

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АБДУВАЛИЕВА ЧУЛПАННОЙ МУХАММАДЖОНОВНА

**БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ҚИЗИЛУНГАЧ ВАРИКОЗ КЕНГАЙГАН
ВЕНАЛАРДАН ҚОН КЕТИШИНING ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.40 – Шошилинч тиббиёт

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

ТОШКЕНТ – 2022

**Тиббиёт фанлари буйича фалсафа доктори (PhD) диссертацияси
автореферати мундарижаси**

**Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD) по
медицинским наукам**

**Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD) on medical
sciences**

Абдувалиева Чулпаной Мухаммаджоновна

Болаларда қизилунгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон
кетишнинг таъхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш..... 3

Абдувалиева Чулпаной Мухаммаджоновна

Совершенствование диагностики и тактики лечения при кровотечениях
из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей..... 21

Abduvalieva Chulpanoy Mukhammadjonovna

Improvement of diagnostic and tactics treatment of children with bleeding
from enlarged varicose veins of the esophagus and stomach..... 39

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 42

**РЕСПУБЛИКА ШОШИЛИНЧ ТИББИЙ ЁРДАМ ИЛМИЙ МАРКАЗИ
ҲУЗУРИДАГИ ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ
DSc.04/30..12.2019Тиб.63.01 РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ**

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

АБДУВАЛИЕВА ЧУЛПАННОЙ МУХАММАДЖОНОВНА

**БОЛАЛАРДА ОШҚОЗОН ВА ҚИЗИЛУНГАЧ ВАРИКОЗ
КЕНГАЙГАН ВЕНАЛАРДАН ҚОН КЕТИШИНИНГ ТАШХИСЛАШ
ВА ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИНИ ТАКОМИЛЛАШТИРИШ**

14.00.40 – Шошилинч тиббиёт

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

ТОШКЕНТ – 2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2020.2.PhD/Tib1317 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Андижон давлат тиббиёт институтида бажарилган.

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

Илмий раҳбар:

Акилов Хабибулла Атауллаевич
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Ризаев Камал Саидакбарович
тиббиёт фанлари доктори
Аллаберганов Одилбек Таджидинович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Самарқанд давлат тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Республика шошилич тиббий ёрдам илмий маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 рақамли Илмий кенгашнинг 2022 йил «___» _____ соат _____ даги мажлисида бўлиб ўтади (Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси, 2-уй. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

Диссертация билан Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказидаги Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (№____-рақам билан рўйхатга олинган). Манзил: 100115, Тошкент шаҳри, Чилонзор тумани, Кичик халқа йўли кўчаси, 2-уй. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru

Диссертация автореферати 2022 йил «___» _____ кунни тарқатилди.

(2022 йил «___» _____ даги №____ рақамли реестр баённомаси).

А.М. Хаджибаев

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

Х.Э. Анваров

Илмий даражалар берувчи илмий кенгаш
илмий котиби, тиббиёт фанларида фалсафа доктори

Б.К. Алтиев

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

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертацияси аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Портал гипертензия (ПГ) синдроми қопқа венаси тизимида қон айланишининг бузилиши билан кечувчи патологик жараёнларда кузатилиб, хазм тракти юқори бўлимларидан қон кетишининг асосий сабабларидан бири бўлиб ҳисобланади. Ривожланган мамлакатларда катта ёшдаги ПГ бўлган инсонларда унинг асосий сабали (85-90% ҳолларда) жигар циррозидир (ЖЦ). Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти (БЖССТ) маълумотларига кўра, “...дунёда 20 млн.дан ортиқ инсонлар ЖЦ дан азият чекадилар ва касалланиш даражаси 100 минг аҳолига 20-40 та бемор тўғри келади...”. Ушбу кўрсаткич йил сайин ортиб бормоқда ва яқин келажакда жигар касалликларидаги ўлим кўрсаткичи 60% да етиб бориши кутилмоқда¹.

Катта ёшли беморларнинг аксариятида қизилўнгач варикоз кенгайган веналардан қон кетишига ПГ сабаб бўлса, болаларда бу ҳавфли симптомнинг асосий сабаби бўлиб тромбоз ёки туғма нуқсон (жигардан ташқари портал гипертензия – ЖТПГ) оқибатида юзага келувчи қопа венасида қон айланишининг тўхташи ҳисобланади. ЖЦдан фарқли ўлароқ ЖТПГда жигар функциялари деярли ўзгармайди². Шунинг учун болаларда ПГни даволашда асосий эътибор қопқа венасидан қон кетишини олдини олишга қаратилгандир. Охириги йилларда ПГни хирургик даволаш усулларининг янги имкониятлари пайдо бўлиши натижасида бу касалликка чалинган болаларни даволаш тактикасида ҳам сезиларли ўзгаришлар кузатилмоқда. Жумладан, портотизимли шунтлаш (ПТШ) каби қон томир операцияларининг кенг қўламда қўлланилиши ушбу оғир беморларда қон кетиши асоратларини самарали назорат қилиш имконини бермоқди³. ПТШга қарши кўрсатмалар бўлса, ёки бажариш имкони бўлмаган тақдирда варикоз веналарни склерозлаш ва лигатуралаш каби қон кетишини олдини олувчи эндоскопик усуллардан фойдаланилмоқда⁴. Баъзи муаллифлар эндоскопик усулларга муқобил сифатида деваскуляризация операцияларини таклиф қилмоқдалар⁵.

Мамлакатимизда тиббиёт соҳасини ривожлантириш, тиббий тизимни жаҳон андозалари талаблари даражасига кўтариш, болалар орасида жигар касалликларини эрта аниқлаш, даволаш ва олдини олишга алоҳида эътибор қаратилмоқда. 2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналишига мувофиқ «...мамлакат

¹Global Health Estimates 2019: Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Geneva, World Health Organization; 2020. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, accessed 1 May 2021).

²Разумовский А.Ю. Портальная гипертензия у детей: 28-летний опыт хирургического лечения //Гастроэнтерология. -2017. - №12 (141). -С.43-49

³Акилов Х.А., Ураков Б.Х., Шелаев О.И., Алтыев Б.К. Тактика лечения при кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у больных циррозом печени //Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2010. – №. 1. – С. 51-54.

⁴Кадилов Р.Н., Хаджибаев Ф.А., Ахмедов Ю.М., Миннулин Э.Р. Эффективность эндоскопических методов гемостаза при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода //Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – №. 3. – С. 58-63.

⁵Назыров Ф.Г., Девятов А. В., Бабаджанов А.Х., Салимов У.Р. Эволюция технологий азигопортального разобщения в профилактике кровотечений портального генеза //Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т. 23. – №. 1. – С. 65-73.

аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатишни янада такомиллаштириш, жумладан, болаларда сурункали буйрак касалликларининг олдини олиш, эрта ташхислаш, болалар ўлимини камайтириш, уларга ихтисослаштирилган ва юқори технологияларга асосланган тиббий ёрдам кўрсатиш бўйича комплекс чора-тадбирларни янада кенгроқ амалга ошириш»⁶ вазифалари белгиланган. Ушбу вазифалар болалар орасида хазм трактидан қон кетишига сабаб бўлувчи жигар касалликларини ташхислаш ва даволашда замонавий тиббий хизмат кўрсатиш даражасини янги босқичга кўтариш ва сифатли тиббий хизмат кўрсатишда замонавий технологияларни қўллашни такомиллаштириш орқали бемор болаларнинг ҳаёт сифатини яхшилаш имконини беради.

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

Тадқиқотнинг республика фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мослиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI. «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналишига мувофиқ бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. ПГнинг энг ҳавфли асорати сифатида қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш (ҚВКВҚК) деб тан олинади ва бу асорат болаларда яра билан боғлиқ бўлмаган қонашлар орасида биринчи ўринни эгаллайди ҳамда жуда катта ўлим кўрсаткичи билан фарқланади⁷. ПГ синдроми қарийиб 80% болаларда илк бора айнан қизилўнгач ва меъданинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши билан намоён бўлади ва ушбу қонаш маваффақиятли даволанган тақдирда ҳам келажакда 70% ҳолатларда қайталаниши кузатилинади. ҚВКВҚКларда ўлим кўрсаткичи 20% дан 60% гача, илк бора қон кетишда эса хатто 80% га етади⁸.

Замонавий тиббиётнинг изчил ривожланиши натижасида, албатта, ПГ синдромини даволашнинг янги хирургик, эндоскопик ва медикаментоз

⁶Ўзбекистон Республикаси Президентининг «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича ҳаракатлар стратегияси дастури тўғрисида» Фармони.

⁷Afaa T. J. et al. Diagnosis and management of extrahepatic oesophageal variceal bleed in children in a low resourced setting //Ghana Medical Journal. - 2020. - №4(54). - С.274–278.

⁸Kumar A. S., Sibia R. S. Predictors of in-hospital mortality among patients presenting with variceal gastrointestinal bleeding // Saudi Journal of Gastroenterology: Official Journal of the Saudi Gastroenterology Association. - 2015.- №1(21). - P.43–46.

усуллари ҳам кенг кириб келмоқда. Ушбу касалликда қўлланиладиган деярли барча хирургик даволаш усулларининг якуний мақсади – бу бемор ҳаёти учун тахдид солувчи ҚВКВҚКнинг олдини олиш ва даволашдан иборатдир⁹. Ҳозирги кунда нисбатан кенг қўлланиладиган сунъий портокавал анастомозларни шакллантиришга қаратилган “шунтловчи операциялар”дан сўнг ҳам жигар етишмовчилиги, энцефалопатия, шунт тромбози ва у билан боғлиқ бўлган жигар портал перфузиясининг камайиши каби асоратларнинг сони сезиларли камаяётгани йўқ. Шу сабабли ҚВКВҚКни даволашда эндоскопик усуллар, шу жумладан эндоскопик склеротерапия (ЭС) ўзининг кам инвазивлиги, қизилўнғач венасини шиллиқ ости қаватда селектив облитерациялаш ва параэзофагеал коллатералларни сақлаб қолиш имконияти мавжудлиги, шунингдек жигар функциясига салбий таъсири йўқлиги туфайли анча истиқболли саналмоқда¹⁰. Лекин эндоскопик гемостаз усуллари аксарият ҳолларда катта ёшдаги беморларда қўлланилинади, болаларда эса бу муолажалар бўйича тажрибалар ўта чекланган, алоҳида натижалар эса кам ўрганилган. Бундан ташқари, ПГнинг турли шаклларида қизилўнғач веналари склеротерапиясига аниқ кўрсатмалар белгиланмаган ва қўллаш бўйича тактика ишлаб чиқилмаган¹¹. de Ville de Goyet таклиф қилган жигарнинг портал перфузиясини тикловчи радикал коррекция усули ЖТПГни хирургик даволашда янги истиқболларни очиши кутилмоқда¹², аммо бу усулнинг натижаларига тўла қонли баҳо бериш учун ҳали маълумотлар етарли эмас.

Болаларда ҚВКВҚКнинг кенг тарқалганлиги, ўлим кўрсаткичининг юқорилиги ушбу оғир асоратнинг ҳавф омиллари ва асосий этиопатогенетик механизмларини чўқур ўрганишни, касалликни олдини олиш, эрта аниқлаш, самарали даволаш усулларини ишлаб чиқиш зарурлигини тақозо этади.

Диссертация мавзусининг диссертация бажарилган олий таълим муассасаси илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Андижон давлат тиббиёт институтининг «Болаларда хирургик касалликлар асоратлари диагностикаси, даволаш ва профилактикаси» мавзусидаги 028501624-сон илмий тадқиқот ишлари режаси доирасида бажарилган (2018–2022 йй.).

Тадқиқотнинг мақсади портал гипертензия синдроми аниқланган болаларда қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини даволашнинг натижаларини эндоскопик ва хирургик услубларни қўллашни кенгайтириш ва такомиллаштириш орқали яхшилашдан иборат.

⁹Schneider B. L. et al. Primary prophylaxis of variceal bleeding in children and the role of MesoRex Bypass: Summary of the Baveno VI Pediatric Satellite Symposium // *Hepatology* (Baltimore, Md.). -2016. № 4 (63). P. 1368–1380.

¹⁰Александрович Т. В. и др. Склерозирование вен пищевода в лечении детей с портальной гипертензией // *Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии*. - 2014.- №1(4). - С. 34–38.

¹¹Gating D. et all. Sclerotherapy versus beta-blockers for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding in children and adolescents with chronic liver disease or portal vein thrombosis // *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. -2020.-№ (1). -P. CD011659.

¹²de Ville de Goyet J. et all., Meso-Rex bypass as an alternative technique for portal vein reconstruction at or after liver transplantation in children: review and perspectives // *Pediatr. Transplant.* – 2013. - №17(1). – P.19–26

Тадқиқотнинг вазифалари:

ПГли болаларда ўтказилган ажратувчи операциялардан сўнг юзага келувчи асоратлар турини ва миқдорини аниқлаш;

тажрибада шароитда жигарнинг токсик ва ишемик ҳолатидаги морфо-функционал узгаришларни ўрганиш;

беморларни комплекс текшириш асосида қизилўнгач ва ошқозон веналарининг варикоз кенгайишидан қон кетишида ажратувчи ва эндоскопик даволашдан кейинги натижаларини ўрганиш;

қизилўнгач ва ошқозонда варикоз кенгайишнинг турли кўринишлари бўлган болаларда ёшга мос хирургик даволаш усулини ва даволаш алгоритминини ишлаб чиқиш.

Тадқиқотнинг объекти сифатида 2001-2021 йиллар давомида Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази ва унинг Андижон филиали ҳамда Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт марказида портал гипертензиянинг турли шакллари билан даволанган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 128 нафар болаларнинг даволаш натижалари олинган.

