

**И.К. АХУНБАЕВ атындагы
КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**КЫРГЫЗ РЕСПУБЛИКАСЫНЫН САЛАМАТТЫК САКТОО
МИНИСТРЛИГИ
УЛУТТУК ХИРУРГИЯ БОРБОРУ**

Д 14.22.650 диссертациялык кеңеши

Кол жазма укугунда
УДК 616.33/34-002.44-005.1:612.275.1

Ниязов Калыс Анарбекович

**ТООЛУУ ШАРТТАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫК ЖАРАДАН
АЛГАЧКЫ ЖАНА РЕЦИДИВДҮҮ КАН АГУУСУНУН
КЛИНИКАЛЫК ЖҮРҮШҮНҮН ӨЗГӨЧӨЛҮКТӨРҮ**

14.01.17 - хирургия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын
авторерефераты

Бишкек 2023

Илимий иш И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын факультеттик хирургия кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи: **Жолдошбеков Есенгельди Жолдошбекович**
медицина илимдеринин доктору, профессор,
И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык академиясынын факультеттик
хирургия кафедрасынын профессору

Расмий оппоненттер: **Ниязов Батырхан Сабитович**
медицина илимдеринин доктору, профессор,
С. Б. Данияров атындагы Кыргыз мамлекеттик
медициналык кайра даярдоо жана квалификациясын
жогорулатуу институтунун жалпы хирургия
кафедрасынын башчысы

Сыдыков Нурланбек Женишбекович
медицина илимдеринин кандидаты,
Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо
министрлигинин Улуттук хирургия борборунун тез
жардам көрсөтүү бөлүмүнүн башчысы

Жетектөөчү уюм: Эл аралык жогорку медицина мектеби, хирургиялык
оорулар кафедрасы (700254, Бишкек ш, көч.
Интергельпо, 1).

Диссертацияны коргоо 2023-жылдын 14-ноябрында саат 14.00дө медицина илимдеринин доктору (кандидаты) илимдеринин окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана тең уюштуруучу Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборуна караштуу Д 14.22.650 диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт (720044, Кыргыз Республикасы, Бишкек ш., 3-линия көчөсү, 25, 2-этаж конференц-зал дарегинде). Диссертацияны коргоо боюнча видеоконференцияга кирүү үчүн шилтеме: https://vc.vak.kg/b/d_1-xar-5tx-9lo

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек шаары, Ахунбаев көчөсү, 92), Кыргыз Республикасынын Саламаттык сактоо министрлигинин Улуттук хирургия борборунун китепканаларынан (720044, Бишкек шаары, 3-линия көчөсү, 25) жана <https://vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2023-жылдын 4-октябрында жөнөтүлдү.

**Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы,
медицина илимдеринин
кандидаты, доцент**



М. Б. Чапыев

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Ашказан жана он эки эли ичеги жарасы тамак сиңирүү системасынын кеңири таралган патологияларынын бири болуп саналат [В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, 2010; М. Э. Алыбаев, 2016; М. Г. Пугачева жана авторлош., 2019; С. Н. Стяжкина, 2020; R. Marmo et al., 2014; G. Rotondano, 2014]. Акыркы 30 жылдын ичинде дүйнөнүн ар кайсы аймактарында ашказан жара оорусуна чалдыгуу боюнча термелүүлөр болду. Ошентип, батыш өлкөлөрүндө оорунун төмөндөшү менен оң тенденция байкалууда, ал эми Азия чөлкөмү үчүн статистика анча сооротпойт жана 1990-жылдан бери ашказан жарасы оорусунун 25,82% га көбөйгөндүгү тууралуу далилдер бар [X. Xie et al., 2022]. Эң олуттуу кыйынчылыктардын бири гастродуоденалдык кан агуу болуп саналат, ал 15-20% учурларда кездешет [С. Н. Хунафин и соавт., 2012, 2014, 2019; М. Н. Климентов жана авторлош., 2019; В. Alan et al., 2005; I. Gralnek et al., 2008; A. Montedori et al., 2016].

Жаралуу гастродуоденалдык кан кетүүдөн өлүм бир нече жылдар бою өзгөрүүсүз бойдон калууда жана 5-14%ды түзөт, үзгүлтүксүз кан агууда 19-32%ке жетет, ал эми кайталанган кан агууда 30-45%ке чейин көбөйөт [Э. В. Луцевич, 2008; Л. Ф. Тверитнева жана авторлош., 2009, 2016; В. К. Гостищев, М. А. Евсеев, 2010; А. С. Ермолов жана авторлош., 2014; И. С. Малков жана авторлош., 2014; В. Н. Репин жана авторлош., 2014; С. Н. Хунафин жана авторлош., 2014; М. Э. Алыбаев, 2016; В. Г. Вербицкий, 2018; М. Г. Зайцев, 2018; F. Eisner, 2017; A. Kotha, 2020].

Өлкөбүздүн географиялык өзгөчөлүктөрүн, ар кандай географиялык бийиктиктеги калктын деңгээлин жана ички миграцияны эске алуу менен ашказан жара оорусун диагностикалаоо жана дарылоо маселелери дагы актуалдуу болуп баратат. Республиканын бүт аймагы деңиз деңгээлинен 500 метр бийиктикте жайгашкан; жарымынан көбү 1000ден 3000 метрге чейинки бийиктиктерде жана үчтөн бир бөлүгү 3000ден 4000 метрге чейинки бийиктиктерде жайгашкан [М. М. Миррахимов жана авторлош., 1978; А. С. Шаназаров жана авторлош., 2011; И. Е. Кононец жана авторлош., 2014; P. Aditya, 2018; Y. Xu, 2022].

Азыркы учурда эндоскопиялык гемостаз жаралуу этиологиядагы гастродуоденалдык кан агууну токтотуунун натыйжалуу ыкмаларынын бири катары таанылган. Бирок, эндоскопиялык гемостаздын көптөгөн заманбап ыкмаларынын болушуна карабастан, алар дайыма эле эффективдүү боло бербейт жана кайталануучу кан агууну алдын ала албайт [Н. В. Лебедев жана авторлош., 2012, 2013, 2015; А. С. Ермолов жана авторлош., 2014; E. Lipnitsky et al., 2014; D. Troland, A. Stanley, 2018].

Колдо болгон адабияттардан биз бийик тоолуу шарттарда ашказан жарасынын оорусунун клиникалык өзгөчөлүктөрү жана жарадан кан кетүүнүн

жүрүшү жөнүндө маалыматты таба алган жокпуз, алар жарадан кан кетүүдөн келип чыккан патологиялык шарттарды оңдоо механизмдерин түшүнүү үчүн жетишсиз.

Диссертациянын темасынын приоритеттүү илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү негизги илимий-изилдөө иштери менен болгон байланышы. Диссертациялык иш өз демилгеси менен аткарылган.

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

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Бийик тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан кан агуулар менен ооругандардын клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн изилдөө.

2. Дарылоо ыкмаларынын эффективдүүлүгүн баалоо жана жапыз жана бийик тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан кан агуусунун кайталанышынын тобокелдик факторлорун аныктоо.

3. Жапыз жана бийик тоолуу шарттарда жашаган бейтаптардагы гастродуоденалдык жарадан кан агууну дарылоонун натыйжаларына салыштырма анализ жүргүзүү.

4. Алынган маалыматтардын негизинде тоолуу шартта гастродуоденалдык жарадан биринчи жана кайталануучу кан агууларды диагностикалоонун жана дарылоонун алгоритмин иштеп чыгуу.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы:

1. Бийик тоолуу шарттарда туруктуу жашаган гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооруган бейтаптардын клиникалык жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү жана лабораториялык көрсөткүчтөрү изилденген.

