



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (55) 2023

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М. . . В
... М В
... М В
Р. . . В
М.М. . Р В
... В
М.М. . В
С. . М Н В
... М Н В
... М В
... М В
... С Р В
... Н Р В
... Р В
... Р В
Р. . . В
М.Н. . М Н В
... Н В
... С М В
... Н В
С. Н М Н В
... С Н Р В
С. . СМ В
... В
... М М С В
... С М С В
... Н Р В
Н. . Н Р В
... Р М В
... Р В
С. . Р В
С. . Р В
С. . М Н В
... С Р В
... С В
... С В В
... С Н В
М.М. . В
... МР В
... М С В
... М Н В
Н. . РМ В
... Р В
Н. . Р В
... Р В
... В
... С В
М. . М В
... Р Н Р
DONG JINCHENG
... В В. . Р
... М РН С
В. . М Р
В. . Р М В
... В Р
... О В Р
... В Р
... РМ Н В
... В Р

Pro . Dr. URBANHAN MUSLUMOV Azerbaijan
Pro . Dr. DENIZ UYA Germany

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал

Научно-реферативный,

духовно-просветительский журнал

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (55)

2023

май

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.04.2023, Accepted: 30.04.2023, Published: 10.05.2023.

УДК 616.33-089.855:616.381-072.1

МОРБИД СЕМИЗЛИК БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАР ГЕМОСТАЗ КЎРСАТКИЧЛАРИ БУЗИЛИШЛАРИНИ ЯХШИЛАШДА ОШҚОЗОН БЎЙЛАМА РЕЗЕКЦИЯСИ АМАЛИЁТИНИНГ АҲАМИЯТИ

Муродов Алижон Салимович, Тешаев Октябрь Рухуллович, Мавлянов Олимбой

Тошкент тиббиёт академияси. Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазор тумани, Фароби
кўчаси 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Морбид семизлик билан оғриган беморлар гемостаз бузилишларини баҳолаш ва уларни яхшилашда ошқозон бўйлама резекцияси амалиётининг аҳамиятини ўрганиш. Клиникамизда 2019 йилдан 2022 йилгача 231 та метаболик ва бариатрик жараҳатлик операциялари ўтказилди, шундан 82 таси минигастрошунтлаш(МГШ) ва 149 тасида ошқозон бўйлама резекцияси(ОБР) амалиёти ўтказилган. Ушбу йиллар давомида турли тана массаси индекси билан мурожат этган 149 нафар беморларга ОБР операцияси қилинди. Морбид семизлик билан оғриган беморларнинг 84(56,3%)тасида III даражаси ва 65(43,7%) да II даражаси семизлик аниқланди. Олиб борилган таҳлиллار шуни кўрсатдики морбид семизликдан азият чекаётган беморларда томир-тромбоцитар ва коагуляцион гемостазда гиперкоагуляцияга мойиллик мавжудлигидан далолат беради.

Морбид семизликда, унинг оғирлик даражасига bogлиқ ҳолда, беморларнинг гемостаз кўрсаткичлари миқдорида статистик ишонarli бузилишлар кузатилиб, ТМИ билан ўртача мусбат bogланиш аниқланди; наслий мойиллиги, ҳамда қандли диабет каби коморбит ҳолатлари бўлган беморларда яна ҳам юқори намоён бўлади.

Калит сўзлар: морбид семизлик, гемостаз кўрсаткичлари, ошқозоннинг бўйлама резекцияси.

ЗНАЧЕНИЕ ПРОДОЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА В УЛУЧШЕНИИ НАРУШЕНИЙ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Муродов Алижон Салимович, Тешаев Октябрь Рухуллович, Мавлянов Олимбой

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

Оценка нарушений гемостаза у больных с морбидным ожирением и изучение значения практики продольной резекции желудка. С 2019 по 2022 г. в нашей клинике была выполнена 231 метаболическая и бариатрическая операция, из них 82 минигастрошунтирования (МГШ) и 149 продольных резекций желудка (ПРЖ). За эти годы было произведено ПРЖ у 149 больных с различным индексом массы тела. У 84 (56,3%) пациентов, страдающих морбидным ожирением, было ожирение III степени, у 65 (43,7%) — ожирение II степени. Проведенные анализы показали, что у больных, страдающих морбидным ожирением, имеется тенденция к гиперкоагуляции в сосудисто-тромбоцитарном и коагуляционном гемостазе.

При морбидном ожирении в зависимости от его тяжести наблюдались статистически достоверные нарушения величины показателей гемостаза больных, выявлена умеренная положительная ассоциация с ИМТ; генетическая предрасположенность, а также у пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими как сахарный диабет.

Ключевые слова: морбидное ожирение, показатели гемостаза, продольная резекция желудка.

