

**КЫРГЫЗСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ
АКАДЕМИЯ имени И. К. АХУНБАЕВА**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

Диссертационный совет Д 14.22.650

На правах рукописи
УДК 616.33/34-002.44-005.1:612.275.1

Ниязов Калыс Анарбекович

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНЫХ И
РЕЦИДИВНЫХ ЯЗВЕННЫХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ
КРОВОТЕЧЕНИЙ В ГОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

14.01.17 - хирургия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Бишкек - 2023

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева.

Научный руководитель: **Жолдошбеков Есенгельди Жолдошбекович**
доктор медицинских наук, профессор,
профессор кафедры факультетской хирургии
Кыргызской государственной медицинской
академии имени И. К. Ахунбаева

Официальные оппоненты: **Ниязов Батырхан Сабитович**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общей хирургии
факультета усовершенствования врачей
Кыргызского государственного медицинского
института переподготовки и повышения
квалификации имени С. Б. Даниярова

Сыдыков Нурланбек Женишбекович
кандидат медицинских наук,
заведующий отделением экстренной
медицинской помощи Национального
хирургического центра Министерства
здравоохранения Кыргызской Республики

Ведущая организация: Международная высшая школа медицины,
кафедра хирургических болезней (700254,
г. Бишкек, ул. Интергельпо, 1ф).

Защита диссертации состоится «14» ноября 2023 года в 14.00 часов на заседании диссертационного совета Д 14.22.650 по защите диссертаций на соискание ученой степени доктора (кандидата) медицинских наук при Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева, соучредитель Национальный хирургический центр Министерства Здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, Кыргызская Республика, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25, 2 этаж в конференц-зале. Ссылка доступа к видеоконференции защиты диссертации: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеках Кыргызской государственной медицинской академии имени И. К. Ахунбаева (720020, г. Бишкек, ул. Ахунбаева, 92), Национального хирургического центра МЗ Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-линия, 25) и на сайте: <https://vak.kg>

Автореферат разослан «4» октября 2023 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент



М. Б. Чапыев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы диссертации. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки является одним из наиболее распространенных патологий органов пищеварения [В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, 2010; М. Э. Алыбаев, 2016; М. Г. Пугачева и соавт., 2019; С. Н. Стяжкина, 2020; R. Marmo et al., 2014; G. Rotondano, 2014]. За последние 30 лет наблюдаются колебания в заболеваемости язвенной болезнью в различных регионах мира. Так, в западных странах имеется положительная тенденция со спадом заболеваемости, в то время как для азиатского региона статистика не столь утешительная и имеются данные, что с 1990 года отмечен рост заболеваемости язвенной болезнью на 25,82% [X. Xie et al., 2022]. Одним из очень грозных осложнений является гастродуоденальное кровотечение, которое наблюдается от 15-20% [С. Н. Хунафин и соавт., 2012, 2014, 2019; М. Н. Климентов и соавт., 2019; В. Alan et al., 2005; I. Gralnek et al., 2008; A. Montedori et al., 2016].

Летальность при язвенном гастродуоденальном кровотечении на протяжении ряда лет остается неизменной и составляет 5-14%, при продолжающемся кровотечении достигает 19-32%, а при рецидивном - возрастает до 30-45% [Э. В. Луцевич, 2008; Л. Ф. Тверитнева и соавт., 2009, 2016; В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, 2010; А. С. Ермолов и соавт., 2014; И. С. Малков и соавт., 2014; В. Н. Репин и соавт., 2014; С. Н. Хунафин и соавт., 2014; М. Э. Алыбаев, 2016; В. Г. Вербицкий, 2018; М. Г. Зайцев, 2018; F. Eisner, 2017; A. Kotha, 2020].

Учитывая географические особенности нашей страны, уровень населенности различных географических высот и внутреннюю миграцию вопросы диагностики и лечения язвенной болезни обретают еще большую актуальность. Вся территория республики лежит выше 500 метров над уровнем моря; более половины её располагается на высотах от 1000 до 3000 метров и примерно треть - на высотах от 3000 до 4000 метров [М. М. Миррахимов и соавт., 1978; А. С. Шаназаров и соавт., 2011; И. Е. Кононец и соавт., 2014; P. Aditya, 2018; Y. Xu, 2022].

В настоящее время одним из действенных методов остановки гастродуоденального кровотечения язвенной этиологии признан эндоскопический гемостаз. Однако, несмотря на наличие множества современных методов эндоскопического гемостаза они не всегда эффективны и не предотвращают рецидива кровотечения [Н. В. Лебедев и соавт., 2012, 2013, 2015; А. С. Ермолов и соавт., 2014; E. Lipnitsky et al., 2014; D. Troland, A. Stanley, 2018].

В доступной литературе мы не обнаружили сведений о заболеваемости, особенностях клиники язвенной болезни в условиях высокогорья и течения язвенного кровотечения, являющиеся недостаточными для понимания

механизмов коррекции патологических состояний, обусловленных язвенным кровотечением, что и явилось основанием для выполнения данного исследования.

Связь темы диссертации с приоритетными научными направлениями, крупными научными программами (проектами), основными научно-исследовательскими работами, проводимыми образовательными и научными учреждениями. Научная работа инициативная.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения язвенной болезни, осложненной гастродуоденальным кровотечением у пациентов, проживающих в горных условиях и улучшить результаты их лечения.

Задачи исследования:

1. Изучить особенности клинического течения у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением в условиях высокогорья.

2. Оценить эффективность проводимых методов лечения и определить факторы риска повторных язвенных кровотечений в условиях низкогорья и высокогорья.

3. Провести сравнительный анализ результатов лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений у пациентов, живущих в условиях низкогорья и высокогорья.

4. На основании полученных данных разработать алгоритм диагностики и лечения первичных и рецидивных язвенных гастродуоденальных кровотечений в горных условиях.

Научная новизна работы:

1. Изучены особенности клинического течения и лабораторных показателей у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, постоянно проживающих в условиях высокогорья.

2. Впервые проведена оценка эффективности проводимых методов лечения и сравнительный анализ выявленных факторов риска повторных язвенных кровотечений в условиях высокогорья.

3. Определена эффективность инъекционного эндоскопического гемостаза с использованием обогащенной тромбоцитами плазмы в остановке кровотечения у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением, живущих в условиях низкогорья на которые получены 2 удостоверения на рационализаторские предложения: 1) “Способ остановки желудочно-кишечного кровотечения эндоскопическим методом” №58/2022, выданное патентным отделом КГМА им. И. К. Ахунбаева от 06.06.2022 года; 2) “Способ остановки гастродуоденального кровотечения эндоскопическим методом” №59/2022, выданное патентным отделом КГМА им. И. К. Ахунбаева от 06.06.2022 года.

4. На основании полученных данных построен алгоритм тактики ведения и лечения первичных и рецидивных язвенных гастродуоденальных кровотечений

в горных условиях.

Практическая значимость полученных результатов:

1. Разработанный алгоритм диагностики и лечения первичных и рецидивных язвенных гастродуоденальных кровотечений в горных условиях, применение которого позволяет оценить состояние больных и эффективность лечения, облегчает врачу избрать наиболее адекватный метод лечения.

2. Разработанная нами методика эндоскопического лечения язвенной болезни, осложненной гастродуоденальным кровотечением, способствовала улучшению результатов лечения и профилактике рецидивных кровотечений у пациентов, живущих в условиях низкогорья (акт внедрения в Городскую клиническую больницу №1 г. Бишкек от 07.06.2022 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии у больных, проживающих в высокогорье, достоверно реже наблюдается у женщин, чем у мужчин. Чаще осложненные язвы наблюдали у лиц старше 50 лет, преимущественно с желудочной локализацией, быстрым гемостазом и с легкой степенью кровопотери и достоверно редким рецидивом кровотечения.

