

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д.14.12.020

На правах рукописи
УДК: 616.33/.342-002.45-005.1-06]-089

МАМАЖУСУПОВ НИЙМАТИЛЛА АБДИЛАЕВИЧ

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ АКТИВНОЙ И
ВЫЖИДАТЕЛЬНОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ
ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ КРОВОТЕЧЕНИЕМ**

14. 01. 17 – хирургия;

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

Автореферат

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

БИШКЕК – 2012

Работа выполнена в Национальном хирургическом центре при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор
Мамакеев Канат Мамбетович

доктор медицинских наук
Ашимов Жамалбек Исабекович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Мусаев Акылбек Инаятович

доктор медицинских наук, доцент
Муратов Абдиджалил Абдыразакович

Ведущая организация: Казахский Национальный медицинский
университет им. С.Д. Асфендиярова.

Защита диссертации состоится «_» _ 2013 года в 13⁰⁰ часов на заседании диссертационного совета Д.14.12.020 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова, 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики. (720044, Кыргызская Республика, г.Бишкек, ул. И. Абдраимова 25).

Автореферат разослан «_» _ 2013 года.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук**

Н.Ч. Элеманов

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. Во всем мире, несмотря на достижения хирургии и фармакотерапии в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, не удается ликвидировать проблему ее осложнений (В.С. Савельев, 2003; А.М. Хаджибаев, 2006; К.К.Исмаилов, 2007; М.С. Молдобаева, 2010; В.М. Spiegel et al., 2006; R. Shah, 2007).

Среди осложнений, наиболее опасными с точки зрения исхода, являются язвенное кровотечение. По сводным данным, показания к неотложной операции при язвенном кровотечении возникает примерно у 25% больных, однако на практике этот вопрос решают по-разному и оперируют от 20-25% до 50-55% и даже 82,3% язвенных кровотечений (С.А. Алексеенко и соавт., 2000; С.А. Афендулов и соавт., 2001; А.П. Власов, 2005; В.К. Гостищев и соавт., 2005).

Исследованиями Ю.М. Панцырева (2000), И.И. Затевахина (2001), В.К. Гостищева (2005) установлено, что показатели общей и послеоперационной летальности у больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, колеблются в пределах 5,2-6,1% и 9,1-11,2%, соответственно, а по данным А.С. Ермолова (2007) в среднем уровень общей и послеоперационной летальности при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением составляет 6,8% и 15,2%, соответственно.

К сожалению, до сих пор идут споры о сроках выполнения операции. Данные разных авторов по данному вопросу иногда взаимоисключающие, что связано с выраженной разнородностью контингента больных, госпитализируемых по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и сложностью определения некоего универсального тактического подхода при язвенных дуоденальных кровотечениях, разнородность методов оценки и прогнозирования обуславливает интерес теоретиков и клиницистов (В.Н. Антонов, 2006; В.М. Воробьев, 2006; А.В. Климашевич, 2007; A.N. Barkun et al., 2003; D.M. Jensen , 2003; J.Y. Kang et al., 2006). В этой связи, актуальным является проблема определенности той или иной хирургической тактики.

Доказательная медицина получила широкое распространение во всем мире, определяя политику в области научно-медицинских исследований. Между тем, до сих пор, недооценка роли доказательной медицины, в особенности в странах СНГ является одной из наиболее серьезных недостатков современной медицины и здравоохранения, отражающейся на уровне и культуре медицинских исследований, образования и научных публикаций (В.В. Власов 2001; Д.А. Асадов, З.М. Ч.И. Мухамедова, Тагиров, 2004; D. Sackett, R. Haynes, 1995; P. Shekelle, M. Eccles, J.M. Grimshaw, S.H. Woolf, 2001).

Необходима эффективная реализация стратегии развития доказательной медицины, в том числе и в Кыргызской Республике, как основы для продвижения принципов доказательной медицины в практическое здравоохранение, об-

разование и науку. Для разрешения этой задачи следует активизировать работу по координации деятельности процессов разработки клинических руководств/протоколов, по их пересмотру с учетом международного опыта, а также способствовать адаптации принципов доказательной медицины в конкретную клиническую дисциплину (А.З. Зурдинова, В.В.Власова, 2008).

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами и программами. Тема инициативная.

Цель исследования: Оценить сравнительную эффективность различной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением и внести обоснованные практические предложения по выбору срока и метода лечения больных.

Задачи исследования:

1. Изучить сравнительную результативность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением на основании систематического анализа и мета-анализа;

2. Изучить сравнительную результативность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением на основании когортного и рандомизированного контролируемого исследования;

3. На основании полученных данных и шкалы уровня доказательности разработать практические рекомендации по выбору метода операции при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Научная новизна. Впервые на большом клинико-статистическом материале и на базе принципов доказательной медицины изучена сравнительная результативность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки осложненной кровотечением с использованием ряда методик обоснования.

Впервые создана шкала уровня доказательности и на этой базе разработаны практические рекомендации по оптимизации хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Практическая значимость. На базе оправданных методов обоснования (систематический анализ, мета-анализ, когортного и рандомизированного контролируемого исследования, качества жизни, отношения шансов и относительного риска) доказана клиническая целесообразность активного вмешательства при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, в особенности у лиц преклонного возраста и при кровопотери III ст.

Составлена соответствующая шкала доказательности и на этой основе сформированы практические рекомендации обоснованного выбора хирургической тактики у больных с язвенной болезни двенадцатиперстной кишки,

осложненной кровотечением.

Экономическая значимость полученных результатов включает возможность получения медико-социальной эффекта при использовании обоснованной хирургической тактики у больных с при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением за счет снижения затрат на медикаментозные средства и расходные материалы, сокращения сроков пребывания в стационаре и снижения числа осложнений, летальности и инвалидности.

Основные положения диссертации выносимые на защиту:

1. Оптимальную хирургическую тактику при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением необходимо определять на компромиссной основе по критериям и показателям доказательной медицины. При этом наиболее приемлемой является мета-аналитическая модель с фиксированными и случайными эффектами, а оптимальным материалом выборки - результаты диссертационных и монографических исследований, которые обладают высокой статистической силой.

2. При язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, до сих пор бесспорным остается постулат о первостепенной необходимости спасения жизни больного и о необходимости активного, то есть хирургического гемостаза, независимо, от места лечения больных.

Личный вклад соискателя. Личное участие автора диссертации охватывает все разделы аналитических, общеклинических, специальных и дополнительных методов исследования, оценки результативности различной хирургической тактики, доказательства с позиции доказательной медицины обоснованного их выбора у больных с язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненных перфорацией, а также непосредственное выполнение либо участие в операциях, оценки непосредственных, ближайших и отдаленных результатов хирургического их лечения.

При выполнении работы автором самостоятельно осуществлялся сбор литературных и статистических данных, выполнялась статистическая обработка, анализ, расчеты, обобщения и интерпретации полученных результатов, составления шкалы доказательности и выработки практических рекомендаций.

