

**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/.342-002.44-005.1-072.1-089

Шеров Руслан Расулжанович

**ГАСТРОДУОДЕНАЛДЫК ЖАРАДА КАН АГУУДАГЫ
КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО ЭНДОСКОПИЯЛЫК
КИЙЛИГИШҮҮНҮН МҮМКҮНЧҮЛҮКТӨРҮ**

14.01.17 - хирургия

Медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын
авторефераты

Бишкек - 2023

Диссертациялык иш Россия Федерациясынын Саламаттык сактоо министрлигинин Федералдык ммлекеттик бюджеттик мекемесине караштуу Федералдык медицина жана биология агенттигинин Федералдык илимий-клиникалык борборунун хирургия кафедрасында аткарылды.

Илимий жетекчи:

Черепанин Андрей Игоревич

медицина илимдеринин доктору, профессор,
Россия Федерациясынын Саламаттык сактоо министрлигинин Федералдык ммлекеттик бюджеттик мекемесине караштуу Федералдык медицина жана биология агенттигинин Федералдык илимий-клиникалык борборунун хирургия кафедрасынын башчысы.

Расмий оппоненттер:

Сопуев Андрей Асанкулович -

медицина илимдеринин доктору, профессор, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын оперативдүү хирургия курсу менен госпиталдык хирургия кафедрасынын башчысы

Султангазиев Расул Абалиевич

медицина илимдеринин доктору,
Кыргызстан Эл аралык университетине караштуу «Аманат» университеттик клиникасынын илимий консультанты

Жетектөөчү уюм:

Ош мамлекеттик университети, хирургиялык оорулар кафедрасы (7140000, Ош ш., көч. Ленин, 331).

Диссертацияны коргоо 2023-жылдын 5-декабрында саат 15.00дө 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 31-октябрында жөнөтүлдү.

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



М. Б. Чапыев

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Гастродуоденалдык жарадан кан агуу ашказан жана он эки эли ичегидеги ашказан жарасынын олуттуу татаалдыгы болуп саналат, бүгүнкү күнгө чейин шашылыш хирургиянын актуалдуу көйгөйү болуп келет [Ian M. Gralnek et al., ESGE Guideline – Update, 2021]. Жогорку ашказан-ичеги каналынан курч кан агуунун эң кеңири таралган себептери болуп варикоздук эмес гастродуоденалдык кан агуулар саналат [Ian M. Gralnek et al., ESGE Guideline – Update, 2021]. Гастродуоденалдык жарадан кан агуу эркектерде жана улгайган адамдарда көбүрөөк байкалат, оорунун таралышы 100 000 калкка 48-160 адамды түзөт [С. Ф. Багненко, 2009]. Медицина илиминин жетишкендиктерине жана хирургиялык практиканын ийгилигине карабастан, жаралуу гиперплазиянын жыштыгынын жогорулоо тенденциясы сакталууда. Ошентип, 2005-жылдан 2015-жылга чейинки мезгилде гастродуоденалдык жаралуу кан менен ооругандардын саны 1,5 эсеге көбөйгөн [С. N. Hunafin et al., 2012, 2014, 2019; M. N. Klimentov et al., 2019; B. Alan et al., 2005; I. Gralnek et al., 2008; A. Montedori et al., 2016].

2000-жылдан 2020-жылга чейинки мезгилде ичеги-карындан кан агуудан операциядан кийинки өлүмдүн динамикасы бир гана өсүүдө [А. Ш. Ревешвили, 2020]. 2019-жылдан 2020-жылга чейин ичеги-карындан кан агуу курсак көңдөйүндөгү органдарынын курч ооруларынын арасында үлүшү көбөйдү, ошол эле учурда стационардагы өлүмдүн көрсөткүчү Россия Федерациясында 4,97%дан 7,75%га чейин, операциядан кийинки өлүм стационардын узактыгына жараша 12,9%дан 19,05%га чейин өзгөргөн. [А. Ш. Ревешвили, 2019]. 2015-жылдан 2021-жылга чейин ашказан-ичеги-карын трактынын жарасы менен ооругандардын көбөйүшү негизинен кош оорулуулардагы ашказан жана он эки эли ичегинин симптоматикалык жарасы менен шартталган.

Гастродуоденалдык жарадан кан агуусу бар бейтаптарды дарылоонун натыйжалары медициналык коомчулук тарабынан канааттандырарлык эмес деп табылат [И. М. Гралнек, 2008]. Гастродуоденалдык жарадан кан агуу кайталануу деңгээли 55%ке жетет [Дж. Р. Gisbert, 2006]. Гастродуоденалдык жарадан кан агуулардагы ооруканадагы өлүм кайталануучу кан агуулар менен бир жарым-эки эсеге көбөйөт [S. A. Giday, 2011].

Клиникалык абалды баалоодогу көз караштардагы айырмачылыктар, көп учурда стационардык дарылоонун этаптарында үзгүлтүксүздүктүн ыраатсыздыгы, консервативдик терапиянын эффективдүүлүгү жөнүндө пикирлердин ыраатсыздыгы бүгүнкү күнгө чейин сакталып келет [А. Н. Баркун, 2019]. Эндоскопиялык гемостазды (ЭГ) киргизүү дарылоонун натыйжаларын олуттуу жакшыртууга мүмкүндүк берди, бирок ЭГди колдонуу менен байланышкан маселелер биротоло чечиле элек [Л. I. Timen, 2013].

ЭГДС канды токтоткондон кийин жара оорусуна этаптуу жана кайра-кайра

таасир этүүдө жогорку натыйжалуулугун көрсөттү [M. Sanchez, 2008]. Оор абалдагы бейтаптар үчүн «үмүтсүздүктү эндоскопиялык кийлигишүү» менен катар, интенсивдүү терапияга же хирургияга параллелдүү кан агууну токтотуу үчүн эндоваскулярдык гемостаз жасалат, анын чектөөлөрү бар [G. A. Sarosi, 2005].

Ошол эле учурда гастродуоденалдык жарадан кан агуу учурунда кан жоготуунун өзү периулцералдык зонада ткандардын перфузиясынын начарлашына алып келет [A. E. Demko, 2005], жана ЭГ ыкмалары кыйроо процессин күчөтүшү мүмкүн [P. K. Breckan, 2003]. Ашказан-ичеги трактынын жара оорусун дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга болгон мүмкүнчүлүктөрдү жакшыртуу жана жергиликтүү гемостатикалык таасири бар инновациялык препараттарды активдүү киргизүү аркылуу мүмкүн болот [Н. В. Лебедев, 2010]. Узак мөөнөттүү айыкпаган, отко чыдамдуу ашказан жарасы өзүнчө көйгөй болуп саналат, айрыкча кош бойлуу оорулууларда актуалдуу. Бейтаптардын бул категориясы алгачкы ийгиликтүү гемостаздан кийин 30 күнгө чейин пайда болгон кечиктирилген кайталануучу кан агуу менен мүнөздөлөт [С. Эл. Ouali et al., 2014]. Кан агуунун кечиктирилген кайталанышынын ишенимдүү алдын алуу бул жараларды айыктыруу гана болушу мүмкүн. Тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманы колдонуу хирургиянын ар кандай тармактарында колдонулган репаративдик процесстерди стимулдаштыруунун эффективдүү ыкмасы экендигин далилдеди. Тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазма аз айыктыруу потенциалы менен ткандардын регенерациясын жакшыртууга жөндөмдүүлүгүн аныктаган аутологиялык факторлордун табигый концентрациясынан улам эпителизацияны тездетет [A. Mishra, 2009].