2. Коагулограмма у лиц, проживающих в условиях высокогорья, характеризуется состоянием показателей на уровне верхней границы нормы, что обеспечивает быстрый гемостаз при применении традиционных методов гемостатической терапии в сравнении с пациентами низкогорья.

3. Применение эзофагогастродуоденоскопии с лечебной целью при кровотечении язвенной этиологии позволяет улучшить результаты лечения, а разработанный алгоритм – избрать объем обследования и лечения.

Личный вклад соискателя включает разработку тематических карт, составление программы исследования, обработку ретроспективного и проспективного материала, обследование больных и участие в их лечении и внедрение основных результатов в повседневную работу хирургов. Анализ полученных результатов, их статистическая обработка выполнены лично.

Апробации результатов исследования. Основные положения диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции молодых ученых КГМА им. И.К. Ахунбаева (14-16 апреля 2021 г., г. Бишкек; 13-15 апреля 2022 г., г. Бишкек), на заседании сотрудников кафедры факультетской хирургии КГМА имени И.К. Ахунбаева (г. Бишкек, 2022).

Полнота отражения результатов диссертации в публикациях. Основные результаты исследования опубликованы в 6 научных статьях, из них 3 - в научных изданиях, индексируемых системами РИНЦ с импакт-фактором не ниже 0,1.

Структура и объем диссертации. Работа изложена на русском языке на 142 страницах компьютерного набора, шрифтом Time New Roman, Кириллица

(шрифт 14, интервал 1,5) и состоит из введения, обзора литературы, методологии и методов исследования и 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных литературных источников, включающих 224 работы, из них 76 работ авторов дальнего зарубежья и приложения. Диссертация иллюстрирована 15 таблицами и 27 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении дана актуальность темы исследования, цель и задачи, изложена научная новизна и практическая значимость выполненной работы, основные положения диссертации, выносимые на защиту.

В первой главе «Современное состояние вопросов диагностики и лечения гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии» (обзор литературы) изложена распространенность язвенной болезни и ее осложнений и даны основные методы лечения этой патологии. Также в этой главе представлены литературные сведения о влиянии высокогорной гипоксии на течение многих заболеваний. В обзоре литературы дана климато-географическая характеристика Нарынской области и актуальные классификации высотных поясов, применяемые учеными всего мира. Анализируя особенности течения заболеваний в условиях высокогорья, отмечено отсутствие сообщений о течении язвенной болезни, осложненной кровотечением в условиях высокогорья.

В главе использованы литературные источники последних лет и обзор изложен достаточно критично.

Во второй главе «Методология и методы исследования» изложены клиническая характеристика больных, методы исследования.

2.1 Объект и предмет исследования, клиническая характеристика больных.

Объект исследования: 361 больной с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Предмет исследования: Результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования при поступлении и в процессе консервативного и хирургического лечения.

Общая характеристика клинических наблюдений. В исследование включены 361 больной, которые получали стационарное лечение по поводу гастродуоденального кровотечения язвенной этиологии в г. Бишкек и в Нарынской объединенной областной больнице.

Критериями включения в группу, проживающих в высокогорье были пациенты, постоянно проживающие в высокогорных населенных пунктах Нарынской области с кровотечением язвенного генеза. Критериями исключения

были гастродуоденальные кровотечения неязвенной этиологии.

Критериями включения в группу больных, проживающих в условиях низкогорья были пациенты, постоянно проживающие в городе Бишкек и в близлежащих районах, расположенных на том же уровне (Сокулукский, Московский, Аламудунский, Ысык-Атинский районы). Критериями исключения этой группы были лица с гастродуоденальным кровотечением на фоне других патологий желудка и пациенты, временно проживающие в низкогорье.

Распределение их по группам дано в таблице 2.1.1.

Таблица 2.1.1 - Распределение больных по возрасту и полу

<i>Пациенты высокогорья</i>									
Пол	Всего больных		из них в возрасте (в годах)						
	абс. ч.	%	до 20 лет	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	старше 70
Муж	131	83,4	3	5	21	33	34	15	20
Жен	26	16,6	1	3	5	1	8	2	6
Всего	157	100,0	4	8	26	34	42	17	26
			2,5	5,0	16,6	21,7	26,8	10,8	16,6
<i>Пациенты низкогорья</i>									
Муж	128	62,7	5	19	22	20	34	20	8
Жен	76	37,3	3	6	14	13	15	15	10
Всего	204	100,0	8(3,9)	25(12,3)	36(17,6)	33(16,2)	49(24,0)	35(17,2)	18(8,8)
<i>Суммарно</i>									
Итого	361	100,0	12	33	62	67	91	52	44
		100,0	3,3	9,1	17,2	18,6	25,2	14,4	12,2

Анализ лиц, проживающих в условиях высокогорья показал, что чаще поступали мужчины, в сравнении с женщинами и их соотношение составило 5:1. Наибольшую группу составляли больные в возрасте от 40 до 60 лет (76 чел- 48,4%), но и значительная часть - лица старше 70 лет (26 чел.- 16,6 %).

Среди больных низкогорья так же преобладали мужчины, но из 204 поступивших мужчин было 128 (62,7%). Их соотношение с женщинами в этой группе 1,6:1,0.

Анализ давности заболевания в разных климато-географических зонах показал, что среди высокогорцев с наиболее длительным анамнезом составили пациенты, страдающие язвенной болезнью более 10 лет. Почти в равном количестве были лица, болеющие от 3 до 10 лет. Из числа поступивших пациентов себя считали здоровыми 27 человек (17,2%). Подобные сроки заболевания отмечены и в группе низкогорцев. Необходимо отметить, что

госпитализированных в сроке от одного года до 3 лет от начала заболевания в условиях низкогорья было в 2 раза больше, а в остальные периоды небольшие колебания не носили достоверных различий.

При анализе сроков установлено, что до 12 часов чаще были госпитализированы больные низкогорья, а в другие сроки показатели были равнозначны.

В процессе работы обязательно выясняли какое это было кровотечение, первичное или рецидивное, и при этом установлено, что частота рецидивных кровотечений была выше у больных низкогорья в сравнении с группой высокогорья (соответственно 21,1-9,6%).

Анализ сопутствующих заболеваний в обеих зонах населения показал, что основными заболеваниями в обеих группах составляли сердечно-сосудистая патология и хронические бронхо-легочные заболевания и их частота почти равнозначна в обеих группах (соответственно 65,6% и 70,4%), но и сопутствующая патология чаще имела место чаще у лиц старшего возраста, а бронхолегочные заболевания - у высокогорцев.

Таким образом, анализ клинического материала показал, что в обеих зонах чаще поступали мужчины в сравнении с женщинами, но в условиях высокогорья их соотношение составляло 5,0:1,0, а в низкогорье 1,6:1,0. Возраст больных чаще всего был от 40 до 60 лет. Характер сопутствующих заболеваний был почти равнозначным в обеих группах. Сроки госпитализации с момента кровотечения были так же равнозначными кроме периода до 12 часов, где отмечается, что пациенты низкогорья были госпитализированы почти в 2 раза чаще. Также стоит отметить, что среди низкогорцев чаще возникало рецидивное кровотечение в сравнении высокогорцами.

2.2 Методы исследования больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии. При поступлении больных особое внимание уделяли анамнезу заболевания, при этом выявляли сроки заболевания язвенной болезнью, какое лечение получал и его эффективность, сроки возникновения кровотечения и оно возникло впервые или наблюдалось и ранее и какое лечение было использовано.

