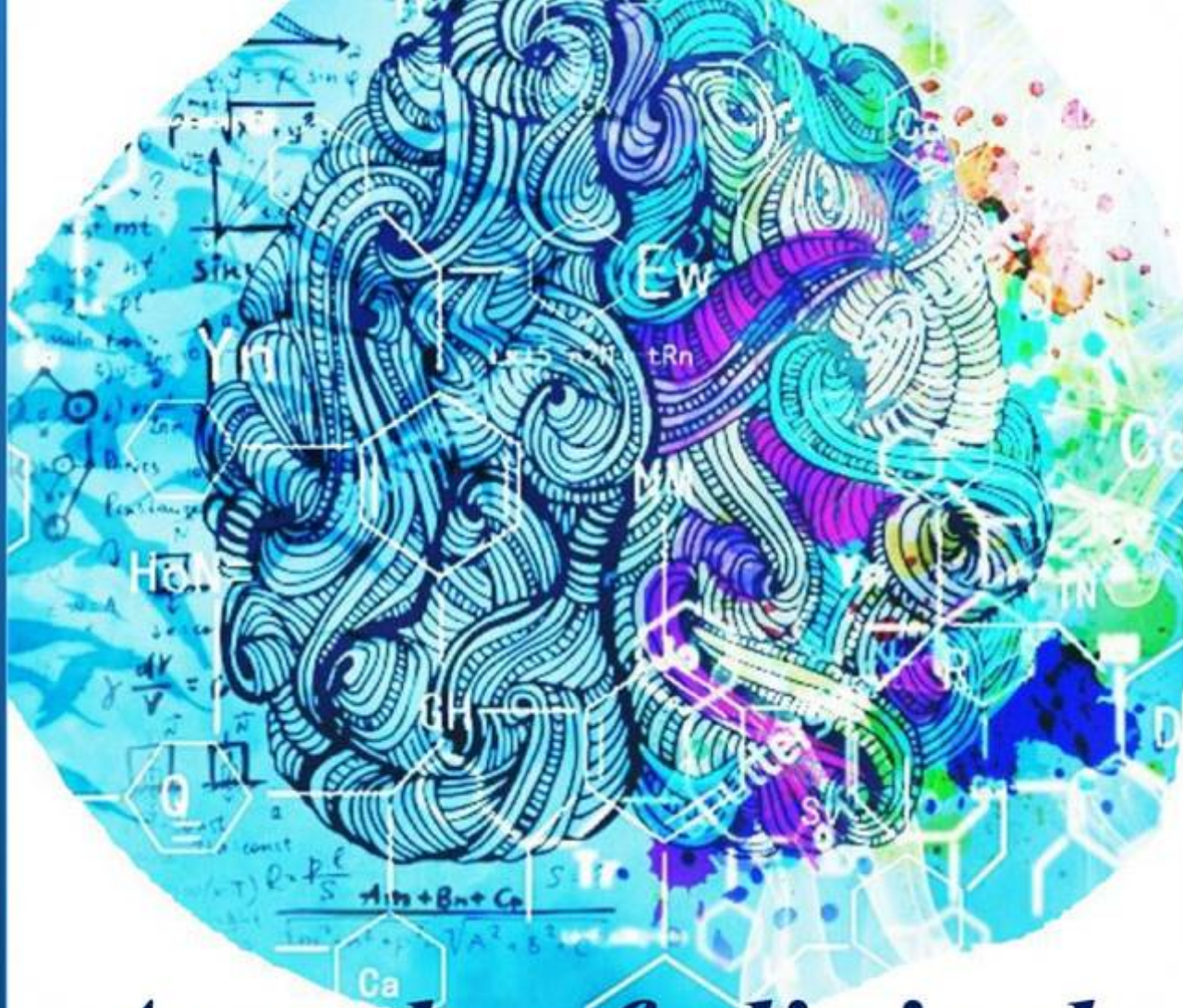


ISSN: 3030-3877

AJCD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



Annals of clinical disciplines



VOLUME 2, ISSUE 3/2

2025

ISSN 3030-3877

DOI Journal 10.26739/3030-3877

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

2 ЖИЛД, 3/2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 2, НОМЕР 3/2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 2, ISSUE 3/2



ТОШКЕНТ-2025

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№3/2 (2025) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2025-3/2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Sh. J. Teshayev

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharriri, Buxoro davlat tibbiyot instituti rektori, t.f.d., professor

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

D. A. Xasanova

“Klinik fanlar yilnomasi” jurnali bosh muharrir o'rinbosari, Buxoro davlat tibbiyot instituti anatomiya va klinik anatomiya kafedrası professori, DSc

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

- **U.K. Abdullayeva** - “Klinik fanlar yilnomasi” jurnali mas'ul kotibi, Buxoro davlat tibbiyot instituti fakultet va gospital terapiya, nefrologiya va gemodializ kafedrası dotsenti, DSc;
- **M.J. Sanoyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc
- **A.G. Gadayev** - Toshkent tibbiyot akademiyasi 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **A.R. Obloqulov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, yuqumli kasalliklar va bolalar yuqumli kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **D.A. Nabiyeva** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 1-son fakultet va gospital terapiya, kasb kasalliklari kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Sh.T. O'roqov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **M.M. Karimov** - Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi “Gastroenterologiya” ilmiy laboratoriyasi boshlig'i, t.f.d., professor
- **N.U. Narzullayev** - Buxoro davlat tibbiyot instituti otorinolaringologiya kafedrası professori, DSc
- **G.N. Sobirova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi reabilitatsiya va jismoniy tarbiya kafedrası professori, t.f.d.
- **F.S. Raupov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar xirurgik kasalliklari kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **Sh.B. Axrorova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti, nevrologiya kafedrası dotsenti, DSc.
- **V.R. Akramov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti travmatologiya va neyroxirurgiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **I.K. Sadulloyeva** - Buxoro davlat tibbiyot instituti bolalar kasalliklari propedevtikasi va bolalar nevrologiyasi kafedrası mudiri, DSc, dotsent