SIGNIFICANCE OF SLEEVE RESECTION IN IMPROVING HEMOSTASIS DISORDERS IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY

Murodov Alijon Salimovich, Teshayev Oktyabr Ruhullaevich, Mavlyanov Olimboy

Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825;
E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

Evaluation of hemostasis disorders in patients with morbid obesity and study of the significance of the practice of longitudinal resection of the stomach. From 2019 to 2022 years in our clinic were performed 231 metabolic and bariatric surgeries, including 82 minigastric bypasses (MGS) and 149 sleeve resection (SG). Over the years, SG was performed in 149 patients with different body mass index. 84 (56,3%) patients suffering from morbid obesity had grade III obesity, 65 (43,7%) had grade II obesity. The analyzes performed showed that patients suffering from morbid obesity have a tendency to hypercoagulability in vascular-platelet and coagulation hemostasis.

In morbid obesity, depending on its severity, statistically significant disturbances in the value of hemostasis parameters of patients were observed, a moderate positive association with BMI was revealed; genetic predisposition, as well as in patients with concomitant diseases such as diabetes mellitus.

Key words: morbid obesity, hemostasis parameters, sleeve resection.

Долзарблиги

X-XXI асрлар кечувида семизлик ЖССТ томонидан ҳақли равишда юкумли бўлмаган эпидемия сифатида тавсифланди. Бугунги кунда дунёда 100 миллионга яқин одамда семизлик мавжуд, касалликнинг оғир шакллари ёки морбид семизлик иқтисодий жиҳатдан ривожланган мамлакатларда катталарнинг 3-5 %да учрайди аҳоли [13].

Клиник тажриба шуни кўрсатадики, консерватив даво ортиқча вазни беморларга фақат касалликнинг дастлабки босқичларида ёрдам беради. Кўплаб илмий-амалий тадқиқотларда исботландики морбид семизликда консерватив даво самарасиз ёки бундай терапиянинг таъсири аҳамиятсиз ва қисқа муддатлидир [3,7,15].

Тахлиллар кўрсатадики ривожланган мамлакатларда семизликка қарши кураш харажатлари соғлиқни сақлашнинг умумий йиллик харажатларининг 8-10% ни ташкил қилади. Семизлик одатда у билан қўшилиб келган барча ҳамроҳ касалликларни даволаш тан нархининг ошишига сабабчи бўлади. Морбид семизликда ёки ТМИ > 35 бўлган беморларни даволашнинг иқтисодий харажатлари тана вазни нормал диапазонда бўлган одамларга қараганда 3 барабар юқори [4,5,20].

Санаб ўтилган морбид семизлик билан боғлиқ баҳс-мунозарали ҳолатлардан келиб чиқиб, турли мамлакатлар клиницистлари морбид семизликни даволашнинг янги ва юқори самарадор усуллари, шу жумладан жарроҳлик усуллари изламоқда [1,8,18].

Ҳозирги кунда бариатрик жарроҳлик семизлик ва унга ҳамроҳ бўлган метаболик касалликларни даволашнинг умум эътироф этилган усули ҳисобланади [6,11,12,14,16,17].

Мақсад: Морбид семизлик билан оғриган беморлар гемостаз бузилишларини баҳолаш ва уларни яхшилашда ошқозон бўйлама резекцияси амалиётининг аҳамиятини ўрганиш.

Материал ва усуллар

Клиникамизда 2019 йилдан 2022 йилгача 231 та метаболик ва бариатрик жарроҳлик операциялари ўтказилди, шундан 82 таси минигастрошунтлашг (МГШ) ва 149 тасида ошқозон бўйлама резекцияси (ОБР) амалиёти ўтказилган. Сўнгги йилларда морбид семизлик билан оғриган беморларнинг мурожати ортди ва шунга мос равишда ОБР операцияси кўлами ошди. Ушбу йиллар давомида турли тана массаси индекси билан мурожат этган 149 нафар бемор операция қилинди. Улардан 18(12,1%) эркак ва 131(87,9%) аёл. Операция қилинган беморларнинг ёши 21 ёшдан 60 ёшгача (ўртача 38,3±5,9 ёш). Морбид семизлик билан оғриган беморларнинг 84(56,3%) тасида III даражали ва 65(43,7%) да II даражали семизлик аниқланди. Беморларнинг 90 (60,4%) тасида бир ёки бир нечта бирга келадиган ҳамроҳ касалликлар мавжуд бўлиб, булар артериал гипертензия 47(31,5%), ўт тош касаллиги 23(15,2%), қандли диабет

11(7,3%), остеоартрит 11(7,3%), диафрагма қизилўнғач тешиги чурраси 7(4,7%), юрак ишемик касаллиги 9(6,0%).

Морбид семизлик билан оғриган беморлар ирсий анамнездан маълум бўлишича 46(30,8%) беморда семизликка ирсий мойиллик мавжуд. Суриштирганда 33(22,1%) бемор оператив даводан олдин ҳар хил турдаги консерватив даво олгани аниқланди ва аксарият ҳолларда консерватив даво самарасиз бўлгандан кейин оператив давога мурожаат этишган. Ўрганилган беморлар орасида 22(15,0%) беморларда депрессив ҳолат, 14(9,5%) уйқудаги апноэ, 6(4%) аёлларда бепуштлики ва 12(8,0%) беморларда жинсий хохишнинг пасайиш ҳолати аниқланди. Бу каби ўзгаришлар морбид семизликка боғлиқ асоратлар деб баҳоланди ва амалиётдан кейин шу кўрсаткичлар динамик кузатилди [10].