Внедрения в практику. Разработанный комплекс лечебно-диагностических мероприятий у больных с осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки внедрен в практику Национального хирургического центра. Основные положения диссертации используются в учебном процессе по кафедре хирургии Кыргызского Государственного медицинского института переподготовки и повышения квалификации.

Апробация результатов работы. Основные положения диссертации доложены на: заседании научного отдела Национального хирургического центра

(г.Бишкек, 2012); на заседании экспертной комиссии Диссертационного совета по хирургии при Национальном хирургическом центре (г.Бишкек, 2012).

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано в печати 8 научно-практических работ.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 5 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы. Диссертация изложена на 127 страницах компьютерного текста, иллюстрирована 12 таблицами и 25 рисунками. Библиографический указатель содержит 154 авторов, в том числе 89 - из ближнего и 65 - дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования, представлены цели и задачи исследования, изложена научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В главе 1 «Доказательная медицина: значение, методология, принципы, методы» автором приводятся систематизированные и обобщенные данные научной литературы по доказательной медицине, получившее широкое распространение во всем мире, определяя политику в области научно-медицинских исследований. Освещена роль доказательной медицины, в особенности в странах СНГ, которая является одной из наиболее серьезных недостатков современной медицины и здравоохранения, отражающейся на уровне и культуре медицинских исследований, образования и научных публикаций. Обоснована необходимость эффективной реализации стратегии развития доказательной медицины, в том числе и в КР, как основы для продвижения принципов ДМ в практическое здравоохранение, образование и науку, которые в целом позволили обосновать актуальность данной проблемы.

В главе 2 «Материалы и методы» изложен дизайн исследований, который разработан совместно с Койчueвым К.К. Исследования проведены согласно «Методология разработки и адаптации клинических руководств, основанных на доказательной медицине», предложенной А.З.Зурдиновой и В.В.Власовой (2008) в несколько взаимосвязанных и последовательных этапа:

I этап. Нами выполнен мета-анализ тематической литературы (154 источников, в том числе 89 русскоязычных и 64 – иностранных), среди которых 48 диссертаций и 20 монографий.

II этап. Нами выполнены КИ больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением (n-172). При этом выделяли в зависимости от разновидности предпринятой хирургической тактики два контингента больных (n-172): 1) Контингент №1 - больные, у которых реализована активная хирургическая тактика (n-100); 2) Контингент №2 - больные, у которых реализована выжидательная хирургическая тактика (n-72).

III этап. Нами выполнены РКИ больных у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением на основе выделенного нами главных факторов риска, какими являются: 1) III ст. кровопотери; 2) возраст больных >60 лет.

IV этап. На основе полученных данных нами выполнен расчет шкалы уровня доказательности и на этой базе разработаны практические рекомендации по выбору срока операции у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением.

Клиническим материалом КИ являются 172 больные с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, оперированных в НХЦ за период с 2005 по 2009 гг. Клинико-статистический анализ проведен по общепринятой методике. Нами выполнен расчет объема выборки. При простом случайном отборе (РКИ) объем выборки, или выборочной совокупности, определяли на основании специальной формулы. Путем равновероятностного случайного отбора было получено 172 историй болезней пациентов, которые в период 2005-2009 гг. были прооперированы в НХЦ и удовлетворяли критериям включения в исследование.

Клиническое обследование проводилось по общепринятой схеме. ФЭГДС выполняли по общепринятой методике аппаратом фирмы "Olimpus". Обследовано 101 (58,7%) из 172 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением. Причем, в 68% случаев исследование проведено в экстренном порядке.

Нами использован ряд методов доказательности – КИ, РКИ, мета-анализ.

Нами предпринята следующая последовательность выполнения мета-анализа:

1) На первом этапе нами сформулирована цель мета-анализа, а также выработаны методы отбора и статистического анализа данных и оценки качества публикаций. При этом мы определились с критериям включения оригинальных исследований в мета-анализ: результаты диссертационных исследований; результаты, отраженные в монографиях; результаты, опубликованные в индексированных научно-периодических изданиях.

2) На втором этапе мы попытались оценить методологическое качество оригинальных исследований, а также сформировать базу данных путем отбора их из включаемых оригинальных исследований. Это важно для целенаправленного анализа по методам Mantel - Haenszel (для модели постоянных эффектов), DerSimonian и Laird (для модели случайных эффектов).

3) На третьем этапе с помощью статистических методов мы попытались учесть сопутствующие факторы, способные повлиять на конечный результат, и провести анализ чувствительности и на этой основе подготовить рекомендации для врачебной практики и дальнейших научных исследований.

Мета-анализ основан, главным образом, на результатах диссертационных (n=48) и монографических работ (n=20). Нами предпринята такая стратегия поиска информации и определения критериев их включения в мета-анализ. Мы,

наряду с литературными данными зарубежных авторов (включая стран СНГ), использовали материалы научных исследований, проведенных в Кыргызстане (в частности сотрудников хирургических учреждений, клиник и НИЦ).

При этом критерием включения того или иного анализа оригинальных исследований является то, что эти исследования, в большинстве случаев, носили характер диссертационных – цельных, методологически выверенных, апробированных.

В процессе отбора данных из оригинальных исследований возможно появление систематической ошибки. Для максимально полного и объективного отбора данных нами предпринят стандартизованный метод отбора:

1) в основной группе: а - число больных с неблагоприятным исходом; b - число больных с благоприятным исходом;

2) в контрольной группе: с - число больных с неблагоприятным исходом; d - число больных с благоприятным исходом.

Расчеты проводили по формуле: $OШ = (a/b)/(c/d) = (ad)/(bc)$. Результаты представляли в %; $OP = (a/(a+b))/(c/(c+d))$. Результаты представляли в %.

Разработаны 4 градации (A,B,C,D), каждой из которых соответствует определенный уровень доказательности данных (система SIGN-50). При этом рекомендации, основанные на данных исследований имеет различную степень достоверности. Чем выше градация рекомендации, тем выше достоверность исследований, на которых она основана.

Об эффективности лечения мы судили, прежде всего, по документальным (истории болезни, амбулаторные карты пациентов) и статистическим данным, результатам лабораторных и инструментальных методов исследования, а также динамике регрессии клинических признаков.

Результаты анализа исходов хирургического лечения больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением оценивались по классификации A.H. Visik (1948), в модификации A.A. Гринберга (1985).

Результаты исследования подвергались статистической обработке с использованием методов принятых в медицинских исследованиях [Р.Б.Стрелков, 1989]. Достоверным считали при $P < 0,05$.

У больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением предприняты 2 вида лечебной тактики:

1) *Активная хирургическая тактика.* Больные оперированы в экстренном порядке в первые 6 часов с момента поступления больных в клинику. Время отводилось лишь на производство реанимационных мероприятий на операционном столе и выполнение ФЭГДС для уточнения источника кровотечения;

2) *Выжидательная хирургическая тактика.* Больные госпитализированы в отделение реанимации, где проводилось дальнейшее обследование и гемостатическая терапия. Операция проводилась на фоне улучшения состояния боль-

ного.