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

- **G.J. Jarilkasimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti oilaviy shifokorlarni qayta tayyorlash kafedrası professori, DSc
- **U.S. Mamedov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti onkologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **A.A. Saidov** - Buxoro davlat tibbiyot instituti ortopedik stomatologiya va ortodontiya kafedrası professori DSc
- **N.N. Karimova** - Buxoro davlat tibbiyot instituti 3-son akusherlik va ginekologiya kafedrası mudiri, DSc, dotsent
- **U.K. Qayumov** - tibbiyot xodimlarini kasbiy malakasini oshirish markazi ichki kasalliklar kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **M.E. Raximova** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **R.I. To'raqulov** - Toshkent tibbiyot akademiyasi, 3-son ichki kasalliklar kafedrası professori, t.f.d.
- **Ch.S. Pavlov** - I.M. Sechenov nomidagi birinchi Moskva davlat tibbiyot universiteti terapiya kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **L.B. Novikova** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **O.I. Letyayeva** - Rossiya Federatsiyasi Sog'liqni saqlash vazirligining “Janubiy Ural davlat tibbiyot universiteti” federal davlat byudjet oliy ta'lim muassasasi dermatovenerologiya kafedrası professori, t.f.d.
- **I.V. Reverchuk** - I.Kant nomidagi Boltiq federal universiteti psixonevrologiya va psixosomatika kafedrası mudiri, t.f.d., professor
- **Edip Gonullu** - Izmir Bakirchay universiteti anesteziya va reanimatsiya kafedrası dotsenti, t.f.d.
- **Eva Lietto** - Italiya Campania universiteti “Luigi Vanvitelli”ning tarjima tibbiyot fanlari kafedrası mudiri, t.f.d., professor

Журнал включен в перечень ВАК национальных научных изданий, рекомендуемых для публикации основных научных результатов диссертаций по медицинским наукам постановлением № 369/6 от 5 апреля 2025 г.

© Page Maker | Верстка | Сахифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

О журнале

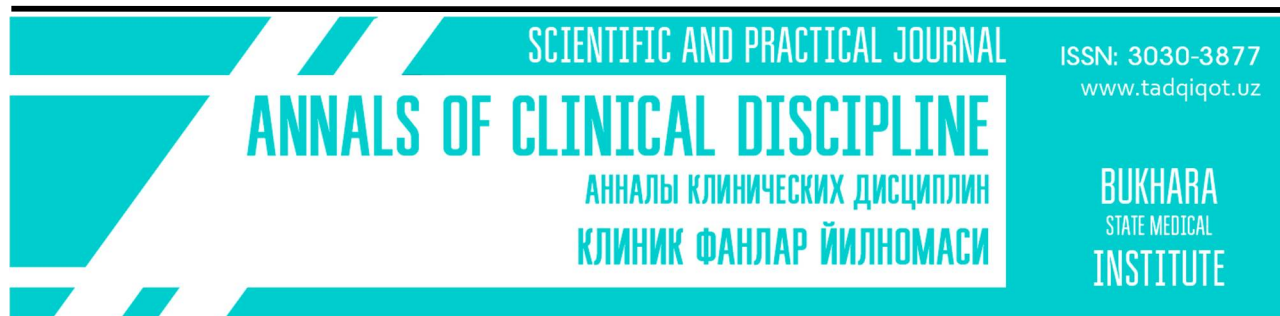
Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года

Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Исламов Х.Д.	Анализ результатов лечения больных местнораспространенным раком ободочной кишки и ректосигмоидного соединения.....	6
2. Исламова М.С., Сабилов М.А., Абдуллаева Ч.А., Пулатова Г.П., Эшпулатов А.С.	Влияние комплексной коррекции микробиоты препаратом «базана» на состав кишечной микрофлоры у пациентов с ожирением.....	13
3. Йитмасова Т.Д., Облокулов А.Р.	Сил билан касалланган, вирусли гепатити бўлмаган беморларда даволаш фонида жигар фиброгенези маркерларининг динамикаси.....	19
4. Каландарова С.Х.	Роль мелатонина в клиническом течении эпилепсии, ассоциированной со сном.....	25
5. Камалова М.К., Рахимов С.Ш.	Оценка клинических результатов комплексного лечения детей с вторичными деформациями врождённых расщелин нёба.....	31
6. Камолов Ж.Р., Рахматова Д.Б.	Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....	39
7. Кандова Ф.А., Хабибова Н.Н.	Влияние гормональных изменений на состояние полости рта у женщин, планирующих беременность.....	46
8. Кариов А.В., Зокирхужаев Р.А.	Мультифакторный анализ результатов Nd:YAG-капсулотомии у детей с вторичной катарактой.....	52
9. Каримов Қ.Р., Шодиева М.С.	Морфологические изменения при язвенно-некротическом энтероколите.....	60
10. Курбанбаева Ф.К.	Распространение стоматологических заболеваний у женщин фертильного возраста: систематический анализ.....	64
11. Курбаниязова А.З., Зарипова Д.Я.	Пременопаузал даврдаги эндометрий гиперплазия муаммосига замонавий нигоҳ.....	71
12. Курбанов О.М., Джураев И.Б., Бабаназаров У.Т.	Клиническая характеристика слизистой оболочки желудка у больных в тяжелом состоянии на искусственной вентиляции лёгких в условиях реанимации.....	77
13. Мавлонов Н.Х., Файзуллоев Т.Т.	Ўпканинг сурункали обструктив касаллиги ва юрак ишемик касаллиги коморбидлиги: тарқалиши ва оғир асоратларининг хавф омиллари (адабиётлар шарҳи).....	87