При осмотре обращали внимание на общее состояние, показатели гемодинамики и учитывали результаты объективного обследования. В момент поступления выполняли общий анализ крови, также проверяли показатели гемостаза. Кроме того, определяли общий анализ мочи, биохимические исследования для определения функционального состояния печени и почек.

Ультразвуковое исследование выполняли в момент поступления для выявления патологии органов брюшной полости. Это исследование осуществляли аппаратом Philips HD5 в масштабе реального времени. Оно позволяло выявить сопутствующие заболевания, которые были нами учтены в

процессе лечения. *Эндоскопическое исследование* выполняли аппаратом Pentax, для определения локализации язвы, её размера и характер кровотечения (остановлено, продолжается, есть риск рецидива) и давало возможность оценить состояние слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки.

Для оценки показателей свертывающей системы крови определяли начало и конец времени свертывания, показатель протромбинового индекса, показатель протромбинового времени, МНО, АЧТВ, количество тромбоцитов и фибриногена по общепринятым методам исследования.

Степень тяжести кровопотери определяли по клиническим показателям (головокружение, обморочное состояние, кровавая рвота, дегтеобразный стул, одышка) и показателей гемодинамики (артериальное давление максимальное и минимальное, частота пульса) и лабораторных данных (гемоглобин, эритроциты, гематокрит) и при этом использовали классификацию Гостищева В. К. и Евсеева М. А. (2005).

Для определения степени кровопотери мы использовали классификацию Гостищева В. К. и Евсеева М. А. (2005), основанную как на оценке клинических критериев (уровень сознания, признаки периферической дисциркуляции, АД, ЧСС, ЧДД, ортостатическая гипотензия, диурез), так и на оценке основополагающих показателей картины красной крови – величин гемоглобина и гематокрита.

В случае несоответствия клинических критериев показателям гемоглобина и гематокрита оценку тяжести кровопотери следует проводить, учитывая показатели, в наибольшей степени отличающиеся от нормальных значений. Избранные нами методы обследования позволяли оценить общее состояние больных, определить источник кровотечения, решить вопрос о необходимости выполнения операции или продолжать консервативное лечение. Использование этих методов так же дает возможность оценить результаты консервативного и оперативного лечения и представить рекомендации по выбору объема исследований при поступлении больных с гастродуоденальным кровотечением.

2.3 Статистическая обработка данных. Получены результаты исследования обработаны методом вариационной статистики, с вычислением средней арифметической (М), средней квадратичной (G) величин и ошибки ряда, а степень достоверности вычисляли по t критерию таблицы Student.

В третьей главе «**Результаты обследования и лечения больных с гастродуоденальным кровотечением у больных низкогорья**» представлен анализ 204 больных, которые получали стационарное лечение в хирургических отделениях городской клинической больницы №1 г. Бишкек по поводу гастродуоденального кровотечения язвенной этиологии, лиц, постоянно проживающих в городе Бишкек и близлежащих районах, расположенных на том же уровне. Выясняли так же тип кровотечения, гастродуоденальное

кровотечение возникло впервые или же повторно.

3.1 Клиническая характеристика больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии, проживающих в условиях низкогорья. Из анамнеза установлено, что из 204 больных у 43 было повторное кровотечение, что составило 21,1%, следовательно, чуть ли не пятая часть поступивших была с рецидивным кровотечением.

При поступлении больных основным методом диагностики являлось эндоскопическое исследование, которое было выполнено у всех пациентов. При этом исследовании установлено, что наиболее часто язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке (115 чел.-56,6%), реже имела место желудочная локализация (77 чел.-37,6%) и двойная локализация установлена у 5 больных, что составило 2,1%. Так же обнаруживали язву анастомоза после ранее выполненных операций на желудке (7 чел.- 3,7%). Данные 7 оперированных пациентов перенесли резекцию желудка по Бильрот-2 в больницах по месту жительства, необходимо отметить, что срок операции у всех 7 пациентов превышал 10 лет. Рецидивное кровотечение отмечено в 28 случаях язвы луковицы двенадцатиперстной кишки, преимущественно задней стенки и у 15 пациентов с язвенной болезнью желудка с расположением по малой кривизне.

3.2 Результаты обследования и лечения больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии у больных низкогорья. В результате эндоскопического исследования было установлено какой характер кровотечения имел место у обследованных больных, результаты представлены в таблице 3.2.2

Таблица 3.2.2 - Результаты эндоскопического исследования по Forrest (1974)

Результаты ЭГДС	Всего больных	
	абс. ч.	%
Forrest 1A	7	3,7
Forrest 1B	16	7,9
Forrest 2A	103	50,8
Forrest 2B	44	21,2
Forrest 2C	34	16,4
Всего	204	100,0

На основании осмотра продолжающееся кровотечение отмечено у 23 больных, что составило 11,6%. У 147 пациентов (72,0%) кровотечение остановлено, но не было уверенности в его окончательном гемостазе, а у 34 (16,4%) выявлены признаки окончательной остановки кровотечения. Для рецидивных кровотечений более характерно продолжающееся кровотечение (Forrest 1A, Forrest 1B) или остановившееся кровотечение, но с нестабильным гемостазом (Forrest 2A, Forrest 2B).

Что же касается степени тяжести кровопотери, то анализ результатов показал, что наибольшую группу составили больные с легкой степенью кровопотери 86 (42,2 %) от общего числа поступивших с кровотечением, но также отмечено высокое количество пациентов с тяжелой степенью кровопотери 51 человек (25%) и немного меньше пациентов с кровопотерей средней степени тяжести (43 чел.-21%). Стоит отметить, что у пациентов с рецидивным кровотечением кровопотеря средней тяжести была у 12 пациентов (5,9%), тяжелой степени - у 19 (9,3%), а крайней степени тяжести - у 12 поступивших (5,9%), что отличается от показателей у больных с первичным гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии.

Анализ сроков достижения гемостаза показал, что у большинства больных (70,1%) получавших консервативную терапию удалось остановить кровотечение в течение первых суток от момента поступления в стационар.

У больных с целью остановки кровотечения применялись не только медикаментозные методы гемостаза. Мы применяем инъекционный гемостаз с введением насыщенной тромбоцитами аутоплазмы. Суть метода заключается в следующем: в момент эндоскопии удаляем содержимое желудка, выявляем кровоточащую язву и орошаем озонированным физиологическим раствором с концентрацией озона 10 мкг/л. Для гемостаза мы используем собственную кровь пациента, полученную из вены в количестве 20 мл и из нее получаем обогащенную тромбоцитами плазму путем двухэтапного центрифугирования цельной крови. В обогащенную тромбоцитами плазму добавляем раствор адреналина гидрохлорида 1:10000 в количестве 3мл и вводим раствор в объеме 4-6 мл эндоскопической иглой в подслизистый слой периаульцерозной зоны кровоточащей язвы. Введение собственных тромбоцитов в зону кровотечения, а именно в подслизистый слой периаульцерозной зоны, способствует компрессии зоны язвенного дефекта и образованию сгустка, а наличие в растворе адреналина усиливает локальную вазоконстрикцию, что ведет к быстрому и устойчивому гемостазу и предотвращает развитие рецидивов. Через 2 суток повторяем ЭГДС для контроля состояния кровоточащей раны и периаульцерозной зоны. В этой группе у 26 пациентов использовали модифицированный нами метод гемостаза с применением аутоплазмы, в результате чего достигнут гемостаз. У 2 пациентов потребовалась повторная процедура обкалывания после чего был достигнут окончательный гемостаз. После остановки кровотечения мы проводили контрольное обследование через 1 месяц при котором отмечено рубцевание язв.