Тромбоциттерге бай плазма – аутологиялык өсүү факторлорунун табигый концентрациясын алуунун жөнөкөй, арзан жана минималдуу инвазивдик ыкмасы, ошондуктан учурда анын айыктыруу потенциалы төмөн ткандардын регенерациясын жакшыртууга жөндөмдүүлүгүн аныктоо үчүн эксперименттер кеңири жүргүзүлүүдө [Э. Э. Ачкасов жана авторлош., 2014]. Ошол эле учурда хирургияда тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманы колдонуу боюнча маалыматтар аз жана карама-каршы келет [E. Wee, 2011].

Ошентип, тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманы эндоскопиялык инъекциялык периулцердик башкаруу жолу менен жара оорусунда жаранын дефекттерди айыгышын тездетүү жана кеч рецидивдердин алдын алуу мүмкүнчүлүгүн изилдөө келечектүү көрүнөт. Жогоруда айтылгандардын баары бейтаптарды дарылоодо клиникалык жактан негизделген мамиленин жана гастродуоденалдык жарадан кан агуусун кайталанышын алдын алуу боюнча чараларды иштеп чыгуунун маанилүүлүгүн түшүндүрөт [C. S. Lo, 2006]. Проблеманын актуалдуулугу, кеп сандаган тактикалык маселелердин

чечилбегендиги, дарылоонун натыйжаларына канааттанбагандык бизди сунуш кылынган илимий изилдөөлөрдү жүргүзүүгө түрткү болду.

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. Гастродуоденалдык жарада кан агуу менен ооруган бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын алдын алууну жакшыртуу, рецидивдерди болжолдоо жана кан агуунун булагын аныктоонун эндоскопиялык ыкмаларынын натыйжалуулугун жогорулатуу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Гастродуоденалдык жарадан кан агуулар менен ооругандарды комплекстүү дарылоодо комбинацияланган жана изоляцияланган методдорду колдонуу менен динамикалык эндоскопиялык кийлигишүүнүн клиникалык натыйжаларын изилдөө.

2. Рецидивдердин пайда болушуна баа берүү менен ичеги-карын трактынын жарасы үчүн эндоскопиялык гемостаздын ар кандай ыкмаларынын натыйжалуулугуна жана ишенимдүүлүгүнө салыштырмалуу анализ жүргүзүү.

3. Гастродуоденалдык жарадан кан агуунун рецидивинин коркунучун болжолдоо шкаласын өркүндөтүү, рецидивдин предикторлору болгон олуттуу факторлорду бөлүп көрсөтүү.

4. Кайталануучу кан агуулардын алдын алуу жана жаранын айыгышын тездетүү максатында тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманы колдонуу менен айкалыштырылган эндоскопиялык дарылоонун жаңы ыкмасын иштеп чыгуу жана клиникалык практикага киргизүү.

5. Гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооруган бейтаптарды комплекстүү дарылоодо эндоскопиялык кийлигишүүнүн алгоритмин кайра кайталап кан кетүү коркунучун эске алуу менен иштеп чыгуу.

Алынган натыйжалардын илимий жаңылыгы:

Гастродуоденалдык жарадан кан агууну комплекстүү дарылоодо эндоскопиялык гемостаздын ар кандай методдорунун эффективдүүлүгүнө салыштырмалуу талдоо жүргүзүлгөн.

Туруксуз жергиликтүү гемостаздын эндоскопиялык белгилери аныкталды жана такталды. Гастродуоденалдык жарадан кан агуунун кайталанышын болжолдоо үчүн жакшыртылган интегралдык шкаласы иштелип чыккан.

Жара гемостатикалык процесстин динамикасы изилденген жана кайталануучу кан кетүүнүн жогорку тобокелдигин жоюу үчүн мөөнөттөр аныкталган.

Биринчи жолу гастродуоденалдык жаралардан кан кетишинин алдын алуу жана тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманын

гастродуоденалдык жараларынын айыгышын тездетүү максатында эндоскопиялык кийлигишүүнүн ыкмасы иштелип чыккан жана ишке киргизилген, *ага 2018-жылдын 14-февралында авторлоштукта Россия Федерациясы № 2644934 C1 патент алынды.*

Гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооругандарды башкаруу үчүн динамикалык эндоскопиялык кийлигишүүсү менен, кайталануучу кан кетүү коркунучунун даражасын эске алуу менен диагностикалык жана дарылоо алгоритми иштелип чыккан.

Алынган натыйжалардын практикалык маанилүүлүгү:

Гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооругандарды башкаруу үчүн динамикалык эндоскопиялык кийлигишүүсү менен, кайталануучу кан кетүү коркунучунун даражасын эске алуу менен диагностикалык жана дарылоо алгоритми өркүндөтүлдү *(Россия Федералдык медициналык-биологиялык агенттигинин Федералдык илимий-клиникалык борборунун Федералдык мамлекеттик бюджеттик мекемесинин 05.05.2022-ж. ишке ашыруу актысы).*

Баштапкы жана кайталануучу гастродуоденалдык жарадан кан агууну токтотуунун жана алдын алуунун ыкмасы катары комплекстүү эндоскопиялык гемостаздын эң эффективдүү вариантын дифференцияланган. Гастродуоденалдык жарадан кан агуунун рецидивинин алдын алуу үчүн ар кандай эндоскопиялык кийлигишүүсүнө көрсөтмөлөр иштелип чыккан.

Гастродуоденалдык жара оорусун эндоскопиялык дарылоонун принциптерине ылайык эндоскопиялык гемостаз методдорунун жумушчу классификациясы иштелип чыккан. Гастродуоденалдык жаралардан кан агуунун алдын алуу жана гастродуоденалдык жаралардын айыгышын тездетүү максатында тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманы инъекциялык жолу негизделген жана ишке ашырылган.