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

3. Жапыз тоолуу шарттарда жашаган бейтаптардан гастродуоденалдык жарадан кан агууну токтотууда тромбоциттерге бай плазманы колдонуу менен инъекциялык эндоскопиялык гемостаздын эффективдүүлүгү аныкталды, бул үчүн рационализатордук сунушка 2 сертификат алынды: 1) «Эндоскопиялык ыкманы колдонуу менен ичеги-карындан кан агууну токтотуу ыкмасы» № 58/2022, И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын патенттик бөлүмүнүн чечими менен 06.06.2022 ж. берилген; 2) «Эндоскопиялык ыкманы колдонуу менен гастродуоденалдык кан агууну токтотуу ыкмасы» № 59/2022, И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын патенттик бөлүмүнүн чечими менен 06.06.2022 ж.

берилген.

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

Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү:

1. Тоо шартында гастродуоденалдык жарадан алгачкы жана рецидивдүү кандын агуусунун диагностикасынын жана дарылоонун алгоритми иштелип чыккан, ал бейтаптардын абалын жана дарылоонун натыйжалуулугун баалоого мүмкүндүк берет.

2. Биз иштеп чыккан ашказан жарасын гастродуоденалдык кан агуу менен эндоскопиялык дарылоо методу дарылоонун натыйжасын жакшыртууга жана жапыз тоолуу шарттарда жашаган бейтаптарда кайталануучу кан агуунун алдын алууга өбөлгө түздү (Бишкек шаарынын №1 шаардык клиникалык оорукананын ишке киргизүү актысы 06.07.2022-ж.).

Коргоого коюлчу диссертациянын негизги жоболору:

1. Бийик тоолордо жашаган бейтаптарда гастродуоденалдык жарадан кан агуулар эркектерге караганда аялдарда кыйла аз кездешет. Көбүнчө татаал жаралар 50 жаштан ашкан адамдарда байкалган, негизинен ашказан локализациясы, тез гемостаз жана жеңил кан жоготуу менен жана кан агуунун сейрек кайталанышы менен.

2. Бийик тоолуу шартта жашаган адамдардагы коагулограммасы жапыс тоолуу оорулууларга салыштырмалуу гемостатикалык терапиянын салттуу ыкмаларын колдонууда тез гемостазды камсыз кылган норманын жогорку чегинин деңгээлиндеги көрсөткүчтөр менен мүнөздөлөт.

3. Гастродуоденалдык жарадан кан кеткенде эзофагогастродуоденоскопияны дарылоо максатында колдонуу дарылоонун натыйжаларын жакшыртат, ал эми иштелип чыккан алгоритм диагностиканы жана дарылоонун көлөмүн тандоого мүмкүндүк берет.

Иденүүчүнүн жеке салымы тематикалык карталарды түзүү, изилдөө программасын түзүү, ретроспективдүү жана проспективдүү материалдарды иштеп чыгуу, бейтаптарды кароо жана алардын дарылоосуна катышуу, негизги жыйынтыктарды хирургдардын күнүмдүк ишине киргизүүнү камтыйт. Алынган натыйжаларды талдоо жана аларды статистикалык иштеп чыгуу жеке иденүүчү тарабынан жүргүзүлдү.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Диссертациянын негизги жоболору И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын жаш окумуштууларынын илимий-практикалык конференциясында (14-16 апрель 2021 ж., Бишкек ш.; 13-15 апрель 2022 ж., Бишкек ш.); И. К. Ахунбаев атындагы КММАнын факультативдик хирургия кафедрасынын жыйынында (Бишкек, 2022) талкууланып баяндалган

Диссертациянын натыйжаларынын жарыйаланышы. Диссертациянын темасы боюнча 6 изилдөө макала жарыкка чыккан, алардын ичинен 3 макала - Кыргыз Республикасынын Президентин алдындагы Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган.

Диссертациянын көлөмү жана түзүмү. Иш орус тилинде 142 бет компьютерде терүү, Time New Roman, Кириллица (14 шрифт, интервал 1,5) менен берилген жана кириш сөздөн, адабияттарга сереп салуудан жана 3 бөлүмдөн турган өздүк изилдөөлөрдөн, корутундулардан, практикалык сунуштардан, колдонулган 224 адабият булактарынын тизмеси, анын ичинен 76сы алыскы чет өлкөлөрдүн авторлордун эмгектери жана тиркемелерден турат. Диссертация 15 таблица жана 27 сүрөт менен иллюстрацияланган.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

Киришүүдө изилдөө темасынын актуалдуулугу негизделип, изилдөөнүн максаттары жана милдеттери баяндалат, коргоого сунушталган диссертациянын илимий жаңылыгы, практикалык мааниси жана негизги жоболору баяндалат.

1-бап. Адабий сереп. «Жаралуу этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуунун диагностикасынын жана дарылоонун учурдагы абалы» деген бапта ашказан жара оорусунун таралышы жана анын татаалдашы баяндалат жана бул патологияны дарылоонун негизги ыкмалары каралган. Бул бөлүмдө ошондой эле көптөгөн оорулардын жүрүшүнө бийик тоолуу гипоксиянын таасири жөнүндө адабият маалыматтары берилген. Адабияттарды карап чыгууда Нарын облусунун климаттык-географиялык мүнөздөмөлөрү жана дүйнө жүзү боюнча окумуштуулар колдонгон бийиктик зоналарынын учурдагы классификациялары берилген. Бийик тоолуу шарттарда оорулардын жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрүн талдап, бийик тоолуу шарттарда кан агуу менен татаалданган ашказан жара оорусунун жүрүшү боюнча маалыматтар жок экендиги белгиленди.

Бөлүм акыркы жылдардагы адабий булактарды колдонуп, сын көз караш менен берилген.

2-бап. "Изилдөө методологиясы жана ыкмалары" деген бапта бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөлөрү жана изилдөө ыкмалары баяндалат.

2.1 Изилдөөнүн объектиси жана предмети, бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөсү.

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.

Клиникалык байкоолордун жалпы мүнөздөмөсү. Изилдөөгө Бишкек

шаарында жана Нарын облустук бириккен ооруканасында жаралуу этиологиядагы гастродуоденалдык кан кетүүдөн стационардык дарыланган 361 бейтап камтылган.

Бийик тоолордо жашаган топко киргизүү критерийлери болуп Нарын облусунун бийик тоолуу конуштарында туруктуу жашаган жаралуу кан агуу менен ооруган бейтаптар саналган. Чектөө критерийлери жарасы жок этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуулар болгон.

Жапыз тоолуу шарттарда жашаган бейтаптардын тобуна киргизүү критерийлери болуп Бишкек шаарында жана ошол эле деңгээлде жайгашкан жакынкы райондордо (Сокулук, Москва, Аламүдүн, Ысык-Ата райондору) туруктуу жашаган бейтаптар эсептелген. Башка ашказан патологияларынын фонунда гастродуоденалдык кан агуусу бар адамдар жана жапыз тоодо убактылуу жашаган бейтаптар бул топ үчүн алып салуу критерийлери болгон.

Алардын топтор боюнча бөлүштүрүлүшү 2.1.1-таблицада келтирилген.

Таблица 2.1.1 - Оорулууларды жашы жана жынысы боюнча бөлүштүрүү

<i>Бийик тоолуу оорулуулар</i>									
Жынысы	Жалпы бейтаптар		анын ичинен жашы боюнча (жыл менен)						
	абс. с.	%	20 жашка чейин	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	70тен ашык
Эркек	131	83,4	3	5	21	33	34	15	20
Аял	26	16,6	1	3	5	1	8	2	6
Баардыгы	157		4	8	26	34	42	17	26
		100,0	2,5	5,0	16,6	21,7	26,8	10,8	16,6
<i>Жапыз тоолуу оорулуулар</i>									
Эркек	128	62,7	5	19	22	20	34	20	8
Аял	76	37,3	3	6	14	13	15	15	10
Баардыгы	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>Жалпысынан</i>									
Бардыгы	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

Бийик тоолуу шарттарда жашаган адамдардын анализи көрсөткөндөй, эркектер аялдарга караганда көбүрөөк кабыл алынат жана алардын катышы 5:1 болгон. Эң чоң топту 40 жаштан 60 жашка чейинки курактагы бейтаптар түздү (76 адам - 48,4%), ошондой эле олуттуу бөлүгүн 70 жаштан ашкандар түздү (26 адам - 16,6%).