При анализе особенностей течения язвенного гастродуоденального кровотечения в условиях низкогогорья, мы так же обращали внимание на показатели крови. Полученные результаты мы сопоставили с показателями крови после остановки кровотечения к моменту выписки. Сравнение показателей общего анализа крови этих двух сроков показал, что и после остановки

кровотечения к моменту выписки уровень гемоглобина не повышался выше исходного уровня. Оставалось равнозначным исходному и количество эритроцитов. Достоверно снизилось количество лейкоцитов и повысилось количество лимфоцитов. В то время как гематокрит оставался на том же уровне, результаты которых представлены в таблице 3.2.5.

Таблица 3.2.5 - Показатели общего анализа крови больных низкогогорья с гастродуоденальными кровотечениями при поступлении и при выписке получавших консервативное лечение

Показатели	При поступлении	При выписке	Р-Степень достоверности M_1-M_2
	M_1+m_1	M_2+m_2	
Гемоглобин, г/л	102,4±4,07	103,8±3	>0,05
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	3,76±0,13	3,84±0,11	>0,05
Лейкоциты, $\cdot 10^9/л$	7,98±0,45	6,89±0,46	<0,05
Лимфоциты, %	22,23±1,49	26,91±0,79	<0,01
Mid, %	2,92±0,35	2,82±0,32	>0,05
Gran, %	42,06±1,91	52,64±2,03	<0,001
Гематокрит, %	32,08±1,36	33,65±0,98	>0,05
MCV, фл	89,97±2,83	83,13±2,12	<0,05
MCH, пг	26,78±0,87	27,81±1,57	>0,05
MCHC, г/дл	310,56±2,87	309,16±3,12	>0,05
PLT, $\cdot 10^9/л$	218,9±12,3	224,72±11,26	>0,05
MPV, фл	9,95±0,16	10,0±0,27	>0,05
PDW, %	15,98±0,38	15,12±0,34	>0,05
PCT, %	0,214±0,01	0,23±0,01	<0,05

Также было обращено внимание на показатели коагулограммы, которые были определены в момент поступления в хирургические отделения. У больных проживающих в условиях низкогогорья у подавляющего большинства пациентов не отличались от нормы.

Для контроля эффективности предложенной нами методики произведено сравнение с аналогичными пациентами, получавшими консервативную гемостатическую терапию. При этом выяснено, что эффективность применения консервативной гемостатической терапии составила 83,0%. Применение эндоскопического гемостаза позволила повысить процент остановки кровотечения до 94,1%.

Пациенты, получавшие консервативную гемостатическую терапию, были выписаны на 11,1±1,5 день, а больные, которым применялась эндоскопическая гемостатическая терапия с применением обогащенной тромбоцитами аутоплазмы были выписаны в удовлетворительном состоянии на 8,3±1,9 сутки после госпитализации. Сроки госпитализации для пациентов, получивших оперативное лечение составили 12,4±1,2 суток. К преимуществам методики введения обогащенной тромбоцитами аутоплазмы относятся безопасность,

доступность и низкая себестоимость.

Таким образом применение разработанной нами методики эндоскопического гемостаза позволила улучшить результаты гемостатической терапии и сократить койкодни, что в результате способствовало снижению затрат на лечение.

В четвертой главе «Результаты обследования и лечения больных с гастродуоденальным кровотечением у больных высокогорья» мы исследовали группу пациентов (157 больных), которые получали стационарное лечение в хирургическом отделении Нарынской областной объединенной больницы по поводу гастродуоденального кровотечения язвенной этиологии.

4.1 Клиническая характеристика больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии, проживающих в условиях высокогорья. В этой группе мы также обязательно выясняли гастродуоденальное кровотечение возникло впервые или же повторно, так как это имело значение в выборе тактики лечения. Из анамнеза установлено, что из 157 больных у 15 было повторное кровотечение, что составило 9,6%, то есть каждый десятый пациент был с рецидивным кровотечением.

При эндоскопическом исследовании язва желудка была обнаружена у 88 больных (56,0%), реже в двенадцатиперстной кишке – у 55 (35,1%) и двойная локализация выявлена у 10 пациентов (6,4 %). Кроме того, отмечены язвы в области анастомоза у 4 пациентов (2,5%). Рецидивные кровотечения отмечены у 10 пациентов с язвой желудочной локализации размером более 1,5 см и 5 с локализацией в двенадцатиперстной кишке.

4.2 Результаты обследования и лечения больных с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии у больных высокогорья. В результате эндоскопического исследования было установлено какой характер кровотечения имел место у обследованных больных, результаты представлены в таблице 4.2.2.

Таблица 4.2.2 - Результаты эндоскопического исследования по Forrest (1974)

Результаты ЭГДС	Всего больных	
	абс. ч.	%
Forrest 1A	7	4,5
Forrest 1B	6	3,8
Forrest 2A	65	41,4
Forrest 2B	54	34,4
Forrest 2C	25	15,9
Всего	157	100,0

На основании детального обследования было установлено, что кровотечение продолжалось у 13 больных (8,3 %), кровотечение остановлено, но имеется риск его повторного возникновения у 119 больных (75,8%) и у 25

больных (15,9 %) кровотечение остановлено окончательно. Для рецидивных кровотечений более характерно продолжающееся кровотечение (Forrest 1A, Forrest 1B) или остановившееся, но с нестабильным гемостазом (Forrest 2A, Forrest 2B).

Что же касается степени тяжести кровопотери, то анализ результатов показал, что наибольшую группу составили больные с легкой степенью кровопотери 92 (58,6 %) от общего числа поступивших с кровотечением, но так же отмечено высокое количество пациентов с кровопотерей средней тяжести 35 человек (22,3%), а пациенты с тяжелой и крайне тяжелой степенью кровопотери встречались значительно реже (9,1% и 10,0% соответственно). Стоит отметить, что у пациентов с рецидивным кровотечением кровопотеря средней тяжести была у 3 пациентов (1,9%), тяжелой степени была у 7 пациентов (4,5%), а крайней степени тяжести - у 5 поступивших (3,18%). Рецидивные язвенные кровотечения характеризуются более тяжелым течением по сравнению с первичными кровотечениями.

Анализ сроков достижения гемостаза показал, что у большинства больных (80,9%) удалось остановить кровотечение в течение первых суток от момента поступления в стационар.

При поступлении и в процессе наблюдения за больными, у которых мы выполняли лечение мы проверяли общий анализ крови и проанализировали результаты исследования к моменту выписки, результаты представлены в таблице 4.2.5.

Таблица 4.2.5 - Показатели общего анализа крови больных высокогорья с гастродуоденальным кровотечением при поступлении и при выписке, получавших консервативное лечение

Показатели	При поступлении	При выписке	Р-Степень достоверности M_1-M_2
	M_1+m_1	M_2+m_2	
Гемоглобин, г/л	107,92±2,55	125,1±2,36	<0,05
Эритроциты, $\cdot 10^{12}/л$	3,2±0,16	4,11±0,16	<0,01
Лейкоциты, $\cdot 10^9/л$	9,85±0,54	6,63±0,25	<0,05
Лимфоциты, %	23,8±0,66	24,09±0,18	>0,05
Mid, %	3,15±0,04	2,96±0,05	>0,05
Gran, %	46,34±0,32	54,4±0,65	<0,05
Гематокрит, %	32,41±0,37	34,16±0,62	<0,001
MCV, фл	83,06±1,57	80,28±1,74	>0,05
MCH, пг	25,6±0,8	26,21±0,7	>0,05
MCHC, г/дл	292,21±4,62	284,03±3,94	>0,05
PLT, $\cdot 10^9/л$	247,36±3,38	272,92±7,02	<0,01
MPV, фл	8,31±0,14	9,56±0,14	<0,05
PDW, %	12,33±0,08	14,45±0,07	<0,05
PCT, %	0,232±0,01	0,322±0,01	<0,01

При сопоставлении с показателями общего анализа крови после остановки кровотечения к моменту выписки, было отмечено достоверное повышение гемоглобина, достоверно увеличивалось количество эритроцитов и снизилось количество лейкоцитов. Количество тромбоцитов повысилось, так же достоверно повысился и гематокрит.