В главе 3 «Эффективность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением по результатам систематического анализа и мета-анализа» изложены результаты систематического анализа (качественный описательный синтез информации) тематической литературы, включающих 154 источников (89 русскоязычных и 65 – иностранных) и мета-анализ (количественный синтез информации) данных, представленных в диссертациях и монографиях (соответственно, 48 и 20).

Задачей систематического анализа было описание разброса мнений по статистике заболевания и, главным образом, стратегии применения той или иной хирургической тактики (активной и выжидательной) при ЯБ ДПК, осложненной кровотечением.

Нами выполнена выборка данных ряда диссертаций, в материалах которых превалирует та или иная хирургическая тактика. На рис.1. представлены наши результаты по расчету ОШ и ОР по данным диссертаций, в материалах которых доминирует активная хирургическая тактика.

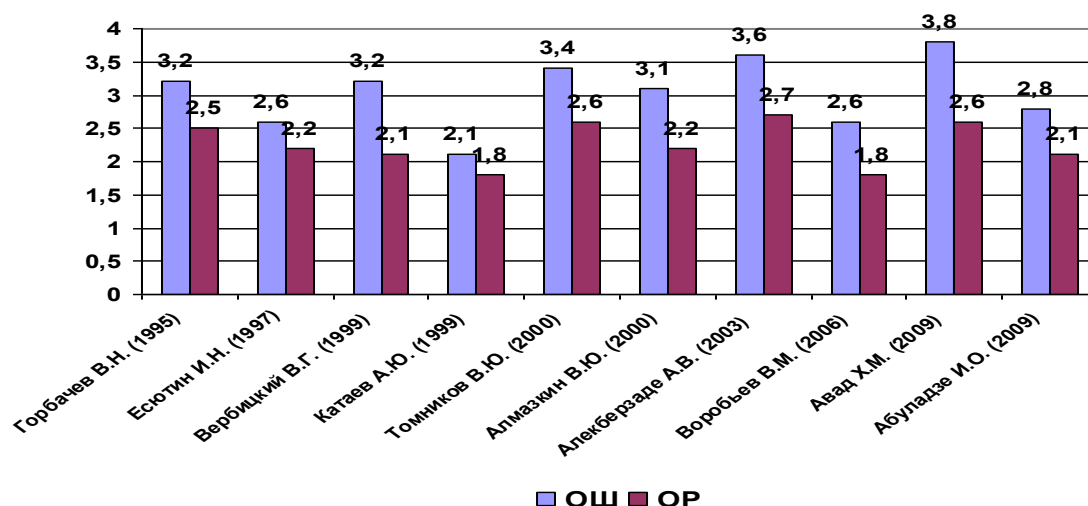


Рис. 1. Показатель ОШ и ОР по данным диссертационных исследований

Следует отметить, что практически у большинства авторов (Горбачев, Вербицкий, Томников, Алмазкин, Алекберзаде, Авад), включенные в мета-анализ при использовании активной хирургической тактики ОШ достигает 3,2-3,8, свидетельствующие о том, что шансы на благоприятный исход составляет 32-38%. Риск неблагоприятного исхода не превышает $1,8 \pm 0,4$.

На рис.2. представлены наши результаты по расчету ОШ и ОР по данным диссертаций, в материалах которых доминирует выжидательная хирургическая тактика. Следует отметить, что практически у большинства авторов (Корытцев, Абакаров, Голубев, Кутманбеков, Вайташевская, Кривоносов, Антонов, Варданян), включенные в мета-анализ при использовании выжидательной хирургической тактики ОШ не достигает 3,0. Лишь у двух авторов (Евсеев, Андреосян)

этот показатель превышает 3,0.

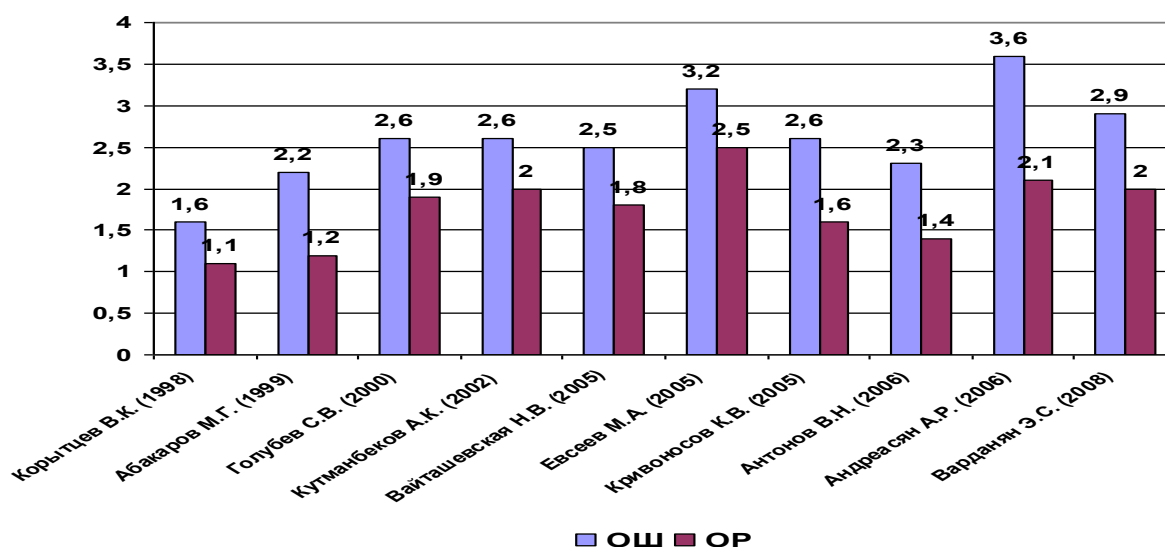


Рис. 2. Показатель ОШ и ОР по данным диссертационных исследований

Мета-анализ диссертационных и монографических исследований показал, что исходы операций находятся в прямой зависимости от степени обескровливания больного и длительности анемии, вызывающей дистрофические изменения в органах и тканях. В то же время ранние операции, сделанные в течение первых суток, не имеют больше риска, чем обычные операции в холодном периоде и дают смертность менее 1,5%.

Мета-анализ также показал, что смертность возрастает с каждым новым кровотечением, поэтому дожидаться повторного кровотечения принципиально неправильно. Факт активного язвенного кровотечения, не поддающегося консервативной остановке, автоматически выдвигает вопрос об экстренной операции. Мнение о чрезмерной опасности операции у активно кровоточащего больного в значительной мере преувеличено. В таких случаях опасна не операция, а излишнее выжидание.

Мета-анализ непосредственных результатов различных тактических подходов позволил аргументировать выбор оптимального варианта лечебной тактики для пациентов всех возрастных групп в пользу дифференцированного тактического подхода, включающего комплекс мероприятий по прогнозированию рецидива геморрагии, применению оптимальной программы консервативного гемостаза, и с учетом объективно обоснованных показаний и противопоказаний, проведению неотложного оперативного вмешательства.