Жапыз тоодогу бейтаптардын арасында эркектер да басымдуулук кылган,

бирок кабыл алынган 204 бейтаптын 128и (62,7%) эркектер. Алардын бул топтогу аялдарга карата катышы 1,6:1,0.

Ар кандай климаттык жана географиялык зоналарда оорунун узактыгын талдоо эң узак тарыхы бар бийик тоолуу аймактардын арасында 10 жылдан ашык ооруган бейтаптар болгонун көрсөттү. 3 жылдан 10 жылга чейин ооругандардын саны дээрлик бирдей болгон. Кабыл алынган бейтаптардын ичинен 27 адам (17,2%) өзүн дени сак деп эсептешкен. Оорунун ушундай эле мезгили жапыз тоолуу тургундардын тобунда да байкалган. Төмөнкү тоолуу шарттарда оору башталгандан тартып бир жылдан 3 жылга чейинки аралыкта ооруканага жаткырылган бейтаптар 2 эсе көп болгондугун, ал эми башка мезгилдерде анча чоң эмес термелүүлөр олуттуу айырмачылыктарды жаратпаганын белгилей кетүү керек.

Убакытты талдоодо төмөнкү бийиктиктеги бейтаптар көбүнчө 12 саатка чейин ооруканага жаткырылган, ал эми башка мезгилде көрсөткүчтөр барабар экендиги аныкталган.

Иш процессинде кандын кан агуунун биринчилик же кайталанма экендигин аныктоо зарыл жана бийик тоолуу топко (21,1-9,6%, тиешелүүлүгүнө жараша) салыштырмалуу төмөн тоолуу оорулууларда кайталанма кан агуунун жыштыгы жогору экени аныкталган.

Популяциянын эки зонасында коштолгон оорулардын анализи көрсөткөндөй, эки топто тең негизги оорулар жүрөк-кан тамыр патологиясы жана өнөкөт бронх-өпкө оорулары болуп саналат жана алардын жыштыгы эки топто тең дээрлик бирдей (тиешелүүлүгүнө жараша 65,6% жана 70,4%), бирок ошол эле учурда коштолгон патологиялар улгайган адамдарда көбүрөөк кездешкен, ал эми бронх-өпкө ооруларында - бийик тоолуу адамдарда.

Ошентип, клиникалык материалды талдоо көрсөткөндөй, эки зонада тең эркектер аялдарга караганда көбүрөөк кабыл алынган, бирок бийик тоолордо алардын катышы 5,0:1,0, жапыз тоодо 1,6:1,0 болгон. Бейтаптардын жаш курагы көбүнчө 40тан 60ка чейин болгон. Кош оорулардын мүнөзү эки топто тең дээрлик бирдей болгон. Кан кеткен учурдан тартып ооруканага жаткыруу узактыгы да эквиваленттүү болгон, 12 саатка чейинки мезгилди кошпогондо, төмөнкү бийиктиктеги бейтаптар ооруканага дээрлик 2 эсе көп жаткырылгандыгы белгиленген. Бийик тоолордо жашагандарга караганда, жапыз тоодо жашагандардын арасында кайталануучу кан агуулар көп болгонун белгилей кетүү керек.

2.2 Жара этиологиядагы гастроудоденалдык кан агуу менен ооругандарды текшерүү ыкмалары. Оорулууларды кабыл алууда оорунун тарыхына өзгөчө көңүл бурулуп, ашказан жарасынын узактыгы, кандай дарылоо жана анын эффективдүүлүгү, кан агуунун мезгили, биринчи жолу болгонбу же мурда байкалганбы жана кандай дарылоо колдонулганына көңүл бурулган.

Текшерүүдө жалпы абалына көңүл бурулуп, гемодинамикалык көрсөткүчтөр жана объективдүү текшерүүнүн жыйынтыгы эске алынган. Кабыл алуу учурунда жалпы кан анализи жүргүзүлүп, гемостаз көрсөткүчтөрү да текшерилген. Мындан тышкары, боор менен бөйрөктүн функционалдык абалын аныктоо үчүн жалпы заара анализи жана биохимиялык изилдөөлөр жүргүзүлгөн.

Кабыл алууда ич көңдөйүнүн органдарынын патологиясын аныктоо үчүн УЗИ изилдөө жүргүзүлгөн. Бул изилдөө реалдуу убакыт режиминде Philips HD5 аппаратынын жардамы менен жүргүзүлгөн. Бул дарылоо процессинде биз эске алган коштолгон ооруларды аныктоого мүмкүндүк берди. Жаранын жайгашкан жерин, анын өлчөмүн жана кан агуунун мүнөзүн (токтотулган, уланып жаткан, кайталануу коркунучу бар) аныктоо үчүн Pentax аппараты менен эндоскопиялык изилдөө жүргүзүлүп, ашказан жана он эки эли ичегинин былжырлуу кабыкчасын абалын баалоого мүмкүндүк берди.

Кандын уюшу системасынын параметрлерин баалоо үчүн жалпы кабыл алынган изилдөө методдору боюнча уюу убактысынын башталышы жана аягы, протромбиндин индекси, протромбин убактысы, МНО, АЧТВ, тромбоциттердин жана фибриногендердин саны аныкталган.

Кан жоготуунун оордугун В. К. Гостищев жана М. А. Евсеевдин (2005) классификациясын колдонуу менен клиникалык көрсөткүчтөр (эс-учун жоготуу аймактык дисциркуляцияны аныктоо, кан басымы, тамырдын кагышы, дем алуу ортостатикалык гипотензия, диурез) жана гемодинамикалык көрсөткүчтөр жана лабораториялык маалыматтар (гемоглобин, кызыл кан клеткалары, гематокрит) көрсөткүчтөрүн аныктоо менен жүргүзүлдү.

Эгерде клиникалык критерийлер гемоглобинге жана гематокритке туура келбесе, кан жоготуунун оордугу нормалдуу маанилерден эң көп айырмаланган көрсөткүчтөрдү эске алуу менен бааланышы керек. Биз тандап алган текшерүү ыкмалары бейтаптардын жалпы абалын баалоого, кан агуунун булагын аныктоого, операция жасоо же консервативдик дарылоону улантуу зарылдыгын чечүүгө мүмкүндүк берди. Бул ыкмаларды колдонуу консервативдик жана хирургиялык дарылоонун натыйжаларын баалоого жана гастродуоденалдык кан менен ооруган бейтаптарды кабыл алууда изилдөөлөрдүн көлөмүн тандоо боюнча сунуштарды берүүгө мүмкүндүк берет.

2.3 Маалыматтарды статистикалык иштеп чыгуу. Изилдөөнүн жыйынтыктары арифметикалык орточо (M), орточо квадраттык (G) чоңдуктарды менен вариациялык статистика методу менен иштелип чыккан, ал эми аныктык даражасы Student таблица менен t критерийине ылайык эсептелди.

3-бап. Үчүнчү бапта «Жапыз тоолордон келген оорулууларда гастродуоденалдык жарадан кансыраган бейтаптарды текшерүүнүн жана дарылоонун натыйжалары» Бишкек шаарындагы №1 шаардык клиникалык оорукананын хирургиялык бөлүмдөрүндө гастродуоденалдык кан агуулар боюнча стационардык дарыланган 204 бейтаптын (жаранын этиологиясы,

Бишкек шаарында жана ошол эле деңгээлде жайгашкан жакынкы райондордо туруктуу жашаган адамдардын) анализи берилген. Ошондой эле кандын түрү, гастродуоденалдык кан кетүү биринчи жолу болгонбу же көп жолу болгондугу аныкталды.