Анализ данных количества тромбоцитов в сумме с высокими показателями ПТИ как следствие дает короткое время начала и конца свертывания, что говорит также о высокой активности системы гемостаза в условиях высокогорья.

Пациенты, получавшие консервативную гемостатическую терапию, были выписаны на $10,2 \pm 1,1$ день. Сроки госпитализации для пациентов, получивших оперативное лечение составили $11,7 \pm 1,4$ суток.

Применение консервативной гемостатической терапии в группе высокогорья позволила добиться гемостаза в 97,4% случаев.

В пятой главе «Сравнительная оценка основных показателей больных с гастродуоденальным кровотечением высокогорья и низкогорья» сопоставлены основные показатели, которые были получены в условиях высокогорья и низкогорья.

Анализируя гендерное соотношение заболеваемости, выяснили, что в условиях низкогорья соотношение мужчин и женщин составляет 1,6:1,0, в то время как мужчины в высокогорье поступали в 5 раз чаще женщин. Если в высокогорье женщины составляли $16,57 \pm 2,96\%$, то в низкогорье $37,7 \pm 3,39\%$, различия достоверны ($p < 0,001$).

При анализе возрастного распределения установлено, что в обеих группах наибольшее число пациентов составляет возрастная группа 51-60 лет. Так же для обеих групп наименьшая частота госпитализаций для группы в возрасте до 20 лет, но пациенты в возрасте старше 70 лет в условиях высокогорья встречались в 2 раза чаще ($16,56 \pm 1,98\%$) по сравнению с группой низкогорья ($8,8 \pm 1,98\%$), различия достоверны ($p < 0,01$) и наоборот пациенты в возрасте от 21 до 30 лет в условиях низкогорья встречаются в 2 раза чаще, чем в высокогорье, результаты представлены на рисунке 5.2.

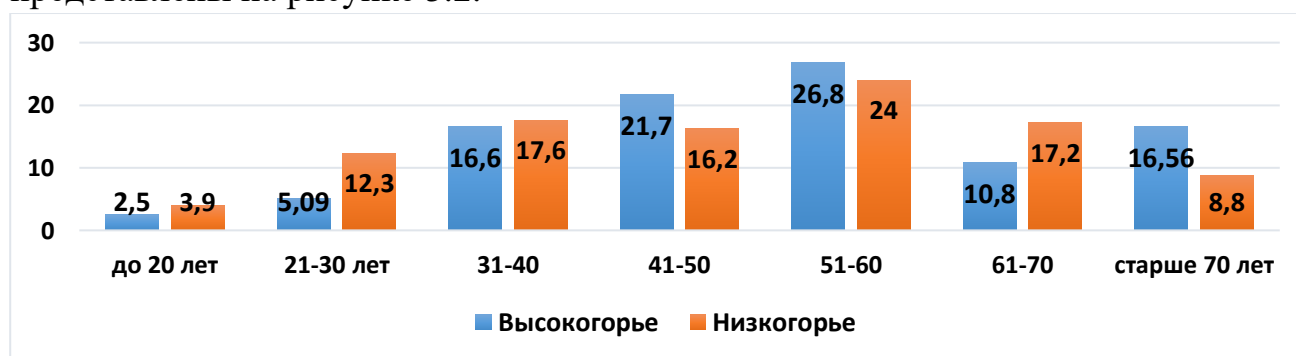


Рисунок 5.2 - Возраст больных в высокогорье и низкогорье %.

Обратили внимание и на сроки заболевания и было установлено, что

наиболее часто в обеих группах поступали больные, которые страдали язвенной болезнью более 10 лет, в высокогорье они составляли $43,9 \pm 3,06\%$, а в низкогорье $35,3 \pm 3,24\%$, различия не достоверны ($p > 0,05$), а больные, у которых язвенный анамнез отсутствовал, так же составили немалое количество и в обеих группах показатели частоты были сопоставимы (15,2 и 17,2 % соответственно и различия не достоверны $p > 0,05$).

При ознакомлении с историями болезни обращали внимание на время в течение какого периода с момента возникновения кровотечения прошло до госпитализации. Цифры оказались сопоставимы, но при этом было отмечено, что в группе низкогорья обращаемость в периоде от 6 часов до 12 была в 2 раза выше, чем в группе пациентов высокогорья, но эти различия между группами недостоверны ($p > 0,05$). Так же стоит отметить, что в группе высокогорцев лиц, поступивших позднее 3 суток, было на порядок выше, чем в группе низкогорцев, вероятно это связано с более выраженными компенсаторными механизмами организма и исходным более высоким содержанием элементов красной крови у пациентов высокогорья. Однако нельзя исключить влияние организации оказания помощи в условиях низкогорья и высокогорья.

Анализу подвергнуты данные сравнения типа кровотечения, при этом выделяли первичное и рецидивное кровотечение. Стоит отметить, что рецидивные кровотечения у представителей низкогорья составили $21,1 \pm 2,12\%$, а у высокогорцев $9,6 \pm 1,13\%$, различия достоверны ($p < 0,01$), результаты представлены на рисунке 5.5.

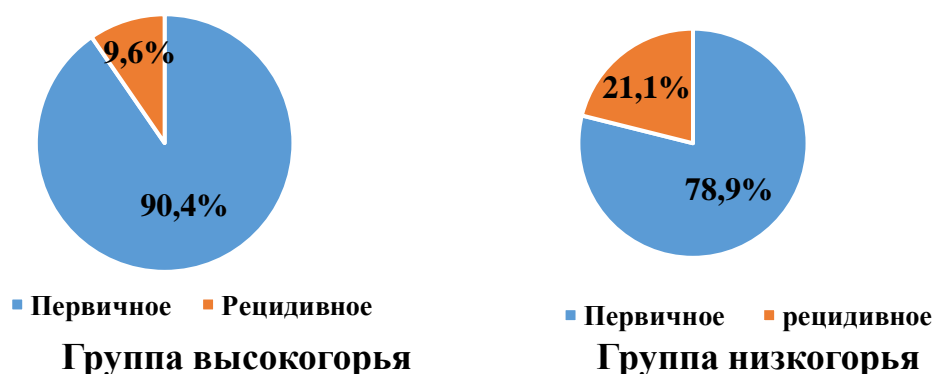


Рисунок 5.5 - Удельный вес рецидивных кровотечений пациентов высокогорья и низкогорья.

Меньшее число рецидивных кровотечений в условиях высокогорья можно объяснить более активным состоянием системы гемостаза. Так например, Вачёв А. Н. и соавторы называют предиктором рецидивного кровотечения количество тромбоцитов на уровне $120 \cdot 10^9/\text{л}$ или ниже.