Тромбоциттерге байытылган аутоплазманы кансыраган ашказан жарасы менен ооруган бейтаптарга колдонууга көрсөткүчтөр жана каршы көрсөтмөлөр иштелип чыккан, алар үчүн РОСПАТЕНТте компьютердик программалардын реестрине 4 компьютердик программа катталган: 27.02.2020-ж. № RU 2020612623 *«Тромбоциттерден алынган өсүү факторлору менен байытылган аутоплазманы кан агуу менен татаалданган гастродуоденалдык жараларды дарылоодо колдонуу программасы»;* 26.02.2020-ж. № RU 2020612581 *«Антитромботикалык препараттарды (антиагреганттар жана антикоагулянттарды) кабыл алган ашказан жарасы менен ооруган бейтаптарды башкаруунун тактикасын тандоо программасы»;* 28.02.2020-ж. № RU 2020612677 *«Гастродуоденалдын жарадан кан кетүүсүн дарылоо үчүн жекелештирилген тактиканы адаптацияланган тандоо программасы» жана 25.11.2016-ж. «Ашказан жана он эки эли ичеги ооруларын дарылоо мобилдик тиркеме».*

Кайталануучу кан агууну болжолдоо үчүн клиникалык, лабораториялык жана эндоскопиялык критерийлер менен толукталган ылайыкташтырылган Rockall шкаласы изилденген.

Жактоого чыгарылган диссертациянын негизги жоболору:

1. Гастродуоденалдык жарадан кан агууну дарылоо комплексинде эндоскопиялык кийлигишүү монометоддору салыштырмалуу эффективдүүлүккө ээ, бирок рецидив пайда болуу мүмкүнчүлүгүн калтырат жана 10-21% учурларда рецидивден качууга мүмкүндүк бербейт, комбинацияланган эндоскопиялык гемостаз моноэндоскопиялык гемостаздан жогору турат. ыкмалары, бирок, жок эле дегенде, 1,6% учурларда рецидив менен коштолот.

2. Эндоскопиялык стратегиянын алгоритми төмөнкүлөрдү камтышы керек: интегралдык прогностикалык шкала боюнча рецидивдүү кан кетүү коркунучу боюнча бейтаптарды стратификациялоо, эндоскопиялык мониторинг жана жара гемостазынын өзгөчөлүктөрүнүн негизинде дифференцияланган эндоскопиялык кийлигишүү.

3. Тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманы колдонуу гастродуоденалдык жара оорусунун эпителизациясынын тездешинен улам гастродуоденалдык жарадан кан агуунун кечиккен рецидивдерин алдын алуу ыкмасы болуп саналат.

Изденүүчүнүн кошкон жеке салымы. Изилдеп жаткан проблема боюнча ата мекендик жана чет элдик адабияттарга аналитикалык сереп өз алдынча жүргүзүлдү. Автордун катышуусу менен изилдөөнүн долбоору түзүлүп, баштапкы медициналык документтердин үлгүлөрү алынган. Диссертациянын автору архивдик маалыматтарды чогултууга жана иштетүүгө түздөн-түз жеке катышкан. Диссертант гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооруган бейтаптарды кароого жана дарылоого активдүү катышкан. Автордун түздөн-түз катышуусу менен гастродуоденалдык жарасы бар оорулууларды дарылоонун хирургиялык принциптери иштелип чыккан жана практикага киргизилген. Автор алынган маалыматтарды статистикалык иштетүүнү жүргүзгөн, изилдөөнүн натыйжаларын талдап, корутундуларды, практикалык сунуштарды түзгөн жана диссертациялык ишти аяктаган.

Диссертациянын натыйжаларын апробациялоо. Диссертациянын материалдары Россиянын Федералдык медициналык жана биологиялык агенттигинин Федералдык илимий-клиникалык борборунун Федералдык мамлекеттик бюджеттик мекемесинин хирургия кафедрасында жана Окумуштуулар кеңешинин жыйынында (Москва, 2021; 2023) баяндалган жана талкууланган.

Диссертациянын натыйжаларынын жарыйаланышы. Диссертациянын темасы боюнча 4 макала Кыргыз Республикасынын Президентине караштуу

Жогорку аттестациялык комиссиясы тарабынан сунуш кылынган импакт-фактору 0,1ден кем эмес илимий мезгилдүү басылмаларда жарыяланган. Ойлоп табуулар боюнча 1 патент жана РОСПАТЕНТте компьютердик программалардын реестрине 4 компьютердик программа катталган.

Диссертациянын көлөмү жана түзүмү. Диссертациялык иш 155 беттен турган компьютер аркылуу терилген текстте баяндалган. Ал кириш сөздөн, 5 баптан, жыйынтыктардан, корутундудан, практикалык сунуштардан, колдонулган адабияттардын тизмесинен жана тиркемелерден турат. Диссертация 14 таблица жана 11 сүрөт менен иллюстрацияланды. Адабияттардын тизмеси 328 (183 орус тилинде жана 145 чет тилиндеги) булактардан турат.

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. «Гастродуоденалдык жарадан кан агууну комплекстүү дарылоодо эндоскопиялык натыйжалар» гастродуоденалдык жарадан кан кетүү көйгөйүнүн абалы, гастродуоденалдык жарадан кан кетүүдө колдонулуучу тактика, кайталануучу кан агууну болжолдоо, гастродуоденалдык жарадан кан агууну дарылоодо хирургиялык ыкмалар жана эндоскопиялык гемостаздардын жана профилактикалык гемостаздардын ыкмалары боюнча адабияттар берилген. Бул бапта гастродуоденалдык жарадан кан агууну диагностикалоого жана дарылоого катышкан ата мекендик жана чет элдик авторлордун адабий булактары колдонулган, негизинен акыркы 10-15 жылдагы эмгектер. Бап гастродуоденалдык жарасы бар бейтаптарда профилактикалык иш-чараларды колдонуунун натыйжаларынын кыскача баяндамасы менен аяктайт.

2-бап. "Методология жана изилдөө методдору" деген экинчи бапта бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөлөрү жана изилдөөлөрдү камтыган изилдөө ыкмалары жана алардын маалыматтык мазмуну баяндалат.

2.1. Изилдөөнүн объектиси жана предмети, бейтаптардын клиникалык мүнөздөмөсү. *Изилдөөнүн объектиси:* 510 ашказан жана/же он эки эли ичегинин жарасынан кан агуу менен татаалданган бейтаптарды дарылоонун тактикасы, прогнозу жана техникалык чечими. *Изилдөөнүн предмети:* гастродуоденалдык жаранын кан агуусунун кайталануу коркунучун баалоо негизинде эндоскопиялык гемостаздын варианттарына жараша жаранын гемостаз процессинин динамикасын изилдөө

Иш 452 бейтаптын дарылоонун натыйжаларына ретроспективдүү талдоо жүргүзүүгө негизделген, анын ичинен 54 оорулуу гастродуоденалдык кандын кайталанган жарасы жана узак мөөнөттүү айыкпаган гастродуоденалдык жарасы

бар 58 бейтаптын дарылоо натыйжаларынын келечектүү анализи. Алар 2008-жылдан 2020-жылга чейин А.В. Мартынов атындагы №1 госпиталдын хирургия кафедрасын, И.М. Сеченов Атындагы Биринчи Москва мамлекеттик медициналык институтунун дарылоо факультетинин Л.А. Ворохобова атындагы шаардык клиникалык ооруканасы, Россиянын Федералдык илимий жана клиникалык борборунун клиникаларында стационардык дарыланып жаткан. Алардын 347си (76,8%) эркектер, 105и (23,2%) аялдар. 452 бейтаптын 54үндө (11,95%) кайра кан агуулар болгон.