Маълумки, айниқса мобид турдаги семизлик натижасида, адипоцитлар ёғ массаси ошиши натижасида ҳужайра стресси юзага келиши ва улардан кўплаб про-яллиғланиш цитокинлар ва иммуноцитлар, хусусан макрофаглар учун хемоатрактантларни продукцияланаши, ёғ тўқимасига уларни тўпланишига олиб келади. Натижада, тўпланган макрофаглар ва адипоцитлар орқали про-яллиғланиш цитокинлар ишлаб чиқарилишини индукцияси мобид турдаги семизликда ўзига хос кучсиз аммо сурункали яллиғланиш ҳолат ривожланишига сабаб бўлади [23,24].

Сурункали яллиғланиш ҳолатида ишлаб чиқарилувчи про-яллиғланиш цитокинлари эндотелиоцитларни фоаллаштиради, прокоагулянт ва адгезия омиллари ишлаб чиқарилишини кучайтириш, антикоагулянт омилларни эса камайитириш орқали тромбин генерацияси ва тромбоцитлар фоаллишишига олиб келади [19]. Шуниндек, семизлик натижасида индуцирланган липид профили бузилиши эндотелиал дисфункцияга сабаб бўлувчи атеросклероз ривожланиши оширади. Бундан ташқари, семизлик ҳолатида плазминоген активатори ингибитори-1 (PAI-1) омилини ишлаб чиқилишини ортиши, фибринолиз жараёнига манфий таъсир кўрсатади [21]. Бу омиллар, морбид турдаги семизликда ўзига хос гиперкоагуляция ҳолатни келиб чиқишига шароит яратади ва бундай беморларда тромбоз ва тромбоземболиялар ривожланиш частотаси юқори бўлади.

Натижа ва таҳлиллар

Морбид семизлик билан оғриган беморларда асосий ва назорат гуруҳида амалга оширилган жарроҳлик амалиёти самарадорлигини баҳолашда коагуляция факторлари муҳим амалий аҳамиятга эга. Гемостазнинг томир-тромбоцитлар босқичини ўрганиш учун умумий кон таҳлилида тромбоцитлар сонини ҳисобладик. Тадқиқот шуни кўрсатдики, назорат гуруҳида ушбу кўрсаткич $244 \pm 38,9 \times 10^9/\text{л}$ ни ташкил қилган бўлса асосий ва назорат гуруҳлардаги беморларда тромбоцитларнинг ўртача миқдори $\dots \times 10^9/\text{л}$ ва $\dots \times 10^9/\text{л}$ қилди. Тромбоцитлар сонини семизлик даражасига кўра таҳлили 2 чи даражали семизлик кузатилган асосий ва назорат гуруҳ беморларда бу кўрсаткич $\dots \times 10^9/\text{л}$ ва $\dots \times 10^9/\text{л}$, 3 чи даражали семизликда эса - $\dots \times 10^9/\text{л}$ ва $\dots \times 10^9/\text{л}$ мос равишда ташкил қилди. Олинган натижалар семизликда маълум даражада тромбоцитоз ривожланиши ва бу кўрсаткич семизлик даражасига боғлиқлигини кўрсатди. Бу эса тромбоцитлар функциясининг ошиши ва беморларда гиперкоагуляцияга мойиллик мавжудлигини кўрсатди.

Коагуляцион гемостаз плазма омиллари иштирокидаги реакциялар каскадидан иборат. Соғлом донорлар гуруҳида АҚТВ $32,1 \pm 0,93$ сонияни ташкил этган бўлса, семизликдан азият чекаётган асосий ва назорат гуруҳ беморларда плазмадаги АҚТВ вақти $21,82 \pm 0,50$ ($P < 0,01$) ва $24,98 \pm 0,57$ ($P < 0,01$) сониягача қисқарганлиги кузатилди. АҚТВ кўрсаткичини семизлик даражасига кўра таҳлил қилганимизда агар 2 чи даражали семизликда у $23,07 \pm 0,74$ ($P < 0,01$) ва $24,98 \pm 0,57$ ($P < 0,01$) сониягача қисқариши кузатилган бўлсак, 3 чи даражали семизлик кузатилган асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларда $20,98 \pm 0,65$ ($P < 0,001$) ва $25,75 \pm 0,71$ ($P < 0,01$) сониягача қисқариши аниқланди, яъни семизлик даражасига кўп ҳам боғлиқ бўлмади. Семизлик бўлган беморларда соғлом донорларга нисбатан АЧТВ кўрсаткичини қисқариши плазма гемостазининг биринчи босқичида гиперкоагуляцион силжиш борлигини кўрсатди (1-жадвал).