Сравнению подвергнута и структура сопутствующих заболеваний пациентов страдающих язвенной болезнью, осложненной кровотечением. Необходимо отметить, что для пациентов, проживающих в высокогорье

сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой и респираторной систем значительно преобладают. Так гипертоническая болезнь разных степеней у представителей высокогорья отмечается в 7,0% случаев, тогда как жители низкогорья страдают данной патологией лишь в 4,9%, коронарная болезнь сердца в группе пациентов высокогорья имеет место в 4,5% случаев, тогда как пациенты низкогорья страдают от коронарной болезни сердца в 2,9%. Стоит выделить патологию респираторной системы, которая у представителей высокогорья была в $14 \pm 1,18\%$, тогда как для низкогорцев эта цифра составляла $4,0 \pm 0,96\%$.

Если сравнивать данные гастроскопии, то видим так же различия в локализации язвенного процесса у высокогорцев и представителей низкогорья. Установлено, что язвенный дефект, расположенный в желудке, у пациентов группы высокогорья встречается в $60,7 \pm 3,89\%$, тогда как у представителей низкогорья язва желудка обнаружена в $37,6 \pm 3,38\%$. Расположение язвенного дефекта в ДПК у представителей высокогорья было в $31,3 \pm 2,98\%$, тогда как у представителей низкогорья составляет $56,6 \pm 3,12\%$, следовательно расположение язв в желудке у высокогорцев было достоверно чаще ($p < 0,01$) в сравнении с низкогорцами. Сочетанное расположение язвы в желудке и ДПК у пациентов высокогорья встречалось в 4,5%, а у представителей низкогорья в 2,1%. Язва анастомоза для обеих групп была на одинаковом уровне, 3,5 и 3,7% соответственно ($p > 0,05$), результаты представлены на рисунке 5.7.

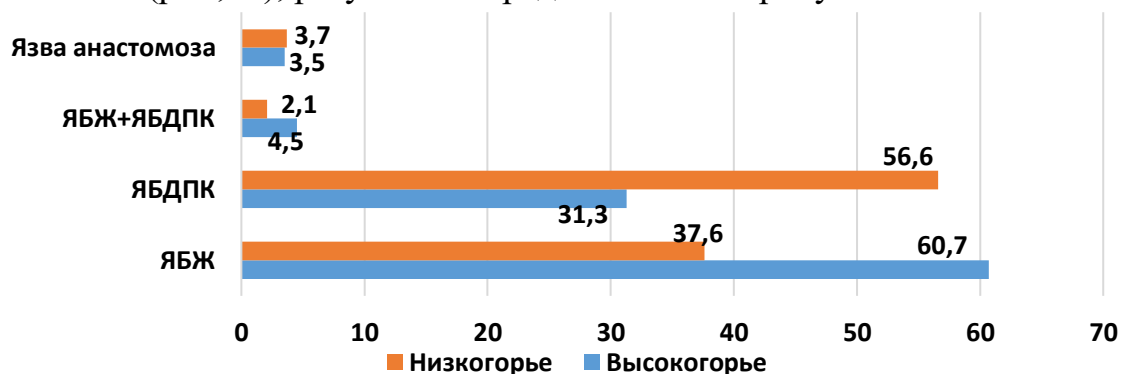


Рисунок 5.7 - Расположение язвенного дефекта (%).

При сравнении степени тяжести кровопотери отмечено, что для группы пациентов высокогорья легкая степень кровопотери составляла $58,6 \pm 3,93\%$, тогда как у пациентов низкогорья в $42,2 \pm 3,45\%$. Кровопотеря средней тяжести у пациентов высокогорья встречалась в 22,3%, а у пациентов низкогорья 21,0%. В степени кровопотери различия были недостоверны ($p > 0,05$). Следует отметить, что кровопотеря тяжелой степени в группе высокогорцев была в $9,1 \pm 2,30\%$ случаев, тогда как в группе низкогорцев она встречалась почти в 3 раза чаще и составляла $25,0 \pm 3,03\%$, результаты представлены на рисунке 5.9. Следовательно, для группы высокогорцев более характерна более легкая степень тяжести

кровопотери.

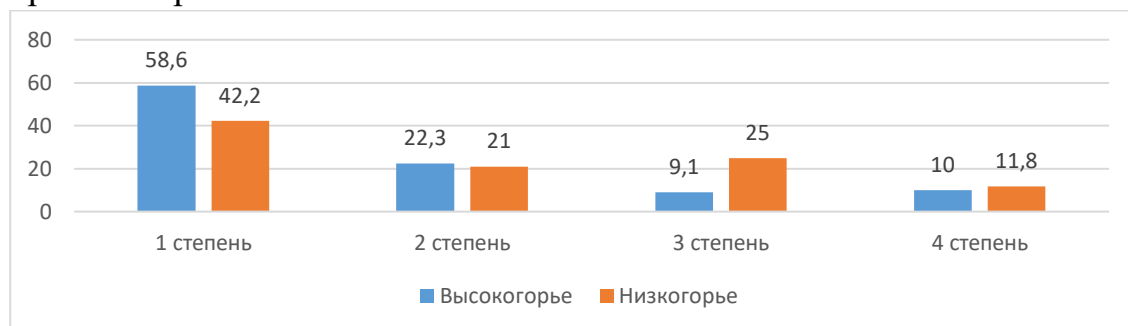


Рисунок 5.9 - Степень тяжести кровопотери у больных высокогорья и низкогорья.

Мы сопоставили степень кровопотери для пациентов с рецидивным кровотечением язвенной этиологии и пришли к выводу, что в обеих группах это осложнение протекает тяжелее, чем первичное и степени тяжести кровопотери представлены средней (1,9% для высокогорья и 5,9% для низкогорья), тяжелой (4,5% и 9,3% соответственно) и крайне тяжелой степенями (3,2% и 5,9% соответственно). Отмечается что для рецидивного кровотечения характерно кровотечение средней, тяжелой и крайне тяжелой степеней.

Также сравнены сроки достижения гемостаза в процессе лечения и установлено, что в первые сутки кровотечение было остановлено у большинства поступивших в обеих группах, но в группе пациентов высокогорья в первые сутки гемостаз был достигнут в 80,9% случаев, тогда как в группе низкогорья в 70,1% случаев, следовательно, в группе высокогорцев скорость достижения гемостаза выше, чем в группе пациентов низкогорья, результаты представлены на рисунке 5.11.

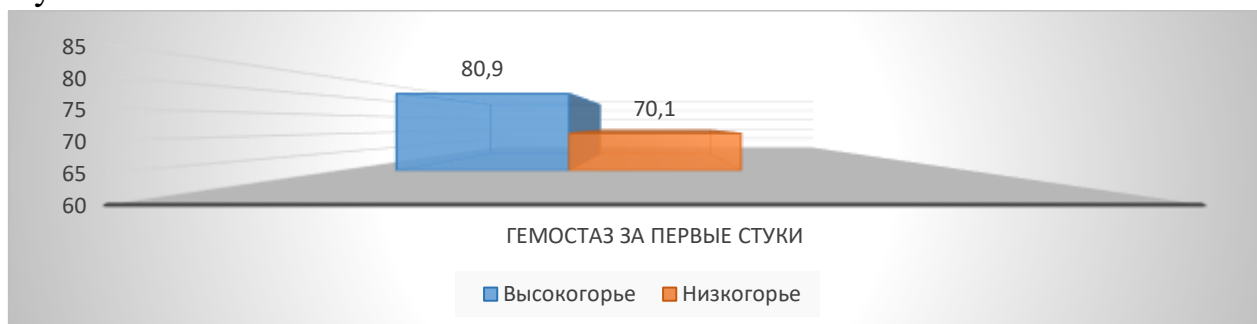


Рисунок 5.11 - Соотношение достижения гемостаза за первые сутки у больных высокогорья и низкогорья (в %).