Гастродуоденальдык жара менен ооругандардын жаш курагы 15 жаштан 94 жашка чейин. Оорулуулардын орточо жашы $64,4 \pm 3,1$ жашты түздү. Кан агуу менен ооругандардын жалпы санынын 20,1% улгайган курактагыларга, 65,5% орто жаштагыларга жана 14,4% жаштарга таандык.

378 (83,6%) оорулууда коштолгон патология аныкталган, бул абдан ачык мүнөздө болгон. 74 (16,4%) гана коштоочу патология аныкталган эмес, алардын таралышы 2.1.2-таблицада келтирилген.

Таблица 2.1.2 – Бейтаптардын гастродуоденалдык жаранын кан агуудагы коштолгон патологиясы

<i>Оорулар</i>	<i>Абс. с.</i>	<i>%</i>
Жүрөк иемия оорусу	92	20,4
Гипертониялык оору	87	19,2
Стенокардия	52	11,5
Инфаркттан кийинки коронарокардиосклероз	29	6,4
Аритмия	29	6,4
Кантдиабет	26	5,8
Өпкөнүн өнөкөт обструктивдүү оорусу	21	4,6
Энцефалопатия	20	4,4
Нейротравма	16	3,5
Сөөктө коштолгон оорулар	12	2,7
Боор циррозу	6	1,3
Өнөкөт жетишсиздиги	5	1,1
Бөйрөк шишиги	4	0,9
Өпкөнүн туберкулезу	4	0,9
Коштолгон патологиясы жок	74	16,4
Коштолгон патологиясы менен	378	83,6
Бардыгы:	452	100

Көпчүлүк учурларда кан айлануу системасынын оорулары менен шартталган, 92 (20,4%) пациент жүрөктүн ишемиялык оорусунан жапа чеккен. Мындан тышкары, 29 (31,5%) же оорулуулардын жалпы санынын 6,4%ы мурда инфаркттан кийинки кардиосклероздун жана кан айлануунун жетишсиздигинин

өнүгүшү менен курч кармаган миокард инфарктын башынан өткөрүшкөн. Гипертониялык оору менен 87 (19,2%) бейтап жапа чеккен, ал эми гипертония учурлардын үчтөн биринде залалдуу болгон. Стенокардия 52 (11,5%) бейтап жабыркаган. 29 (6,4%) пациентте жүрөк ритминин бузулушу (дүлөйчөлөрдүн толкунунун жана дүлөйчөлөрдүн фибрилляциясынын туруктуу формасы) аныкталган, бул аритмияга каршы препараттарды дайыма колдонууну талап кылган.

Дарылоо ыкмасына ылайык, ретроспективдүү изилдөөгө киргизилген бардык бейтаптар эки топко бөлүнгөн:

Эндоскопиялык гемостаздын обочолонгон ыкмалары менен 1-топко 260 (57,5%) бейтап кирген. 2-топко 192 (42,5%) пациенттер кирди, аларда эндоскопиялык гемостаздын айкалыштырылган ыкмасы колдонулган.

1-топто гастродуоденалдык жаранын кан агуунун токтотуу үчүн изоляцияланган ар кандай ыкмалары колдонулган.

Аппликациялык эндоскопиялык гемостаз 30 (6,6%) бейтапта аткарылган жана колдонуу компонентинен (гемостатикалык клей "гемокомпакт") эндоскоп каналына киргизилген катетер аркылуу жаранын бетине насостолгон.

Инъекциялык эндоскопиялык гемостаз 131 (29%) оорулууларда массалык, үзгүлтүксүз кан агуулар жарасынын жайгашкан жерине карабастан колдонулган; адреналиндин 0,01% эритмесинен 5-10 мл инъекция колдонулган (официалдуу суюлтуу, 0,1%) эритмеси 1:10 0,9% NaCl эритмеси), 3-4 чекиттен паравазалдык жол менен, «Olympus» эндоскопиялык металл инжекторунун жардамы менен, 4 мм ийне менен, көбүнчө эң көп кан агымы болгон жерге киргизилген.

Аргон-плазмасынын коагуляциясы 29 (6,4%) пациенттерде, көбүнчө катуу, тыгыз ткандары бар жарасы бар, ошондой эле эндоскопиялык изилдөө учурунда токтоп калган кан агууда, айрыкча чоң көрүнгөн жерде колдонулган. жаранын түбүндө тромбоздалган тамыр (Forrest IIa). ERBE (Германия) фирмасынын APC-300 аргон булагына жана ICC-200 электрокоагуляторуна туташтырылган эндоскоптун биопсия каналы аркылуу аргон плазмасынын коагуляциясы үчүн зонд өткөрүлдү.

Эндоскопиялык гемостаз үчүн *электрокоагуляция* 84 (18,6%) пациентте колдонулган, ал эми биполярдык же монополярдык электрокоагуляция үчүн зонд жогорку жыштыктагы токтун жардамы менен жарадан кан агууну токтотуу үчүн колдонулган. Коагуляциялык эффектти пайда кылган токтун күчү 50 Вт кем эмес болушу керек. Коагуляциялык эффект үчүн жогорку жыштыктагы токтун оптималдуу таасири 2-3 секундун ичинде болушу керек, жалпы экспозиция убактысы орто эсеп менен 5-10 секунд. Монополярдык коагуляция эндотвизерлер менен жогорку жыштыктагы токтун жардамы менен жүргүзүлдү, үзгүлтүксүз коагуляциянын узактыгы 2-3 секунддан ашкан эмес.

Жаранын түбүндөгү кан кеткен тамырларды *клиптештирүү* 19 (4,2%)

пациентте жакшы визуализация менен, атайын “Olympus hemoclip” кан тамыр гемоклиптерин колдонуу менен жүргүзүлгөн. Клипаторду колдонуу менен клиптер эндоскоптун инструменталдык каналынан өтүп, кан агуучу тамырга колдонулат.

2-топко гемостаздын көптөгөн айкалыштырылган ыкмаларынын ичинен (инъекция + АПК; клиптештирүү + клей; инъекция + клей; электрокоагуляция + клей ж.б.) биздин клиникада акыркы жылдарда эң көп колдонулган эки (ИГ + АПК жана ИГ + АЭГ) топтогу бейтаптар кирди репрезентативдик критерийлерге жооп берген.

Комбинирленген ыкманы колдонуу менен оорулуулардын экинчи тобу (192 пациент) 2 подгруппага бөлүнгөн. Биринчи подгруппада 130 бейтап (67,7%) адегенде биринчи этапта инъекция ыкмасын колдонушкан, андан кийин кан токтогондо же экинчи этапта анын интенсивдүүлүгү азайганда АПК колдонушкан, экинчи подгруппада 62 (32,3%). Инъекция ыкмасын колдонуу менен канды токтоткондон кийин, биз «Гемокомпакт» клей менен колдонуу ыкмасын колдондук. Айкалыштырылган ыкманы колдонуунун абсолюттук көрсөткүчү инъекциялык гемостаздан кийин кан агуу болгон.