Мета-анализ показал, что дифференцированный тактический подход позволил многим авторам уменьшить число неотложных оперативных вмешательств, избегать при возникновении рецидива кровотечения т.н. «операций отчаяния» при неадекватном для проведения вмешательства статусе пациента,

что подтверждено принципиальным снижением уровня общей летальности у данной категории больных.

Мета-анализ показал, что сторонники активной хирургической тактики утверждают, в настоящее время паллиативные хирургические вмешательства у больных с сочетанными осложнениями ЯД ДПК должны применяться лишь для спасения жизни больного на основании прогноза высокого риска летального исхода. По их мнению, операции у больных с сочетанными осложнениями ЯД ДПК должны преследовать цель радикального вмешательства, направленного на предупреждение рецидивов заболевания и сохранение высокого качества жизни больных в послеоперационном периоде.

Мета-анализ показал, что в основе улучшения непосредственных результатов хирургического лечения больных с язвенными ДК лежит снижение доли экстренных паллиативных операций, дающих большое число осложнений и высокую летальность, и увеличение доли резекции желудка, а в ряде наблюдений по показаниям - органосохраняющих вмешательств, выполняемых в срочном, отсроченном и плановом порядке.

В главе 4 «Эффективность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением по результатам когортных исследований» изложены результаты активной и выжидательной хирургической тактики у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением. Оценка результатов осуществлена на базе КИ.

Активная хирургическая тактика предпринята у 72 (41,8%) из 172 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением. Больные в возрасте <45 лет составили 22 (31%), в возрасте 45-59 лет – 19 (26%). Лица >60 лет составили 31 (43%) больных.

У 7 (10%) больных длительность язвенного анамнеза составлял 1-3 года, у 57 (79%) – 4-10 лет. Больные с длительным язвенным стажем (>10 лет) составили 8 (11%) больных. 28 (39%) больных поступили и оперированы в первые 2 ч. с момента наступления осложнения. Состояние больных расценивалось как тяжелое (у 18 больных) и крайне тяжелое (у 10 больных).

У 25 из 28 больных имело место профузное кровотечение и острая кровопотеря III ст. 44 (61%) больных оперированы в сроки 2-6 ч. Экстренная ФЭГДС выполнена у 38 из 44 больных. Причем, в 34 случаях была установлена хроническая язва ДПК, осложненная кровотечением.

Таким образом, большинство больных (n=44, 62%) были взяты в экстренном порядке на операционный стол, минуя реанимационное отделение. Причем, у половины из них время выделялось лишь для установления источника кровотечения.

Во всех остальных случаях (n=48, 66,7%) выполнена резекция желудка.

Причем, по методу Гофмейстра-Финистрера – у 6 (8,4%) больных, по Витебскому (в модификации М.Т.Рысбекова (1997) – у 42 (58,3%).

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли - у 12 (16,6%), а летальность – у 3 (4,1%) больных. Число больных, у которых результат лечения (согласно классификации Vizik, 1948) был признан удовлетворительным составил 42 (58,3%) больных. У 22 (30,5%) больных отмечены хорошие результаты, а у 8 (12,2%) больных - отличные.

Выжидательная хирургическая тактика предпринята у 100 (41,8%) из 172 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением. Больные в возрасте <45 лет составили 56 (56%), в возрасте 45-59 лет – 33 (33%). Лица >60 лет составили 11 (11%) больных.

У 39 (39%) больных длительность язвенного анамнеза составлял 1-3 года, у 40 (40%) – 4-10 лет. Больные с длительным язвенным стажем (>10 лет) составили 21 (21%) больных. Большинство больных (n-64, 64%) поступили в сроки свыше 4 суток. 12 (12%) больных поступили и оперированы в сроки 7-12 ч. с момента наступления осложнения, 9 (9%) больных - в сроки 13-24 ч., а 15 (15%) – в сроки 1-4 сут.

У 12 (12%) больных при поступлении отмечалась выраженная клиника желудочно-кишечного кровотечения. Кровопотеря у них расценивалась как II-III ст. 52 (52%) больных с картиной гастродуоденального кровотечения были госпитализированы в специализированное отделение. Уже при первичном осмотре в приемном отделении хирургами была диагностировано остановившейся гастродуоденальное кровотечение и острая кровопотеря I-II ст.

У 12 (12%) больных имело место тяжелая степень острой кровопотери (III ст.). В реанимационном отделении проводили гемостатическую и корригирующую терапию.

У большинства (n-60, 60%) больных имело место кровопотеря II ст. Источник кровотечения был верифицирован с помощью экстренной ФЭГДС. Показанием к операции в сроки 13-24 ч. у 20 из них служили критерии высокой угрозы возобновления кровотечения из язвы. Остальные 40 (40%) больных с кровопотерей II ст. оперированы в сроки 1-6 суток с момента госпитализации

В 28 (28%) случаях установлена кровопотеря I ст. Все больные после эндоскопического уточнения диагноза хронической язвы ДПК оперированы в сроки 3-8 суток.

У 22 (22%) больных выполнено иссечение язвы, пилоропластика и селективная проксимальная ваготомия. Во всех остальных случаях (n-78, 78%) выполнена резекция желудка: по Гофмейстр-Финистрера – у 16 (16%) больных, по Витебскому (в модификации М.Т.Рысбекова (1997) – у 62 (62%).

В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли - у 30 (30%), а летальность – у 8 (8%) больных. Число больных, у которых результат лечения

(согласно классификации Vizik, 1948) был признан удовлетворительным составил 72 (72%) больных. У 18 (18%) больных отмечены хорошие результаты, а у 10 (10%) больных - отличные.

Таким образом, у 44% больных, у которых была предпринята активная хирургическая тактика, имело место III ст. кровопотери, а у 56% - II ст. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли - у 12 (16,6%), а летальность - у 3 (4,1%) больных. У 58% больных результаты лечения признаны удовлетворительными, у 30,5% - хорошими, 12,2% - отличными.

У 12% больных, у которых предпринималась выжидательная хирургическая тактика, имело место III ст. кровопотери, а у 60% - II ст. В раннем послеоперационном периоде осложнения возникли - у 30 (30%), а летальность - у 8 (8%) больных. У 72% больных результаты лечения признаны удовлетворительными, у 18% - хорошими, у 10% - отличными.

Таким образом, несмотря на то, что в группе больных, у которых предпринималась активная хирургическая тактика удельный вес больных с кровопотерей II-III ст. было в 2 раза больше, чем в группе больных, оперированных в отсроченные сроки, удельный вес послеоперационных осложнений и летальности в 2 раза меньше по сравнению с больными, у которых была предпринята выжидательная тактика.

В глава 5 «Эффективность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением по результатам рандомизированных контролируемых исследований» изложены результаты активной и выжидательной хирургической тактики у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением. Оценка результатов осуществлена на базе РКИ.

Нами, у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением на основе главного фактора риска, каковым является степень кровопотери (II-III ст.), выделены две клинические группы: 1) основную группу №1, в которую вошли больные с III ст. кровопотери (n-44); 2) контрольную группу №1, в которую вошли больные со II ст. кровопотери (n-100).