Тадқиқотнинг предмети сифатида болалар портал гипертензиясида қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини хирургик ва эндоскопик даволаш натижалари ҳамда портал гипертензиянинг тажриба моделида жигардаги морфологик ўзгаришлар ўрганилди.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда ретроспектив равишда умумий клиник, лаборатор, инструментал ва морфологик текширувлар ҳамда статистик таҳлил усулларидан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйидагилардан иборат:

айнан болалар портал гипертензиясида гастроэзофагеал қон кетишларининг олдини олиш ва даволаш натижаларини яхшилаш борасидаги клиник ва морфологик муаммолар батафсил ёритилган ва уларни ҳал қилиш йўллари белгиланган;

болаларда ошқозон ва қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишлар хавфини клиник амалиётда баҳолашнинг объектив мезонлари ишлаб чиқилган ва уларнинг самарадорлиги кўрсатилган;

доплер флоуметрия ёрдамида ошқозон шиллиқ қавати микроциркуляциясининг бузилишларини ўрганиш асосида ошқозон ва қизилўнгач варикоз веналаридан қон кетишининг қўшимча хавф омиллари аниқланган;

болаларда портал гипертензиясида гастроэзофагеал қон кетишларини даволаш тактикасини белгилашга беморнинг ёшини, касаллик даражасини ва қонаш изчиллигини инобатга олувчи дифференциал ёндашув таклиф қилинган ва унинг самарадорлиги илмий асосланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари қуйидагилардан иборат:

турли ёшдаги болаларда портал гипертензиясида гастроэзофагеал қон кетишларининг клиник ва морфологик хусусиятлари аниқлаштирилган, доплер флоуметрия ёрдамида ошқозон шиллиқ қаватининг микроциркуляцион бузилишларини ўрганиш асосида ошқозон ва қизилўнгач варикоз веналаридан қон кетишининг қўшимча хавф омиллари аниқланган,

варикоз веналардан қонаш хавфини клиник амалиётда баҳолашнинг объектив мезонларини ишлаб чиқиш орқали қонаш асоратини эрта башорат қилиш ва ташхислаш жараёнини такомиллаштиришга янги ёндашув намоён қилинган, ушбу оғир асоратни даволашда бемор боланинг ёшини, касаллик даражасини ва қонаш изчиллигини инобатга олувчи дифферециал ёндашув зарурияти асосланган, болаларда қизилўнгач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини даволашда эндоскопик гемостаз усулларининг ва хирургик ажратувчи амалиётларнинг самарадорлиги ўрни кўрсатилган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва усуллар, олиб борилган тадқиқотнинг услубий жиҳатдан тўғри танланганлиги, етарли даражадаги йирик клиник ва тажрибавий материал тўпланганлиги, шунингдек, қўлланилган усулларнинг замонавийлиги, уларнинг бири иккинчисини тўлдирадиган умумклиник, инструментал, морфологик ва статистик тадқиқот усулларига асосланганлиги, таклиф қилинаётган ёндашувлар ва амалиётга тадбиқ қилинган усуллар ваколатли идоралар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланган.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Олинган илмий натижалар аҳамияти айнан болаларда қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон кетишининг клиник ва диагностик хусусиятларига аниқлик киритганлиги, таклиф қилинаётган даволаш тактикасининг самарадорлигини илмий далиллар билан асосланганлиги билан белгиланади.

Тадқиқот натижаларининг амалий аҳамияти шундан иборатки, таклиф этилган даволаш алгоритми асосида ПГ туридан қатъий назар қон кетишда биринчи навбатда ЭЛ ни, ЖТПГ да ЭЛ дан кейин 4 ёшдан катта болаларда ПКШ бажариш, ЖИПГ билан боғлиқ жигар циррозида жигар трансплантациясини ўтказиш операциясига йуналтириш хирургик даволаш натижаларини яхшилаш ва операциядан кейинги асоратлар сонини камайтириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши: Қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон кетган болаларда ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш бўйича олинган натижалар асосида:

Болаларда гастроэзофагеал қон кетиш билан асоратланган ПГ да даволаш тактикасини такомиллаштириш бўйича олиб борилган илмий тадқиқот натижалари асосида ишлаб чиқилган «Болаларда портал гипертензия оқибатида ошқозон ва кизилунгач варикоз кенгайган вена қон томирларидан қон кетишда ташхислаш ва даволаш тактикаси» услубий тавсияномаси тасдиқланган (Соғлиқни сақлаш вазирлиги томонидан тасдиқланган 2021 йил 10 июлдаги 8 н-р/630-сон хулосаси). Мазкур услубий тавсиянома болалар ПГ сида ташхислаш ва даволаш самарадорлигини ошириш имконини берган;

болаларда ошқозон ва қизилунгач варикоз кенгайган веналардан қон кетишининг диагностикаси ва даволашни такомиллаштириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, РШТЁИМ ва РШТЁИМ Андижон филиалиунинг клиник амалиётига жорий

қилинган (Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2021 йил 12 октябрдаги 8 н-з/359-сон хулосаси). Тадқиқот натижаларнинг амалиётга татбиқ этилиши ПГ бўлган болаларда қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини тўхтатиш ҳамда олдини олиш бўйича жарроҳлик тактикаларини ишлаб чиқиш ва клиник-функционал баҳолаш орқали яхшилаш, даволаниш муддатларини қисқартириш билан биргаликда ҳаёт сифатини яхшилаш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Мазкур тадқиқот натижалари 4 та илмий–амалий анжуманларда, жумладан 2 та халқаро ва 2 та республика илмий–амалий конференцияларида муҳокамадан ўтказилган.

Тадқиқот натижаларининг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 14 та илмий иш чоп этилган бўлиб, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 6 та мақола, жумладан 2 таси республика ва 4 таси хорижий журналларда нашр этилган.

Диссертациянинг тузилиши ва ҳажми. Диссертация таркиби кириш, тўртта боб, хулоса, амалий тавсиялар ва фойдаланилган адабиётлар рўйхати ва иловалардан иборат. Диссертациянинг ҳажми 128 бетни ташкил этади.

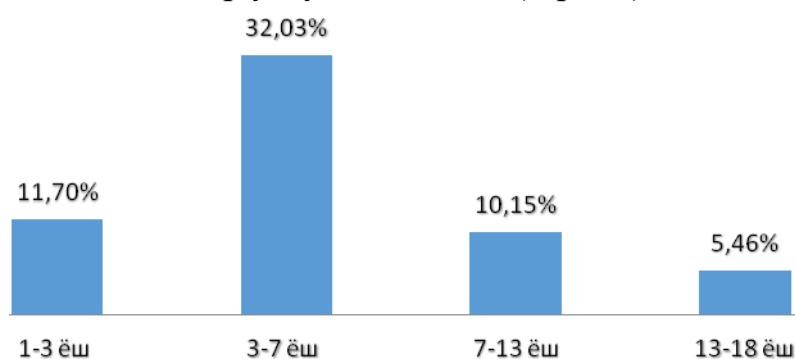
ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотларнинг долзарблиги ва зарурати кўрсатиб берилган, тадқиқотнинг мақсад ва вазифалари таърифланган, диссертация ишининг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологияларни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатиб берилган, ишнинг илмий янгилиги ва натижаларнинг амалий аҳамияти келтирилиб, тадқиқот натижаларининг амалиётга жорий этилиши, нашр этилган ишлар ҳамда диссертация тузилиши тўғрисидаги маълумотлар баён қилинган.

Диссертациянинг «**Болаларда замонавий аспектда портал гипертензия муаммоси**» деб номланган биринчи бобида адабиётлар шарҳи келтирилган. Болаларда портал гипертензия синдроми фонида гастроэзофагеал қон кетишларнинг учраш даражаси, унинг ривожланишига олиб келувчи ҳавф омиллари, постгеморрагик ҳолатларнинг патофизиологик ва клиник жихатлари, эндоскопик маълумотлар, шунингдек мазкур ҳаёт учун хавфли бўлган асоратнинг даволашга замонавий ёндашувлар тўғрисидаги маълумотлар таҳлил қилинган.

Диссертациянинг «**Тадқиқот материали ва услубларининг клиник тавсифи**» деб номланган иккинчи боби объектларни ва тадқиқот усулларини тавсифлашга бағишланган. Тадқиқот Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази – республика миқёсидаги муассаса, РШТЎИМ Андижон филиали ва Андижон вилоят болалар кўп тармоқли тиббиёт маркази – вилоят миқёсидаги муассасаларида 2001 йилдан 2021 йилгача бўлган даврда портал гипертензиянинг турли шакллари билан даволанган 1 ёшдан 18 ёшгача

бўлган 128 нафар бемор болаларни кўриқдан ўтказиш ва даволаш натижаларига асосланган. Беморларнинг 60 нафарини (46,88%) ўғил болалар ҳамда 68 нафарини (53,12%) қиз болалар ташкил қилди. Улардан 89 нафари (69,53%) да нуқсон ёки қопқа венаси постнатал тромбози ривожланиши билан боғлиқ бўлган портал гипертензиянинг жигардан ташқари шакли (ПГЖТШ) қайд этилган. Ташхис қўйилган пайтда болаларнинг ёши 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган, шунингдек, уларнинг 54,69% ни 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар ташкил этган. РШТЁИМ га қабул қилинган барча болалар ҳамда Вилоят кўп тармоқли болалар касалхонасига қабул қилинган болаларнинг деярли ярмига касалхонага шошилиш равишда ётқизиш йўли билан «портал гипертензия» ташхиси қўйилган. Болалар орасида касалхонага тушиш сабаблари орасида касаллик кўрсаткичининг 76 (59,38%) манифестацияси билан ОИТдан қон кетишлар устунлик қилди (1-расм).



1-расм. ПГ аниқланган болаларнинг ёши ва илк қон кетиш эпизодларига кўра тақсимоти.

Бунда ўғил болаларда қиз болаларга нисбатан қон кетишлари билан ПГнинг намоён бўлиши камроқ қайд этилди (мос равишда 46,5% ва 53,95%). 3–7 ёшли болалар гуруҳида неонатал даврда дарвоза венаси окклюзиясида биринчи қон кетишлари эпизоди энг кўп учради ва 53,95% ни ташкил этди.

128 нафар боланинг батафсил йиғилган анамнези, қоннинг биокимёвий ва умумий таҳлили, 128 болада ҳам қоннинг вирусли гепатит маркерларига текширилиши (100%), 115 нафар (89,84%) болада жигар ҳамда гепатолиенал соҳа томирларида УТТ, қизилўнгач ва ошқозон веналари ҳолатининг мажбурий акценти билан эзофагофиброгастроуденоскопия (ЭФГДС) ни (100%) ўз ичига олди.

Ошқозон-ичак тизимидан қон кетишлар бўлган жами 128 нафар бемордан 18 нафарида (14,06%) II даражали варикоз, 110 нафарида (85,94%) – III даражали варикоз аниқланган ва беморларимиз барча ҳолатларда шошилиш тарзда операция қилинди. 55 нафар (42,97%) болада ўтказилган операцияларда турли интенсивликдаги қон кетиш эпизодлари устунлик қилди. Оператив даволанишга жалб этилган 55 нафар бемордан 46 нафарида (83,64%) жигардан ташқари портал гипертензия (ЖТПГ), 9 нафар (16,36%)ида жигар ичи портал гипертензияси (ЖИПГ) ташхисланди (2-расм).

Беморларнинг 25 нафарида қизилўнгач-ошқозон сегментида деваскуляризациясиз Пациора бўйича ошқозон орқали ажратиш, 14 нафар болада Баиров бўйича қизилўнгач-ошқозон сегментининг

девакуляризацияси, 25 нафарда қизилўнғач-ошқозон сегментида девакуляризациясиз Пациора бўйича ошқозон орқали ажратиш ташрихлари ўтказилди.



2-расм. Тадқиқот гуруҳидаги бемор болаларнинг ПГ тури ва қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиш даражасига кўра тақсимланиши

Тадқиқотнинг экспериментал қисми вазни 180 - 220 г бўлган эркак Вистар чизикли каламушларда 0,025% гелиотрин инъекцияси юбориш орқали жигарнинг диффуз патологияси моделлаштирилди, кейинги босқичда лапаротомия, гепатэктомия ва жигарнинг турли соҳаларидан олинган тўқима кесмалари гематоксилин-эозин билан бўялди, наъмуналар радиал ва халқали морфометрия усулида ўрганилди.

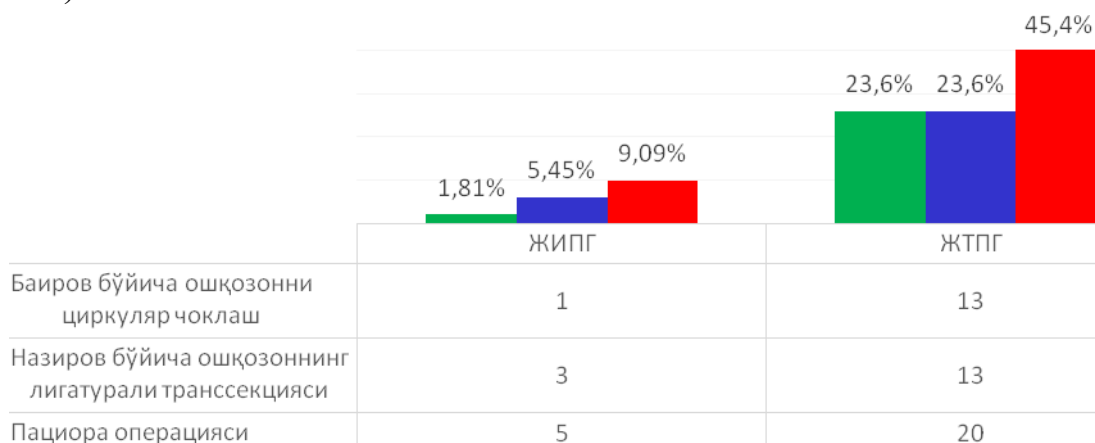
Олинган тадқиқот натижаларга STATISTICA v.10.0 дастури ёрдамида статистик ишлов берилди. Статистик таҳлил учун Стъюдентнинг t-мезони ($M, \sigma, \pm m$) ҳамда микдорий белгилар бўйича гуруҳларни таққослаш учун Манн - Уитни кўрсаткичидан фойдаланилган.