Медициналык документтерди ретроспективдүү талдоодо 2 топко бөлүнгөн 54 (11,95%) бейтапта гана кайталанган кан агуулар болгон. I подгруппага 26 (48,15%) пациент кирген, аларда автордун Rockall шкаласы боюнча (>6 балл) кайталанган кан агуулар болжолдонгон жана колдонулган дарылоо ыкмаларынын натыйжасыздыгынан улам пайда болгон. II подгруппа 28 (51,85%) пациенттерден турган, аларда автордун Rockall шкаласы боюнча (<=4 балл) кайталануучу кан кетүү болжолдонбогон, бирок болгон.

2.2. Лабораториялык жана аспаптык изилдөө ыкмалары.

Оорулуулардын физикалык абалына баа берүү Америкалык анестезиологдор ассоциациясынын (American Society of Anesthesiologists (ASA)) шкаласы боюнча жүргүзүлгөн. Баштапкы кан жоготуунун оордугу оорулуунун абалына жараша жеңил, орточо жана оор деп диурез, жүрөктүн согушу, кан басымы, борбордук вена басымы, шок индекси, Hb, жана жалпы кан айлануунун жетишсиздиги бааланган.

Бейтаптарды текшерүү ашказан жана он эки эли ичегинин жарасын диагностикалоо жана дарылоо стандарттарына ылайык жүргүзүлдү - *Москва шаардык бойго жеткен калкка стационардык медициналык жардам көрсөтүү стандарты, код 72.190 (Москва Саламаттык сактоо комитетинин 1998-ж. 30-декабрындагы № 686 буйругуна тиркемелер), жана ашказандын жана он эки эли ичегинин ашказан жарасынын жарасына каршы адистештирилген медициналык дарылоонун стандарты - Россия Федерациясынын Саламаттык сактоо министрлигинин 2012-жылдын 9-ноябрындагы № 773 буйругу*: кандын, зааранын клиникалык анализи, кандын биохимиясы, электрокардиограммалар,

ашказандын рентгендик изилдөөлөрү, ич органдарын УДИ изилдөө, эндосонография, эндоскопия. Эң маанилүү диагностикалык ыкмалардын бири ЭГДС болуп саналат, ал төмөнкүлөргө мүмкүндүк берет: - ашказан-ичеги-карын жолдорунун жогорку бөлүгүнөн болгон же уланып жаткан кан агуу фактысын аныктоого же аны жокко чыгарууга; - кан агуунун булагынын ордун жана анын мүнөзүн аныктоо; - уланып жаткан кан агуу менен эндоскопиялык гемостаздын мүмкүнчүлүгүн баалоо; - гемостаздын туруктуулук даражасын жана аны эндоскопиялык потенциялоонун зарылдыгын баалоо; - кайталануучу кан кетүү ыктымалдыгын аныктоо.

Изилдөө бейтаптын кабыл алынгандан кийин (30 60 мүнөткө чейин) мүмкүн болушунча тез арада жүзөгө ашырылат. Геморрагиялык шок абалында түшкөн бейтаптарга ЭГДС наркоз менен жана дары-дармек менен тынчтандыруу абалында жасалган. Экспертиза IT-10, ХТ-30, ЭВИС-1Т-140, ЭВИС-130 жана ЭВИС-140 (Olympus) видеоэндоскопиялык системалары менен кеңири каналдуу иштөөчү гастрофиброскоптор менен жүргүзүлдү. Изилдөө учурунда кызыл өңгөчтүн былжыр челинин абалына, ичеги грыжасынын болушуна, ашказан жана он эки эли ичегинин былжыр челинин абалына баа берилди. Ашказанда патологиялык аралашмалардын бар экендиги белгиленди. Кан агуунун булагын аныктоодо жара кемтигинин өлчөмү, анын тереңдиги, жарада тамырлардын бар-жоктугу жана уланып жаткан кан агуунун бар же жоктугу бааланат. Кан агуунун эндоскопиялык мүнөздөмөлөрү J. Forrest (1974) классификациясы боюнча бааланган.

Гастродуоденалдын жарасынан кан агуунун өнүгүшүндө рецидивдин ыктымалдыгын баалоо үчүн автордук жана Rockall интегралдык шкалалары (RSS) колдонулган. Интегралдык RSS автордун RSS шкаласынын лабораториялык жана А.А.Гринберг, И.И. Затевахина, А.А. Щеголев (1996) иштеп чыккан эндоскопиялык маалымат шкаласын, ошондой эле рецидивдүү кан кетүүнүн жогорку ыктымалдуулугунун Chen J.J. 1997-жылы (ар бир табылган пунктка алардын маанисине жараша 2ден 4кө чейин кошумча баллдар берилген) эндоскопиялык предиктерлери менен толуктоо жолу менен алынган:

1) Лабораториялык изилдөөлөр: а) кабыл алууда гемоглобиндин деңгээли 50 г/л жана андан төмөн курч кан жоготуу шартында - абсолюттук божомолдоочу (+4 балл)

2) Эндоскопиялык:

а) ашказандын 1,3 см жана он эки эли ичегинин диаметри 0,8 см же андан ашык жаралары, алар кан агуунун булагы катары кызмат кылган – авторлордун пикири боюнча да абсолюттук божомолдоочу (+4 балл);

б) Chen J.J. 1997-ж., жарада бермет түстөгү кургак учуктун же бермет жээктүү кызыл кургак учуктун болушу, тарабынан сунушталган кайталануучу кан кетүү ыктымалдыгынын эндоскопиялык предиктерлери. (+2 балл).

Автордун RSS жана интегралдык RSS салыштырма баалоо автордун RSS тарабынан кайталануучу кан кетүү алдын ала айтылбаган, бирок болгон 28 пациентте жүргүзүлгөн.

Эгерде кан кетүү натыйжалуу токтотулса, бардык пациенттер негизги эндоскопиядан 4-6 саат өткөндөн кийин жана туруктуу гемостаздын белгилери пайда болгонго чейин контролдук эндоскопиядан өтүштү. Бул убакыттын ичинде интенсивдүү консервативдик терапия жүргүзүлгөн. Эгерде контролдук эндоскопия боюнча кайталануучу кан кетүү коркунучу сакталса, эгерде пациенттин абалы интенсивдүү консервативдик терапиянын фонунда турукташса, операциялык жана анестетикалык тобокелдиктин төмөн (ASA 2) же орточо (ASA 3) даражасы аныкталса, анда бейтаптарга шашылыш түрдө операция жасалган.

Жаранын эпителизациясын жакшыртуу жана кан агуунун кечиктирилген рецидивдерин алдын алуу максатында тромбоциттик факторлор менен байытылган аутоплазманын (ТФБА) эндоскопиялык инъекциялары колдонулган.