14. **Маджидова Ё.Н. Рахмонов И.А., Азимова Н.М**
Оценка психического состояния мужчин с бесплодием.....94
15. **Манзитова В.Ф.**
Особенности клинического течения саркопении при метаболически ассоциированной жировой болезни печени.....103
16. **Матризаева Г.Н.**
Эффективность лечения взрослых пациентов с частичной беззубостью с использованием частичных съёмных протезов: мета-анализ.....111
17. **Мухамедов И.М., Эркинова Н.Р.**
Эпидемиологические особенности рака молочной железы.....118
18. **Назарова Л.А., Аблязов О.В., Усманханов О.А.**
Роль предоперационной мультиспиральной компьютерной томографии в повышении точности диагностики и эффективности хирургического лечения краниосиностоза у детей: результаты проспективного когортного исследования.....122
19. **Нуров У.И., Нурова Г.У.**
Морфологические особенности и клинические проявления экссудативных форм хронического риносинусита.....129
20. **Нурова Г.У.**
Характеристика клинического течения хронического риносинусита продуктивного типа.....133
21. **Пулатов Х.Х.**
Қон биокимёвий кўрсаткичларининг комплекс баҳолашдаги аҳамияти: 120 кунлик глюкоза, СРО ва А1-нордон гликопротеин мониторинги.....137
22. **Раимкулова Н.Р., Субханова З.С.**
Изучение взаимосвязи гастроэзофагеальной рефлюксной болезни с респираторными заболеваниями.....142
23. **Раметова О.Р.**
Оценка методов лечения хронического катарального гингивита у детей: аналитическое исследование.....147
24. **Расулова Н.З.**
Гипертрофическая кардиомиопатия: стратегии редукции перегородки и послеоперационная реабилитация.....153
25. **Рахматова Д.Б., Камолов Ж.Р.**
Юрак ишемик касаллигини башорат қилиш учун тўқлик ва очликда триглицеридларнинг оптимал чегара нукталари: юрак қон-томир хавфини ўрганиш.....164
26. **Сагдуллаев Н.Н., Индиаминов С.И.**
Механизм и морфология повреждений структуры головы у детей разных возрастных категорий при внутрисалонной автомобильной травме171

19. RCOG/BSGE Green-top Guideline No. 67: Management of Endometrial Hyperplasia. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists; 2016. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)60269-X
20. Renehan AG, et al. The association between BMI and cancer risk: systematic review and meta-analysis of prospective studies. *BMJ*. 2008;336:371–373; and umbrella updates. (Relevance: obesity–endometrium).
21. Ring KL, Mills AM, Modesitt SC. Endometrial Hyperplasia—Clinical Expert Series. *Obstet Gynecol*. 2022;140(6):1061–1074. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004989
22. SOGC Guideline No. 390: Classification and Management of Endometrial Hyperplasia. *J Obstet Gynaecol Can*. 2020;42(11):1399–1408. DOI: 10.1016/j.jogc.2019.03.025
23. WHO Classification of Tumours Editorial Board. Female Genital Tumours. 5th ed. Lyon: IARC; 2020. (chapters on endometrium, AH/EIN). ISBN: 978-92-832-4504-9.
24. Zhou W, et al. Risk of cancer progression in endometrial hyperplasia: systematic review & meta-analysis. *Int J Gynecol Obstet*. 2022;158:970–980.



УДК: 616.33-002.446

¹Курбанов О.М. ²Джураев И.Б., ³Бабаназаров У.Т.¹<https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>²<https://orcid.org/0009-0007-5788-6905>³<https://orcid.org/0009-0000-3160-6273>^{1,3}Бухарский государственный медицинский институт, Бухара, Узбекистан²Наваинский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Наваи, Узбекистан

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ В ТЯЖЕЛОМ СОСТОЯНИИ НА ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЁГКИХ В УСЛОВИЯХ РЕАНИМАЦИИ

 <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.17444227>

РЕЗЮМЕ

Статья посвящена клиническому исследованию слизистой оболочки желудка у пациентов в тяжёлом состоянии, находящихся на искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ) в условиях реанимации. Актуальность темы обусловлена высокой частотой развития гастроинтестинальных осложнений у критических больных, что связано с полиорганной дисфункцией, нарушением микроциркуляции и стрессовыми повреждениями слизистой оболочки. Полученные результаты имеют важное клиническое значение. Они подтверждают необходимость раннего мониторинга состояния желудочно-кишечного тракта у критических больных, разработки профилактических мероприятий, направленных на предупреждение стрессовых язв и кровотечений, а также своевременной коррекции интенсивной терапии. Авторы приходят к выводу, что клиническая оценка слизистой оболочки желудка может рассматриваться как один из прогностических критериев исхода у больных в критическом состоянии.

Ключевые слова: слизистая желудка, искусственная вентиляция лёгких, реанимация, клинические изменения, осложнения.

¹Kurbanov O.M. ²Dzhuraev I.B., ³Babanazarov U.T.^{1,3}Bukhara State Medical Institute, Bukhara, Uzbekistan²Navai branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Navai, Uzbekistan

CLINICAL CHARACTERISTICS OF THE GASTRIC MUCOSA IN PATIENTS IN SEVERE CONDITION ON ARTIFICIAL VENTILATION IN THE RESUSCITATION UNIT.

ABSTRACT

The article focuses on the clinical assessment of the gastric mucosa in critically ill patients undergoing mechanical ventilation in the intensive care unit (ICU). The relevance of this research is determined by the high incidence of gastrointestinal complications in critical illness, associated with multiple organ dysfunction, impaired microcirculation, and stress-induced mucosal injury. The aim of the study was to identify the main morphological alterations of the gastric mucosa and their clinical significance for the diagnosis and prevention of complications. These findings have significant clinical implications. They emphasize the need for early monitoring of gastrointestinal function in critically ill patients, preventive strategies to reduce the risk of stress ulcers and bleeding, and timely correction of intensive care protocols. The authors conclude that clinical evaluation of the gastric mucosa can serve as a prognostic criterion in critically ill patients.

Keywords: gastric mucosa, mechanical ventilation, intensive care, clinical changes, complications.

¹Qurbonov O.M., ²Djuraev I.B., ³Babanazarov U.T.

^{1,3}Buxoro davlat tibbiyot instituti, Buxoro, O'zbekiston

²Respublika shoshilinch tibbiy yordam ilmiy markazi Navoiy filiali, Navoiy, O'zbekiston

**REANIMATSIYA BO`LIMIDA SUN`IY VENTILYATSIYASIDA OG`IR AHVOLDAGI
BO`LGAN BEMORLARDA OSHQOZON SHILLIQ QAVATINING KLINIK
XUSUSIYATLARI**

REZYUME

Maqola reanimatsiya sharoitida sun'iy nafas apparatida bo'lgan og'ir ahvoldagi bemorlarning oshqozon shilliq qavati klinik o'zgarishlariga bag'ishlangan. Mavzuning dolzarbligi shundaki, bunday bemorlarda ko'p hollarda me'da-ichak tizimi asoratlari kuzatiladi. Bu holat ko'p organli yetishmovchilik, mikrotsirkulyatsiya buzilishi hamda stressga bog'liq shilliq qavat shikastlanishlari bilan bevosita bog'liqdir. Tadqiqotning maqsadi me'da shilliq qavatida sodir bo'ladigan asosiy morfologik o'zgarishlarni aniqlash va ularning klinik ahamiyatini baholashdan iborat edi. Olingan natijalar klinik amaliyot uchun muhim ahamiyat kasb etadi. Ular og'ir ahvoldagi bemorlarda me'da-ichak tizimi faoliyatini erta nazorat qilish, stress yaralari va qon ketishlarini oldini olish bo'yicha profilaktik chora-tadbirlarni ishlab chiqish hamda intensiv davolashni o'z vaqtida tuzatish zarurligini ko'rsatadi. Mualliflarning fikricha, me'da shilliq qavatining klinik baholanishi og'ir ahvoldagi bemorlarda prognoz mezonlaridan biri sifatida qaralishi mumkin.