Семизлик бўлган беморларда қон коагуляциясининг биринчи босқичини АҚТВ (сония) билан баҳолаш, $M \pm m$

Гуруҳлар	Асосий гуруҳ	Назорат гуруҳи
Умумий	21,82±0,50**	24,98±0,57**
2чи даражали семизлик, n=20	23,07±0,74**	24,98±0,57**
3чи даражали семизлик, n=25	20,98±0,65***	25,75±0,71**
Соғлом донорлар, n=15	32,1±0,93	

Изоҳ: * - соғлом донорлар гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (*- $P < 0,05$; **- $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$)

Плазма гемостазининг иккинчи босқичини тавсифлаш учун протромбин вақти, протромбин индекси ва ХММ ўрганилди (2-жадвал). Протромбин вақти, ПТИ ХММ семизлик кузатилган беморларда кўпам ўзгармади ва меърий кўсаткичлардан фарқланмади.

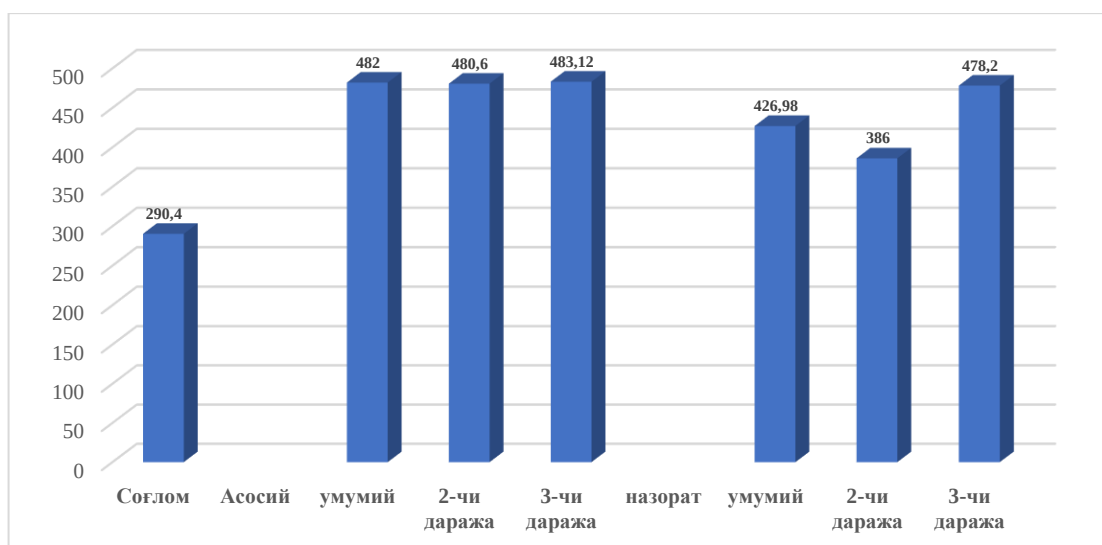
Семизлик бўлган беморларда қон коагуляциясининг иккинчи босқичини баҳолаш, $M \pm m$

Гуруҳлар	ПВ, сония	ПТИ, %	ХММ
Соғлом, n=12	12,81±1,14	98,52±7,23	1,00±0,09
Асосий, n=46	12,99±0,29	98,57±1,64	1,09±0,04
2-чи даража, n=20	13,24±0,38	98,09±2,85	1,14±0,04
3-чи даража, n=26	12,85±0,41	98,96±1,95	1,05±0,06
Назорат, n=45	13,71±0,37	99,06±1,93	1,18±0,05
2-чи даража, n=25	13,71±0,37	99,06±1,93	1,18±0,05
3-чи даража, n=20	13,44±0,57	100,20±2,65	1,22±0,08

Изоҳ: * - соғлом гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли (*- $P < 0,05$; **- $P < 0,01$; *** - $P < 0,001$).

Қон ивишининг иккинчи босқичи кўрсаткичларини ўрганиш семизлик бўлган беморларда коагуляцион гемостазининг иккинчи босқичида ўзгаришлар кузатилмаганлигини кўрсатди.

Қон ивишининг учинчи босқичини тавсифлаш учун фибриноген миқдори аниқланди (1-расмга қаралсин). Фибриноген миқдорини ўрганиш фибриноген концентрациясининг сезиларли даражада ошганлиги, бу эса қон ивиш коагуляцион гемостазининг учинчи босқичида гиперкоагуляцион силжиш мавжудлигини кўрсатди. Жумладан, асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда фибриноген миқдори 1,66 ($P < 0,01$) ва 1,47 ($P < 0,015$ маротаба меъерий кўрсаткичларга нисбатан ортиши кузатилиб 482,00±21,66 ва 426,98±16,83 мг% ни ташкил қилди. 2 чи даражали семизликда фибриноген миқдори гуруҳларга монанд равишда 1,65 ($P < 0,01$) ва 1,33 ($P < 0,05$) маротаба ортиб 480,60±31,31 ва 386,00±15,88 мг% гача кўтарилди. 3 чи даражали семизлик кузатилган асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларда бу ортиш 1,66 ($P < 0,01$) ва 1,65 ($P < 0,01$) ташкил қилди, ҳамда бу кўрсаткичлар 483,12±28,81 ва 478,20±29,10 мг% гача кўтарилди. Соғлом донорлар гуруҳида бу кўрсаткич 290,4±60,5 мг% ни ташкил этди.