3.1 Жапыз тоолуу шарттарда жашаган жара этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөлөрү. Анамнезинен 204 бейтаптын ичинен 43 адамда 21,1%ды түзгөн кайталануучу кан агуулар болгондугу аныкталган, демек, кабыл алынгандардын дээрлик бештен бир бөлүгү кайталанган кан агуулар болгон.

Оорулууларды кабыл алууда негизги диагностикалык ыкма эндоскопиялык изилдөө болуп саналган, ал бардык пациенттерде жүргүзүлгөн. Бул изилдөө көрсөткөндөй, жара көбүнчө он эки эли ичегиде (115 адам - 56,6%), ашказан локализациясы азыраак кездешет (77 адам - 37,6%) жана кош локализация 5 пациентте аныкталган, бул 2,1%ды түзгөн. Ашказанга мурунку операциялардан кийин да анастомоздук жара табылган (7 адам – 3,7%). Операция жасалган бул 7 бейтапка жашаган жери боюнча ооруканаларда Бильрот-2 боюнча ашказан резекциясы жасалды, 7 бейтаптын тең операциясынын узактыгы 10 жылдан ашканын белгилей кетүү керек. Он эки эли ичегинин, негизинен арткы дубалдын жарасынын 28 учурунан жана ашказан жарасы менен ооруган 15 бейтапта азыраак ийрилик боюнча жайгашкан кайталануучу кан агуулар байкалган.

3.2 Жапыз тоолуу шарттардан келген бейтаптардагы жара этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуулар менен ооругандарды кароонун жана дарылоонун натыйжалары. Эндоскопиялык изилдөөнүн натыйжасында текшерилген пациенттерде кан агуунун кандай түрү болгондугу аныкталды, натыйжалар 3.2.2-таблицада келтирилген.

Таблица 3.2.2 - Forrest (1974) боюнча эндоскопиялык изилдөөнүн жыйынтыгы (1974)

ЭГДСтин жыйынтыктары	Жалпы бейтаптар	
	абс. с.	%
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
Баардыгы	204	100,0

Текшерүүнүн негизинде 23 бейтапта 11,6%ды түзгөн кан агуулар катталган. 147 бейтапта (72,0%) кан агуу токтотулган, бирок анын акыркы гемостазына ишеним жок, 34 (16,4%) бейтапта кан агууну акыркы контролдоо белгилери

аныкталган. Кайталануучу кан агуулар үзгүлтүксүз кан агуу менен мүнөздөлөт (Forrest 1A, Forrest 1B) же токтоп калган кан, бирок туруксуз гемостаз менен (Forrest 2A, Forrest 2B).

Кан жоготуунун оордугуна келсек, натыйжаларды талдоо көрсөткөндөй, эң чоң топту кан жоготуунун жеңил даражадагы 86 (42,2%) бейтаптар түзгөн, бирок оор даражасы менен оорулуулардын саны көп (51 адам-25%) жана орточо кан жоготуу менен бир аз азыраак (43 адам-21%) катталган. Белгилей кетсек, рецидивдуу кан агуу менен ооруган бейтаптарда кан жоготуу 12 бейтапта орточо оор (5,9%), 19да (9,3%) оор, 12 бейтапта (5,9%) өтө оор болгон, бул жара этиологиясынын алгачкы гастродуоденалдык кан агуусу бар бейтаптардагы көрсөткүчтөрдөн айырмаланат.

Гемостазга жетүү мөөнөттөрүн талдоо консервативдик терапияны алган бейтаптардын көпчүлүгүндө (70,1%) ооруканага түшкөндөн тартып биринчи сутканын ичинде кан агуулар токтотулгандыгын көрсөттү.

Канды токтотуу максатында бейтаптарда гемостаздын дарылык ыкмалары гана колдонулган эмес. Биз тромбоциттерге бай аутоплазманы киргизүү менен инъекциялык гемостазды колдонобуз. Методдун маңызы төмөнкүдөй: эндоскопия учурунда ашказандагы затты чыгарып, кан кеткен жараны аныктайбыз жана озондун концентрациясы 10 мкг/л болгон озондуу туз эритмеси менен сугарабыз. Гемостаз үчүн биз 20 мл өлчөмдөгү венадан алынган пациенттин өзүнүн канын колдонобуз жана андан бүт канды эки этаптуу центрифугалоо жолу менен тромбоциттерге бай плазманы алабыз. Тромбоциттерге бай плазмага 1:10 000 адреналин гидрохлоридинин 3 мл өлчөмүндөгү эритмесин кошобуз жана 4-6 мл көлөмдөгү эритмени эндоскопиялык ийне менен кан агуунун жарасынын коркунучтуу зонасынын былжыр астындагы катмарына сайабыз. Өздүк тромбоциттердин кан агуучу жерге, тактап айтканда, периулцероздук зонанын былжырлуу катмарына кириши жаралуу дефекттик аймактын кысуусуна жана тромбтун пайда болушуна өбөлгө түзөт, ал эми эритмеде адреналиндин болушу жергиликтүү вазоконстрикцияны күчөтөт, бул тез жана туруктуу гемостаз жана рецидивдердин өнүгүшүнө жол бербейт. 2 күн өткөндөн кийин, биз кан жара жана коркунучтуу зонанын абалын көзөмөлдөө үчүн ЭГДСтти кайталайбыз. Бул топто 26 бейтап аутоплазманы колдонуу менен биздин модификацияланган гемостаз ыкмасын колдонушту, анын натыйжасында гемостазга жетишилди. 2 бейтапта кайра ийне сайуу процедурасы талап кылынган, андан кийин акыркы гемостазга жетишилген. Канды токтоткондон кийин 1 айдан кийин текшерүүдөн өткөрдүк, анын жүрүшүндө жаралардын тырыктары байкалды.

Төмөнкү тоолуу шарттарда гастродуоденалдык жарадан кан кетүүнүн өзгөчөлүктөрүн талдоодо кандын көрсөткүчтөрүнө да көңүл бурдук. Биз кан токтоп калгандан кийин алынган натыйжаларды кандын баалуулуктары менен салыштырдык. Бул эки мезгилдин жалпы кан анализинин көрсөткүчтөрүн

салыштыруу кан токтогондон кийин да, агып чыгуу учурунда гемоглобиндин деңгээли баштапкы деңгээлден жогору болбогонун көрсөттү. Эритроциттердин саны да баштапкыга барабар болгон. Лейкоциттердин саны бир кыйла азайып, лимфоциттердин саны көбөйгөн. Гематокрит ошол эле деңгээлде сакталып, натыйжалары 3.2.5-таблицада келтирилген.

Таблица 3.2.5 - Консервативдик дарылоодон өткөн гастродуоденалдык кан агуулар менен ооруган бейтаптарда кандын жалпы анализинин көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөр	Кабыл алууда	Чыгарылганда	Р- Ишеним деңгээли M ₁ -M ₂
	M ₁ +m ₁	M ₂ +m ₂	
Гемоглобин, г/л	102,4±4,07	103,8±3	>0,05
Эритроциттер, *10 ¹² /л	3,76±0,13	3,84±0,11	>0,05
Лейкоциттер, *10 ⁹ /л	7,98±0,45	6,89±0,46	<0,05
Лимфоциттеры,%	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, *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

Хирургиялык бөлүмдөргө түшкөндө аныкталган коагулограмма көрсөткүчтөрүнө да көңүл бурулган. Төмөнкү тоолуу шарттарда жашаган бейтаптарда оорулуулардын басымдуу бөлүгү нормадан айырмаланган эмес.