Kalit so'zlar: oshqozon shilliq qavati, sun'iy nafas, reanimatsiya, klinik o'zgarishlar, asoratlar.

Введение. Современная реаниматология характеризуется стремительным развитием методов интенсивной терапии, которые направлены на поддержание жизненно важных функций организма у пациентов в критическом состоянии. Одним из наиболее часто применяемых методов является искусственная вентиляция лёгких (ИВЛ), позволяющая компенсировать дыхательную недостаточность различного генеза. Однако наряду с неоспоримой эффективностью ИВЛ как метода жизнеобеспечения её длительное применение сопровождается развитием осложнений, затрагивающих различные органы и системы, в том числе желудочно-кишечный тракт [6].

Желудок играет важнейшую роль в пищеварении, барьерной защите организма и регуляции гомеостаза. Слизистая оболочка желудка особенно чувствительна к ишемическим, гипоксическим и стресс-индуцированным повреждениям, которые в условиях критического состояния усугубляются воздействием факторов интенсивной терапии. У пациентов на ИВЛ формируется ряд патогенетических механизмов, приводящих к нарушению микроциркуляции, гипоксии тканей и дисбалансу между агрессивными и защитными факторами, что способствует развитию так называемых стрессовых повреждений слизистой оболочки [4-5].

По данным исследований, частота гастроинтестинальных осложнений у пациентов в условиях реанимации колеблется от 15 до 40%, а клинически значимые кровотечения встречаются в 5–10% случаев [3]. Эти осложнения напрямую влияют на исход заболевания, увеличивая продолжительность пребывания в реанимации, потребность в переливании крови и риск летального исхода [2]. Морфологическое изучение слизистой оболочки желудка у критических больных позволяет глубже понять механизмы формирования данных нарушений и определить пути их профилактики [7].

Особый интерес представляет изучение морфологических изменений слизистой оболочки у пациентов, находящихся на ИВЛ, так как именно эта категория наиболее подвержена развитию ишемических и деструктивных процессов. Длительная гипоксия, метаболические расстройства, инфекционные осложнения и воздействие лекарственных препаратов усугубляют повреждение слизистой оболочки желудка. Морфологические исследования показывают наличие выраженного отёка, воспалительной инфильтрации, дистрофии эпителия, микроэрозий и язвообразования [8].

Несмотря на значительный прогресс в профилактике стрессовых язв, в том числе применение ингибиторов протонной помпы и H₂-блокаторов, проблема повреждений слизистой оболочки желудка у критических больных остаётся актуальной [1]. Это связано с ростом числа пациентов с тяжёлой коморбидной патологией, увеличением продолжительности применения ИВЛ и более агрессивными методами интенсивной терапии. В связи с этим особую значимость приобретает исследование клинико-морфологических характеристик слизистой оболочки желудка, что позволяет не только лучше понимать патогенез осложнений, но и разрабатывать более эффективные меры профилактики и коррекции.

Целью исследования явилось выявление основных морфологических изменений слизистой желудка и их клинической значимости для диагностики и профилактики осложнений.

Материалы и методы: Настоящее исследование проведено на базе отделения общей реанимации Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Навоийского филиала и охватывает клинико-морфологический анализ 67 пациентов, находившихся в критическом состоянии в период с 2022 по 2025 годы.

Все пациенты были распределены на две основные группы по характеру дыхательной поддержки:

— 1-я группа (основная, n=34): больные, находящиеся на искусственной вентиляции лёгких. У данной категории были произведены заборы биоптатов слизистой оболочки желудка для гистологического исследования. Биоптаты были взяты на 3-й и 10-й день нахождения больного в отделении реанимации. Причина по которой были взяты 3-й день обоснованы тем что переход от самостоятельного дыхания на искусственную вентиляцию легких был связан с ухудшением состояния больного (апноэ, нарастание дыхательной недостаточности, отёк головного мозга с последующим сдавлением дыхательного центра). Лечение включало как стандартную терапию по клиническому протоколу, так и дополнительные мероприятия, направленные на защиту слизистой оболочки, включая цитопротекторы и нутритивную поддержку.

— 2-я группа (сравнительная, n=33): больные, находящиеся в тяжёлом состоянии, но не нуждавшиеся в инвазивной вентиляции лёгких. Морфологических изменений слизистой оболочки желудка у них не выявлено. Пациенты получали базовую терапию в соответствии с действующими стандартами.

Результаты и обсуждение. Для распределения больных в соответствии с возрастом была использована классификация возрастных групп, принятая на семинаре Всемирной Организации Здравоохранения. Больные детского возраста составили – 0 (0 %), юношей – 10 (15%), молодые – 8 (11,9 %), больных среднего – 13 (19,4 %) и пожилого возраста – 34 (50,7 %), старческого возраста составил 2 больной (3 %) из общего числа поступивших в тяжёлом состоянии (67 больных) в отделения общей реанимации РНЦЭМП Навоийской области за