Диссертациянинг «Турли шаклдаги портал гипертензияли болаларни хирургик олиб бориш тактикасини оптималлаштириш» номли учинчи бобида портал гипертензияли болаларда қизилўнғач-ошқозон қон кетишларида консерватив терапия самарадорлиги ва ажратиш операцияларига кўрсатмалар, шунингдек қон кетиш пайтида ҳамда шошилиш-кечиктирилган тартибда бажарилган турли кўринишдаги операциялардан олинган натижалар тўғрисидаги проспектив маълумот натижалари келтирилган.

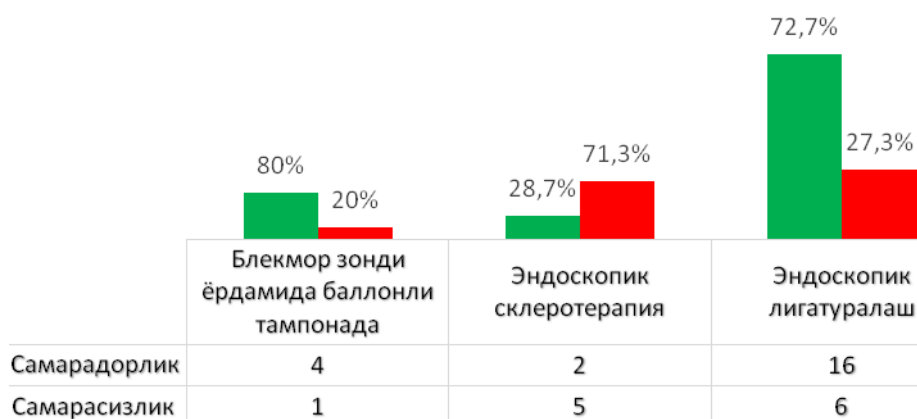
ПГ аниқланган болаларда даволаш тактикасини танлашнинг асосий мезонлари бўлиб ПГ шакли, қон кетиш манбаининг характери, унинг интенсивлиги, шунингдек, қон кетишлар туфайли бемор ҳолатининг оғирлик даражаси ҳисобланди. ПГнинг турли кўринишлари билан оғриган беморларда турли характерли операциялар самарадорлигининг қиёсий таҳлили операциянинг шошилиш ёки кечиктирилган тартибда ўтказилиши, беморларнинг ёшига боғлиқ ҳолда амалга оширилди (3-расм).

Қон кетишлар чўққисида Пациор операцияси 25 нафар (45,45%), Назиров операцияси – 16 нафар (29,09%), Таннер-Баиров операцияси – 14 нафар (25,46%) беморларда бажарилди. Операциядан кейинги эрта даврда 3 нафар бемор вафот этди (Child бўйича С синфидаги жигар етишмовчилигидан). Кузатувнинг узоқ муддатларида такрорий қон

кетишлар ва флебэктазиялар регрессиялари даражасига эътибор қаратилди. Бунинг учун беморлар операциядан кейин ҳар 6 ойда икки босқичли кўриқдан ўтказилди. Биринчи босқичда – ўзини қандай ҳис қилаётганлигини объектив баҳолаш, қон кетишларнинг такрорий эпизодларини қамраб олувчи сўровнома ўтказилди. Иккинчи босқичда – флебэктазияларни назорат қилиш мақсадида назорат ЭГДФС амалга оширилди. Қон кетиш чўққисида бўлган беморларда гемостатик терапия билан бир қаторда қизилўнгачнинг баллонли тампонадаси, эндоскопик склеротерапия (70% этанол эритмаси) ва лигатуралаш усулларида ҳам фойдаланилди ва уларнинг тиббий самарадорлиги қон кетишнинг тўхташи билан баҳоланди (4-расм).



3-расм. Қон кетишлар чўққисида АПР операцияларининг бажарилиши.

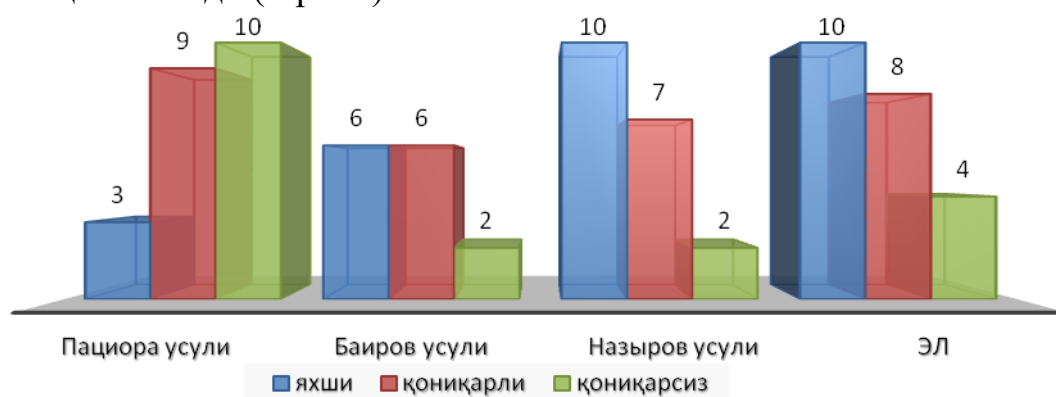


4-расм. ҚОВҚВдан қон кетишлар чўққисида эндоскопик ва оператив даволаш усуллари қўллаш натижалари

4-расм маълумотларидан кўриш мумкинки, Блекмор зондидан фойдаланилганда (80%) ва паллиатив операцияларни бажариш – ажратишда 72,7% ҳолларда юқори самарага эришилди. Икки нафар беморда ЭЛ самарасиз бўлгач, ЖТПГда ПКШ операцияси ўтказилди. Битта ҳолатда ЭЛда ЖИПГли беморда 2 нафар ўтказилди, бироқ бесамар бўлганлиги учун Пациор операцияси бажарилди ва натижа летал якунланди. Ошқозоннинг антрал соҳаси варикоз веналаридан ўн икки бармоқли ичакка ўтиш билан

қон кетиши бўлган беморда интраоперацион эндоскопик назорат остида веналар тикилди. Қон кетишлар баландлигида портокавал анастомозларнинг бажарилиши, кузатишларимизга кўра, 25% ҳолатда муваффақиятли бўлди, буни томирларнинг кичик диаметри (5 ёшдан кичик беморларда) билан боғлиқликда техник қийинчиликлар ва шунтлар тромбози билан тушунтириш мумкин. Қолган беморларда қон кетишлар ЭЛ орқали тўхтатилди.

Шошилинч ва шошилинч-кечиктирилган тартибда бажарилган АР ва ЭЛ операцияларининг яқин муддатдаги натижалари таҳлиliga кўра операциядан кейин ҚОҚК нинг қайта пайдо бўлиши, талоқ инфаркти белгиларининг ривожланиши (гипертермия билан намоён бўлувчи оғрик синдроми), диафрагма ости абцесси ва жигар етишмовчилигининг шаклланиши каби асоратларнинг юзага келиши билан кечган операциялар қониқарсиз ҳисобланди (5-расм).



5-расм. Шошилинч ва шошилинч-кечиктирилган тартибда бажарилган АР ва ЭЛ операцияларининг яқин муддатдаги натижалари.

Пациора операциясидан кейин операциядан кейинги даврнинг яхши кечиши 3 нафар (12%), қониқарли – 9 нафар (36%), қониқарсиз – 10 нафар (40%) беморда кузатилди. 2 нафар беморда яранинг битишидаги йиринглаш иккиламчи бўлди, ЖЦ бўлган 1 нафар болада операциядан кейин 14-суткада бартараф этишнинг уддасидан чиқилган асцит қайд этилди.

Назыров бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекциясининг операциядан кейинги даврда яхши кечиши 5 нафар (31,25%), қониқарли – 9 нафар (56,25%), қониқарсиз – 2 нафар (12,5%) беморда кузатилди. Бир нафар бемор болада операциядан кейин 3 сутка давомида гипертермия ва парез белгилари сақланиб турди. 3 суткадан кейин бемор ҳолати яхшиланди. Олиб борилган даволаш терапияларига қарамасдан бир беморда операциядан кейин 7 сутка ўтгач, ЖТПГ СЭ бажарилди, операциядан кейинги 5-суткада релапаротомияни талаб этувчи қон кетиши юзага келди (ПСРА шаклланиши билан СЭ бажарилди). Бир бемордан операциядан кейин ЭФГДС бажарилди ва қизилўнғач веналарида лигирлаш ўтказилди. ЖТПГли бир беморда (ЖЦ ва Child бўйича С синфли жигар етишмовчилиги билан) операциядан кейинги 2-суткада полиаьзо етишмовчилиги натижасида летал натижа қайд этилди.

Операциядан кейин Баиров бўйича ошқозонда циркуляр тикиш

бajarилган 14 нафар (25,46%) боладан 6 нафари (42,86%)да операциядан кейинги давр яхши, 6 нафари (42,86%)да – коникарли, 2 нафари (14,28%)да – коникарсиз кечиши қайд этилди. Бир беморда операциядан кейин ўткир жигар етишмовчилигининг клиник белгилари пайдо бўлди ва бу ҳолат операциядан кейинги 4-суткага бориб бартараф этилди. Ушбу гуруҳ беморларида жигар етишмовчилигининг ўсиб бориши фониди бир нафар бемор вафот этди (вафот этган бемор қизчада ЖЦ ва Child бўйича жигар етишмовчилиги С синфи бўлган, операциядан кейин 13 соат ўтиб вафот этган).

Шундай қилиб, турли кўринишдаги ажратиш операцияларидан кейинги кузатишларда яқин муддатларда умумий беморлар сонидан яхши натижалар – 81,82% (45 нафар), коникарли – 9,09% (5 нафар), коникарсиз – 9,09% (5 нафар)ни ташкил этди. ҚОҚКнинг қайталаниши 1 нафар (1,82%) (Назирова бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекцияси операциясидан кейин), летал натижа – 4 нафар (7,27%) қайд этилди.

ВКВ дан қон кетишларнинг қайталаниши бўлмаслиги ажратиш операцияларининг узок муддатлардаги самарали кўрсаткичларидан бири ҳисобланади. Пациор операциясидан кейин 70% беморларда 5 йилгача бўлган муддатда флебэктазиядан қон кетишлар такрорланиб турди. Баиров бўйича ошқозонда циркуляр тикиш бажарилгандан кейин мос ҳолда – 28,2%, Назирова бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекцияси операциясидан кейин – 25% беморларда қон кетишларнинг қайталанишлари кузатилди (1-жадвал).

1-жадвал

Қон кетишлар чўққисиди ва шошилишч-кечиктирилган тартибда бажарилган АТ операцияларининг узок муддат натижалари

Операция тури	Интраоперацион гемостаз		Қон кетиш рецидиви						Жами	
			12 ойгача		3 йилгача		5 йилгача			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Пациора	32	100	3	13,5	3	13,5	4	18	10	45,4
Баиров	14	100	2	14,3	1	7,1	1	7,1	4	28,6
Назирова	9	100	1	5,3	1	5,3	-	-	2	15,6
Ҳаммаси	55	100	6	17,1	5	12,2	5	9,3	6	37,2

Шундай қилиб, қон кетишлари чўққисиди ва шошилишч-кечиктирилган тартибда бажарилган турли кўринишдаги ажратиш операцияларидан кейин 5 йил муддатда кузатувда бўлган беморларнинг 37,2% да қон кетишларнинг қайталанишлари қайд этилди. Операциядан кейин 3 ой ўтгач – 23 нафар, бир йилдан кейин – 18 нафар болада эндоскопик текширишлар амалга оширилди. Кўрик давомида нафақат вариксларнинг яққоллик даражасига, балки уларнинг кучланиши, қизилўнгач ва ошқозон шиллиқ қаватининг ўзгаришларига ҳам эътибор қаратилди.

Пациора операцияси бажарилганидан кейин беморларда 3 ой давомида 4 нафар болада қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмидаги варикслар, 7 нафарида (28%) – ошқозон варикслари йўқолди. 12 ой муддатда яна 1 нафар бемор болада қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмидаги варикслар йўқолди. 2 нафар (8%) болада 6 ойгача, 1 нафар (4%) болада – 12 ойгача таранглашган варикслар сақланиб қолди. 12 ойдан кейин 3 нафар (12%) беморда I даражали, 5 нафар (20%) болада II даражали флебэктазия сақланиб қолди.

Баиров бўйича ошқозонда циркуляр тикиш бажарилганидан кейин 6 ой давомида 4 нафар (28,57%) беморда қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисмида, 4 нафар (28,57%) беморда – ошқозонда ВКВ йўқолди. 12 ойгача бўлган муддатда 5 нафар (35,71%) беморда – қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмидаги варикслар, 2 нафар (14,29%) болада – ошқозондаги варикслар йўқолди. 12 ойдан кейин 6 нафар (42,86%) I даражали, 3 нафар (21,43%) беморда – II даражали, 1 нафар (7,14%) болада – III даражали ВКВ қайд этилди.