С целью исследования результатов активной и выжидательной тактики в основной группе №1 (n-44) больных были выделены две подгруппы: I А - подгруппу вошли 32 (72,7%) больных, у которых имело место кровопотеря III ст. и у которых была предпринята активная хирургическая тактика; I Б - подгруппу вошли 12 (27,3%) больных у которых имело место кровопотеря III ст. и у которых была предпринята выжидательная хирургическая тактика.

У больных, у которых имело место кровопотеря III ст. и у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у 8 (25%) из 32 больных, тогда как у больных, у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились - у 6 (50%) из 12

больных.

При активной хирургической тактике серьезные жизнеопасные осложнения развились у 2-х (6,2%) больных. При выжидательной тактике мы отмечаем возникновение различного рода послеоперационных осложнений у ½ части больных.

Как видно из рис. 3. в подгруппе А (активная тактика) летальность наблюдалась лишь у 2 (6,2%) больных, тогда как в подгруппе Б (выжидательная тактика) летальность отмечалась у 5 (41,6%) больных.

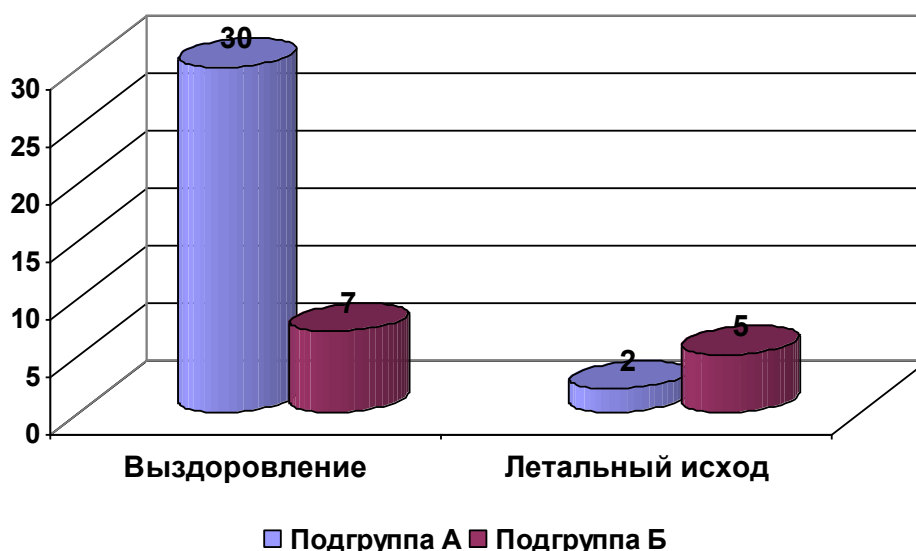


Рис. 3. Исход лечения у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением основной группы №1

Наши расчеты (табл.1) показали, что у больных основной группы ОШ равнялся 3,0, а ОР – 1,5.

Таблица 1 - Исход операций в основной группе №1 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа I А	24 (a)	8 (b)	32
Подгруппа I Б	6 (c)	6 (d)	12

Таким образом, у больных, у которых имело место кровопотеря ст. II у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 30%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

В контрольной группе №1 (n=100) также были выделены две подгруппы: II А – подгруппу вошли 40 (40%) больных у которых имело место кровопотеря

II ст. и у которых предпринималась активная хирургическая тактика; II Б – подгруппу вошли 60 (60%) больных у которых имело место кровопотеря II ст. и у которых предпринималась выжидательная хирургическая тактика.

У больных, у которых кровопотеря составляла II ст. и у которых была предпринята активная хирургическая тактика послеоперационные осложнения развились у 4-х (10%) из 40 больных, тогда как у больных с такой же степенью кровопотери, но оперированные в отсроченные сроки согласно принятой у них выжидательной тактики осложнения отмечались у 24 из 60 больных, что составило 40%.

Таким образом, у больных, у которых предпринималась выжидательная тактика удельный вес послеоперационных осложнений в 4 раза больше, нежели у больных, у которых была предпринята активная хирургическая тактика.

Нужно отметить, что в этой подгруппе больных опасных для жизни послеоперационных осложнений не было, за исключением случаев анастомозита и послеоперационного панкреатита. Именно в этой подгруппе у 2-х (2%) больных мы наблюдали эвентрацию кишечника в асептическую рану.

Как видно из рис.4 у больных со II ст. кровопотери, у которых предпринималась активная хирургическая тактика удельный вес летальности составляет 10%, тогда как у больных, оперированных в отсроченные сроки (выжидательная тактика) – 5%.

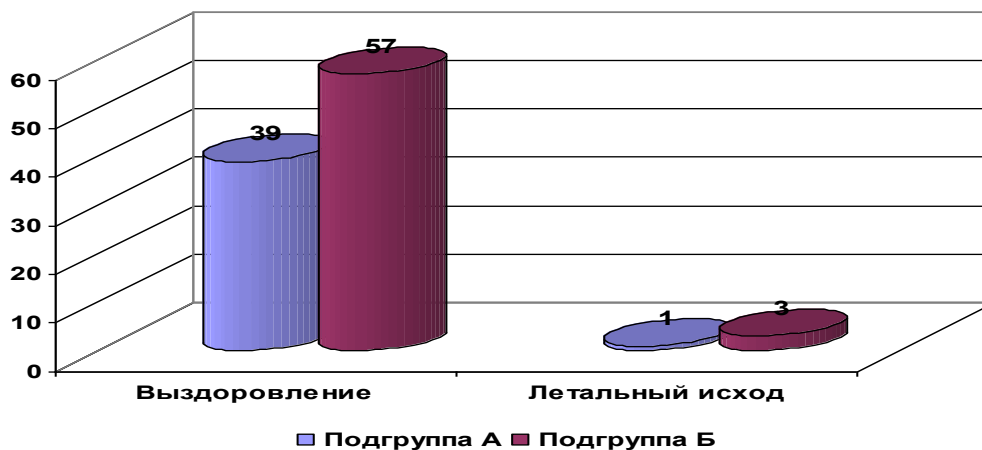


Рис.4. Исход лечения у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением контрольной группы №1

Наши расчеты (табл. 2.) показали, что у больных контрольной группы №1 ОШ равнялся 6,0, а ОР – 1,5. Таким образом, у больных, у которых имело место кровопотеря II ст. и которым выполнена операция в ранние сроки согласно активной хирургической тактики шансы на благоприятный исход операции возрастает на 60%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае отсрочки операции (выжидательная тактика) возрастает на 15%.

Таблица 2 - Исход операций в контрольной группе №1 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа II А	36 (a)	4 (b)	40
Подгруппа II Б	36 (c)	24 (d)	22

Нами, у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением на основе следующего главного фактора риска, каковым является возраст больных (>60 лет), выделены две клинические группы: 1) основную группу №2, в которую вошли больные в возрасте >60 лет (n-42); 2) контрольную группу №2, в которую вошли больные в возрасте <60 лет (n-140).