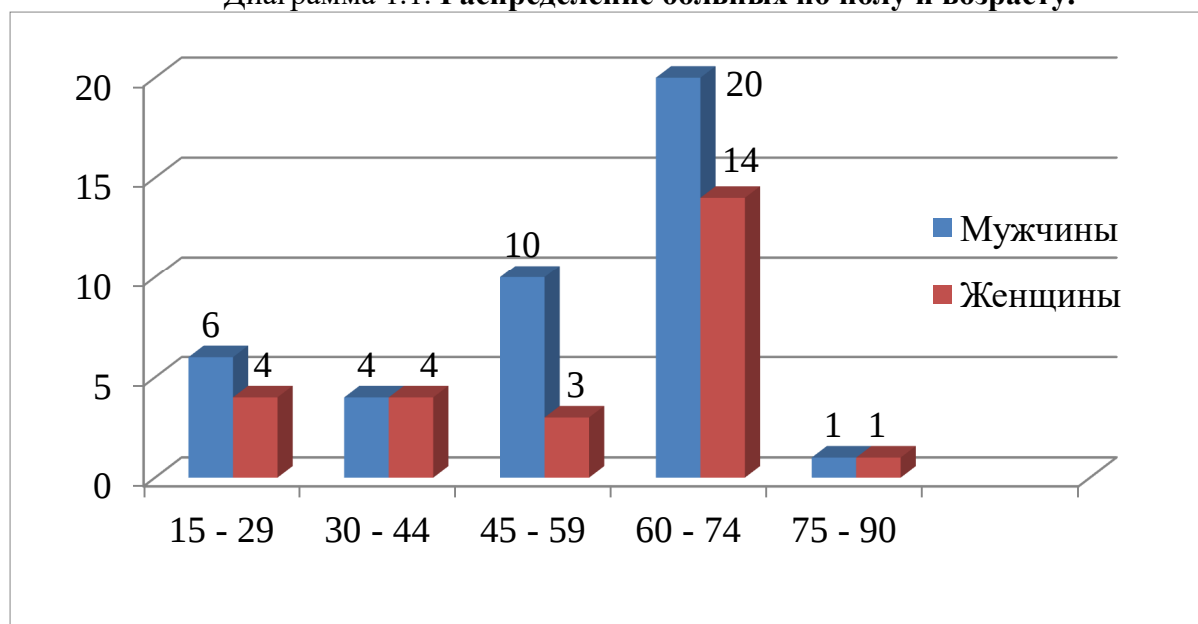
период от 2022 по 2025 года (Таблица 1.1). Примечательно, что 15% пациентов были в возрасте 15–29 лет, что может свидетельствовать о высокой травматизации и остром дебюте тяжёлых патологий у молодёжи.

Таблица 1.1. Распределение больных по возрасту и полу

Категории	15 - 29	30 - 44	45 - 59	60 - 74	75 - 90	Итого
Мужчины	6	4	10	20	1	41
Женщины	4	4	3	14	1	26
Итого	10	8	13	34	2	67

Из проанализированных возрастных когорт было отмечено, что большинство госпитализированных в тяжёлом состоянии попадало на пожилую группу (60-74 лет) больных, а за ней следует 45 – 59 лет – группа среднего (зрелого) возраста (диаграмма 1.1). По порядку поступления: 54 пациента (80,6%) были госпитализированы экстренно, а 13 (19,4%) переведены из других отделений в связи с ухудшением состояния. Это отражает высокую долю остроты патологий в выборке и подтверждает необходимость своевременной респираторной поддержки и динамического наблюдения.

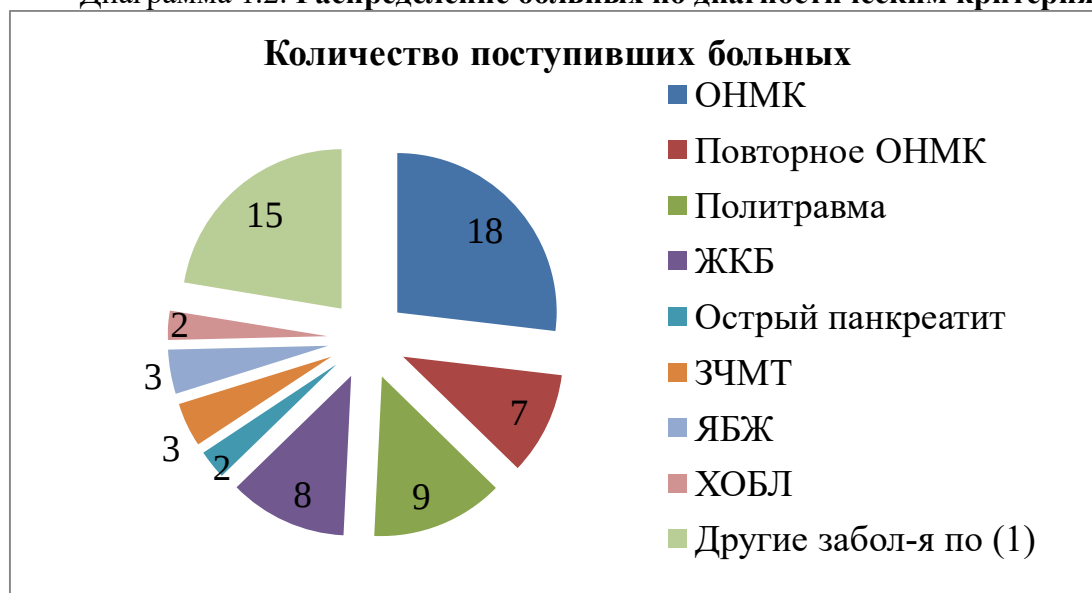
Диаграмма 1.1. Распределение больных по полу и возрасту.



Было проведено распределение 67 больных с различными диагностическими критериями, находящихся в тяжёлом состоянии на адекватной ИВЛ: 18 больных с диагнозом – ОНМК по геморрагическому – 10 и ишемическому типу – 8; с повторным ОНМК составили – 7 из них: ишемического типа – 3, а с геморрагическим типом – 4 пациентов; с желчекаменной болезнью – 8; с политравмой было доставлено 9 больных; с острым панкреатитом – 2; 3 больных прибыли с язвенной болезнью, 3 больных с ЗЧМТ, с ХОБЛ – 2 больных. По 1 больному с: острым экзогенным отравлением лекарственными средствами (суицид), мочеполювая инфекция; алиментарная дистрофическая кахексия; вторичный менингоэнцефалит; эпилептическая болезнь; опухоль толстой кишки ректосигмоидального угла; ИБС: инфаркт миокарда без подъема сегмента ST; сегментарный тромбоз восходящей части тонкой кишки; БА персистирующий вид 3ст.; ожоговая болезнь; сахарный диабет 2 типа в стадии декомпенсации; острый живот; сегментарный тромбоз; двухсторонняя бронхопневмония тяжелое течение. В общем количестве 15 больных (в дальнейшем именуется как другие заболевания). Были отобраны различные когорты заболеваний для проведения и исследования ЖКТ при различных критических патологиях в условиях