Биздин сунуш кылган ыкманын натыйжалуулугун көзөмөлдөө үчүн, консервативдик гемостатикалык терапия алган окшош бейтаптар менен салыштыруу жүргүзүлгөн. Консервативдик гемостатикалык терапиянын эффективдүүлүгү 83,0%ды түздү. Эндоскопиялык гемостазды колдонуу кан агууну көзөмөлдөө пайызын 94,1% га чейин жогорулатты.

Консервативдик гемостатикалык терапия алган бейтаптар 11,1±1,5 күндө, ал эми тромбоциттерге бай аутоплазманы колдонуу менен эндоскопиялык гемостатикалык терапия алган бейтаптар ооруканага жаткырылгандан кийин 8,3±1,9 күндө канааттандыруу абалда чыгарылды. Хирургиялык дарылоодон өткөн бейтаптар үчүн ооруканада жатуунун узактыгы 12,4±1,2 күндү түздү. Тромбоциттерге бай аутоплазманы киргизүү ыкмасынын артыкчылыктарына коопсуздук, жеткиликтүүлүк жана арзан баа кирет.

Ошентип, биз иштеп чыккан эндоскопиялык гемостаз ыкмасын колдонуу гемостатикалык терапиянын натыйжаларын жакшыртууга жана ооруканада

жатууну кыскартууга мүмкүндүк берди, натыйжада дарылоого кеткен чыгымдарды кыскартууга жардам берди.

4-бап. Төртүнчү бапта «Бийик тоолуу шартта гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарды кароонун жана дарылоонун жыйынтыгы» Нарын облустук бириккен ооруканасынын хирургиялык бөлүмүндө жара этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуулар боюнча стационардык дарыланып жаткан бейтаптардын тобун (157 бейтап) изилдедик.

4.1 Бийик тоолордо жашаган жара этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөсү. Бул топто биз ошондой эле гастродуоденалдык кан кетүү биринчи жолу болгонбу же көп жолу болгонбу, бул дарылоо тактикасын тандоодо маанилүү болгондугун аныктадык. Анамнезинен 157 бейтаптын ичинен 15 адамда 9,6% ды түзгөн, башкача айтканда ар бир онунчу оорулууда кайра кан агуулар болгондугу аныкталган.

Эндоскопиялык текшерүүдө ашказан жарасы 88 (56,0%), он эки эли ичегиде азыраак - 55 (35,1%) жана 10 (6,4%) оорулууларда кош локализация аныкталган. Мындан тышкары, 4 бейтапта (2,5%) анастомоздук аймакта жаралар байкалган. Ашказанынын жарасы 1,5 смден ашкан 10 бейтапта жана он эки эли ичегинин жарасы менен 5 бейтапта кайталануучу кан агуулар байкалган.

4.2 Бийик тоолуу оорулууларда жара этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуулар менен ооругандарды кароонун жана дарылоонун натыйжалары. Эндоскопиялык изилдөөнүн натыйжасында текшерилген пациенттерде кан агуунун кандай түрү болгондугу аныкталган, натыйжалары 4.2.2-таблицада келтирилген.

Таблица 4.2.2 - Forrest (1974) боюнча эндоскопиялык изилдөөнүн жыйынтыгы

ЭГДСтин жыйынтыктары	Жалпы бейтаптар	
	абс. с.	%
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
Баардыгы	157	100,0

Толук текшерүүнүн негизинде 13 бейтапта (8,3%) кан агуу уланып, кан токтогону, бирок 119 бейтапта (75,8%) анын кайталанып кетүү коркунучу бар, 25 бейтапта (15,9%) кан агуу токтогону аныкталган. акыры. Кайталануучу кан кетүү көбүрөөк кан агуу менен мүнөздөлөт (Forrest 1A, Forrest 1B) же токтоп калган кан, бирок туруксуз гемостаз менен (Forrest 2A, Forrest 2B).

Кан жоготуунун оордугуна келсек, натыйжалардын анализи көрсөткөндөй,

эң чоң топту жалпы бейтаптардын санынан жеңил кан жоготуу менен ооруган бейтаптар түздү 92 (58,6%), бирок орточо кан жоготуу менен саны көп белгиленген - 35 адам (22,3%), ал эми оор жана өтө оор кан жоготуу менен ооруган бейтаптар бир кыйла аз (тиешелүүлүгүнө жараша 9,1% жана 10,0%) табылган. Белгилей кетсек, рецидивдүү кан агуу менен ооруган бейтаптарда кан жоготуу 3 бейтапта орточо оор (1,9%), 7 бейтапта (4,5%) оор, 5 пациентте (3,18%) оор болгон. Кайталануучу жаралуу кан кетүү негизги кан агууга салыштырмалуу бир кыйла оор өтүшү менен мүнөздөлөт.

Гемостазга жетишүү мөөнөттөрүн талдоо бейтаптардын көпчүлүгүндө (80,9%) ооруканага түшкөндөн тартып биринчи сутканын ичинде канды токтотууга мүмкүн болгонун көрсөттү.

Биз дарыланган бейтаптарды кабыл алууда жана байкоо жүргүзүүдө кандын жалпы анализин текшердик жана чыгаруу учурундагы изилдөөнүн натыйжаларын талдадык, натыйжалар 4.2.5-таблицада келтирилген.

Таблица 4.2.5 - Консервативдик дарылоодон өткөн гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарда кандын жалпы анализинин көрсөткүчтөрү

Көрсөткүчтөр	Кабыл алууда	Чыгарылганда	Р- Ишеним деңгээли 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
Эритроциттер, *10 ¹² /л	3,2±0,16	4,11±0,16	<0,01
Лейкоциттер, *10 ⁹ /л	9,85±0,54	6,63±0,25	<0,05
Лимфоциттер,%	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, *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

Кан агууну токтоткондон кийин жалпы кан анализинин көрсөткүчтөрү менен салыштырганда, гемоглобиндин олуттуу көбөйүшү, кызыл кан клеткаларынын саны кыйла көбөйгөн жана лейкоциттердин саны азайган. Тромбоциттердин саны көбөйүп, гематокрит дагы бир топ жогорулады.

Тромбоциттердин санынын маалыматтарын жогорку ПТИ индикаторлору менен бирге талдоо, натыйжада, коагуляциянын башталышы жана аяктоосу үчүн кыска убакытты берет, бул да бийик тоолуу шарттарда гемостатикалык системанын жогорку активдүүлүгүн көрсөтөт.

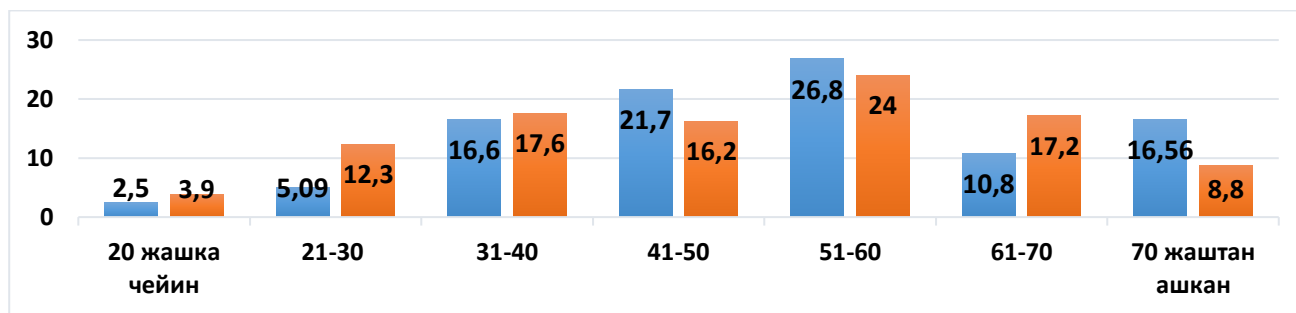
Консервативдик гемостатикалык терапия алган бейтаптар $10,2 \pm 1,1$ күндө чыгарылды. Хирургиялык дарылоодон өткөн бейтаптар үчүн ооруканада жатуунун узактыгы $11,7 \pm 1,4$ күндү түздү.