С целью исследования результатов активной и выжидательной тактики в основной группе №2 (n-42) больных были выделены две подгруппы: I А – подгруппу вошли 31 (75,6%) больных в возрасте >60 лет, у которых была предпринята активная хирургическая тактика; I Б – подгруппу вошли 11 (24,4%) больных в возрасте >60 лет, у которых была предпринята выжидательная хирургическая тактика.

У больных, у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у 2 (6,4%) из 31 больного, тогда как у больных, у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились – у 4 (57,1%) из 7 больных.

В подгруппе Б в послеоперационном периоде также погибли 4 (57,1%) больных в возрасте >60 лет. В 3-х случаях причиной смерти была несостоятельность швов (культы ДПК – у 2-х больных, межорганного анастомоза – у 1 больного).

Как видно из рис.5. в подгруппе А (активная тактика) летальность наблюдалась лишь у 2 (6,4%) больных, тогда как в подгруппе Б (выжидательная тактика) летальность отмечалась у 4 (57,1%) больных.

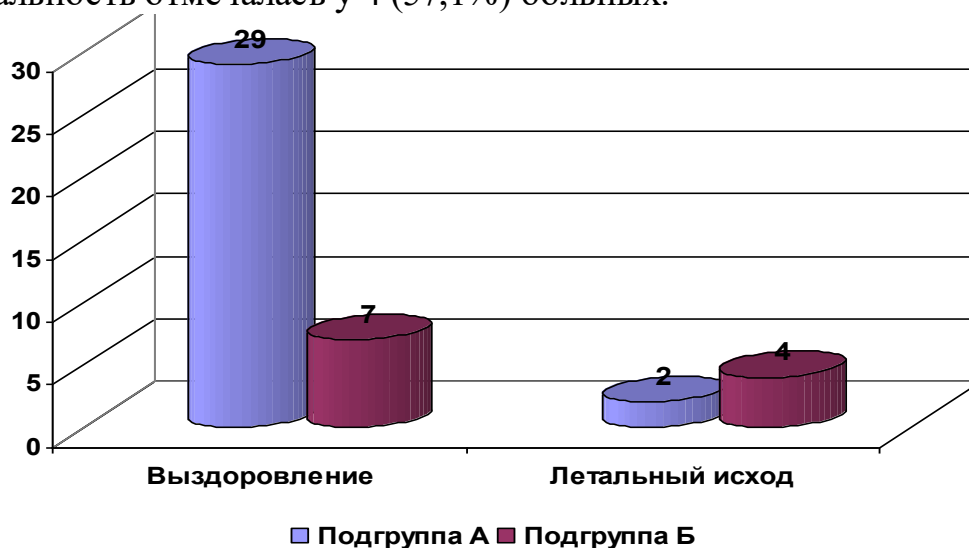


Рис.5. Исход лечения у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением основной группы №2

Наши расчеты (табл. 3.) показали, что у больных основной группы №2 ОШ равнялся 8,2, а ОР – 1,5.

Таблица 3 - Исход операций в основной группе №2 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа I А	29 (a)	2 (b)	31
Подгруппа I Б	7 (c)	4 (d)	11

Таким образом, у больных в возрасте >60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 82%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

В контрольной группе №2 (n-130) также были выделены две подгруппы: II А – подгруппу вошли 41 (31,5%) больных в возрасте <60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика; II Б – подгруппу вошли 89 (68,5%) больных в возрасте <60 лет, у которых предпринималась выжидательная хирургическая тактика.

У больных в возрасте <60 лет, у которых была предпринята активная хирургическая тактика послеоперационные осложнения развились у 10 (24,3%) из 41 больного, тогда как у больных, оперированных в отсроченные сроки согласно принятой у них выжидательной тактики осложнения наблюдались у 26 (29,2%) из 89 больных.

Таким образом, у больных, у которых предпринималась активная и выжидательная тактика удельный вес послеоперационных осложнений составляет в среднем 25,2%.

В подгруппе А летальности не было, тогда как в подгруппе Б летальный исход наступил у 2 больных (Рис. 6).

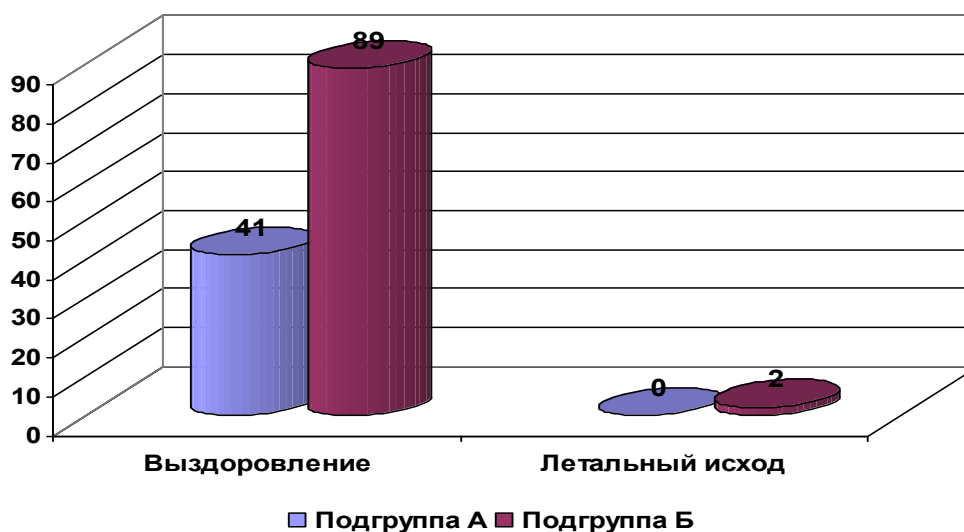


Рис.6. Исход лечения у больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением контрольной группы №2

Как видно из рис.6 у больных в возрасте <60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика летальности не было, тогда как у больных, у которых применялась выжидательная тактика – 2,2%.

Наши расчеты (табл. 4.) показали, что у больных контрольной группы №2 ОШ равнялся 1,3, а ОР – 1,1.

Таблица 4 - Исход операций в контрольной группе №2 больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением

Подгруппы больных	Характер исхода операций		Всего
	Благоприятный	Неблагоприятный	
Подгруппа II А	31 (a)	10 (b)	41
Подгруппа II Б	63 (c)	26 (d)	89

Таким образом, у больных в возрасте <60 лет, у которых предпринималась активная и выжидательная хирургическая тактика отношение шансов практически одинаковое.

Таким образом, у больных, у которых имело место кровопотеря III ст. и у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у 25% больных, тогда как у больных, у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились – у 50% больных. Причем, у больных, у которых предпринималась активная тактика летальность наблюдалась лишь у 6,2% больных, тогда как у больных, у которых предпринималась выжидательная тактика - у 41,6% больных.