В ходе исследования мы сравнили гематологические показатели пациентов обеих групп и выявили некоторые отличия. Так различия в показателях гемоглобина как в момент поступления, так и в момент выписки у пациентов группы высокогорья показатели гемоглобина выше, чем у представителей

низкогорья. Аналогичная ситуация и с количеством эритроцитов, гематокрита, тромбоцитов и тромбокрита.

В процессе работы сравнивали показатели коагулограммы, у больных проживающих в условиях высокогорья и низкогорья. При этом выявили различия, указывающие на более активное состояние системы гемостаза у пациентов группы высокогорья, так как отмечено более короткое протромбиновое время у пациентов высокогорья, АЧТВ, время начала и конца свертывания, говорящие о том, что требуется меньше времени для тромбообразования и более быстрому достижению гемостаза. Так же более высокие показатели протромбинового индекса, МНО, фибриногена подтверждающие то, что в условиях высокогорья система гемостаза находится в более активном состоянии, чем у пациентов низкогорья.

Детально проанализировав клинико-лабораторные и инструментальные результаты исследований больных с гастродуоденальным кровотечением в двух группах больных, мы построили алгоритм диагностики и лечения, который представлен на рисунке 5.14.

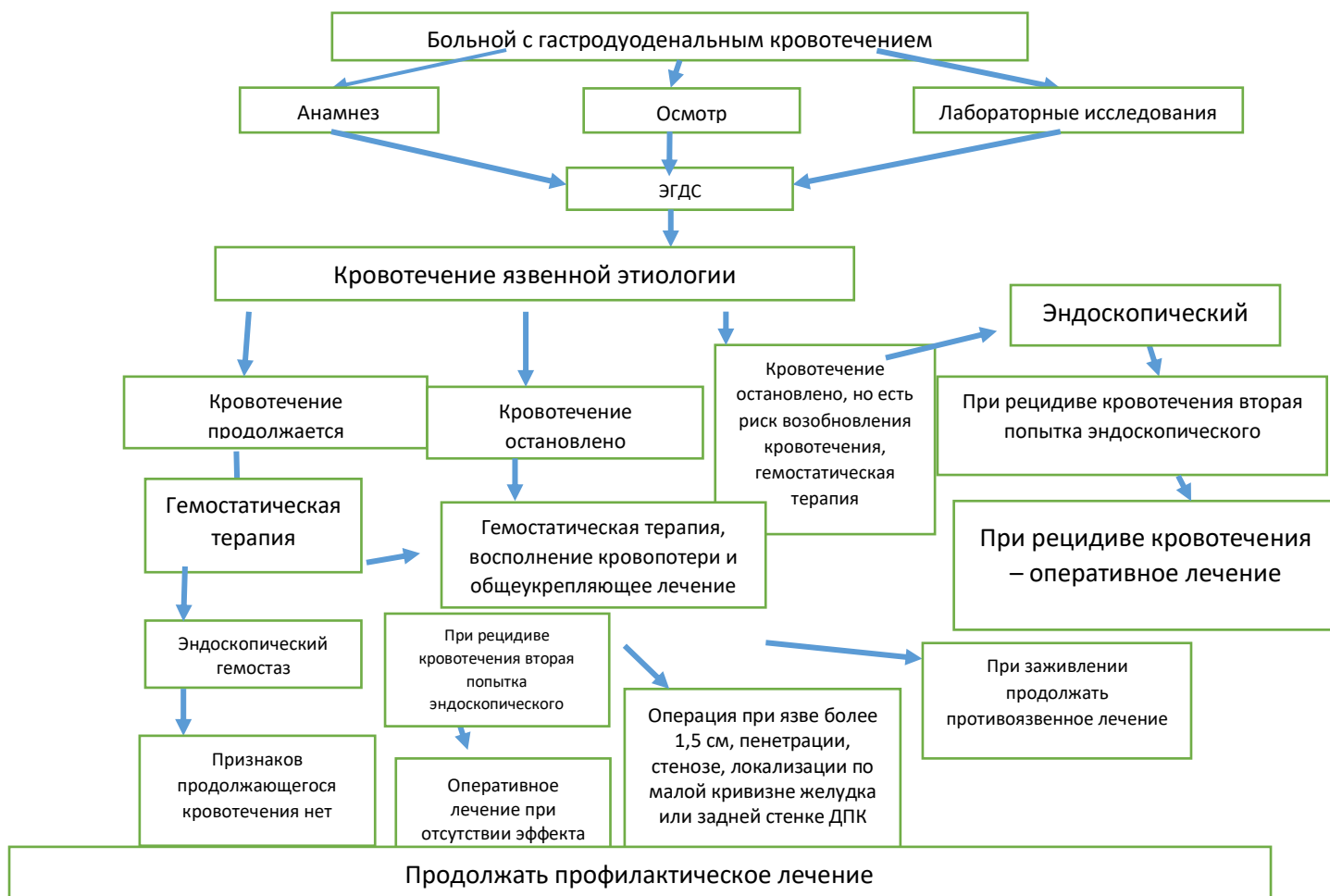


Рисунок 5.14 - Алгоритм ведения пациентов с гастродуоденальным кровотечением.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

1. У больных с гастродуоденальным кровотечением, проживающих в условиях высокогорья в наших наблюдениях большой удельный вес занимали мужчины и пациенты старше 50 лет. Язвенный процесс чаще локализуется в желудке и чаще кровопотеря первой и второй степеней. Показатели коагулограммы находятся на уровне верхней границы нормы. Рецидивные кровотечения встречаются в 2 раза реже и быстрее достигается гемостаз.

2. В условиях высокогорья при использовании традиционных методов гемостаза удается добиться остановки кровотечения в первые сутки госпитализации, но при этом необходимо учитывать размеры язвы, её локализацию (малая кривизна желудка и размеры язвы более 1,5 см, задняя стенка ДПК и размеры язвы более 0,8 см являются опасными зонами в связи с прохождением там крупных сосудов), при которых рекомендовано оперативное лечение.

3. Применение медикаментозной гемостатической терапии в группе низкогорья позволила добиться гемостаза в 83,0% случаев, а дополнительное применение разработанного нами метода эндоскопического гемостаза позволили добиться остановки кровотечения у 94,1% больных. В группе высокогорья применение медикаментозного гемостаза позволило добиться гемостаза в 97,4% случаев.

4. Разработанная нами методика эндоскопического гемостаза достаточно эффективна и проста в применении, не требует дополнительной специализированной аппаратуры, а сокращение сроков пребывания больных в стационаре позволяет снизить экономические затраты. Построенный алгоритм ведения пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением существенно облегчает работу врача-хирурга в плане выбора тактики, а пошаговое следование алгоритма ведет к достижению стабильного гемостаза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. При поступлении больного с гастродуоденальным кровотечением язвенной этиологии наряду с традиционным гемостазом использовать ЭГДС, для определения локализации язвы, её размеров и состояния кровотечения (остановилось, продолжается, есть риск повторного кровотечения).

2. При кровотечении, которое не удастся остановить консервативными методами лечения, использовать разработанную нами методику эндоскопического гемостаза с обязательным повторным ЭГДС осмотром для решения вопроса о течении язвенного процесса.

3. Рекомендовать больным, перенесшим гастродуоденальное кровотечение получение профилактического курса лечения каждые 6 месяцев, так же проходить ежегодное ЭГДС обследование с целью динамического

наблюдения за состоянием слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, предотвращения прогрессирования язвенной болезни для тех, у кого язвенная болезнь впервые выявлена.