Назиров бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекцияси операцияси 3 ой давомида 1 нафар (6,25%) болада – қизилўнгачнинг юқори учдан бир қисмида, 1 нафар беморда – ошқозонда ВКВ йўқолди. 12 ойдан кейин ўтказилган текширишларда 1 нафар (6,25%) болада – қизилўнгачнинг ўрта учдан бир қисмида, 1 нафар (6,25%) беморда – ошқозонда ВКВ йўқолганлиги аниқланди. Таранглашган варикслар операциядан кейин 6 ой давомида йўқолди. Операциядан кейин 12 ой ўтгач – 2 нафар (12,5%) I даражали, 3 нафар (18,75%) беморда – II даражали ВКВ қайд этилди.

Кузатишлар вақтида 32 нафар боладан (95,8% ҳолатда ЖТПГли болаларда) 11 нафарида – бир марта, 18 нафарида – 2 мартадан кўп, 3 нафарида – 2 марта ҚОВКВдан фаол қон кетишлари кузатилди. ПГли беморларда қон кетишлари чўққисида ўтказилган диагностик ЭГДФС барча ҳолатларда топографик локализация ва унинг манбаини аниқлаш имконини берди.

ҚОВКВнинг III ва IV даражаси бўлган беморлар гуруҳида (12 нафар) профилактик ЭЛ бажарилди. ЖТПГ да кичик ёш туфайли портокавал анастомоз кўринишидаги радикал даволашнинг қийинлиги, йўлдош патологиялар туфайли ЖЦда узоқ муддатли наркозда бўлишга қарши кўрсатмалар мавжудлиги, шунтлаш операциясидан кейин қон кетишлар хавфи сақланиб қолиши тақрорий қон кетишлар хавфи билан ҚОВКВнинг III ва IV даражаси бўлган болаларда профилактик ЭЛ учун кўрсатма бўлиб ҳисобланди.

Юқорида баён этилганлар асосида биз томонимиздан ПГ ли болаларни даволаш алгоритми таклиф этилди (6-расм).



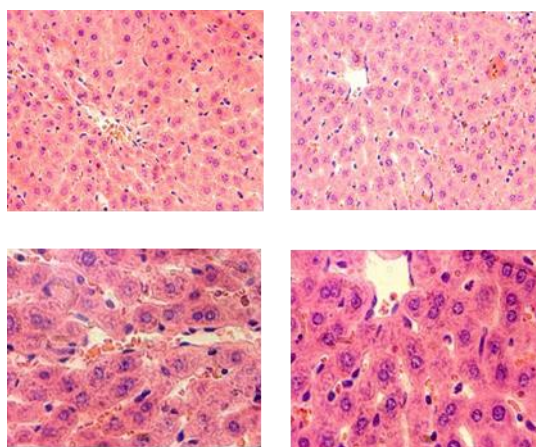
6-расм. Портал гипертензия билан хасталанган болаларни даволаш алгоритми.

Шундай қилиб, биз томонимиздан олиб борилган текширишлар шуни кўрсатдики, портал гипертензияли болаларда қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида операцияларнинг абдоминал босқичи ажратишнинг энг оптимал усули ҳисобланади. Таннер–Баиров операциялари ва Назиров бўйича гастроэзофагиал коллекторни тотал ажратиш операцияларидан кейин беморлардан энг яхши натижалар олинди.

Диссертациянинг «**Экспериментал сурункали токсик ва ишемик шикастланишларда жигарнинг морфологик тавсифи**» номли тўртинчи бобида экспериментал портал гипертензия шароитида массив қон кетиш билан боғлиқ ўткир ишемияга жигар структураларининг реакцияси тўғрисидаги маълумотлар баён қилинган.

Вистар чизикли каламушларнинг жигар тўқимасини морфометрик текширишлар МБИ–15 нурли микроскопида окуляр тўр ва окуляр чизик ёрдамида нуқтали ҳисоблаш усулида бажарилди (Г.Г. Автандилов, 1990). Жигар паренхимасида синусоид капиллярлар, дистрофик ўзгарган гепатоцитлар, некробиоз ҳолатидаги ҳужайралар, некроз ўчоқлари, Купфер ҳўжайралари, коллаген толалар (янги пайдо бўлган ва етилган)нинг катта ҳажми аниқланди, шунингдек, икки ядроли гепатоцитларнинг фоизли миқдори ҳисобланди, гепатоцитлар катталиги ўлчанди. Ўлчамига кўра барча гепатоцитлар уч гуруҳга ажратилди: майда –диаметри 16 мкм дан кам, ўртача – 16 дан 24 мкм гача, йирик – 24 мкм дан катта.

Интакт каламушлар жигарининг цитоморфологик текширувида жигар капсуласининг паренхимага кириб бориши, портал тизимлар соҳасида яхши фарқланиши, концентрик жойлашувга эга эмаслиги, унда юпқа эластик толалар мавжудлиги аниқланди (7-расм).



7-расм. Интакт каламушлар жигар бўлакчаси гистологик тузилмаси
(Микрофотография, 5 мкмли кесма. Гематоксилин-эозин).

Бўлаклараро портал веналар диаметри $29,17 \pm 0,8$ мм, мос ҳолдаги артериялар диаметри эса $13,78 \pm 0,8$ мм ($p < 0,05$). Синусоид капиллярлар, асосан, радиал йўналишда бўлакчалар марказига ориентирланган ва у ердан $60,98 \pm 0,6$ мкм чегарасида бўлган марказий веналар (жигар венулалари)га кўйилади ($p < 0,05$). Шунингдек, синусоидал капиллярларнинг ҳажмли зичлиги ҳам перипортал зонада $9,85 \pm 0,2\%$, марказда эса – $11,27 \pm 0,3\%$ га тенг ($p < 0,05$).

Купфер хужайралари ёки эндотелитлар оралиғида, баъзан эса Диссе бўшлиғида кузатилади. Улар цитоплазматик ўсимталарнинг катта миқдори билан турли-туман шакли бўлади, шакли, зичлиги ва ўлчами ҳар хил бўлган кўплаб лизосома ҳамда фагосомаларни ўз ичига олади.

Пастки қопқа венаси стенози фонида ўткир постгеморрагик ишемия шароитида каламушлар жигарининг морфологик таҳлили хужайралар ўлчамининг катталашуви, уларнинг шиши билан кечувчи кескин ўзгаришлар мавжудлигини кўрсатди (2-жадвал).

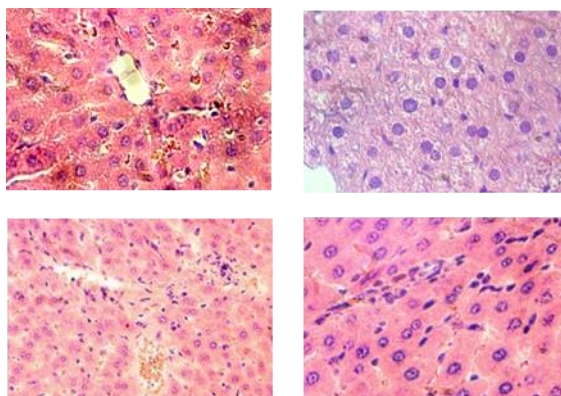
2-жадвал

Постгеморрагик ишемия шароитида каламушлар жигари паренхимаси ва микроциркулятор ўзандаги қон томир тузилмаларидаги ўзгаришлар

Кўрсаткич	Назорат	30 сут.	45 сут.	60 сут.
D_A , мкм	$16,15 \pm 0,3$	$36,54 \pm 2,3$	$24,61 \pm 2,5$	$35,12 \pm 2,1$
$D_{ПВ}$, мкм	$32,71 \pm 1,5$	$40,45 \pm 1,2$	$25,05 \pm 2,7$	$80,09 \pm 5,3$
$D_{ЦВ}$, мкм	$62,32 \pm 0,3$	$107,62 \pm 6,1$	$72,87 \pm 4,9$	$154,06 \pm 4,9$
V_{vc} , %	$10,64 \pm 0,3$	$6,15 \pm 0,6$	$7,37 \pm 0,5^{\#}$	$1,6 \pm 0,01$
V_{vcx} , %	$1,48 \pm 0,08$	$2,19 \pm 0,09$	$3,49 \pm 0,2$	$2,46 \pm 0,2$
$D_{ў}$, мкм	$20,55 \pm 0,7$	$16,11 \pm 1,2$	$11,87 \pm 0,9$	$21,92 \pm 1,2^*$
V_{vt} , %	$87,82 \pm 0,3$	$91,66 \pm 0,6$	$89,64 \pm 0,7$	$96,19 \pm 0,3$

Изох: D_A – бўлаклараро артериялар диаметри, $D_{ПВ}$ – портал венулалар диаметри; $D_{ЦВ}$ -жигар венулалари диаметри; V_{vc} – синусоидларнинг ҳажмий зичлиги, V_{vcx} – синусоид хужайраларнинг ҳажмий зичлиги, $D_{ў}$ – ўт йўллари диаметри, V_{vt} – гепатоцитларнинг ҳажмий зичлиги.

Марказий лобуляр гепатоцитлар мембраналари аниқ контурга эга, бироқ уларнинг цитоплазмаси дағал донатор тузилмага эга, оптик жиҳатдан шаффоф, унинг кўринувчи “қолдиклари” хужайра мембранаси бўйлаб ёки ядро атрофида жойлашган (8-расм).



8-расм. Пастки ковак вена стенози фонида ўткир постгеморрагик ишемия шароитида каламушлар жигар бўлакчаси гистологик тузилмаси
(Микрофотография, 5 мкмли кесма. Гематоксилин-эозин).

Қон кетишдан сўнг юқорида қайд этилган гепатоцитлардаги ўзгаришлар бутун бир бўлакни қамраб олди. Унинг ядро-цитоплазматик нисбат кўрсаткичи 56% гача тушиб кетиш кузатилди. Бўлаклараро артериялар шишинқираган бўлиб, лимфоид катор хужайралар билан инфильтрацияланганлиги кузатилди. Қалинлиги эса назорат гуруҳига нисбатан 3,8 мартага ортди ва $7,39 \pm 0,3$ мкм ($p < 0,001$) ни ташкил қилди. Портал венулаларнинг кескин дилатацияси кейинчалик диаметрининг торайиши ва назорат гуруҳига яқин рақамларга тенглашади ($35,39 \pm 3,3$ мкм) ($p < 0,001$). 1 - сутка охирига келиб ушбу кўрсаткич яна ортди ва унинг максимал даражаси $90,67 \pm 5,6$ мкм ($p < 0,001$) ни ташкил қилди. Гепатоцитлар ўлчамининг ортиши уларнинг кескин эзилиши ва хажмий зичлигининг 7 мартага камайишига олиб келди, сутка охирига келиб ушбу кўрсаткич $1,6 \pm 0,01\%$ ($p < 0,001$) ни ташкил қилди.

Шундай қилиб, умумий морфологик ва морфометрик маълумотлар тахлилига кўра шуни хулоса қилиш мумкинки, қон кетиши жигарнинг морфофункционал ҳолати учун жиддий вазият ҳисобланади. Постгеморрагик ишемия аъзо паренхимаси ва унинг микроциркуляр ўзанида сезиларли морфологик ва функционал ўзгаришлар юз беришига сабаб бўлади. Жигар учун юзага келган ноқулай вазият, охир оқибатда унинг хужайралари ва қон томир тузилмаларининг мослашувига олиб келади. Организмнинг ўткир қон кетиш шароитига мослашувида тўқималарда метаболизм ва гемодинамик гомеостаз таъминоти учун жавоб берувчи микроциркуляция тизими муҳим роль ўйнайди.

ХУЛОСАЛАР

«Болаларда ошқозон ва қизилунгач варикоз кенгайган веналардан қон кетишининг ташхислаш ва даволаш тактикасини такомиллаштириш» мавзусидаги фалсафа доктори (PhD) диссертацияси бўйича олиб борилган тадқиқотлар натижасида қуйидаги хулосалар тақдим этилди:

1. республика ва вилоят миқёсидаги иккита болалар даволаш профилактика муассасаси жаррохлик бўлимларига портал гипертензиянинг турли шакллари билан даволанган 1 ёшдан 18 ёшгача бўлган 128 нафар бемор болаларни даволаш ва кузатув натижалари таҳлил қилинган. Улардан 89 нафариди (69,53%) нуқсон ёки қопқа венаси постнатал тромбози ривожланиши билан боғлиқ бўлган портал гипертензиянинг жигардан ташқари шакли (ПГЖТШ) қайд этилган;

2. Пациора операцияси, Баиров бўйича ошқозонни циркуляр чоклаш, Назиров бўйича ошқозоннинг лигатурали транссекциясидан сўнг янги вариксларнинг пайдо бўлиши 3-, 4- йилларда юз беради ва 5 - йилга бориб операциягача бўлган дастлабки кўрсаткичларга яқинлашади. Назиров операциясининг абдоминал босқичи бажарилган беморларда флебэктазиялар регресси 4 йилдан кейин тўхтади ва оператив аралашувнинг энг оптимал усули бўлиб ҳисобланади.

3. Таннер - Баиров ва Назиров бўйича гастроэзофагеал коллекторни тотал ажратиш операцияларидан кейин яхши натижаларга 31,2% дан 42,9% ҳолларда эришилди.

4. ЭС самарасиз бўлганда, ЭЛ кечиктирилган тартибда бажариладиган операцияларнинг энг оптимал усули ҳисобланади, ЖИПГда 6 ёшгача Баиров операцияси (85,72%), 8 ёшдан кейин эса Назиров бўйича тотал ажратиш (87,5%) – энг самарали хирургик усул ҳисобланади.

5. Қон кетиши жигарнинг морфофункционал ҳолати учун жиддий вазият ҳисобланиб, постгеморрагик ишемия аъзо паренхимаси ва унинг микроциркуляр ўзанида сезиларли морфологик ва функционал ўзгаришлар юз беришига сабаб бўлади.

6. Тадқиқот натижаларига асосан “Портал гипертензия билан хастанган бемор болаларни даволаш” алгоритми ишлаб чиқилди.