Ашказан-ичеги-карын трактынын жарасы менен ооруган бейтаптарда ТФБАны колдонуу боюнча изилдөөгө узак мөөнөттүү айыкпаган гастродуоденалдык жарасы менен ооруган 58 бейтап камтылган, аларда дарылоонун 10-күнүндө кайра кайталануучу кан кетүү коркунучу сакталган жана жаранын эпителизациясынын белгилери жок болгон. Бул бейтаптардын бардыгы консервативдик терапияны жана эндоскопиялык гемостазды алышкан. Жаранын айыгуу стадиясын баалоо үчүн жапониялык Sakita-Miwa классификациясы колдонулган.

Изилдөө үчүн A1 стадиясына ылайык келген эндоскопиялык сүрөтү бар бейтаптар тандалып алынган (жараны курчап турган былжыр чел шишиктин натыйжасында шишип кетет, эпителийдин регенерациясы жок) же A2 (жаранын айланасындагы былжыр челдин шишиги азайган, жаранын чети даана көрүнүп, жараны калыбына келтирүүчү эпителийдин четинде биринчи бутактары пайда болгон). Жаранын периметри боюнча көбүнчө кызыл жээк көрүнүп турат, ал эми түз четинде тегерек формадагы ак котур болот. 10-күнү былжыр челдин конвергенген бүктөмдөрү жаранын четине чейин байкалат. Салыштырмалуу туруктуу гемостазга (FIIc) жеткенден кийин, бейтаптар эки топко бөлүнгөн.

Консервативдик дарылоо бейтаптардын бардык топторунда кайталануучу кан кетүү коркунучу бар мезгилге (орто эсеп менен 3 күнгө чейин): катуу төшөктө эс алуу, орозо кармоо, ашказан менен он эки эли ичегинин мазмунуна мониторинг жүргүзүү үчүн туруктуу назогастралдык түтүк, кан басымын, жүрөктүн кагышын, борбордук вена басымын, саат сайын диурезди, Hb, Ht жана щелоч-кычкыл абалы индикаторлорунун көзөмөлүндө борбордук веналарды колдонуу менен гиповолемиа деңгээлине ылайыктуу көлөмдө рационалдуу

инфузиондук терапия колдонду.

Дары-дармек терапиясы негизги жана патогенетикалык дарылоодон турат. Негизги терапия гемостатикалык жана гемо-алмаштыргыч таасири бар дарыларды колдонууну камтыды (нативди плазманы, криопреципитат, эритроцит массасын, аминоксапон кислотасын, булчуңга викасолду, дицинонду, натрий этамзилатын тамырга киргизүү).

Антисекретордук терапия (протондук насосун блокаторлору) жана антациддик гелдер берилди. Патогенетикалык терапияга цитопротектордук (де-нол суткасына 480 мг, 14 күн) жана репаративдик процесстерди күчөтүү механизми (метилурацил 1 г суткасына 3 жолу) киргизилген. Анти-хеликобактер терапиясына кларитромицин суткасына 1000 мг, амоксициллин 2000 мг суткасына 10 күн, эндоскопиялык кан агууну контролдоодон кийинки экинчи күнү башталган.

2.3. Маалыматтарды статистикалык иштеп чыгуу. Маалыматтарды статистикалык иштетүү Microsoft Access 2000 программасында жана Statistica 6 программасында иштелип чыккан маалымат базасын колдонуу менен жүргүзүлдү. Айырмачылыктардын маанилүүлүгү χ^2 тести, Фишердин так тести жана Стьюденттин t-критерий жардамы менен аныкталды. Көп өзгөрмөлүү талдоо кластердик регрессиялык анализ ыкмасын колдонуу менен жүргүзүлдү жана Байес теоремасын колдонуу менен алдын ала ыктымалдыкты баалоодон турат.

3-бап. «Гастродуоденалдык жарадан кан агуулардын диагностикасы жана тактикасы жана алардын рецидивдери». Гастродуоденалдык жарадан кан агуунун симптомдору практиктерге жакшы белгилүү жана алар медициналык адабиятта кеңири баяндалат. Мүнөздүү белгилеринин бири, кара заңы, кан жоготуу күнүнө 60 мл ашык болгондо пайда болот, бирок бул чындыкты баалоодо, оорулуунун тамактануу жана дары тарыхын эске алуу зарыл. Эгерде кан жоготуу күнүнө 100дон 500 млге чейин болсо, анда кара заң пайда болот, бул гастродуоденалдык жарадан кан агуунун коркунучтуу корунуш болуп саналат. Бир убакта 500 млден ашык кан жоготуу клиникалык жактан мелена, гематомез жана коллапс менен коштолот. Оорулуу канчалык улгайган болсо, гемодинамикалык жактан маанилуу бузукулар ошончолук тезирек пайда болот.

3.1. Гастродуоденалдык жарадан кан агуунун диагностикасы. Гастродуоденалдык жара оорусу менен ооруган 452 учурдун 203үндө (44,9%) суражылоодо жара оорусу катталган. Анын максималдуу узактыгы 38 жылды түзгөн, ал эми бейтаптардын 83,2% 5 жылга чейин жара тарыхы бар, 5 жылдан 15 жылга чейин - бейтаптардын 9,9%. 214 (47,3%) оорулууда кан агуунун көрүнүшүнөн ооруканага жаткырылганга чейинки узактыгы 24 саатка чейин, 66сында (14,6%) 24төн 48 саатка чейин, 172 (38,1%) пациентте кан агуу стационарга түшкөнгө чейин 48 сааттан ашык уланган. . Кандын орточо узактыгы $39,1 \pm 0,2$ саатты түздү.

Эндоскопиялык текшерүүдө 452 ашказан-ичеги трактынын жарасы, он эки эли ичегинин жарасынан кан кетүү 279 (61,7%) учурда, ашказан жарасынан кан кетүү 173 (38,3%) учурда аныкталган (3.1.5-таблица). Байкалып жаткан бейтаптардын арасында 1-топтогу ашказандагы жара 40,5% учурда, 2-топто - 41,4% учурларда локализацияланган. Он эки эли ичегиде 1-топтогу оорулууларда жаралар 59,5%, 2-топто 58,6% учурда пайда болгон.

Таблица 3.1.5 - Гастродуоденалдык жарадан кан агуунун булагы

<i>Жаранын жайгашкан жери</i>	<i>Бейтаптардын саны</i>
Ашказан	173 (38,3%)
Он эки эли ичеги	279 (61,7%)
Бардыгы:	(n=452)

Кан агуунун интенсивдүүлүгүнө жана жаранын локализациясына жараша гастродуоденалдык жарадан кан агуусу бар бейтаптарды талдоодо (3.1.6-таблица) кан агуу менен ооругандардын басымдуу экендигин көрсөттү (138 адам - 30,5%), жара кемтигинин жарасынын чекиттүү тромб же кан уюп калышы Forrest IIb) менен жана жалпак кара түбү бар жаралар ((Forrest IIc) – 43 (9,6%) бейтап аныкталган. Ошондой эле көп учурда Forrest Ib боюнча үзгүлтүксүз жана интенсивдүү кан агуу менен ооругандардын тобунда аныкталган, 96 бейтап - 21,2%. 125 кан жана кайталануу жогорку даражасы менен ооруган (Forrest IIa) болгон - 27,6%. 50 бейтапта активдүү көп кан агуу (Forrest Ia) байкалган - 11,1%.