1. расм. Беморларнинг қон зардобда фибриноген миқдори (мг%).

Хулоса қилиб айтганда, қон ивишининг учинчи босқичини ўрганиш ИМТВ бўлган барча гуруҳлардан назорат гуруҳига нисбатан гиперкоагуляция мавжудлигини кўрсатди.

Демак, умуман олганда семизлик кузатилган беморларда томир тромбоцитлар ва коагуляцион гемостазда жиддий силжишлар кузатилиб гиперкоагуляцияга мойиллик мавжудлигидан далолат беради. Бу, бизнинг фикримизча, эндотелийни атеросклеротик шикастланиши ҳисобига NO оксиди ишлаб чиқирилиши камайиши томир тромбоцитлар гемостазни фаоллашуви билан боғлиқ бўлиши мумкин. Азот оксиди миқдорини камайиши тромбоцитлар ва эритроцитлар кучайтиради ва қонни қовушқоқлигини оширади. Шу билан бирга семизликларда кузатиладиган инсулинорезистентлик плазминоген активатори ингибитори синтезини фаоллашуви фибринолизни сусайишига олиб келади, ва у билан бирга бошқа прокоагулянт омилларни фаоллашуви олиб келади [2].

Бу фикрларга далил сифатида, семизлик ҳолатида гемокоагуляция дисфункциясини индуцирловчи атеросклероз ҳолати ҳақида маълумот берувчи атеросклероз коэффициенти ва гемокоагуляция маркерлари орасида жарроҳлик амалиётидан олдинги кўрсаткичлар бўйича корреляцион таҳлил ўтказдик. Олинган натижалар семизлик кузатилган беморларда атерогенлик коэффициенти ва протромбин вақти орасида тесқари кучсиз боғланиш ($r=-0,33$; $P<0,05$), ХММ билан ҳам тесқари кучсиз боғланиш ($r=-0,39$; $P<0,05$) мавжудлиги аниқланган бўлса, АҚТВ ($r=0,28$; $P>0,05$) ва фибриноген ($r=-0,21$; $P>0,05$) билан статистик ишончли корреляцион боғланиш аниқланмади.

Маълумки, метаболик синдромда артериал гипертензияни келиб чиқишига ёғ тўқимасида ишлаб чиқариладиган биологик фаол моддалар, жумладан, альдостерон секрециясини кучайтирувчи омил адипоцитларда синтезланади [9,22]. Аммо шуни айтиш жоизки, артериал гипертензиянинг ўзи ҳам атеросклероз ривожланиши ва жадаллашиб боришининг асосий омили ҳисобланади. Бунинг асосий сабаби эндотелий дисфункциясидир. Муаллифларнинг фикрича, бунинг натижасида хавфли айланма ҳосил бўлиб, эндотелиал дисфункция юрак қон томир тизими касалликлари олиб келса, улар эса ўз навбатида эндотелий шикастланишини кучайтиради.

Шуниндек, тадқиқот давомида асосий гуруҳда амалга оширилган ошқозонни бўйлама резекцияси натижасида семизлик даражасига боғлиқ равишда коагуляция кўрсаткичлари ўзгаришлари текшириб кўрилди (3-жадвал). Коагуляцион гемостазни биринчи босқичини таҳлил қилганимизда жарроҳлик амалиётидан 6 ойдан сўнг асосий ва назорат гуруҳларида АҚТВ узайишига моиллик кузатилди. Гуруҳлар орасида фарқлар аниқланмади ва бурча кўрсаткичлар меъёрий кўрсаткичлардан статистик ишонарли қисқалигича сақланиб қолди. Жумладан, асосий ва назорат гуруҳ беморларда плазмадаги АҚТВ вақти меъёрий кўрсаткичларига нисбатан 1,32 ($P<0,05$) ва 1,27 ($P<0,05$) қисқа бўлди. 2 чи даражали семизликда улар 1,29 ($P<0,05$) ва 1,28 ($P<0,05$) маротаба, 3 чи даражали семизликда эса 1,34 ($P<0,05$) ва 1,26 ($P<0,05$) маротаба меъёрий

кўрсаткичларга нисбатан қисқалиги аниқланди. Олинган натижалар плазма гемостазининг биринчи босқичида гиперкоагуляцияга моиллик сақланиб қолганлигини.