**НАУЧНЫЙ СОВЕТ DSc.04/30.12.2019Тib.63.01 ПО ПРИСУЖДЕНИЮ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ НАУЧНОМ
ЦЕНТРЕ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**АНДИЖАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

АБДУВАЛИЕВА ЧУЛПАННОЙ МУХАММАДЖОНОВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ
ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН
ПИЩЕВОДА И ЖЕЛУДКА У ДЕТЕЙ**

14.00.40 – Экстренная медицина

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

ТАШКЕНТ – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан под номером В2020.2.PhD/Tib1317.

Диссертация выполнена в Андижанском государственном медицинском институте.

Автореферат диссертации на двух языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.emerg-centre.uz) и на Информационно-образовательного портала «Ziyonet» (www.ziyonet.uz).

Научный руководитель: **Акилов Хабибулла Атауллаевич**
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: **Ризаев Камал Саидакбарович**
доктор медицинских наук

Аллаберганов Одилбек Таджидинович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: **Самаркандский государственный медицинский институт**

Защита диссертации состоится «___» _____ 2022 г. в ___ часов на заседании Научного совета номером DSc.04/30.12.2019.Tib.63.01 при Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи. Адрес: 100115, г. Ташкент, Чиланзарский район, ул. Кичик халка йули, 2. Тел.: (+99878) 150-46-00; факс (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru.

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

Автореферат диссертации разослан «___» _____ 2022 года.

(Реестр протокола рассылки № ____ от «___» _____ 2022 года)

А.М. Хаджибаев
Председатель Научного совета по
присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

Х.Э. Анваров
Научный секретарь Научного совета по
присуждению ученых степеней,
доктор философии по медицинским наукам

Б.К. Алтиев
Председатель научного семинара при
Научном совете по присуждению ученых степеней,
доктор медицинских наук, профессор

ВВЕДЕНИЕ (аннотация диссертации доктора философии (PhD))

Актуальность и востребованность темы диссертации. Синдром портальной гипертензии (ПГ) - одна из основных причин кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта, наблюдаемая при патологических процессах, связанных с нарушением кровообращения в системе воротной вены. В промышленно развитых странах основной причиной ПГ в 85–90% случаев среди пожилых людей является цирроз печени (ЦП). По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), «... более 20 миллионов человек во всем мире страдают от ЦП, а уровень заболеваемости составляет 20-40 пациентов на 100 000 населения ...». Эта цифра увеличивается с каждым годом и, как ожидается, в ближайшем будущем станет смертельной для 60% пациентов с заболеваниями печени¹.

Хотя ПГ вызывает кровотечение из варикозного расширения вен пищевода у 75% взрослых пациентов, основной причиной этого опасного симптома у детей является прекращение кровотока в воротной вене из-за тромбоза или врожденного дефекта (внепеченочная портальная гипертензия - ВППГ)^{2,3}. В отличие от ЦП, ВППГ практически не изменяет функцию печени. Основная задача лечения ПГ - предотвратить кровотечение из воротной вены. В последние годы с появлением новых возможностей хирургических методов лечения изменилась и тактика ведения детей с диагнозом ПГ. Широкое использование сосудистых операций, таких как портосистемное шунтирование (ПСШ), позволяет эффективно контролировать кровотечение у большого числа пациентов⁴. Если есть противопоказания для ПСШ или его невозможно выполнить, для предотвращения кровотечения используются эндоскопические методы, такие как склерозирование и перевязка варикозно расширенных вен⁵. Некоторые авторы предлагают операции по деваскуляризации как альтернативу эндоскопическим методам⁶.

В нашей стране особое внимание уделяется развитию медицины, адаптации медицинской системы к требованиям мировых стандартов, эффективной диагностике, лечению и профилактике заболеваний печени у детей. В стратегию действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах поставлены задачи «...по

¹Global Health Estimates 2019: Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Geneva, World Health Organization; 2020. (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>, accessed 1 May 2021).

²Фандеев Е. Е. и др. Внепеченочная портальная гипертензия и тромбоз воротной вены (обзор литературы). //Анналы хирургической гепатологии. 2015. 20(1): 45–58.

³Разумовский А.Ю. Портальная гипертензия у детей: 28-летний опыт хирургического лечения //Гастроэнтерология. 2017. 12 (141): 43-49

⁴Chocarro G., Junco P. T., Dominguez E., Amesty M. V., Nuñez Cerezo V., Hernandez F. et al. Portal cavernoma in the era of mesoportal shunt (Rex) and liver transplant in children //Eur. J. Pediatr. Surg. 2016.26 (1):7-12.

⁵Тараканов В. А., Полеев А. В., Терещенко О. А., Старченко В. М. Склерозирование вен пищевода в лечении детей с портальной гипертензией //Рос. вестн. детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014. 4(1): 34-38.

⁶Zhang H. Y., Li W. B., Ye H., Xiao Z. Y., Peng Y. R., Wang J. Long-term results of the paraesophogastric devascularization with or without esophageal transection: which is more suitable for variceal bleeding? //World J. Surg.2014.38(8): 2105–2012

развитию и усовершенствованию системы медико-социальной помощи уязвимым категориям населения для обеспечения их полноценной жизнедеятельности...»⁷. Эти задачи позволят улучшить качество жизни больных детей за счет поднятия уровня современных медицинских услуг на новый уровень в диагностике и лечении заболеваний печени, вызывающих кровотечения из пищеварительного тракта у детей и улучшении использования современных технологий в обеспечении качества медицинских услуг.

Данное диссертационное исследование в определенной степени служит выполнению задач, утвержденных Указом Президента Республики Узбекистан «О мерах по дальнейшему совершенствованию экстренной медицинской помощи» за №УП-4985 от 16 марта 2017 года и «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017-2021 годы» за № ПП-3071 от 20 июня 2017 года, а также другими нормативно-правовыми документами, принятыми в данной сфере.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий республики. Диссертационная работа выполнено в соответствии с приоритетным направлением развития науки и технологий республики VI. «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Лечение синдрома ПГ у детей - одна из актуальных проблем детской хирургии. Актуальность проблемы в настоящее время обусловлена тем, что их количество также увеличивается за счет выживания детей с паренхиматозными поражениями печени и пороками сосудов портальной системы⁸. Наиболее опасным осложнением ПГ является кровотечение из варикозного расширения вен пищевода (КИВРВП), которое занимает первое место среди неязвенных заболеваний у детей и часто приводит к летальным последствиям^{9,10}.

Синдром ПГ проявляется примерно у 80% детей с кровотечением из варикозного расширения вен пищевода и желудка, причем у 70% из них существует риск рецидива. Смертность при КИВРВП составляет от 20 до 60%, а при первом кровотечении даже до 80%.¹¹. В последнее время с развитием медицины появляются новые хирургические, эндоскопические и фармакологические методы лечения синдрома ПГ. Метод радикальной

⁷Указ Президента Республики Узбекистан «О Государственной программе по реализации стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017 — 2021 годах» от 07.02.2017

⁸World health statistics 2021: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2021.-134 p.

⁹Котляров А.Н и др. Прогнозирование риска и лечение кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей с внепеченочной формой портальной гипертензии // Человек. Спорт. Медицина. 2017.8(267): 87-90.

¹⁰Afaa T. J. et all. Diagnosis and management of extrahepatic oesophageal variceal bleed in children in a low resourced setting //Ghana Medical Journal. 2020. 4(54): 274–278.

¹¹Kumar A. S., Sibia R. S. Predictors of in-hospital mortality among patients presenting with variceal gastrointestinal bleeding // Saudi Journal of Gastroenterology: Official Journal of the Saudi Gastroenterology Association. - 2015.1(21): 43–46.

коррекции путем восстановления портальной перфузии печени, предложенный de Ville de Goyet, стал поворотным моментом в хирургическом лечении ВППГ¹². Конечная цель этих методов - лечение и профилактика опасных для жизни КИВРВП¹³. Результаты этого исследования показали, что даже при шунтирующих операциях, выполняемых с формированием искусственных портокавальных анастомозов, количество осложнений, таких как портосистемная энцефалопатия, печеночная недостаточность, тромбоз шунта и связанная с этим перфузия воротной вены печени, не уменьшается. Таким образом, эндоскопическое склерозирование (ЭС) в настоящее время считается очень многообещающим при КИВРВП из-за его низкой инвазивности, способности избирательно облитерировать пищеводную вену в подслизистом слое и сохранять параэзофагеальные коллатерали, а также не оказывает неблагоприятные воздействия на функцию печени¹⁴. Однако, согласно современной литературе, эксперименты по применению метода ЭС у детей с диагнозом КИВРВП очень ограничены, а индивидуальные результаты мало изучены. Кроме того, нет четких рекомендаций по склеротерапии вен пищевода при различных формах ПГ и не разработана тактика ее развития^{15,16}. Эти научные факты определяют актуальные вопросы выбора оптимальных методов лечения КИВРВП в педиатрической гепатопортальной хирургии.

Таким образом, оценка факторов риска и основных этиопатогенетических механизмов кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода у детей, их высокая распространенность, серьезные последствия, приобретают особое значение в ранней диагностике, лечения и профилактике.

Связь диссертационного исследования с планами научно-исследовательских работ высшего образовательного учреждения, где выполнена диссертация. Диссертационное исследование выполнено согласно плану научно-исследовательских работ Андиганского государственного медицинского института № 028501624 «Диагностика, лечение и профилактика осложнений хирургических заболеваний у детей» (2018-2022 гг.).

¹²de Ville de Goyet J. et al., Meso-Rex bypass as an alternative technique for portal vein reconstruction at or after liver transplantation in children: review and perspectives //Pediatr. Transplant. – 2013. - №17(1). – P.19–26

¹³Schneider B. L. et al. Primary prophylaxis of variceal bleeding in children and the role of MesoRex Bypass: Summary of the Baveno VI Pediatric Satellite Symposium // Hepatology (Baltimore, Md.). -2016. № 4 (63). P. 1368–1380.

¹⁴Александрович Т. В. и др. Склерозирование вен пищевода в лечении детей с портальной гипертензией //Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. - 2014.- №1(4). - С. 34–38.

¹⁵Gattini D. et all. Sclerotherapy versus beta-blockers for primary prophylaxis of oesophageal variceal bleeding in children and adolescents with chronic liver disease or portal vein thrombosis //The Cochrane Database of Systematic Reviews. -2020.-№ (1). -P. CD011659.

¹⁶ Voroniak D. I. et all. Role of stage endoscopic variceal band ligation in treatment of children with portal hypertension //Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland): 1960). - 2020.-№10(73). -С.2133–2137

Целью исследования является улучшение результатов путем разработки и клинико-функциональной оценки хирургических технологий для останковки и предотвращения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей с синдромом портальной гипертензии.

Задачи исследования:

изучить частоту и характер послеоперационных осложнений при операциях разобщения;

разработать тактику ведения пациентов с осложнениями после эндоскопического лечения ВРВ пищевода и желудка;

изучить результаты разобщающих операций и эндоскопического лечения при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на основе комплексного обследования пациентов;

разработать алгоритм и метод хирургического лечения при различных степенях варикозного расширения вен пищевода и желудка в зависимости от возраста детей;

изучить морфофункциональные изменения токсического и ишемического состояния печени в условиях эксперимента.

Объектом исследования явились 128 детей в возрасте от 1 до 18 лет, обследованные и пролеченные в 2001-2021 гг. с различными формами портальной гипертензии на клинических базах Андиганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи и Андигаского областного детского многопрофильного медицинского центра.

Предметом исследования явились частота и характер осложнений после хирургического и эндоскопического лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей с синдромом портальной гипертензии, морфологическая характеристика печени в условиях эксперимента, а также определение преимуществ алгоритма лечения осложнений в зависимости от возраста детей.

Методы исследования. В исследовании использованы общеклинические, ретроспективные, лабораторные, инструментальные, морфологические и статистические методы.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

определены пути решения проблем по профилактике и улучшению результатов лечения гастроэзофагеальных кровотечений у детей с портальной гипертензией;

разработаны объективные критерии оценки риска кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей в клинической практике;

определены дополнительные факторы риска кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка на основе изучения микроциркуляторных нарушений с помощью доплерофлоуметрии;

показана необходимость своевременной диагностики осложнений для проведения целенаправленного лечения.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

совершенствование методов диагностики путем разработки объективных критериев оценки риска, появления дополнительных факторов риска кровотечения из варикозного расширения вен желудка и пищевода в клинической практике на основе исследования нарушений микроциркуляции слизистой оболочки с помощью доплерографии, которая дает возможность индивидуального выбора оперативного вмешательства и лечения детей с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Достоверность результатов исследования обусловлена применением теоретических подходов и методов, методологически точностью проведенных исследований, достаточного количества выбранного материала, достаточного количества обследованных больных, применением современных методов, обоснованностью современных, взаимодополняющих общеклинических, инструментальных, морфологических и статистических методов, сравнением результатов исследований с международными и отечественными исследованиями, подтверждением выводов, полученных результатов уполномоченными структурами.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Научная значимость результатов исследования заключается в усовершенствовании диагностической и лечебной тактики у детей с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что на основе предложенного алгоритма лечения при кровотечениях независимо от типа портальной гипертензии, в первую очередь необходимо выполнить ЭЛ, при ВПГ у детей старше 4 лет – после ЭЛ портокавальное шунтирование; направление на операцию по трансплантации печени при ЦП, обусловленном внутрипеченочной ПГ, позволяет улучшить исход хирургического лечения и снизить количество послеоперационных осложнений.