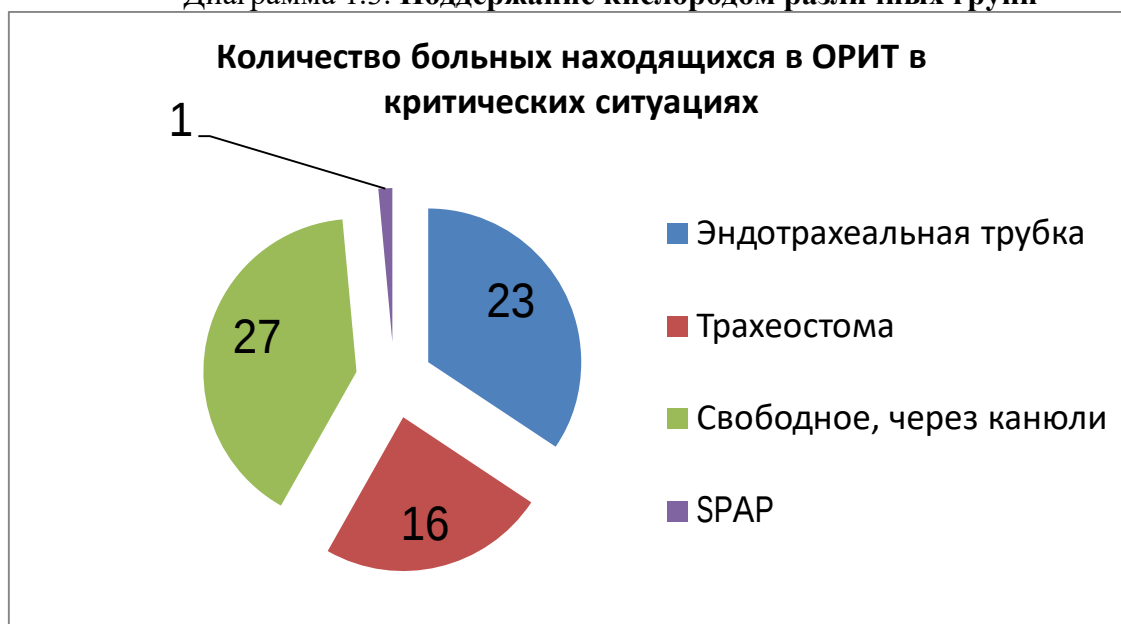
проведение адекватной вентиляции легких. Были отобраны различные когорты заболеваний для проведения и исследования ЖКТ при различных критических патологиях в условиях проведения адекватной вентиляции легких.

Диаграмма 1.2. Распределение больных по диагностическим критериям



Из 67 больных, которые были исследованы, на адекватной вентиляции легких находилось 39 тяжелобольных, 1 больной находился на SPAP режиме (вспомогательная вентиляция легких), у 27 больных дыхание было свободным, через носовые канюли увлажненным кислородом с аппаратом Боброва (диаграмма 1.3).

Диаграмма 1.3. Поддержание кислородом различных групп



Всем 39 больным установлены различные режимы и конфигурации вдоха-выдоха (таблица 1.2). ИВЛ в целом — 39 из 67 (58%): подтверждает тяжесть состояний и важность контроля дыхания. Среди них 60% — интубация, 40% — трахеостомия. Это свидетельствует о длительности ИВЛ или анатомических проблемах у части больных в связи с основной, сопутствующей, конкурирующей патологиями и её осложнениями с присоединением вторичных инфекций.

Таблица 1.2. Режимы ИВЛ аппарата

Конфигурации Режимы	SIMV	ACV	PCV	SPAP
Дыхательный объём	500-550	Минутная вентиляция 100%	Давления вдоха +10+12+14	Поддержка +14+12+10
Триггер	5 литров	5 литров	5 литров	5 литров
PEEP	+3+5+7	+3+5	+3+5	+3+5
FiO ₂	0,4-0,6	0,4-0,6	0,4	0,4
I:E (соотношение вдоха к выдоху)	1:2	1:2	1:2	1:2
Freq (ЧДД)	12-14-16		12-14-16	

У всех больных находящихся на адекватной искусственной вентиляции легких были установлены различные режимы и параметры в соответствии с основным заболеванием и имеющимися осложнениями. Причины перехода от самостоятельного дыхания на аппараты ИВЛ варьировались от обструкции верхних дыхательных путей, угнетением сознания, остановкой сердечной деятельности, гипоксической энцефалопатии, апноэ и их осложнениями т.е. острой дыхательной недостаточности II-III степени (Диаграмма 1.4).

Диаграмма 1.4. Причины перехода на аппарат ИВЛ



Диагностический подход включал комплексную оценку состояния пациентов с применением лабораторных, инструментальных и морфологических методов. В соответствии с поставленными задачами в процессе клинического обследования больных определялись:

Гистологический метод диагностики

Гистологическое исследование было проведено у 34 больных на 3-й и 10-й день нахождения в ОРИТ. Гистологический метод исследования желудка включает в себя детальный анализ тканей с использованием микроскопии. Этот метод позволяет получить информацию о структуре клеток, тканей и органов, а также выявить патологические изменения. Гистологический метод исследования желудка – это процедура, направленная на изучение структуры тканей желудка на микроуровне с использованием микроскопа. Этот метод часто применяется в медицинской диагностике для выявления патологий,

воспалительных процессов, определения типа клеток и других изменений, которые могут быть связаны с повреждениями слизистой оболочки желудка в различных его отделах.