3-жадвал

Бариатрик жарроҳлик амалиётини АҚТВ (сония) кўрсаткичига таъсири, $M \pm m$

Гуруҳлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Даводан олдин	6 ойдан сўнг	Даводан олдин	6 ойдан сўнг
Умумий	21,82±0,50*	24,40±0,63*	24,98±0,57*	25,24±0,53*
2 чи даражали семизлик, n=20	23,07±0,74*	24,93±1,00*	24,98±0,57*	25,04±0,72*
3 чи даражали семизлик, n=25	20,98±0,65*	23,99±0,81*	25,75±0,71*	25,50±0,81*
Соғлом донорлар, n=15	32,1±0,93			

Изоҳ: * - соғлом донорлар гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P < 0,05$); ^ - даводан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар орасидаги фарқлар ишонарли ($P < 0,05$).

Плазма гемостазининг иккинчи босқичи кўрсаткичлари асосий ва назорат гуруҳларида жарроҳлик амалиётидан сўнг даводан олдинги кўрсаткичларидан кўп фарқланмади. Протромбин вақти (4-жадвал), ПТИ (5-жадвал) ва ХММ (6- жадвал) семизлик кузатилган беморларда кўп ўзгармади ва меъёрий кўсаткичлардан фарқланмади.

4-жадвал

Бариатрик жарроҳлик амалиётини протромбин вақти (сония) кўрсаткичига таъсири, $M \pm m$

Гуруҳлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Даводан олдин	6 ойдан сўнг	Даводан олдин	6 ойдан сўнг
Умумий	12,99±0,29	10,67±0,24	13,71±0,37	11,53±0,35
2 чи даражали семизлик, n=20	13,24±0,38	10,77±0,28	13,71±0,37	11,45±0,54
3 чи даражали семизлик, n=25	12,85±0,41	10,61±0,37	13,44±0,57	11,63±0,42
Соғлом донорлар, n=15	12,81±1,14			

Изоҳ: * - соғлом донорлар гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P < 0,05$).

5-жадвал

Бариатрик жарроҳлик амалиётини протромбин индексига (%) кўрсаткичига таъсири, $M \pm m$

Гуруҳлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Даводан олдин	6 ойдан сўнг	Даводан олдин	6 ойдан сўнг
Умумий	98,57±1,64	80,07±1,33	99,06±1,93	85,44±1,62
2 чи даражали семизлик, n=20	98,09±2,85	80,75±2,27	99,06±1,93	85,16±2,32
3 чи даражали семизлик, n=25	98,96±1,95	79,54±1,62	100,20±2,65	85,80±2,26
Соғлом донорлар, n=15	98,52±7,23			

Изоҳ: * - соғлом донорлар гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P < 0,05$).

Бариатрик жарроҳлик амалиётини ХММ кўрсаткичига таъсири, $M \pm m$

Гуруҳлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Даводан олдин	6 ойдан сўнг	Даводан олдин	6 ойдан сўнг
Умумий	1,09±0,04	0,95±0,03	1,18±0,05	1,00±0,03
2 чи даражали семизлик, n=20	1,14±0,04	0,95±0,03	1,18±0,05	1,03±0,05
3 чи даражали семизлик, n=25	1,05±0,06	0,95±0,04	1,22±0,08	0,97±0,03
Соғлом донорлар, n=15	1,00±0,09			

Изоҳ: * - соғлом донорлар гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P < 0,05$).

Яъни, коагуляцион гемостазнинг иккинчи босқичида ўзгаришлар кузатилмаганлигини кўрсатди. Коагуляцион гемостазни 3 чи босқичини ифодаловчи фибриноген миқдорини жарроҳлик амалиётидан 6 ойдан сўнг асосий ва назорат гуруҳларида статистик ишонарли 1,46 ($P < 0,05$) ва 1,34 ($P < 0,05$) камайиши кузатилди (7-жадвал). 2 чи даражали семизликда фибриноген миқдори даводан олдинги кўрсаткичларига қараганда гуруҳларга монанд равишда 1,35 ($P < 0,05$) ва 1,32 ($P < 0,05$) маротаба камайган бўлса, 3 чи даражали семизлик бўлган беморларда у камайиш 1,59 ($P < 0,01$) ва 1,36 ($P < 0,01$) ташкил қилди. Соғлом донорлар гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан плазмадаги фибриноген миқдори статистик ишонарли юқориликча сақланиб қолди.

Бариатрик жарроҳлик амалиётини фибриноген миқдорига (мг%) таъсири, $M \pm m$

Гуруҳлар	Асосий гуруҳ		Назорат гуруҳи	
	Даводан олдин	6 ойдан сўнг	Даводан олдин	6 ойдан сўнг
Умумий	482,0±21,7*	330,4±15,0^	427,0±16,8*	319,0±10,2^
2 чи даражали семизлик, n=20	480,6±31,3*	356,7±25,7^	386,0±15,9*	293,2±11,1^
3 чи даражали семизлик, n=25	483,1±28,8*	310,1±17,0^	478,2±29,1*	351,1±15,7^
Соғлом донорлар, n=15	290,4±60,5			

Изоҳ: * - соғлом донорлар гуруҳи кўрсаткичларига нисбатан фарқланиш ишончли ($P < 0,05$); ^ - даводан олдинги ва кейинги кўрсаткичлар орасидаги фарқлар ишонарли ($P < 0,05$).