Внедрение результатов исследования. По результатам совершенствования диагностики и лечебной тактики у детей с кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода и желудка:

разработаны методические рекомендации «Лечебно-диагностическая тактика лечения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии у детей» (заключение Министерства здравоохранения №8 н-р/630 от 10.07.2021 г.). Предложенные рекомендации позволили повысить эффективность диагностики и лечения детей с ПГ;

результаты научных исследований по совершенствованию диагностики и лечения кровотечений из варикозного расширения вен желудка и пищевода у детей внедрены в медицинскую практику, в том числе в клиническую практику Андижанского филиала РНЦЭМП (заключение Министерства здравоохранения №8 н-з/359 от 12.10.2021 г.). Внедрение полученных результатов в практику позволило повысить качество хирургического вмешательства у детей с ПГ за счет разработки и клинико-функциональной

оценки хирургической тактики, остановки и предупреждения кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка, сокращения продолжительности лечения и улучшения качества жизни.

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

Опубликованность результатов исследования. По теме диссертации опубликовано 14 научных работ, в том числе 6 журнальных статей в научных изданиях, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов докторских диссертаций, из них 2 в республиканских и 4 в зарубежных изданиях.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов и практических рекомендаций, списка использованной литературы. Объем диссертации составляет 128 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обоснованы актуальность и необходимость исследования, сформулированы цель и задачи исследования, объект и предмет исследования, указано соответствие данных исследований приоритетным направлениям развития науки и технологий республики, изложена научная новизна и научно-практическая значимость результатов, приведены данные по внедрению в практику результатов исследований, опубликованности результатов работы и структуре диссертации.

В первой главе диссертации «**Проблема портальной гипертензии у детей в современном аспекте**» представлен обзор литературы. Проанализированы данные о частоте гастроэзофагеальных кровотечений у детей на фоне синдрома портальной гипертензии, факторах риска его развития, патофизиологических и клинических особенностях постгеморрагических состояний, эндоскопических данных, а также современных подходах к лечению этого опасного для жизни осложнения.

Вторая глава диссертации «**Клиническая характеристика материала и методов исследования**» посвящена характеристике объектов и методов исследования. Исследование основано на результатах обследования и лечения 128 больных детей в возрасте от 1 до 18 лет находившихся с различными формами портальной гипертензии в период с 2001 по 2021 годы в региональных учреждениях Андижанского областного детского многопрофильного медицинского центра, в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи и его Андижанском филиале. Из числа пациентов, 60 (46,88%) были мальчики и 68 (53,12%) девочки. Из них, у 89 (69,53%) была выявлена внепеченочная форма портальной гипертензии (ВПГ), связанная с развитием дефекта или постнатального тромбоза воротной вены. На момент установления диагноза дети находились в возрасте от 1 до 18 лет, из них 54,69% составляли дети в возрасте от 3 до 7

лет. Почти у половины всех детей, госпитализированных в РНЦЭМП и детей, поступивших в областную многопрофильную детскую больницу по экстренным показаниям, был диагностирован синдром ПГ. Среди причин госпитализации детей преобладали кровотечения из желудочно-кишечного тракта, которые проявились у 76 (59,38%) больных (рис. 1).

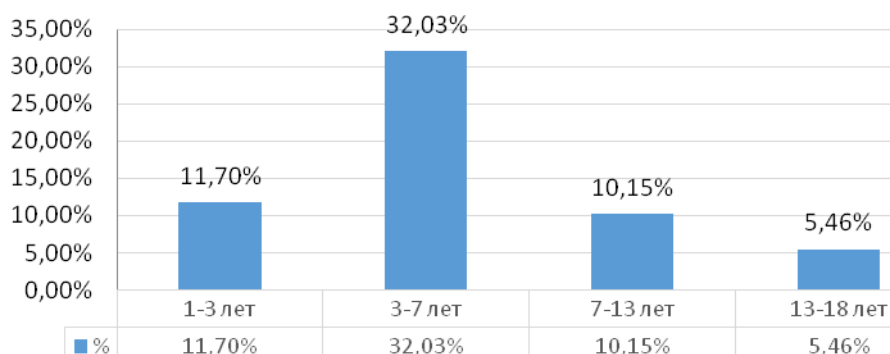


Рис. 1. Распределение детей с синдромом ПГ в зависимости от возраста и первого эпизода кровотечения.

При этом, частота ПГ с кровотечением у мальчиков была менее выражена, чем у девочек (46,5% и 53,95% соответственно). В группе детей 3–7 лет частота первого кровотечения при окклюзии воротной вены в неонатальном периоде была максимальной и составила 53,95%. Детальный анамнез 128 детей включал в себя биохимический и общий анализ крови, исследование крови на маркеры вирусных гепатитов (100%), УЗИ печени и гепатолиенальных вен у 115 детей (89,84%), обязательная эзофагогастродуоденофиброскопия (ЭГДФС) с акцентом на вены пищевода и желудка (100%). Из 128 пациентов с желудочно-кишечным кровотечением у 18 (14,06%) было диагностировано варикозное расширение вен II степени, а у 110 (85,94%) – III степени; этим пациентам во всех случаях были выполнены экстренные операции. У 55 (42,97%) детей при операциях преобладали эпизоды кровотечений разной интенсивности. Из 55 пациентов, подвергшихся хирургическому лечению, у 46 (83,64%) была диагностирована внепеченочная портальная гипертензия (ВПГ), а у 9 (16,36%) – внутрипеченочная портальная гипертензия (ВНПГ) (Рис. 2).

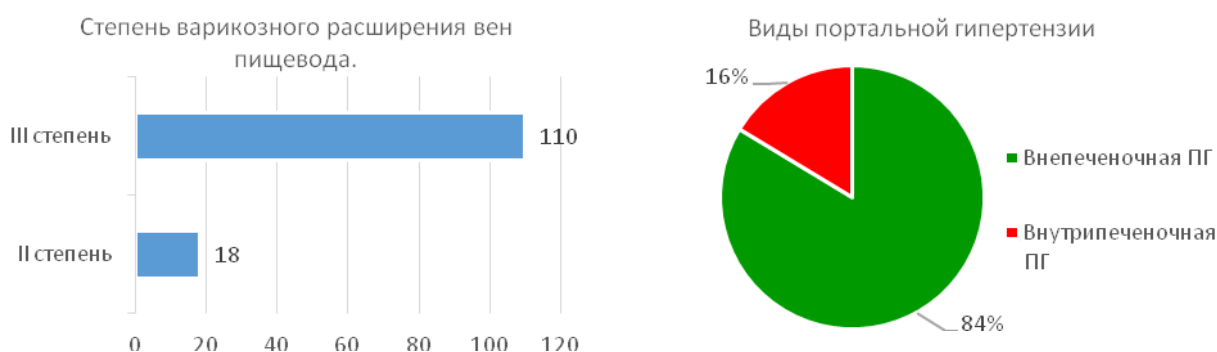


Рис. 2. Распределение больных детей в основной группе по типу портальной гипертензии и степени варикозного расширения вен пищевода.

Были выполнены разобщающие операции по Пациору без деваскуляризации пищеводно-желудочного сегмента у 25 пациентов, а 14 детям проведена деваскуляризация пищеводно-желудочного сегмента по Баирову.

В экспериментальной части исследования моделировалась диффузная патология печени путем инъекции 0,025% гелиотрина крысам-самцам вида Vistar массой 180–220 г с последующей лапаротомией, гепатэктомией и разрезами тканей из разных участков печени, окрашенных гематоксилин-озином; образцы были исследованы методами радиальной и кольцевой морфометрии.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с помощью программы STATISTICA v.10.0. Для статистического анализа использовали t-критерий Стьюдента ($M, \sigma, \pm m$) и индекс Манна-Уитни для сравнения групп по количественному признаку.

В третьей главе диссертации «Оптимизация тактики хирургического ведения детей с различными формами портальной гипертензии» приведены данные об эффективности консервативной терапии при пищеводно-желудочных кровотечениях и показания к разобщающим операциям, а также результаты проспективного анализа различных операций, выполненных в срочном и отсроченном порядке.

Основными критериями выбора лечебной тактики у детей с диагнозом ПГ были: форма ПГ, характер источника кровотечения, его интенсивность, а также тяжесть состояния пациента вследствие кровотечения. В зависимости от возраста пациентов, проведен сравнительный анализ эффективности различных видов операций у пациентов с разными проявлениями портальной гипертензии, без учёта того, была ли операция выполнена в экстренном или отсроченном порядке (рис. 3).

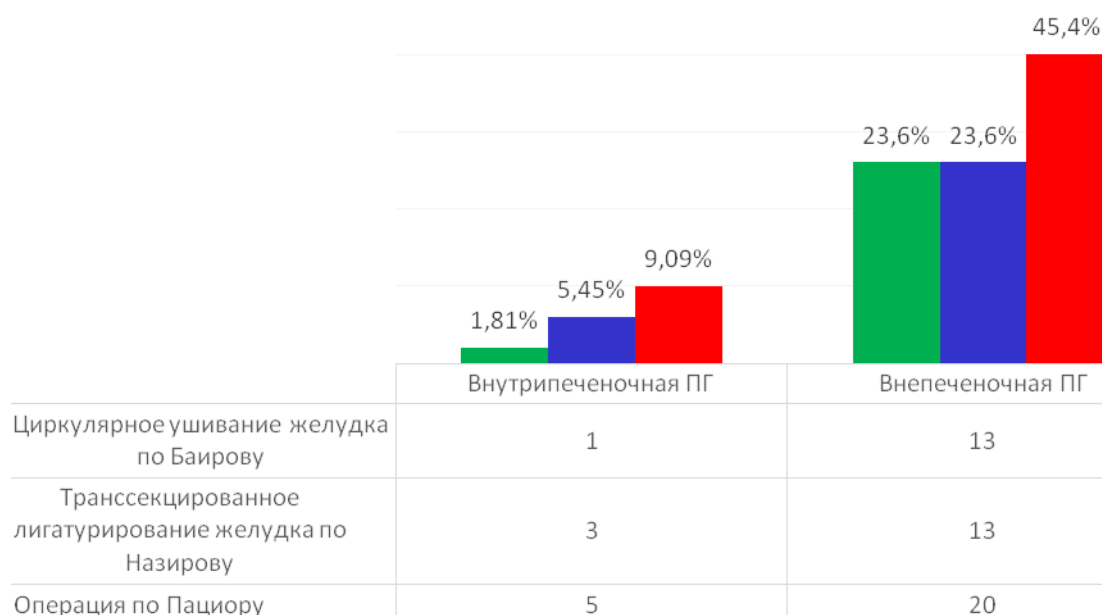


Рис 3. Выполнение операции на пике кровотечения.

На пике кровотечения 25 пациентам (45,45%) была выполнена

операция Пациора, операция Назырова - 16 пациентам (29,09%), операция Таннера-Баирова - 14 пациентам (25,46%). В раннем послеоперационном периоде умерли 3 пациента (от печеночно-клеточной недостаточности класса С по Child-Pugh). Наблюдение в отдаленные сроки было сосредоточено на степени регресса флебэктазий и рецидиве кровотечения. Для этого, каждые 6 месяцев после операции, пациенты проходили двухэтапное обследование. На первом этапе – объективная оценка самочувствия, проводилось обследование с охватом повторяющихся эпизодов кровотечений, на втором этапе - контрольная ЭГДФС для контроля флебэктазий. В дополнение к гемостатической терапии, у пациентов на пике кровотечения использовались баллонная тампонада пищевода, эндоскопическая склеротерапия (70% раствор этанола) и методы лигирования, их медицинская эффективность оценивалась при прекращении кровотечения (рис. 4).

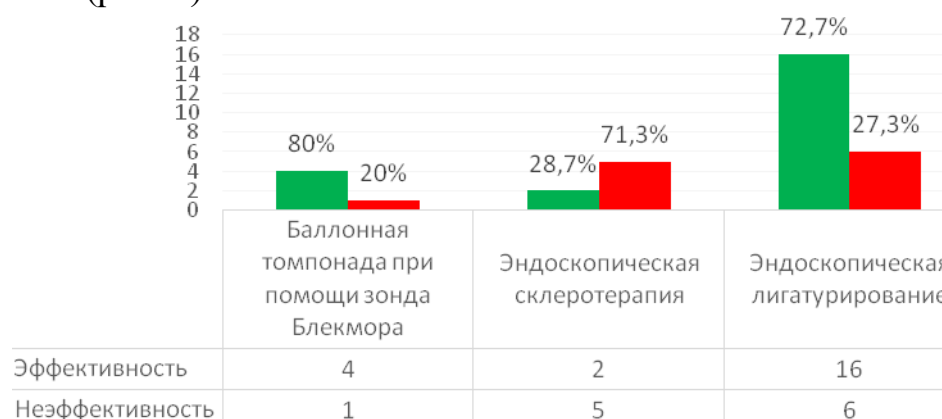


Рис. 4. Результаты эндоскопического и оперативного лечения на пике кровотечения из варикозного расширения вен пищевода и желудка

Как видно из данных на рис. 4, высокая эффективность была достигнута при использовании зонда Блэкмора (80%) и выполнении паллиативных разобщающих операций в 72,7% случаев. В связи с неэффективностью ЭЛ, у 2 пациентов с ВПГ была проведена операция порто-кавального шунтирования. В одном случае из 2 пациентов с ВнПГ выполнили ЭЛ, однако из-за неэффективности пациенту была проведена операция Пациора, которая закончилась летальным исходом. У больного с кровотечением из варикозных вен антральной части желудка с переходом в двенадцатиперстную кишку было выполнено ушивание вен под интраоперационным эндоскопическим контролем. Выполнение портокавальных анастомозов на пике кровотечения, по нашим наблюдениям, было успешным в 25% случаев, что объясняется техническими трудностями, связанными с малым диаметром сосудов (у пациентов до 5 лет) и тромбозом шунтов. У остальных пациентов кровотечение было остановлено эндоскопическим лигированием.