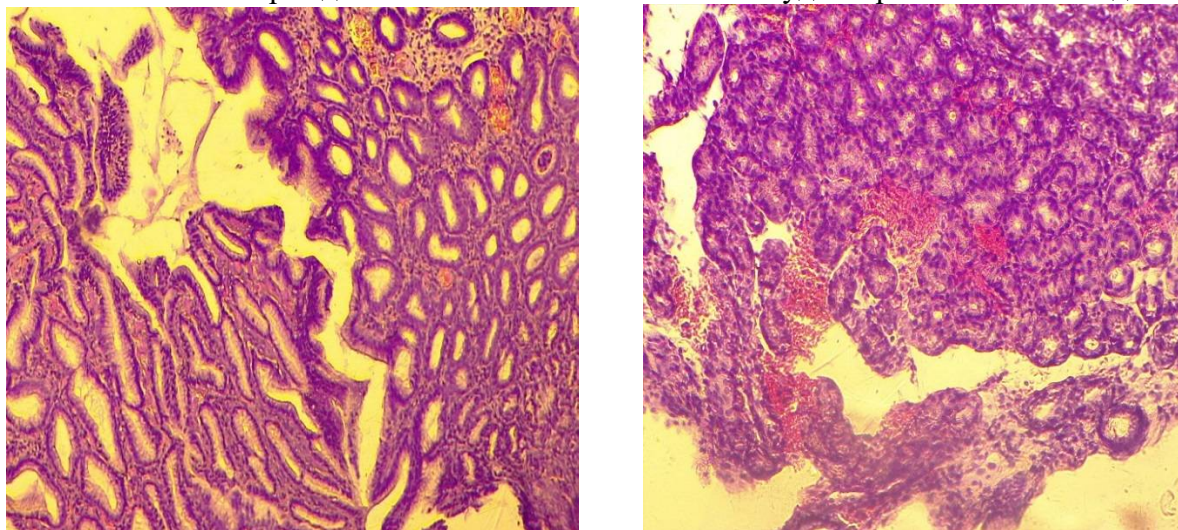


Рис. 1. Больная Б.Р. 40 лет. Диагноз СД II типа. (Острый эрозивно-геморрагический гастрит. Переполнение кровью сосудов, участки кровоточивости, гиперплазия и дефекты слизистых оболочек.)

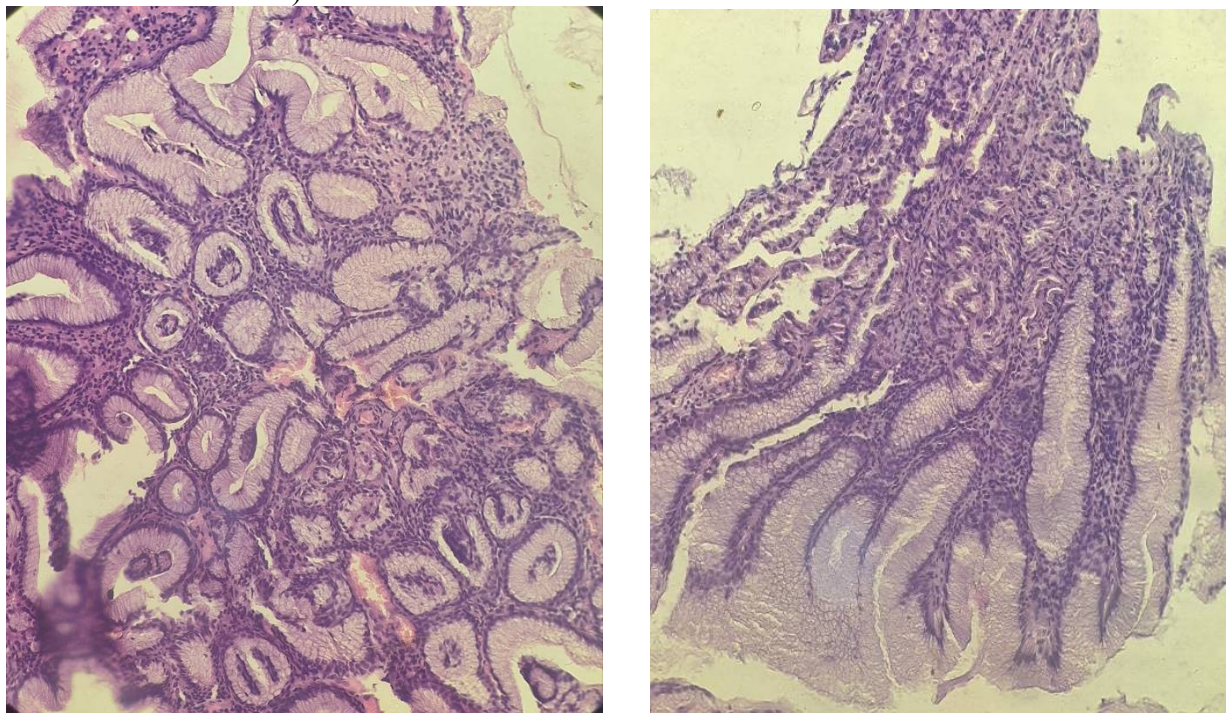


Рис.

2. Больная А.Т. 40 лет. Диагноз СД II типа. (Эрозия слизистой оболочки желудка. Переполненные сосуды кровью, гиперплазия слизистых желез, небольшое количество лейкоцитарной инфильтрации.)

Эзофагогастродуоденоскопия

Эзофагогастродуоденоскопия – обеспечивает возможность достоверного оценивания формы, размера и локализации желудка, а также изменений в ЖКТ. Процедура предоставляет уникальные анатомические особенности желудка, а также такие патологические изменения как язвы, состояние сосудистой архитектоники, процессы малигнизации, опухолевидные новообразования, структурные изменения в слизистой и т.д.

Проведения процедуры проводится с премедикации: пациенту с 18:00 часов перед процедурой разрешены употребление только холодных напитков и воды. Анестезия в области глотки выполняется с использованием 10% раствора лидокаина. В случае необходимости проведения исследования под общим наркозом, используются анестезирующие средства, такие как пропофол и дормикум.

Исследование больного проводится в лежачем левом положении. Используется видеоэзофагогастродуоденоскопия, видеогастроскоп, с помощью которых оцениваются слизистые оболочки пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки. Производится полная оценка отделов желудка.

Всем больным была проведена ЭФГДС. Желудочно-кишечный тракт у пациентов, находящихся в критическом состоянии на аппарате ИВЛ подвержены многочисленным изменениям (таблица 1.2.1 некоторые примеры).