Бийик тоолуу топто консервативдик гемостатикалык терапияны колдонуу 97,4% учурларда гемостазга жетишүүгө мүмкүндүк берди.

5-бап. Бешинчи бапта «Бийик тоолордо жана жапыз тоолордо гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооругандардын негизги көрсөткүчтөрүнө салыштырма баа берүү» бийик жана жапыз тоолуу шарттарда алынган негизги көрсөткүчтөр салыштырылат.

Оорулуулардын гендердик катышын талдоодо, төмөн тоолуу шарттарда эркектер менен аялдардын катышы 1,6:1,0, ал эми бийик тоолуу райондордо эркектер аялдарга караганда 5 эсе көп экени аныкталган. Эгерде бийик тоолуу аймактарда аялдар $16,57 \pm 2,96\%$ түзсө, ал эми ойдуң жерлерде $37,7 \pm 3,39\%$ ды түзсө, айырмачылыктар олуттуу болгон ($p < 0,001$).

Жаш курак боюнча бөлүштүрүүнү талдоодо эки топто тең ооругандардын эң көп саны 51-60 жаштагылар экени аныкталган. Ошондой эле, эки топко тең ооруканага жаткыруулардын эң төмөнкү жыштыгы 20 жашка чейинкилер үчүн болгон, бирок 70 жаштан ашкан бейтаптар жапыз тоолуу шарттардын тобуна салыштырмалуу ($8,8 \pm 1,98\%$) бийик тоолуу шарттарда 2 эсе көп кездешкен ($16,56 \pm 1,98\%$), айырмачылыктар олуттуу ($p < 0,01$) жана тескерисинче, 21 жаштан 30 жашка чейинки бейтаптар төмөн тоолуу шарттарда 2 эсе көп кездешет, натыйжалар 5.2-сүрөттө көрсөтүлгөн.



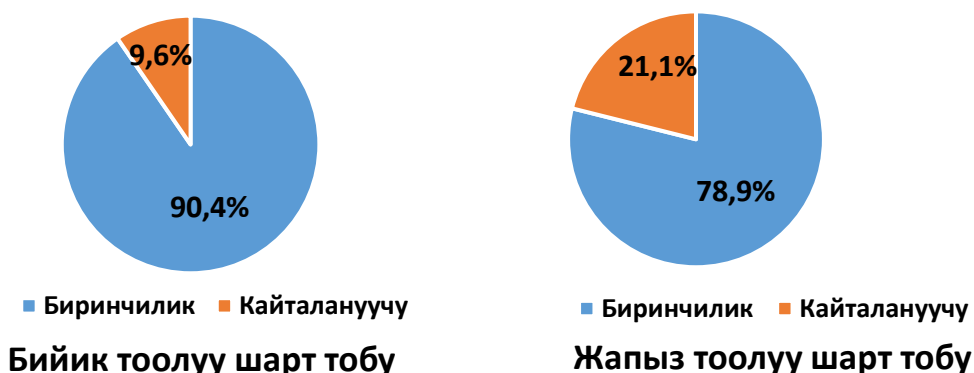
5.2-сүрөт - Бийик жана жапыз тоолордогу оорулуулардын жаш курагы %.

Биз оорунун пайда болуу мөөнөтүнө да көңүл буруп, эки топко тең көбүнчө ашказан жарасы менен 10 жылдан ашык ооруган бейтаптар түшкөнүн аныктадык, алар бийик тоолуу аймактарда $43,9 \pm 3,06\%$, ал эми жапыз тоолуу жерлерде $35,3 \pm 3,24$ түздү %, айырмачылыктар олуттуу эмес ($p > 0,05$), ал эми жарасы жок бейтаптар да бир топ санды түздү жана эки топто тең жыштык көрсөткүчтөрү салыштырылат (тиешелүүлүгүнө жараша 15,2% жана 17,2% жана айырмачылыктар олуттуу эмес $p > 0,05$).

Дарылоо тарыхын кароодо кан агуу башталгандан ооруканага жаткырылганга чейинки мезгилге көңүл бурулган. Көрсөткүчтөр

салыштырмалуу болуп чыкты, бирок төмөн тоолуу топто 6 сааттан 12 саатка чейинки аралыкта катышуу бийик тоолуу топко караганда 2 эсе көп болгону менен топтордун ортосундагы бул айырмачылыктар олуттуу эмес экендиги белгиленди ($p>0,05$). Бийик тоолуу адамдардын тобунда 3 күндөн кечирээк кабыл алынган бейтаптардын саны жапыз тоолуу бейтаптар тобуна караганда бир кыйла жогору болгонун белгилей кетүү керек, бул, кыязы, бийик тоолуу оорулуулардын айкыныраак компенсациялык механизмдер менен жана кызыл кан элементтеринин баштапкы жогорку мазмуну менен шартталган. Бирок, төмөнкү жана бийик тоолуу шарттарда жардам көрсөтүүнү уюштуруунун таасирин жокко чыгарууга болбойт.

Кандын түрүн салыштырган маалыматтар анализденип, негизги жана кайталануучу кан агууну айырмалайт. Белгилеп кетсек, жапыз тоолордун өкүлдөрүндө рецидивдүү кан агуулар $21,1\pm 2,12\%$ ды, ал эми бийик тоолордо $9,6\pm 1,13\%$ ды түздү, айырмачылыктар олуттуу ($p<0,01$), натыйжалар 5.5-сүрөттө келтирилген.



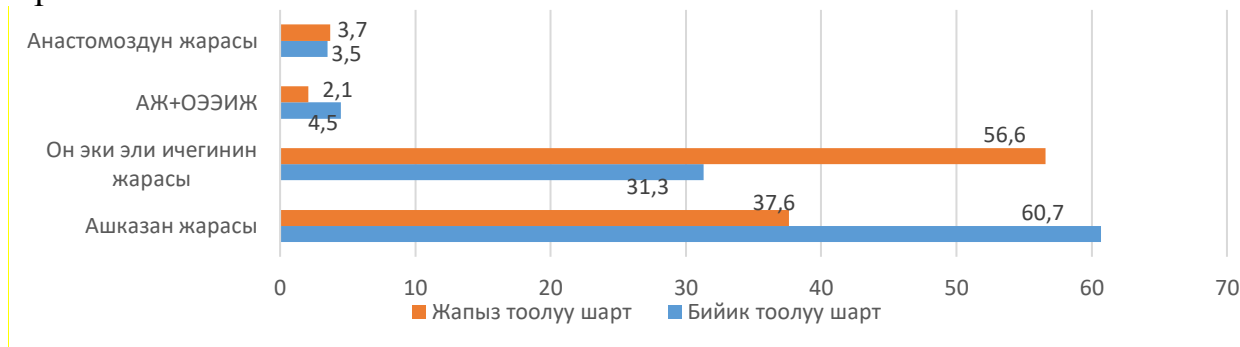
5.5 - сүрөт - Бийик жана төмөнкү бийиктиктеги бейтаптарда кайталануучу кан агуулардын үлүшү.

Бийик тоолуу шарттарда кайталануучу кан агуулардын аз болушу гемостатикалык системанын активдүү абалы менен түшүндүрүлөт. Мисалы, Вачев А.Н. жана авторлоштор $120\cdot 10^9/\text{л}$ же андан төмөн деңгээлдеги тромбоциттердин санын рецидивдүү кан агуунун алдын ала көрсөткүчү деп аташат.