По результатам анализа ближайших послеоперационных результатов неотложных и отсроченных разобщающих операций и ЭЛ, выявлены

послеоперационные осложнения, такие как рецидив кровотечения, развитие симптомов инфаркта селезенки (левой синдром с гипертермией), поддиафрагмального абсцесса и печеночной недостаточности; такие результаты были признаны неудовлетворительными (рис.5).

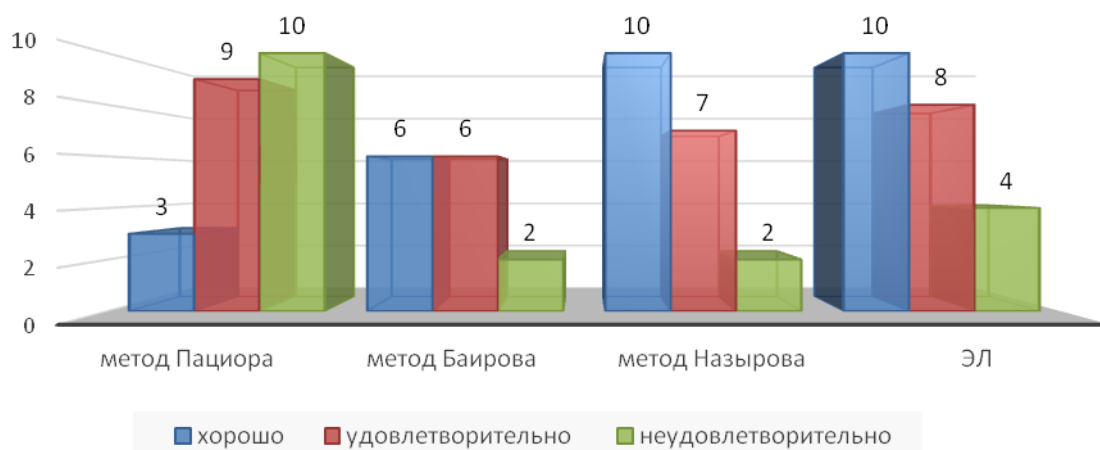


Рис. 5. Ближайшие послеоперационные результаты операций АР и ЭЛ, выполненных в экстренном и отсроченном порядке

После операции Пациора благоприятное течение послеоперационного периода отмечено у 3 (12%) детей, удовлетворительное - у 9 (36%) и неудовлетворительное - у 10 (40%). У 2 пациентов наблюдалось вторичное заживление раны вследствие ее нагноения, а у 1 пациента с ЦП на 14 сутки после операции был диагностирован асцит.

Благоприятное течение послеоперационного периода после лигатурной транссекции желудка по Назырову отмечалось у 5 пациентов (31,25%), удовлетворительное - у 9 (56,25%) и неудовлетворительное у 2 (12,5%) детей. У одного пациента в течение 3 дней после операции сохранялись симптомы гипертермии и пареза кишечника. Несмотря на лечебные мероприятия, одному пациенту с ВПГ была выполнена спленэктомия через 7 дней после операции в связи с кровотечением, потребовавшим релапаротомию (СЭ выполнялась с формированием ПСРА).

Одному пациенту после операции была проведена ЭГДФС с перевязкой вен пищевода. У одного пациента с ВПГ (с ЦП и печеночно-клеточной недостаточностью класса С по Child-Pugh) на 2-й день после операции наблюдался летальный исход в результате полиорганной недостаточности.

Из 14 детей (25,46%), которым были наложены циркулярные швы на желудок по методу Баирова, у 6 (42,86%) послеоперационный период был хорошим, у 6 (42,86%) - удовлетворительным, у 2 (14,28%) - неудовлетворительным.

У одного пациента после операции появились клинические признаки острой печеночной недостаточности, которые были устранены к 4-м суткам послеоперационного периода. В этой группе один пациент умер на фоне нарастания печеночной недостаточности.

Таким образом, результаты наблюдения после различных разобшающих операций показали, что из общего количества пациентов, наилучшие результаты получены у 81,82% (45 пациентов) пациентов, удовлетворительные – у 9,09% (5 пациентов), неудовлетворительные - 9,09% (5 пациентов). Рецидив ПЖК отмечен у 1 пациента (1,82%) (после лигатурной транссекции желудка по Назырову), летальный исход был отмечен у 4 пациентов (7,27%).

Отсутствие рецидива кровотечения из ВРВ - один из долгосрочных эффективных показателей разобшающих операций. После операции Пациора, рецидив кровотечений из флэбэктазии в течение 5 лет отмечался у 70% пациентов. После вмешательства по методу Баирова рецидив кровотечения наблюдался у 28,2% пациентов, а после лигатурной транссекции желудка по Назырову - у 25% пациентов (табл. 1).

Таблица 1.

Долгосрочные результаты АТ-операций, выполненных на пике кровотечений в экстренной и отложной форме

Вид операции	Интраоперационный гемостаз		Рецидив кровотечения						Общее	
			До 12 мес.		До 3 лет		До 5 лет			
	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
Пациора	32	100	3	13,5	3	13,5	4	18	10	45,4
Баиров	14	100	2	14,3	1	7,1	1	7,1	4	28,6
Назыров	9	100	1	5,3	1	5,3	-	-	2	15,6
Все	55	100	6	17,1	5	12,2	5	9,3	6	37,2

Таким образом, рецидив кровотечения отмечен у 37,2% пациентов, находящихся под наблюдением в течение 5 лет, после различных видов разобшающих операций, выполненных на пике кровотечений в срочно-отсроченном порядке. Эндоскопическое обследование было выполнено через три месяца после операции 23 пациентам и через год - 18 пациентам. При обследовании обращали внимание не только на степень варикозного расширения вен, но и на их интенсивность, изменения слизистой оболочки пищевода и желудка.

В течении 3 месяцев после операции Пациора у 4 пациентов отмечался регресс вариксов в средней трети пищевода и у 7 детей (28%) - в желудке. В течение 12 месяцев еще у 1 пациента было отмечено исчезновение варикозных расширений вен в средней трети пищевода. Напряженные вариксы сохранялись у 2 (8%) детей до 6 месяцев, а у 1 (4%) детей - до 12 месяцев. Через 12 месяцев флэбэктазия I степени сохранилась у 3 (12%) пациентов, II степени у 5 (20%).

Через 6 месяцев после циркулярного ушивания желудка по методу Баирова ВРВ в верхней трети пищевода исчезли у 4 (28,57%) пациентов и у 4

(28,57%) в желудке. До 12 месяцев у 5 (35,71%) пациентов было варикозное расширение вен средней трети пищевода, а у 2 (14,29%) детей - варикозное расширение вен желудка. Через 12 месяцев, I степень ВРВ была отмечена у 6 (42,86%) пациентов, II степень у 3 (21,43%) и III степень у 1 (7,14%) пациента.

В течение 3 месяцев регресс ВРВ в верхней трети пищевода и желудка после лигатурной транссекции желудка по методу Назырова отмечался у 2 пациентов соответственно (по 6,25%). При обследовании, через 12 месяцев исчезновение ВРВ в средней трети пищевода наблюдалось у 1 (6,25%) пациента и у 1 (6,25%) в желудке. Напряженные вариксы ликвидировались в течение 6 месяцев после операции. Через 12 месяцев после операции I степень ВРВ была отмечена у 2 (12,5%), II степень - у 3 (18,75%) пациентов.

За время наблюдения, из 32 детей с внепеченочной портальной гипертензией однократное активное кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка выявлено у 11, у 18 - более 2 раз, у 3 - 2 раза. Диагностическая ЭГДФС, проведенная на пике кровотечения у пациентов с ПГ, во всех случаях позволила определить топографическую локализацию и источник кровотечения.

Профилактическая ЭЛ проведена группе из 12 пациентов с ВРВПЖ III и IV степени. Сложность радикального лечения в виде портокавального анастомоза из-за младшего возраста при внепеченочной портальной гипертензии, противопоказания к длительной анестезии при циррозе печени из-за сопутствующих патологий, сохранение риска кровотечения после шунтирующей операции считалось показаниями к профилактической ЭЛ у детей с варикозным расширением вен пищевода и желудка III и IV степени с риском повторного кровотечения. На основании вышеизложенного, нами был предложен алгоритм лечения детей с ПГ (рис. 6).

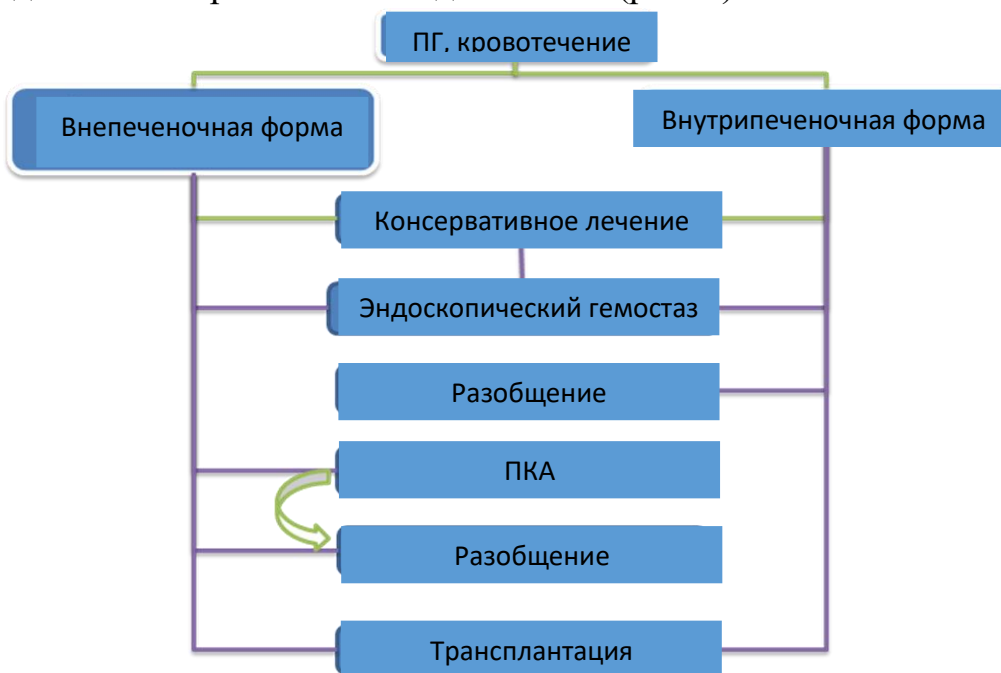


Рис. 6. Алгоритм лечения детей с портальной гипертензией

Таким образом, наши исследования показали, что абдоминальный этап операции является наиболее оптимальным методом разобщения при кровотечении из варикозного расширения вен пищевода и желудка у детей с портальной гипертензией. Наилучшие результаты получены у пациентов после операций Таннера-Баирова и операций Назырова по тотальному разделению гастроэзофагеального коллектора.

В четвертой главе диссертации «**Морфологическая характеристика печени при экспериментальной хронической токсико-ишемической повреждении**» представлены данные о реакции структур печени на острую ишемию, связанную с массивным кровотечением при экспериментальной портальной гипертензии.

Морфометрическое исследование ткани печени проведено методом точечного счета на световом микроскопе МБИ-15 с применением окулярной сетки и окулярной линейки. В паренхиме печени определяли объёмную долю синусоидных капилляров, дистрофически измененных гепатоцитов, клеток в состоянии некробиоза, очагов некроза, клеток Купфера, коллагеновых волокон (новообразованных и зрелых), а также подсчитывали процентное количество двуядерных гепатоцитов, измеряли размер гепатоцитов. По размеру все гепатоциты были разделены на три группы: мелкие - меньше 16 мкм в диаметре, средние - от 16 до 24 мкм, крупные - больше 24 мкм.

При цитоморфологическом исследовании печени интактных крыс обнаружено, что печеночная капсула проникает в паренхиму, хорошо различима только в области портальных трактов, не имеет концентрического расположения (рис. 7).

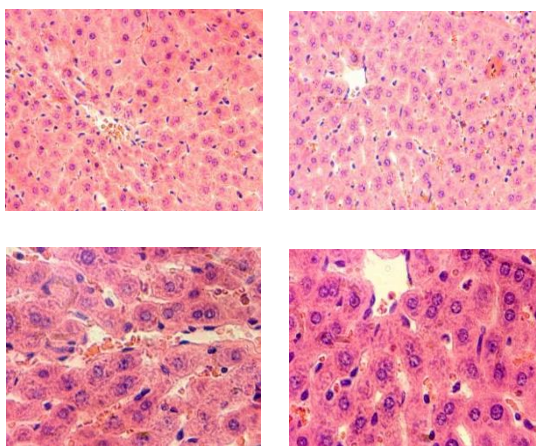


Рис. 7. Микрофотография гистологической структуры дольки печени интактных крыс. Срез 5 мкм. Гематоксилин-эозин

Междольковые портальные вены имеют диаметр $29,17 \pm 0,8$, а соответствующие артерии $13,78 \pm 0,8$ мм. Синусоидные капилляры ориентированы преимущественно в радиальном направлении к центру долек, где впадают в печеночные венулы, диаметр которых находится в пределах $60,98 \pm 0,6$ мкм. Синусоидные капилляры имеют диаметр в пределах 6-11 мкм, обычно щелевидной формы, их объемная плотность в перипортальной зоне равна $9,85 \pm 0,2\%$, а в центральной - $11,27 \pm 0,3\%$. Клетки Купфера

обнаруживаются между эндотелиоцитами, а иногда также в пространстве Диссе. Они бывают разных форм с большим количеством цитоплазматических опухолей, включая множество лизосом и фагосом, которые различаются по форме, плотности и размеру.

Морфологический анализ результатов исследования печени крыс в условиях острой постгеморрагической ишемии на фоне стеноза нижней полой вены показал выраженные изменения в гепатоцитах, заключающиеся в увеличении размеров клеток, их набухании, что приводит к нарушению типичной структуры печеночных балок (табл. 2).