7 - жадвалда келтирилган барча кўрсаткичларда назорат гуруҳига нисбатан ошқозонни бўйлама резекциясидан кейин яққол статистик ишонарли ижобий ўзгариш аниқланди. Барча кўрсаткичлар пасайишига қарамасдан меъёрга нисбатан ортишига моиллик сақланиб қолди. Олинган натижалар семизликда бариатрик муолажалар коагуляцион гемостазнинг 3 чи босқичига ижобий таъсир этиб, гиперкоагуляцияни бартарафига олиб келди. Бу натижалар, асосий гуруҳда амалга оширилган жарроҳлик амалиёти беморларда семизлик даражасидан қатий назар даво амалиёти самарали бўлганлигини билдиради.

Шундай қилиб олинган натижалар, семизликдан азият чекаётган беморларда томир-тромбоцитар ва коагуляцион гемостазда гиперкоагуляцияга мойиллик мавжудлигидан далолат беради. Айниқса бу яққол коагуляцион гемостазнинг биринчи ва учинчи босқичларига хос бўлиб семизлик даражасига боғлиқлиги аниқланмади. Қон зардобдаги липид кўрсаткичларини ТМИси билан боғлиқлигини аниқлаш мақсадида биз корреляцион боғланишларни таҳлил қилдик. Олинган натижалар асосий на назорат гуруҳларида ЗЮЛПлардаги ХС миқдори билан ТМИ орасида манфий ўрта боғланишлар аниқланган бўлди. Учацилглицеридлар, умумий холестерин, ЗПЛПлардаги ХС миқдори ва глюкоза билан ўрта мусбат кўринишида бўлди.

Олинган натижалар бундай беморларда юрак қон-томир тизими касалликларига мойиллик борлигидан далолат беради.

Назорат гуруҳи гемостаз кўрсаткичларига нисбатан ошқозонни бўйлама резекциясидан кейин яққол статистик ишонарли ижобий ўзгариш аниқланди. Барча кўрсаткичлар пасайишига қарамадан меъёрга нисбатан ортишига мойиллик сақланиб қолди. Олинган натижалар семизликда бариатрик муолажалар коагуляцион гемостазнинг 3 чи босқичига ижобий таъсир этиб, гиперкоагуляцияни бартарафига олиб келди. Бу натижалар, асосий гуруҳда амалга оширилган жарроҳлик амалиёти беморларда семизлик даражасидан катий назар даво амалиёти самарали бўлганлигини билдиради.

Хулоса

1. Морбид семизликда, унинг оғирлик даражасига боғлиқ ҳолда, беморларнинг гемостаз кўрсаткичлари микдорида статистик ишонарли бузилишлар кузатилиб, ТМИ билан ўртача мусбат боғланиш аниқланди; наслий мойиллиги, ҳамда қандли диабет каби коморбит ҳолатлари бўлган беморларда яна ҳам юқори бўлди.

2. Назорат гуруҳи гемостаз кўрсаткичларига нисбатан ошқозонни бўйлама резекциясидан кейин яққол статистик ишонарли ижобий ўзгаришлар бўлишига қарамадан, коагуляцион гемостазнинг 1 чи ва 3 чи босқичларида меъёрга нисбатан ортишига мойиллик сақланиб қолди. Асосий гуруҳда амалга оширилган жарроҳлик амалиёти беморларда семизлик даражасидан катий назар даво амалиёти самарали бўлганлигини кўрсатди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