Таблица 1.2.1

Изменения в слизистой оболочке желудка у больных на ИВЛ аппарате в зависимости от нозологии

Заболевания	Изменения в слизистой желудка (ЭФГДС)	Гистология (биоптата)	Морфологические изменения
Политравма. ОЧМТ. Осл.: Отек г.м. Аспирационный синдром.	Эрозивный гастрит, поверхностный гастрит.	Переполнение кровью сосудов, участки кровоточивости, гиперплазия и дефекты слизистых оболочек	Подслизистая сосудистая воспалительная гиперемия
ОНМК по ишемическому типу	Эзофагит, эрозивный гастрит	Железистая гиперплазия и лимфоцитарная инфильтрация.	Лейкоциты располагаются в области подслизистого слоя инфильтрации.
ЗЧМТ. Ушиб г.м. средней тяжести. Эпидуральная гематома.	Эрозивный гастрит.	Эрозия слизистого слоя желудка.	Инфильтрация лейкоцитов в скопленном и рассеянной форме.
Сегментарный тромбоз восходящей части тонкой кишки.	Поверхностный гастрит. Эрозивный эзофагит. Синдром Меллори-Вейса.	Железистая гиперплазия, воспалительная реакция. Переполнение кровью сосудов.	Воспалительная гиперемия сосудов подслизистого слоя, лейкоцитарная инфильтрация.
Опухоль толстой кишки ректосигмоидального угла. Перфорация опухоли.	Субатрофический гастрит	Железистая гиперплазия и лимфоцитарная инфильтрация.	Увеличение количества тучных клеток в слизистом и подслизистом слое. Воспаление.

Все больные на ИВЛ имеют воспалительные и деструктивные изменения ЖКТ, что подтверждает патогенез стрессовой гастропатии. Гистологическая триада — гиперемия сосудов, инфильтрация, гиперплазия — встречается у всех больных с тяжёлой патологией. Особенно тяжёлые морфологические изменения — при онкологии и тромбозе кишечника, что указывает на системный характер микроциркуляторных нарушений.

Практически у всех больных наблюдаются общие гистомаркеры ишемии, воспаления и компенсаторной гиперплазии — это аргумент в пользу антиоксидантной и цитопротекторной терапии, особенно у ИВЛ-группы.

Представленные данные демонстрируют корреляцию между различными заболеваниями и изменениями в слизистой оболочке желудка, выявленными при ЭФГДС, гистологическими особенностями и морфологическими изменениями. У пациентов с политравмой, ОЧМТ, отеком головного мозга и аспирационным синдромом наблюдается эрозивный и поверхностный гастрит, сопровождающийся переполнением кровью сосудов и дефектами слизистых оболочек, что приводит к подслизистой сосудистой воспалительной гиперемии. При ОНМК по ишемическому типу выявляются эзофагит и эрозивный гастрит, характеризующиеся железистой гиперплазией и лимфофолликулярной инфильтрацией с

лейкоцитарной инфильтрацией подслизистого слоя. Тяжелые черепно-мозговые травмы и эпидуральные гематомы также вызывают эрозивный гастрит и инфильтрацию лейкоцитов. При сегментарном тромбозе восходящей части тонкой кишки и синдроме Меллори-Вейса регистрируется воспалительная гиперемия сосудов и лейкоцитарная инфильтрация, а у пациентов с опухолью толстой кишки наблюдаются субатрофический гастрит, железистая гиперплазия и воспаление в слизистом и подслизистом слое. Эти данные подчеркивают значимость комплексного подхода в диагностике и лечении заболеваний, включающего эндоскопическое, гистологическое и морфологическое исследование.

Заключение: Результаты исследования показали, что тяжёлые состояния, требующие госпитализации в реанимационное отделение, в большинстве случаев сопровождаются выраженными морфологическими изменениями желудочно-кишечного тракта. Наиболее выраженные повреждения слизистой оболочки желудка выявлены у пациентов, находящихся на искусственной вентиляции лёгких (ИВЛ). У данной группы больных отмечены морфологические признаки ишемических и воспалительных поражений, такие как эрозивно-геморрагический гастрит, лимфоцитарная и лейкоцитарная инфильтрация, гиперплазия желудочных желёз и сосудистая гиперемия. Эти изменения напрямую связаны с нарушением регионарной гемодинамики, гипоксией и системным воспалением, обусловленными тяжестью основного заболевания и влиянием длительной респираторной поддержки. Анализ методов диагностики, включая гистологическое исследование и эндоскопию, выявил значительные структурные изменения в слизистой оболочке желудка, такие как эрозивный гастрит, гиперплазия слизистых желёз, инфильтрация лейкоцитов и сосудистая гиперемия. Ультразвуковая и рентгенологическая диагностика подтвердили сопутствующие патологические изменения в брюшной и грудной полостях, включая пневмонию, перитонит и осложнённый цирроз печени. Комплексный подход в диагностике и лечении, включающий использование ИВЛ, гастропротекторов, антацидов и методов нутритивной поддержки, способствовали стабилизации состояния пациентов и снижению осложнений, связанных с поражением ЖКТ. Пациенты, находящиеся на самостоятельном дыхании, демонстрировали значительно меньшую степень повреждений слизистой оболочки, что подтверждает роль ИВЛ как дополнительного фактора риска гастропатий и язвенных поражений.

Полученные данные обосновывают необходимость введения и расширения стандартных лечебных протоколов мер по гастропротекции, включая применение антиоксидантной терапии, цитопротекторов и специализированной нутритивной поддержки, что может значительно снизить риск развития тяжёлых осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта у критических больных.

Эти данные подчеркивают значимость системного мониторинга своевременного вмешательства при лечении пациентов в критических состояниях.

Список литературы

1. Alhazzani, W., Alenezi, F., Jaeschke, R. Z., Moayyedi, P., & Cook, D. J. (2017). Proton pump inhibitors versus histamine 2 receptor antagonists for stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a systematic review and meta-analysis. *Critical Care Medicine*, 41(3), 693–705. <https://doi.org/10.1097/CCM.0b013e3182742d55>
2. Barletta, J. F., & Erstad, B. L. (2009). Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients. *Critical Care*, 13(6), 222. <https://doi.org/10.1186/cc8164>
3. Cook, D. J., Fuller, H. D., Guyatt, G. H., Marshall, J. C., Leasa, D., Hall, R., & Winton, T. L. (1994). Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients. *New England Journal of Medicine*, 330(6), 377–381. <https://doi.org/10.1056/NEJM199402103300601>
4. Krag, M., Perner, A., Wetterslev, J., & Møller, M. H. (2015). Stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit: is it indicated? *Current Opinion in Critical Care*, 21(2), 141–146. <https://doi.org/10.1097/MCC.0000000000000183>

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины

основан в 2024 году

Бухарским государственным
медицинским институтом

Выходит один раз в 3 месяца

Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт