarda zamonaviy tashxislash va davolash usullari // Usuliy tavsifnoma. - Buxoro, 2022. - 32 b.

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

Босишга рухсат этилди: 18.07.2023 йил. Бичими 60x84 <sup>1</sup>/<sub>16</sub>, «Times New Roman» гарнитурда рақамли босма усулида босилди.  
Шартли босма табоғи 3,0. Адади: 100 нусха. Буюртма №397

Гувоҳнома АИ №178. 08.12.2010.  
“Садриддин Салим Бухорий” МЧЖ босмаҳонасида чоп этилди.  
Бухоро шаҳри, М.Иқбол кўчаси, 11-уй. Тел.: 65 221-26-45