Ошондой эле кан агуу менен татаалданган ашказан жарасы менен ооруган бейтаптардын коштолгон ооруларынын структурасы салыштырылган. Белгилей кетсек, бийик тоолордо жашаган бейтаптар үчүн жүрөк-кан тамыр жана дем алуу органдарынын кош бойлуу оорулары басымдуулук кылат. Ошентип, бийик тоолуу тургундарда ар кандай даражадагы гипертония $7,0\%$ учурда байкалат, ал эми жапыз тоолуу жашоочулар бул патологиядан $4,9\%$ гана жабыркайт, бийик тоолуу оорулуулардын тобунда жүрөктүн ишемиялык оорусу $4,5\%$ учурларда кездешет, ал эми төмөн тоолуу бейтаптар $2,9\%$ жүрөктүн ишемиялык оорусунан жапа чегишет. Дем алуу системасынын патологиясын баса белгилей кетүү керек, бийик тоолордун өкүлдөрүнүн арасында $14\pm 1,18\%$ түзсө, жапыз тоолуу

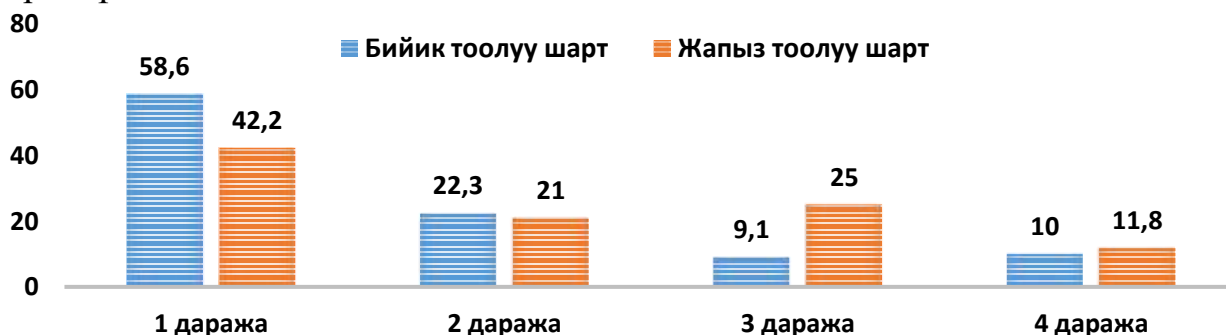
адамдарда бул көрсөткүч $4,0 \pm 0,96\%$ ды түзгөн.

Эгерде биз гастроскопиянын маалыматтарын салыштыра турган болсок, биз ошондой эле бийик тоолуу тургундар менен жапыз тоолуу аймактардын өкүлдөрүнүн ортосунда жара жарасынын локализациясында айырмачылыктарды көрөбүз. Ашказанда жайгашкан жара $60,7 \pm 3,89\%$ бийик тоолуу топтун бейтаптарында кездешет, ал эми төмөн тоолуу топтун бейтаптарында ашказан жарасы $37,6 \pm 3,38\%$ табылган. Он эки эли ичегидеги жара кемтигинин жайгашуусу бийик тоолордо $31,3 \pm 2,98\%$ түзсө, жапыз тоолордо $56,6 \pm 3,12\%$ түздү, ошондуктан ашказандагы жаралар бийик тоолуу адамдарда кыйла кеңири таралган ($p < 0,01$) жапыз тоолуктарга салыштырмалуу. Ашказандагы жана он эки эли ичегидеги жаранын чогуу жайгашкан жери бийик тоолуу оорулуулардын $4,5\%$ да, ал эми жапыз тоолуу оорулуулардын $2,1\%$ ында табылган. Анастомоздун жарасы эки топко тең бирдей деңгээлде болгон, тиешелүүлүгүнө жараша $3,5$ жана $3,7\%$ ($p > 0,05$), натыйжалар 5.7 - сүрөттө берилген.



5.7 - сүрөт - Жаранын жайгашкан жери (%).

Кан жоготуунун оордугун салыштырганда, бийик тоолуу тобу үчүн кан жоготуунун жеңил даражасы $58,6 \pm 3,93\%$ ды түзсө, төмөн тоолуу оорулууларда $42,2 \pm 3,45\%$ ды түзгөнү белгиленген. Орточо кан жоготуу $22,3\%$ бийик тоолуу оорулууларда, $21,0\%$ тоолордо болгон. Кан жоготуу даражасындагы айырмачылыктар олуттуу эмес ($p > 0,05$). Белгилей кетсек, бийик тоолуу тайпада катуу кан жоготуу $9,1 \pm 2,30\%$ учур болсо, жапыз тоо тайпасында дээрлик 3 эсе көп катталып, $25,0 \pm 3,03\%$ ды түзгөн, натыйжалар 5.9 - сүрөттө көрсөтүлгөн.



5.9 - сүрөт - Бийик жана төмөнкү бийиктиктеги бейтаптардагы кан жоготуулардын оордугу.

Биз жаралуу этиологиядан кайталанган кан агуу менен ооруган бейтаптар үчүн кан жоготуу даражасын салыштырып көрдүк жана эки топто тең бул татаалдашуу биринчиликке караганда оорураак өтөт жана кан жоготуунун оордугу орточо (бийик тоолор үчүн 1,9% жана жапыз тоолор үчүн 5,9%), катуу (4,5% жана 9,3%) жана өтө оор (тиешелүүлүгүнө жараша 3,2% жана 5,9%) деген жыйынтыкка келдик. Кайталануучу кан агуулар орточо оор, оор жана өтө оор даражадагы кан агуулар менен мүнөздөлөрү белгиленет.

Ошондой эле дарылоо процессинде гемостазга жетишүү мөөнөтү салыштырылып, биринчи күнү эки топко тең түшкөн бейтаптардын басымдуу бөлүгүндө кан агуу токтоп калган, ал эми бийик тоолуу оорулуулар тобунда биринчи суткада 80,9% учурларда кан токтошу аныкталган, ал эми төмөн тоолуу топто - 70,1% учурларда, демек, бийик тоолуу оорулуулардын тобунда гемостазга жетишүү көрсөткүчү төмөн тоолуу оорулуулардын тобуна караганда жогору, натыйжалар 5.11 - сүрөттө берилген.