Таблица 3.1.6 – Кан агуунун интенсивдүүлүгүнө (J.A.H. Forrest боюнча) жана жаранын жайгашканына жараша гастродуоденалдык жарадан кан агуусу бар бейтаптардын мүнөздөмөсү

Жаранын жайгашкан жери	Бейтаптардын саны (n=452)									
	Forrest Ia		Forrest Ib		Forrest IIa		Forrest IIb		Forrest IIc	
	абс.с.	%	абс.с.	%	абс.с.	%	абс.с.	%	абс.с.	%
ашказан (n=173)	24	5,3	43	9,5	40	8,8	47	10,4	20	4,5
12 эли ичеги (n=279)	26	5,8	53	11,7	85	18,8	91	20,1	23	5,1
Бардыгы: (n=452)	50	11,1	96	21,2	125	27,6	138	30,5	43	9,6

Жаралардын өлчөмү жалпысынан 0,5 смден 3 смге чейин өзгөргөн. Бейтаптардын 1-топто ашказанда жайгашкан эң көп кездешкен (25,4%) $0,8 \pm 0,1$ см өлчөмүндөгү жаралар кездешкен жана мындай жаралар көбүнчө антрумда ашказандын кичинекей ийрилик бөлүмүндө жайгашкан. Ооругандардын 11,7% ашказанынын 3 см ашкан чоң жаралары табылган. Он эки эли ичегиде көбүнчө жаралар (33,3%) өлчөмү $1,2 \pm 0,2$ см болгон жана көбүнчө он эки эли ичегинин алдыңкы дубалында жайгашкан. Дуоденалдык жаралар 3 см ашкан (орточо $3,2 \pm$

0,1 см) 6,6% учурларда жана көбүнчө арткы дубалда аныкталган.

2-топтогу оорулууларда ашказандагы жаралар 0,5-1 см, орто эсеп менен $0,8 \pm 0,1$ см, ашказандагы 3 смден ашкан ири жаралар 14,1% кездешкен. Он эки эли ичегиде көбүнчө жаралар 1ден 1,5 смге чейин болгон – 32,9%. Дуоденалдык жаралар 3 смден чоңураак 7,9% учурларда пайда болгон.

2-топтогу оорулууларда ашказан жарасы 0,5-0,7 см диапазондо (орточо өлчөмү - $0,6 \pm 0,1$ см) да көп кездешкен (28,8%). Ашказандагы терең жаралар 23,7% учурда аныкталган. 2-топтогу оорулуулардын он эки эли ичегисинде 35,1% учурда 0,7ден 1 смге чейин (орто эсеп менен $0,8 \pm 0,2$ см) жаралар табылган.

Эндоскопиялык таасирге каршы көрсөтмөлөр же жалпы себептер (оор гемодинамикалык туруксуздук, хирургиялык кийлигишүү зарылчылыгы) же эндоскопия учурунда жагымсыз эндоскопиялык көрүнүш (терең өтүүчү жаралар, жаралардын перфорациясына шектенүү, эндоскопияны жүргүзүүдө техникалык чектөөлөр, кифосколиоз ж.б.).

3.2 Гастродуоденалдык жарадан кан агууну жана анын кайталанышын дарылоо тактикасы. Автордун RSS жана интегралдык RSS салыштырма баалоо автордун RSS тарабынан кайталануучу кан кетүү алдын ала айтылбаган, бирок болгон 28 пациентте жүргүзүлгөн.

Кайталануучу кан агуу менен ооруган бейтаптардын медициналык документтерин анализдегенден кийин, 11 (39,2%) пациентте ашказандын чоң жарасынан $>1,3$ см (кайталануучу кан агуунун абсолюттук предиктору [325] – 4 балл берилген) рецидив болгондугу белгилүү болду. 54 бейтаптын 10до (35,7%) рецидив гемоглобиндин 50 г/л деңгээлге чейин төмөндөшүнүн фонунда болгон (кайталануучу кан агуунун абсолюттук предиктору [325] – 4 балл берилген). Дагы 7 (25,1%) пациентте эндоскопиялык сүрөттү тактоодо «ак бермет туберкулези» аныкталган [202], бирок жаранын өлчөмү 1,1 смден ашпаса, гемоглобиндин деңгээли 84 ± 6 г/л жана автордук RSS боюнча баллдардын саны (2 балл) кайталануучу кан агуунун прогнозуна дал келген жок, маалыматтар 3.3.3-таблицада келтирилген.

Таблица 3.3.3 - Ооруканада күтүлбөгөн кайталануучу кан агуу менен ооруган бейтаптарда баштапкы жана жаңыланган RSSти салыштыруу маалыматтары

Эсепке алынган эмес автордун Rockall шкаласын колдонуу менен божомолдоо критерийлери.	Бейтаптардын саны (n=28)	
	I топ (автордук Rockall шкаласы)	II топ (жаңыртылган Rockall шкаласы)
Чоң жаралар	эске алынбайт	11(39,2%)
Hb <50г/л төмөндөшү	эске алынбайт	10(35,7%)
Chen J.J. боюнча эндоскопиялык предиктер	эске алынбайт	7(25,1%)
Рецидивди болжолдоо үчүн баллдардын саны	$4,0 \pm 1,0$ балл	$7,0 \pm 1,0$ балл ($p < 0,05$)

28 бейтапта кайталануучу кан кетүү коркунучу өзгөчө профилактикалык иш-чараларды талап кылган жогорку деңгээлге өзгөргөн, ал эми автордук RSS ти толукталган лабораториялык, клиникалык жана эндоскопиялык маалыматтарды эске албаганда, ошол эле пациенттерде баллдардын жалпы саны 4төн ашкан эмес. пункттары жана кырдаал активдүү алдын алуу тактикасын талап кылган эмес. Кайталанма кан агуулар болбогон пациенттердин тобунда интегралдык RSS тин босого көрсөткүчтөрүн изилдөөдө орточо көрсөткүч $4,0 \pm 1,0$ баллдан ашкан жок, ал эми кайталанма кан агууда $7,0 \pm 1,0$ баллды түздү ($p < 0,05$).

Ошентип, жаңыртылган интегралдык RSS ти колдонуу кандын кайталануу кан агуу ыктымалдыгын так аныктоого жана кийинки тактиканы аныктоого мүмкүндүк берет.