У больных, у которых имело место кровопотеря III ст. и у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 30%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

У больных, у которых кровопотеря составляла II ст. и у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения развились у 10% больных, тогда как у больных с такой же степенью кровопотери, но оперированные в отсроченные сроки согласно принятой у них выжидательной тактики осложнения отмечались у 40% больных, то есть удельный вес послеоперационных осложнений возрастает в 4 раза. Вместе с тем, удельный вес летальности при активной тактике составляет 10%, тогда как у больных, оперированных в отсроченные сроки – 5%.

У больных, у которых имело место кровопотеря II ст. и которым выполнена операция в ранние сроки шансы на благоприятный исход операции возрастает на 60%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае отсрочки операции возрастает на 15%.

У больных старшей возрастной группы, у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у

6,4% больных, тогда как у больных такого же возраста, но у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились – у 57,1% больных. При активной тактике летальность составляет 6,4%, а при выжидательной – 57,1%.

У больных в возрасте >60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 82%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

У больных в возрасте <60 лет, у которых была предпринята активная хирургическая тактика послеоперационные осложнения развились у 24,3% больных, тогда как у больных, оперированных в отсроченные сроки согласно принятой у них выжидательной тактики осложнения наблюдались у 29,2%. На этом фоне, при активной тактике летальности нет, тогда как при выжидательной – летальность составляет 2,2%.

На основании проведенных исследований можно сделать заключение о том, что оптимальную хирургическую тактику при ЯБ ДПК, осложненной кровотечением необходимо определять на компромиссной основе по критериям и показателям ДМ.

Мета-анализ диссертационных и монографических исследований, КИ и РКИ показали, что смертность возрастает с каждым новым кровотечением, поэтому дожидаться повторного кровотечения принципиально неправильно. Факт активного язвенного кровотечения, не поддающегося консервативной остановке, автоматически выдвигает вопрос об экстренной операции. Мнение о чрезмерной опасности операции у активно кровоточащего больного в значительной мере преувеличено. В таких случаях опасна не операция, а излишнее выжидание.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на то, что в группе больных, у которых предпринималась активная хирургическая тактика удельный вес больных с кровопотерей III ст. было в 2 раза больше, чем в группе больных, оперированных в отсроченные сроки, удельный вес послеоперационных осложнений и летальности в 2 раза меньше по сравнению с больными, у которых была предпринята выжидательная тактика.

2. У больных, у которых имело место кровопотеря III ст. и у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у 25% больных, тогда как у больных, у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились – у 50% больных. Летальность составили, соответственно, 6,2% и 41,6%. У больных, у которых имело место кровопотеря III ст. и у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 30%, а

уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

3. У больных, у которых кровопотеря составляла II ст. и у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения развились у 10% больных, тогда как у больных с такой же степенью кровопотери, но оперированные в отсроченные сроки согласно принятой у них выжидательной тактики осложнения отмечались у 40% больных, то есть удельный вес послеоперационных осложнений возрастает в 4 раза.

4. У больных старшей возрастной группы, у которых была предпринята активная хирургическая тактика, послеоперационные осложнения отмечались у 6,4% больных, тогда как у больных такого же возраста, но у которых была предпринята выжидательная тактика, осложнения развились – у 57,1% больных. Летальность составляет, соответственно, 6,4% и 57,1%. У больных в возрасте >60 лет, у которых предпринималась активная хирургическая тактика шансы на благоприятный исход операции возрастает на 82%, а уровень риска возникновения неблагоприятного исхода в случае использования выжидательной тактики возрастает на 15%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Организаторы здравоохранения, руководители медицинских вузов, практические врачи должны принять активное участие в эффективной реализации стратегии развития доказательной медицины в КР, как основы для продвижения принципов ДМ в практическое здравоохранение, образование и науку. Для разрешения этой задачи следует активизировать работу по координации деятельности процессов разработки клинических руководств/протоколов, по их пересмотру с учетом международного опыта, а также способствовать адаптации принципов ДМ в конкретную клиническую дисциплину.

2. Практические врачи и организаторы здравоохранения должны быть ориентированы на то, что оптимальную хирургическую тактику при ЯБ ДПК, осложненной кровотечением необходимо определять на компромиссной основе по критериям и показателям ДМ. При этом наиболее приемлемой является мета-аналитическая модель с фиксированными и случайными эффектами, а оптимальным материалом выборки - результаты диссертационных и монографических исследований, которые обладают высокой статистической силой.

3. Практические хирурги должны знать и придерживаться подхода о том, что при ЯБ ДПК, осложненной кровотечением в условиях доминирования главных факторов риска, каковыми являются кровопотеря III степени и преклонный возраст больных, бесспорным остается постулат о первостепенной необходимости спасения жизни больного и о необходимости активного, то есть хирургического гемостаза, независимо, от места лечения больных.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. **Мамажусупов Н.А.** Эффективность паллиативной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам систематического анализа и мета-анализа [Текст]: / К.К. Койчуев, Н.А. Мамажусупов // Вестник Южного отделения НАН КР. – Ош, 2011. - №1. - С.91-97.

2. **Мамажусупов Н.А.** Эффективность радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией по результатам систематического анализа и мета-анализа [Текст]: / К.К. Койчуев, Н.А. Мамажусупов // Вестник Южного отделения НАН КР. – Ош, 2011. - №1. - С.98-104.

3. Эффективность активной хирургической тактики при осложненной язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (на основе систематического и мета-анализа) [Текст]: / [Н.А. Мамажусупов, К.К. Койчуев, М.Б. Чапыев и др.]. // Вестник КазНМУ. – Алматы, 2011 - №2. - С. 196-200.

4. **Мамажусупов Н.А.** Сравнительная эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в зависимости от возраста больных [Текст]: / К.К. Койчуев, Н.А. Мамажусупов // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - №2. - С.18-21.

5. **Мамажусупов Н.А.** Сравнительная эффективность паллиативной и радикальной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией в зависимости от сроков операции [Текст]: / К.К. Койчуев, Н.А. Мамажусупов // Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2011. - №2. - С.22 -24.

6. **Мамажусупов Н.А.** Оценка эффективности активной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением по результатам систематического анализа и мета-анализа [Текст] / Н.А. Мамажусупов // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2011. - №3. - С.29-35.

7. **Мамажусупов Н.А.** Оценка эффективности выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением по результатам систематического анализа и мета-анализа [Текст] / Н.А. Мамажусупов // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2011. - №3. – С.35-40.

8. **Мамажусупов Н.А.** Сравнительная эффективность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением в зависимости от возраста больных [Текст] / Н.А. Мамажусупов // Медицинские кадры XXI века. - Бишкек, 2011. - №4. - С.30-34.

Мамажусупов Нийматилла Абдилаевичтин 14.01.17-хирургия жана 14.02.03 – коомчулуктун ден соолугу жана саламаттыкты сактоо адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасына талапкерликке көрсөтүлгөн «Кан агуу менен күчөтүлгөн он эки эли ичегинин жара оорусунун активдүү жана күтүүчү хирургиялык тактикасынын жыйынтыктуулугуна баа берүү» диссертациялык ишине
КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: он эки эли ичегинин жара оорусу (ОЭИ ЖО), дуоденалдуу кан агуу, мета-анализ, когорталык изилдөө, рондомизацияланган көзөмөлдөнүүчү изилдөө, күчөп кетүүлөр, леталдуулук, активдүү жана күтүүчү хирургиялык тактика.