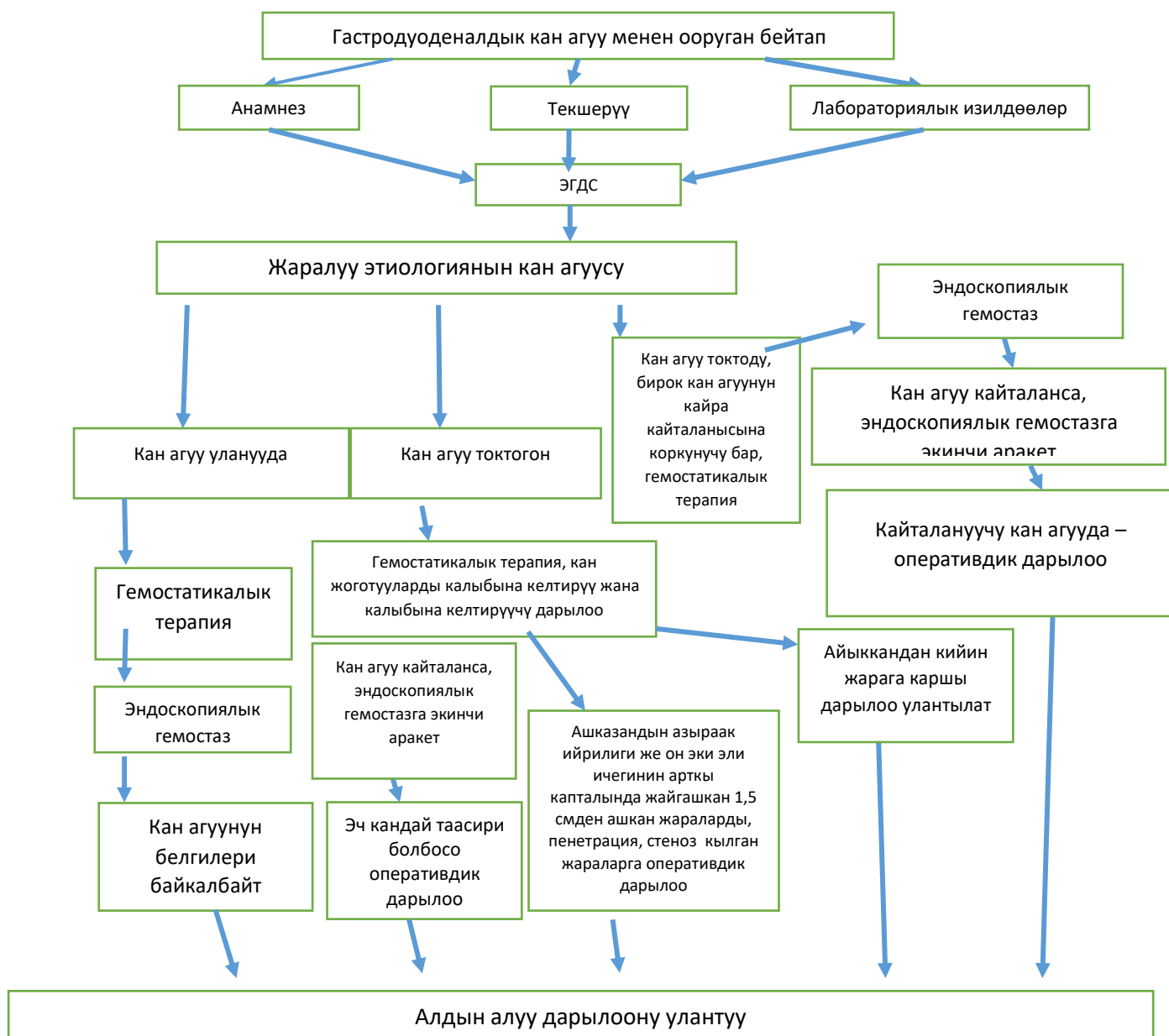


5.11 - сүрөт - Бийик жана төмөнкү бийиктиктеги бейтаптарда биринчи суткада кан токтотууга жетишүү коэффициенти (%).

Изилдөөнүн жүрүшүндө биз эки топтогу бейтаптардын гематологиялык көрсөткүчтөрүн салыштырып, айрым айырмачылыктарды аныктадык. Ошентип, гемоглобиндин деңгээлинин айырмачылыктары бийик тоолуу группадагы оорулууларда кабыл алуу учурунда да, айыгуу учурунда да, гемоглобиндин деңгээли жапыз тоолуу группага караганда төмөнүрөөк. Эритроциттердин, гематокриттин, тромбоциттердин жана тромбокриттин саны менен абал окшош.

Иштин жүрүшүндө бийик жана жапыз тоо шартында жашаган пациенттердин коагулограммасынын көрсөткүчтөрү салыштырылды. Ошол эле учурда, бийик тоолуу оорулууларда протромбиндик убакыттын кыскарышы, АЧТВ, коагуляциянын башталышы жана аяктоо убактысы белгиленгендиктен, бийик тоолуу топтун пациенттеринде гемостатикалык системанын активдүү абалын көрсөткөн айырмачылыктар аныкталды, тромб пайда болушу жана тезирээк гемостазга жетишүү үчүн азыраак убакыт талап кылынат. Ошондой эле протромбин индексинин, МНОдин, фибриногендин жогору болушу бийик тоолуу шарттарда гемостатикалык системанын төмөнкү бийиктиктеги бейтаптарга караганда активдүү абалда экендигин тастыктайт.

Пациенттердин эки тобунда гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарды изилдөөнүн клиникалык, лабораториялык жана инструменталдык натыйжаларын деталдуу талдап, биз диагностика жана дарылоо алгоритмин түздүк, ал 5.14 - сүрөттө келтирилген.



5.14 - сүрөт – Гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарды дарылоо алгоритми.

КОРУТУНДУЛАР:

1. Биздин байкоолорубуз боюнча, бийик тоолордо жашаган гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарда 50 жаштан ашкан эркектер жана бейтаптар көп үлүшүн түзгөн. Жара жаралуу процесси ашказанда локалдашкан жана көбүнчө биринчи жана экинчи даражадагы кан жоготуулар болот. Коагулограмма көрсөткүчтөрү нормалдуу жогорку чегинде. Кайталануучу кан агуулар 2 эсе аз келип, гемостаз тезирээк ишке ашат.

2. Бийик тоолуу шарттарда гемостаздын салттуу ыкмаларын колдонууда ооруканага жаткырылгандын биринчи күнү эле канды токтотууга болот, бирок жаранын өлчөмүн, анын жайгашкан жерин (ашказандын азыраак ийрилиги жана жаранын өлчөмү 1,5 смден, он эки эли ичегинин арткы дубалы жана 0,8 смден ашкан жара чоң тамырлардын өтүшүнө байланыштуу коркунучтуу зоналар болуп саналат) хирургиялык дарылоо сунушталат.

3. Төмөнкү топко дары-дармек менен гемостатикалык терапияны колдонуу 83,0% учурларда гемостазга жетишүүгө мүмкүндүк берди, ал эми биз иштеп чыккан эндоскопиялык гемостаз ыкмасын кошумча колдонуу бейтаптардын 94,1%ында канды токтотууга жетишүүгө мүмкүндүк берди. Бийик тоолуу топтун гемостаз дары-дармектерин колдонуу 97,4% учурда гемостазга жетишүүгө мүмкүндүк берди.

4. Биз иштеп чыккан эндоскопиялык гемостаз ыкмасы кыйла эффективдүү жана колдонууга жеңил жана кошумча атайын жабдууларды талап кылбайт жана бейтаптардын ооруканада болуу мөөнөтүн кыскартуу экономикалык чыгымдарды кыскартууга мүмкүндүк берет. Жаралуу гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарды башкаруунун түзүлгөн алгоритми тактиканы тандоо жагынан хирургдун ишин кыйла жеңилдетет, ал эми алгоритмди этап-этабы менен сактоо туруктуу гемостазга жетишүүгө алып келет.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Оорулуу жаралуу этиологиядагы гастродуоденалдык кан агуу менен келип түшкөндө, салттуу гемостаз менен катар жаранын жайгашкан жерин, анын өлчөмүн жана кан агуунун абалын аныктоо үчүн эндоскопияны колдонушат (токтотулган, уланууда, кайра кан кетүү коркунучу бар).

2. Консервативдик дарылоо ыкмалары менен токтотууга мүмкүн болбогон кан кеткен учурда жара жаралуу процесстин жүрүшү жөнүндө маселени чечүү үчүн милдеттүү түрдө кайталап эндоскопиялык изилдөө менен биз иштеп чыккан эндоскопиялык гемостаз ыкмасын колдонуңуз.

3. Ар бир 6 ай сайын гастродуоденалдык кан агуу менен ооруган бейтаптарды профилактикалык дарылоо курсун алуу жана биринчи жолу ашказан жарасы менен ооругандар үчүн ашказан жана он эки эли ичегинин былжыр челинин абалына динамикалык мониторинг жүргүзүү жана ашказан жарасынын өрчүшүнө жол бербөө максатында жыл сайын эндоскопиялык текшерүүдөн өтүү сунушталсын.

4. Ашказандын кичине ийрилигин бойлото жана 1,5 смден ашкан өлчөмдөрү жана он эки эли ичегинин арткы дубалын бойлото жана 0,8 смден ашкан жарасы бар жаралуу этиологиядагы кайра кайталануучу кан агуусу бар бейтаптарга хирургиялык дарылоо катуу сунуш кылынат.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

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.