4. Пациентам с рецидивным кровотечением язвенной этиологии с расположением язвенного дефекта по малой кривизне желудка и размерах превышающих 1,5 см и по задней стенке ДПК, превышающих 0,8 см рекомендовать оперативное лечение.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:

1. Оценка клинического течения гастродуоденальных кровотечений в горных условиях [Текст] / [Е. Ж. Жолдошбеков, Б. К. Осмоналиев, К. А. Ниязов, А. А. Ниязов] // Вестник Международного Университета Кыргызстана. - 2021. - № 2(43). - С. 124-129; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=45768077>

2. **Ниязов, К. А.** Различия показателей коагулограммы у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями, проживающих в горных условиях Кыргызской Республики [Текст] / К. А. Ниязов // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. - 2022. - № 1. - С. 88-94; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49139127>

3. Специфика язвенного процесса у больных с гастродуоденальными кровотечениями проживающих в горных условиях Кыргызской Республики [Текст] / [Е. Ж. Жолдошбеков, К. А. Ниязов, У. С. Мусаев, А. С. Токтосунов] // Здравоохранение Кыргызстана. - 2022. - № 3. - С. 48-55; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49427488>

4. **Ниязов, К. А.** Клинико-лабораторные показатели у больных с язвенными желудочно-кишечными кровотечениями проживающих в горных условиях Кыргызской Республики [Текст] / К. А. Ниязов // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. - 2022. - № 4. - С. 62-68; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=50062592>

5. Клиническое течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальным кровотечением у лиц, проживающих в городе Бишкеке [Текст] / [Е. Ж. Жолдошбеков, К. А. Ниязов, А. К. Ниязов, А. А. Ниязов] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2022. - № 5. - С. 35-39; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49079430>

6. Клинико-лабораторные показатели у больных с гастродуоденальными кровотечениями, проживающих в горных условиях [Текст] / [Е. Ж. Жолдошбеков, К. А. Ниязов, А. К. Ниязов, А. А. Ниязов] // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. - 2022. - № 5. - С. 40-44; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=49079433>

Ниязов Калыс Анарбековичтин «Тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан алгачкы жана рецидивдүү кан агуусунун клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү» деген темада 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: ашказан жарасы, бийик тоолор, жапыз тоо, ашказан, он эки эли ичеги, татаалдашуу, кан агуу, гемостаз.

Изилдөөнүн максаты. Тоолуу шарттарда жашаган бейтаптарда гастродуоденалдык кан агуу менен татаалданган ашказан жарасынын клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн изилдөө жана аларды дарылоонун натыйжаларын жакшыртуу.

Изилдөөнүн объектиси: ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы менен ооруган, кан агуу менен татаалданган 361 бейтап.

Изилдөөнүн предмети: кабыл алууда жана консервативдик жана хирургиялык дарылоо процессинде клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык методдордун натыйжалары.

Изилдөө ыкмалары: лабораториялык (кандын жалпы анализи, боор анализдери, кандын уюшунун системасынын көрсөткүчтөрү), инструменталдык (ЭГДС, рентген, УЗИ), статистикалык

Алынган натыйжалар жана алардын жаңылыктары: бийик тоолуу шарттарда туруктуу жашаган гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооруган бейтаптардын клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жана лабораториялык көрсөткүчтөрү изилденген.

Биринчи жолу дарылоо ыкмаларынын эффективдүүлүгүнө баа берүү жана бийик тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан кандын кайталануусунун аныкталган тобокелдик факторлоруна салыштырма талдоо жүргүзүлдү.

Жапыз тоолуу шарттарда жашаган бейтаптардан гастродуоденалдык жарадан кан агууну токтотууда тромбоциттерге бай плазманы колдонуу менен инъекциялык эндоскопиялык гемостаздын эффективдүүлүгү аныкталды.

Алынган маалыматтардын негизинде тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан биринчи жана кайталануучу кан агуунун диагностикасы жана дарылоо алгоритми түзүлдү.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Эмгектин жүрүшүндө алынган негизги корутундулар жана сунуштар хирургиялык бөлүмдөрдүн күнүмдүк клиникалык практикасында, ошондой эле окуу процессинде жана илимий изилдөөлөрдө колдонулушу мүмкүн.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия, эндоскопия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Ниязова Калыса Анарбековича на тему: «Особенности клинического течения первичных и рецидивных язвенных гастродуоденальных кровотечений в горных условиях» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17-хирургия

Ключевые слова: язвенная болезнь, высокогорье, низкогорье, желудок, двенадцатиперстная кишка, осложнения, кровотечение, гемостаз.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения язвенной болезни, осложненной гастродуоденальным кровотечением у пациентов, проживающих в горных условиях и улучшить результаты их лечения.

Объект исследования: 361 больной язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением.

Предмет исследования: результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов при поступлении и в процессе консервативного и хирургического лечения.

Методы исследования: лабораторные (общий анализ крови, печеночные тесты, показатели свертывающей системы крови), инструментальные (ЭГДС, рентген, УЗИ), статистический.

Полученные результаты и их новизна: впервые изучены особенности клинического течения и лабораторных показателей у больных с язвенным гастродуоденальным кровотечением, постоянно проживающих в условиях высокогорья.

Впервые проведена оценка эффективности проводимых методов лечения и сравнительный анализ выявленных факторов риска повторных язвенных кровотечений в условиях высокогорья.

Определена эффективность инъекционного эндоскопического гемостаза с использованием обогащенной тромбоцитами плазмы в остановке кровотечения у пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением, живущих в условиях низкогорья.

На основании полученных данных построен алгоритм тактики ведения и лечения первичных и рецидивных язвенных гастродуоденальных кровотечений в горных условиях.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, полученные в процессе работы, могут быть использованы в повседневной клинической практике хирургических отделений, а также в учебном процессе и научных исследованиях.

Область применения: хирургия, эндоскопия.

SUMMARY

dissertation of Niiazov Kalys Anarbekovich on the subject: "Features of clinical course of the primary and recurrent gastroduodenal ulcerous bleedings in the mountain conditions" for the degree of candidate of medical sciences on specialty 14.01.17 - surgery

Key words: peptic ulcer, highlands, lowlands, stomach, duodenum, complications, bleeding, hemostasis.

The purpose of the work: to study the features of the clinical course of peptic ulcer complicated by gastroduodenal bleeding in patients living in mountainous conditions and improve the results of their treatment.

Object of study: 361 patients with peptic ulcer of the stomach and duodenum complicated by hemorrhage.

Subject of research: results of clinical, laboratory and instrumental methods at the admission and in the course of conservative and surgical treatment.

Research methods: laboratory (general blood analysis, liver tests, coagulation indices), instrumental (EGDS, X-ray, ultrasound), statistical.

Results obtained and their novelty: for the first time the peculiarities of clinical course and laboratory indexes in patients with gastroduodenal ulcerous bleeding permanently residing in the high mountain conditions have been studied.

For the first time the efficacy of the treatment methods and the comparative analysis of the identified risk factors for recurrent peptic ulcer bleeding in the high mountain conditions have been evaluated.

The effectiveness of injectable endoscopic hemostasis using platelet-enriched plasma in stopping bleeding in patients with gastroduodenal ulcer bleeding, living in the low mountains has been determined.

On the basis of the obtained data the algorithm of management and treatment tactics of primary and recurrent ulcerative gastroduodenal bleeding in the mountainous conditions was constructed.

Degree of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations received during the work can be used in daily clinical practice of surgical departments, and also in educational process and scientific researches.

Area of application: surgery, endoscopy.