Таблица 2

Параметры сосудистых элементов микроциркуляторного русла и паренхимы печени крыс при постгеморрагической ишемии

Показатель	Контроль	30 сут.	45 сут.	60 сут.
D _A , мкм	16,15±0,3	36,54±2,3	24,61±2,5	35,12±2,1
D _{ПВ} , мкм	32,71±1,5	40,45±1,2	25,05±2,7	80,09±5,3
D _{ЦВ} , мкм	62,32±0,3	107,62±6,1	72,87±4,9	154,06±4,9
V _{vc} , %	10,64±0,3	6,15±0,6	7,37±0,5 [#]	1,6±0,01
V _{вск} , %	1,48±0,08	2,19±0,09	3,49±0,2	2,46±0,2
D _ж , мкм	20,55±0,7	16,11±1,2	11,87±0,9	21,92±1,2*
V _{вг} , %	87,82±0,3	91,66±0,6	89,64±0,7	96,19±0,3

Примечание: D_A – просвет междольковых артерий, D_{ПВ} – просвет портальных венул; D_{ЦВ} – просвет печеночных венул; V_{vc} – объемная плотность синусоидов, V_{вск} – объемная плотность синусоидальных клеток, D_ж – просвет желчных протоков, V_{вг} – объемная плотность гепатоцитов.

Мембраны централобулярных гепатоцитов имеют четкие контуры, но цитоплазма некоторых приобретает грубозернистую структуру, становится оптически прозрачной, ее видимые «остатки» располагаются вдоль клеточных мембран или вокруг ядер (рис. 8).

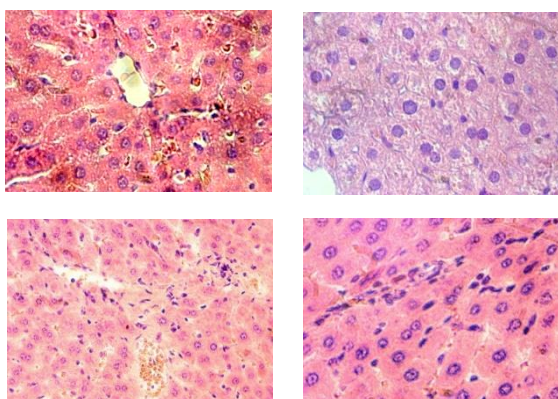


Рис. 8. Микрофотография гистологической структуры дольки печени крыс при моделировании острой постгеморрагической ишемии на фоне стеноза нижней полой вены. Срез 5 мкм. Гематоксилин-эозин

После кровотечения описанные выше изменения гепатоцитов затрагивают всю дольку. Показатель их ядерно-цитоплазматического отношения снижается на 56%. Стенка междольковых артерий становится отечной с явлениями инфильтрации ее клетками лимфоидного ряда. Ее толщина по сравнению с контрольными величинами увеличивается в 3,8 раза и составляет $7,39 \pm 0,3$ мкм ($p < 0,001$). Резкая дилатация портальных венул в дальнейшем сменяется уменьшением их диаметра и возвратом к контрольным цифрам ($35,39 \pm 3,3$ мкм) ($p < 0,001$). К концу первых суток данный показатель вновь увеличивается, достигая своего максимального значения - $90,67 \pm 5,6$ мкм ($p < 0,001$). Увеличение размера гепатоцитов приводит к резкому их сдавлению и 7-кратному уменьшению показателя их объемной плотности, который к концу суток соответствует $1,6 \pm 0,01\%$ ($p < 0,001$).

Таким образом, анализируя полученные общеморфологические и морфометрические данные, можно прийти к заключению, что кровотечение не является критической ситуацией, безразличной для морфофункционального состояния печени. Постгеморрагическая ишемия вызывает заметные морфологические и функциональные изменения в микроциркуляторном русле и паренхиме органа. Сложившиеся при этом неадекватные условия для печени, в конечном итоге, заставляют ее клетки и сосудистые структуры адаптироваться. Особая роль в приспособлении организма к условиям острой кровопотери принадлежит системе микроциркуляции, которая несет ответственность за обеспечение метаболизма в тканях и гемодинамический гомеостаз.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате проведенных исследований диссертации доктора философии (PhD) на тему «Совершенствование диагностики и тактики лечения при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей» представлены следующие выводы:

1. Проанализированы результаты лечения и наблюдения 128 больных детей в возрасте от 1 до 18 лет с различными формами портальной гипертензии, поступивших в хирургические отделения лечебно-профилактических учреждений республиканского и областного уровня. Из них у 89 (69,53%) отмечена внепеченочная форма портальной гипертензии (ВПГ), связанная с развитием порока или постнатального тромбоза воротной вены;

2. Появление новых вариксов после операции Пациора, циркулярного ушивания желудка по Баирову, лигатурной транссекции желудка по Назирову отмечается, соответственно, через 3, 4 года и к 5 годам приближается к исходным дооперационным параметрам. У пациентов, перенесших абдоминальный этап операции по Назирову, регресс флебэктазии прекращается через 4 года и является наиболее оптимальным методом хирургического вмешательства.

3. После тотального разобщения гастроэзофагеального коллектора по методам Таннера-Баирова и Назирова отмечалась увеличение хороших результатов с 31,2 % до 42,9% случаев.

4. При неэффективности ЭС наиболее оптимальным методом отсроченной операции является ЭЛ, у детей с ВнПГ до 6 лет (85,72%) наиболее эффективным хирургическим методом является операция Баирова, после 8 лет (87,5%) тотальное разобщение по Назирову.

5. Кровотечение является серьезным нарушением морфофункционального состояния печени, постгеморрагическая ишемия приводит к значительным морфологическим и функциональным изменениям паренхимы органа и его микроциркуляторного русла.

6. По результатам исследования разработан алгоритм лечения детей с портальной гипертензией.

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

ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

ABDUVALIEVA CHULPANOY MUKHAMMADJONOVNA

**IMPROVEMENT OF DIAGNOSTIC AND TACTICS TREATMENT OF
CHILDREN WITH BLEEDING FROM ENLARGED VARICOSE VEINS
OF THE ESOPHAGUS AND STOMACH**

14.00.40 – Emergency medicine.

**ABSTRACT OF DISSERTATION OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) IN
MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT - 2022

The subject of doctoral dissertation (DSc) on medical sciences was registered by the Supreme Attestation Commission of the Cabinet of Ministers of the Republic Uzbekistan under B2020.2.PhD/Tib1317.

The dissertation has been done in the Andijan State Medical Institute.

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

Scientific adviser: **Akilov Khabibulla Ataullaevich**
doctor of medical sciences, professor

Official opponents: **Rizaev Kamal Saidakbarovich**
doctor of medical sciences

Allaberganov Odilbek Tadjiddinovich
doctor of medical sciences, professor

Leading organization: **Samarkand State Medical Institute**

The defense will be take place on «___» _____ 2022 at _____ o'clock at the meeting of Academic Council under the Republican Research Centre for Emergency medicine number DSc.04/30.12.2019. Tib.63.01. (Address: 2, Kichik halqa yoli Str., Chilanzar district, Tashkent, 100115. Tel./Fax: (+99878) 150-46-00, (+99878) 150-46-05; e-mail: uzmedicine@mail.ru).

The dissertation is available at the Information Resource Centre of the Republican research Centre for Emergency Medicine (registered under number ____). Address: 2, Kichik halqa yoli Str., Chilanzar district, Tashkent, 100115. Tel./Fax: (+99878) 150-46-00.

Abstract of the dissertation has been sent on «___» _____ 2022 y.
(registry report № ___ of _____ 2022 y.)

A.M. Khadjibaev
Chairman of the Scientific Council to Award of Scientific Degrees, Doctor of Medical sciences, professor

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

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

INTRODUCTION (annotation of the doctoral (PhD) dissertation)

The aim of the research: to improve the results of treatment of bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach in children with portal hypertension syndrome, by expanding and improving the use of endoscopic and surgical methods.

The object of the research: the results of treatment of 128 children aged 1-18 who were treated with various forms of portal hypertension at the Republican Research Centre for Emergency Medicine (RRCEM) and its Andijan branch and the Andijan Regional Children multidisciplinary medical centre in 2001-2021.

Scientific novelty of research is as follows:

the clinical and morphological problems associated with portal hypertension in children have been described in detail and ways of solving them to prevent and improve the treatment of gastroesophageal haemorrhage;

the objective criteria were developed to assess the risk of hemorrhage from stomach and esophagus varicose veins in children and their effectiveness in clinical practice;

additional risks of haemorrhage from stomach varicose and oesophagus varicose veins were identified at disturbed of the microcirculation of the stomach membrane by doppler flumetry;

in the case of portal hypertension in children a differential approach is proposed for determining the tactics of treatment of gastroesophageal haemorrhage taking into account the age of the patient, the degree of disease and the consistency of haemorrhage, and its effectiveness is scientifically justified.

Implementation of research results. Based on the results obtained to improve the tactics of diagnosis and treatment in children who have suffered bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach:

on the basis of a scientific study conducted to improve treatment tactics for complications of gastroesophageal haemorrhage in children the guideline “Diagnostics and treatment of hemorrhage from varicose veins in children with portal hypertension ” was developed and approved. (conclusion of the Ministry of Health No. 8/630, July 10, 2021). This methodological guideline made it possible to increase the effectiveness of diagnosis and treatment in children with portal hypertension.

The obtained scientific results on improving the diagnosis and treatment of bleeding from varicose veins of the stomach and esophagus in children were introduced into healthcare practice, including in the clinical practice of the RRCEM and RRCEM Andijan branch (conclusion of the Ministry of Health No. 8 H-3/359, October 12, 2021). The practical application of the results of the study made it possible to improve the quality of life of children with portal hypertension by developing and clinico-functional evaluation of surgical tactics for stopping and preventing bleeding from varicose veins of the esophagus and stomach, reducing the duration of treatment.

Structure and scope of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, a conclusion, a list of used literature. The volume of the thesis is 120 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF WORKS PUBLISHED

I часть (I бўлим; I part)

1. Kh.A. Akilov, Ch.M. Abduvalieva, F.Z. Primov, Sh.K. Khalilov. Efficacy of conservative therapy by type of portal hypertensions for surgery for esophageal – gastric bleeding in children. // International Engineering Journal for Research and Development. 2021. 6(2). 1:5

2. Абдувалиева Ч.М. Патоморфоз печени при острой постгеморрагической ишемии. // Жамият ва инновациялар: In Science. 2021. № 4: 725-733.

3. Абдувалиева Ч.М., Каримов Д.К., Халилов Ш.К. Диагностика и хирургическое лечение портальной гипертензии у детей. // Новый день в медицине. 2019. 4(28): 112-114. (14.00.00, № 22).

4. Исроилов Ш.Ш., Абдувалиева Ч.М. Диагностика и тактика лечения больных с кровотечениями из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей. // Глобальная наука и инновация: 2021 Центральная Азия. 2021. 1(12): 26-28

5. Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Усмонов Ш.А., Кадиоров К.З. Патогенетические изменения печени при острой постгеморрагической ишемии на фоне портальной гипертензии. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2018. 14(3): 51-55.

6. Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Каримов Д.К., Исроилов Ш.Ш. Нарушение портальной гемодинамики и их коррекция при внепеченочной портальной гипертензии у детей. // Саратовский научно-медицинский журнал. 2018. 14(3): 56-59.

II часть (II бўлим; II part)

7. Рахимов С.Р., Абдувалиева Ч.М. Морфологическая оценка эффективности операции гепато-пульмонопексии на фоне модели цирроза печени. // Анналы хирургической гепатологии. 2000. 5(2): 250. (14.00.00, №11)

8. Косимов З.Н., Абдувалиева Ч.М., Сотволдиев З.И., Косимов К.Л., Мамасаев Д.А. Хирургическая тактика при пищеводном кровотечении у детей на почве синдрома портальной гипертензии. // Материалы Республиканской конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы организации экстренной

медицинской помощи при острых заболеваниях и травмах у детей». // Вестник экстренной медицины. 2014. №2: 34-35.

9. Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Акбаров Н.А., Усмонов Ш.А., Халилов Ш.К. Лечебно-диагностическая тактика при желудочно-кишечных кровотечениях у детей. // Материалы «IV Съезда врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана». Ташкент. 2018. С.155.

10. Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М., Примов Ф.З. Болаларда портал гипертензия оқибатида ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишда даволаш тактикаси. // Материалы конференции «Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш». Андижан, 2020: 399-400

11. Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М. Қизилўнғач ва ошқозон варикоз кенгайган веналаридан қон кетган болаларда ташҳислаш ва даволаш тактикаси такомиллаштириш. // Материалы конференции «Профилактик тиббиётда юқори инновацион технологияларни қўллаш». Андижан, 2021. С. 377.

12. Абдувалиева Ч.М., Косимов З.Н., Аллаев М.Я., Усмонов Ш.М. Эндоскопическая диагностика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка у детей. // Материалы Республиканской конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: роль и место минимально инвазивных технологий в оказании экстренной медицинской помощи». Самарканд. Вестник экстренной медицины. 2021. 14(2):185.

13. Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М. Лечебно - диагностическая тактика при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка вследствие портальной гипертензии у детей. (Методические рекомендации). Ташкент, 2021. – 24 с.

14. Акилов Х.А., Абдувалиева Ч.М., Аллаев М.Я., Халилов Ш.К., Каримов Д. Болаларда портал гипертензия оқибатида ошқозон ва қизилўнғач варикоз кенгайган вена қон томирларидан қон кетишда даволаш тактикаси. // Свидетельство на программу для ЭВМ № DGU 10492 от 11. 02. 2021.