3. Авдеев И.В. Артериальная гипертензия и алиментарно-конституциональное ожирение: исследование гемодинамических и психологических характеристик у женщин, в связи с задачами краткосрочной психотерапии. / Дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.05 – кардиология. – Екатеринбург, 2013;134.
4. Аметов А.С. Сахарный диабет 2-го типа: проблемы и решения.7 / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012;7-704.
5. Ачкасов Е.Е. Патогенетический подход при выборе методик консервативного лечения ожирения и коррекции избыточной массы тела. / Ачкасов Е.Е., Разина А.О., Руненко С.Д.. // Клиническая медицина: Научнопрактический журнал. ОАО "Издательство "Медицина". 2016;94(7):509-517.
6. Гришкян Д.Р. Стратегия и тактика диагностики и хирургического лечения ожирения и его последствий. / Дисс. ... докт. мед. наук: 14.01.17 – хирургия; 14.01.02 – эндокринология. – Москва, 2011;216.
7. Кочетова О.В. Ассоциация полиморфных вариантов генов FTO и MC4R с развитием ожирения в популяции татар. / О.В. Кочетова [и др.]. // Генетика, Ежемесячный журнал Рос. академия наук. 2015;51(2):248-255.
8. Корнюшин О.В., Сакеян И.С., Кравчук Е.Н., Василевский Д.И., Данилов И.Н., Неймарк А.Е. Прогнозирование ремиссии сахарного диабета 2 типа после выполнения бариатрической операции // Сахарный диабет. 2021;24(6):565-570. doi: <https://doi.org/10.14341/DM12814>
9. Мужиков С.П. Сравнительная оценка эффективности рестриктивных операций на желудке у больных с ожирением и метаболическим синдромом. / Дисс. ... канд. мед. наук: 14.01.17 – хирургия. – Санкт-Петербург, 2015;152.
10. Муродов А.С., Тешаев О.Р., Мавлянов О.Р. Ошқозон бўйлама резекциясида кардиоэзофагеал соҳа степлер чизигига ишлов услуби. № IAP 07203. 30.11.2022 й.
11. Седлецкий Ю.И. Хирургическое лечение метаболического синдрома.– СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2014;192.
12. Teshaeв Sh.J., Temirov O.O., Khakimov Y.Sh., Study of morphological and morphometric parameters of the esophage of white rats aged from 3 to 6 months under the influence of 4 different anti-inflammatory drugs under the conditions of polyprogmasia // New Day in Medicine 2022;9(47):165-171 <https://newdaymedicine.com/index.php/2022/09/07/29-9-47-2022>
13. Хатьков И.Е., Цвиркун В.В., Чудных С.М., Аскерханов Р.Г., Фейдоров И.Ю., Петрова А.Л. Профилактика, диагностика и лечение несостоятельности анастомозов после

лапароскопического гастрешунтирования на отключенной по Ру петле. // Эндоскопическая хирургия. 2021;27(4):5–10. <https://doi.org/10.17116/endoskop2021270415>

14. Хитарьян А.Г., Старжинская О.Б., Межунц А.В., Орехов А.А. Оценка эффективности антирефлюксного механизма модифицированной методики лапароскопической продольной резекции желудка с формированием трехкамерного желудочного «рукава» у пациентов с морбидным ожирением. // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. 2020;179(1):51–57. DOI: 10. 24884/0042-4625-2020-179-1-51-57.
15. Яшков Ю.И., Звенигородская Л.А., Мищенко Т. В. Современные подходы к лечению ожирения. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2012;11:3-10.
16. Aminian A., Zajichek A., Arterburn D.E. et al. Association of metabolic surgery with major adverse cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and obesity // JAMA. 2019;322(13):1271-1282. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2019.14231>
17. Cena H. Evaluation of eating habits and lifestyle in patients with obesity before and after bariatric surgery: a single Italian center experience. / H. Cena, R. De Giuseppe, G. Biino, F. Persico, A. Ciliberto. // Springerplus [Springerplus]. 2016;Sep(5(1):1467. Date of Electronic Publication: 2016/09/01).
18. Cherla D.V., Rodriguez N.A., Vangoitsenhoven R., Singh T., Mehta N., McCullough A.J., Brethauer S.A., Schauer P.R., Aminian A. Impact of sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass on biopsyproven non-alcoholic fatty liver disease. // Surg. Endosc. 2020;34:2266–2272.
19. Fakhry T.K., Mhaskar R., Schwitalla T., Muradova E., Gonzalvo J.P., Murr M.M. Bariatric surgery improves nonalcoholic fatty liver disease: A contemporary systematic review and meta-analysis. // Surg. Obes. Relat. Dis. 2019;15:502–511, doi:10.1016/j.soard.2018.12.002.
20. Hafida S. The impact of bariatric surgery on inflammation: quenching the fire of obesity? / S. Hafida, T. Mirshahi, B.S. Nikolajczyk. // Current Opinion In Endocrinology, Diabetes, And Obesity [Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes]. 2016 Oct;23(5):373-378.
21. Levi M, van der Poll T, Schultz M. Infection and inflammation as risk factors for thrombosis and atherosclerosis. // Semin Thromb Hemost. 2012;38:506-514.
22. Neumann K. Is obesity associated with advanced stage or grade of colon cancer? / K. Neumann, et al. // Canadian journal of surgery. Journal canadien de chirurgie. 2015;58:2:140-142.
23. Samad F, Loskutoff DJ. Tissue distribution and regulation of plasminogen activator inhibitor-1 in obese mice. Mol Med. 1996;2:568-582.
24. Schiavon C.A., Bersch-Ferreira A.C., Santucci E.V. et al. Effects of Bariatric Surgery in Obese Patients With Hypertension: The GATEWAY Randomized Trial (Gastric Bypass to Treat Obese Patients With Steady Hypertension). // Circulation. 2018;137(11):1132-1142. <https://doi.org/10.1161/CIRCULA-TIONAHA.117.032130>.
25. Tchernof A., Despres J.P. Pathophysiology of human visceral obesity: an update. // Physiol Rev. 2013;93:359-404.,
26. Vandanmagsar B., Youm Y.H., Ravussin A. et al. The NLRP3 inflammasome instigates obesity-induced inflammation and insulin resistance. // Nat Med. 2011;17:179–188.

Қабул қилинган сана 20.04.2023