Изилдөө объектиси: чогуу топторго бөлүнгөн кан агуу менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО бар операция болгон 172 оорулуу: №1 негизги топ – кан агуунун III даражасы бар 44 оорулуу, көзөмөлдөнүүчү топ – кан агуунун II даражасы бар 100 оорулуу; №2 негизги топ – 60 жаштан > курактагы 42 оорулуу; №2 көзөмөлдөнүүчү топ – 60 жаштан < курактагы 100 оорулуу.

Изилдөө максаты: Кан агуу менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО ар түрдүү хирургиялык тактикасынын салыштырма натыйжалуулугуна баа берүү жана оорулуулардын дарылоо мөөнөтүн жана ыкмасын тандоо боюнча негиздүү практикалык сунуштарды киргизүү.

Изилдөө ыкмалары: Клинико-статистикалык, когорталык жана рондомизацияланган изилдөөлөр, мета-анализ, негизги (№№1, 2) жана көзөмөлдөнүүчү (№№1,2) топтордо активдүү жана күтүүчү хирургиялык тактиканы колдонуу жыйынтыктарын салыштырып текшерүү.

Алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жаңылыгы. Биринчи жолу чоң клинико-статистикалык материалда жана ДМ принциптеринин базасында бир катар негиздөө методикаларын колдонуу менен кан агуу менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО активдүү жана күтүүчү хирургиялык тактикасынын салыштырма жыйынтыктуулугу изилденди.

Биринчи жолу далилдүүлүк деңгээлинин шкаласы түзүлдү жана бул базада кан агуу менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО хирургиялык тактикасын жакшыртуу боюнча практикалык сунуштардын градациялары иштелип чыкты.

Колдонуу тармагы. Кан агуу менен күчөтүлгөн ОЭИ ЖО хирургиясы.

Структура жана библиография. 12 таблица жана 25 сүрөт менен иллюстрацияланган 127 бет. Библиографиялык көрсөткүч 154 авторду камтыйт, анын ичинде 89- жакынкы жана 65-алыскы чет өлкөдөн.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы **Мамажусупова Нийматилла Абдилаевича** «Сравнительная результативность активной и выжидательной хирургической тактики при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением», представленной на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальностям **14.01.17-хирургия и 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение**

Ключевые слова: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБ ДПК), дуоденальное кровотечение, мета-анализ, когортное исследование, рандомизированное контролируемое исследование, осложнения, летальность, активная и выжидательная тактика.

Объект исследования: 172 прооперированных больных с ЯБ ДПК, осложненной кровотечением, разделенных на совокупные группы: основная группа №1 – 44 больных с III ст. кровопотери; контрольная группа – 100 больных со II ст. кровопотери; основная группа №2 – 42 больных в возрасте >60 лет; контрольная группа №2 – 140 больных в возрасте <60 лет.

Цель исследования: Оценить сравнительную эффективность различной хирургической тактики при ЯБ ДПК, осложненной кровотечением и внести обоснованные практические предложения по выбору срока и метода лечения больных.

Методы исследования: Клинико-статистические, когортные и рандомизированные исследования, мета-анализ, сопоставление результатов применения активной и выжидательной хирургической тактики в основной (№№1,2) и контрольной (№№1,2) группах.

Полученные результаты и их научная новизна. Впервые на большом клинико-статистическом материале и на базе принципов ДМ изучена сравнительная результативность активной и выжидательной хирургической тактики при ЯБ ДПК осложненной кровотечением с использованием ряда методик обоснования.

Впервые создана шкала уровня доказательности и на этой базе разработаны практические рекомендации по оптимизации хирургической тактики при ЯБ ДПК, осложненной кровотечением.

Область применения. Хирургия ЯБ ДПК, осложненной кровотечением.

Структура и библиография. 127 страниц, иллюстрирована 12 таблицами и 25 рисунками. Библиографический указатель содержит 154 авторов, в том числе 89 - из ближнего и 65 - дальнего зарубежья.

SUMMARY

to the dissertation project of Mamazhusupov N.A. “Comparative effectiveness of active and expectant surgery tactics when having duodenal ulcer complicated by hemorrhage” that is presented for seeking the academic degree of candidate of medical sciences on the specialities: 14.01.17 – surgery and 14.02.03 – public health and public health services.

Key words: duodenal ulcer (DU), duodenal hemorrhage, meta-analysis, cohort study, randomized controlled research, complications, lethality, active and expectant tactics.

Subject of project: 172 operated patients having DU complicated by hemorrhage, separated into cumulative groups: basic group №1- 44 patients with III degree of hemorrhage; control group - 100 patients with II degree of hemorrhage; basic group №2 – 42 patients at the age of >60 years old; control group №2 – 140 patients at the age of <60 years old.

Purpose of project: To assess the comparative effectiveness of various surgery tactics when having DU complicated by hemorrhage and make practical proposals regarding the selection of timeframe and methods of operation.

Methods of study: Clinic-static, cohort and randomized researches, meta-analysis, case-control, comparison of results of application of active and expectant tactics in basic (№1№2) and control (№1№2) groups.

The results obtained and their scientific originality: For the first time the comparative effectiveness of active and expectant surgery tactics when having DU complicated by hemorrhage by applying a number of justification methods has been studied on the basis of large clinic-static materials and principles.

For the first time there was established the scale of evidentiary level and based on that the gradations of practical recommendations for optimizing surgery tactics when having DU complicated by hemorrhage have been developed.

Scope of application: Surgery of DU complicated by hemorrhage.

Structure and bibliography: 127 pages illustrated by 12 tables and 25 figures. Bibliographic indicator contains 154 authors including 89 from near and 65 from far abroad.

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ СОКРАЩЕНИЙ

КР	- Кыргызская Республика
КГМА	- Кыргызская государственная медицинская академия
КГМИПиПК	- Кыргызский государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
МЗ КР	- Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

НХЦ	- Национальный хирургический центр
М-ИЦ	- медико-информационный центр
ДМ	- доказательная медицина
ЯБ ДПК	- язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки
ДПК	- двенадцатиперстная кишка
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ККИ	- контролируемые клинические испытания
РКИ	- рандомизированные контролируемые исследования
КИ	- когортное исследование
ОШ	- отношение шансов
ОР	- относительный риск
ЯБ	- язвенная болезнь
ГЭА	- гастроэнтероанастомоз
ФЭГДС	- фиброэзофагогастродуоденоскопия
ДК	- дуоденальное кровотечение
КЖ	- качества жизни

Подписано к печати 10.11.2012г. Формат бумаги 60x90/16.
Бумага офс. Печать офс. Объем 1,0 п.л. Тираж 120 экз. Заказ 203.

г.Бишкек, ул. Полярная 11, ИЦ «Илим-Басмасы»