3.3. Рецидив коркунучу жана динамикалык эндоскопия. Токтотулган (же эндоскопиялык жол менен көзөмөлдөнгөн) кан агууда, кайталануучу кан агууну болжолдоо менен андан аркы тактика аныкталган. Кайталануучу кан кетүү анын диагностикалык маанисин тастыктаган лабораториялык жана эндоскопиялык маалыматтарды камтуу менен Rockall интегралдык шкаласын колдонуунун негизинде болжолдонгон.

Ошентип, кайталануучу кан коркунучу үчүн өзгөртүлгөн критерийлери төмөнкүлөрдү камтыйт:

1. Абсолюттук критерийлер - ашказандын 1,3 см жана он эки эли ичегинин диаметри 0,8 см же андан ашык жарасы, алар кан агуунун булагы болуп саналат же кабыл алууда гемоглобиндин деңгээли 50 г/л же андан төмөн болгон, курч кан жоготууга дуушар болгон.

2. Салыштырмалуу - төмөндөгүлөрдүн экиден кем эмес айкалышы менен: а) кан жоготуунун клиникалык белгилери: кан агуунун жогорку интенсивдүүлүгү же коллапстын тарыхы; б) туруксуз гемостаздын эндоскопиялык сүрөтү: бермет түстөгү кургак учуктун же жарада берметтүү кыры бар кызыл кургак учуктун же борпоң тромбдун болушу; в) терең кан агуучу жаранын диаметри 1 см же андан көп.

Мындан тышкары, биз туруксуз гемостаздын эндоскопиялык критерийлерин аныктадык:

- 1) F IIa жана F IIb этаптары;
- 2) ашказан жарасынын диаметри 1,3 смден 0,8 см тереңдикте, ал эми он эки эли ичегиде 0,8 см тереңдикте 0,5 см тереңдикте;
- 3) жаранын локализациясы ашказандын азыраак ийрилигинде денеде, ал эми он эки эли ичегиде - арткы дубалда;
- 4) ашказандагы кандын же уюган кандын көлөмү 500 мл же андан көп болсо.
- 5) жарада бермет түстөгү кургак учуктун же бермет кырдуу кызыл кургак учуктун болушу, же кан агуучу тамырдын диаметри 1 ммден ашса.

Кан кеткен 176 учурда кайталануучу кан агуунун эндоскопиялык

профилактикасы жүргүзүлгөн эмес: алардын ичинен 133 пациентте F IIa жана F IIb тибиндеги кан агуулар, 43 пациентте F IIc түрү болгон. F IIc түрү бар 43 бейтапта рецидивдүү кан агуулар болбогондугун жана бул бейтаптар эндоскопиялык гемостазды талап кылбаганын эске алып, учурда кан агуу менен ооруган бейтаптар тобунда биз рецидивдүү кан агуунун жыштыгын эске алдык. F Ia түрү F Ib, F IIa жана F IIb.

Эндоскопиялык көзөмөлдөн кийин кайталануучу кан кетүү F Ia түрү менен 3 (6%) пациентте жана F Ib түрү менен 5 (5,2%) пациентте болгон. Кайталануучу кан кетүү F IIa түрү менен 12 (9,6%) бейтапта жана F IIb түрү менен 18 (13%) пациентте, жалпысынан 38 (8,4%) бейтапта болгон.

Бул оорулуулардын бардыгында ар кандай ыкмалар менен кайталап эндоскопиялык гемостаз жүргүзүлүп, 32 (84,2%) бейтапта ийгиликтүү гемостаз, 6 (15,8%) пациентке шашылыш хирургиялык кийлигишүү жасалган. 9 (1,9%) бейтапта өлүмгө алып келген натыйжалар байкалган, анын ичинен 2 пациентте шашылыш хирургиялык дарылоодон кийин жана 7 бейтапта өлүм кайталанбаган кансыз болгон, бул пациенттерде өлүм ашказан-ичегиден кан агуу менен түздөн-түз байланышта болгон эмес.

Ийгиликтүү баштапкы гемостаздан кийин жана шашылыш хирургиядан баш тарткандан кийин, анын ишенимдүүлүгүнүн даражасы жөнүндө, демек, динамикалык башкаруу жөнүндө суроо ар дайым туулат. Адатта, оорулуу тигил же бул таасири менен консервативдик терапиянын баштапкы көлөмүн өткөндөн кийин кабыл алынган учурдан тартып биринчи алты сааттын ичинде оорулуунун консервативдик же хирургиялык дарылоо маселеси чечилет.

Кийинки диагностикалык жана дарылоо эндоскопиясына чейин убакыт аралыгын аныктоодо биз биринчи кезекте эндоскопиялык сүрөткө таяндык. Туруксуз гемостаз FIIa контролдоо жана дарылоонун кыска убакыт аралыгын талап кылат - бдан 12 саатка чейин, FIIb сүрөтү менен 4-6 сааттан кийин жана FIIc менен контролдоо 12-24 сааттан кийин жүргүзүлгөн.

Форрест боюнча ар кандай кан агуулар үчүн динамикалык эндоскопия үчүн тандалган убакыт аралыгы төмөнкү себептер менен түшүндүрүлөт:

- F IIb менен динамикалык эндоскопия баштапкы эндоскопиялык таасирден 4-6 саат өткөндөн кийин ишке ашырылган (анткени таасир визуализацияланган булактын өзүнө түздөн-түз эмес, уюган кан аркылуу жасалган, анын натыйжасында таасирдин натыйжалуулугу төмөндөйт. ачык эмес жана анча ишенимдүү эмес);

- F IIa менен 6-10 сааттан кийин ишке ашырылган, анткени таасирдин эффективдүүлүгү түздөн-түз анын процессинде айкын көрүнүп турат: таасир эткенде булак толугу менен визуализацияланат;

- F Ia, Forrest Ib менен - 10-12 сааттан кийин жүргүзүлдү, анткени же эндогемостаз эффективдүү, же кан агуу уланууда жана токтотуунун башка

ыкмасы талап кылынат.

Көпчүлүк учурларда, кайталануучу кан кетүү коркунучу 3-күнү 42,1% түздү, бирок ал бейтаптардын 18,5% 10 күндөн ашык сакталган.

Кайталануучу кан агуулар жана аны эндоскопиялык токтотуу мүмкүн болбогон учурда шашылыш хирургиялык кийлигишүү жасалды. Клиникалык жана эндоскопиялык байкоого ылайык, кайталануучу кан кетүү коркунучун нейтралдаштыруу мүмкүн болсо, анда салттуу консервативдик терапия жүргүзүлгөн, анын ийгиликсиздиги элективдүү хирургиянын көрсөткүчү болгон.

4-бап. «Гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооругандарды комплекстүү дарылоо». Гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооругандарды комплекстүү дарылоо, кан агууну токтотуунун ар кандай ыкмаларын (эндоскопиялык да, хирургиялык да) колдонууну, кайталанма кан агуунун алдын алууну, дары-дармек менен дарылоону жана жараны тез айыктырат.

4.1 Бөлүнгөн эндоскопиялык гемостаз методдорунун салыштырмалуу эффективдүүлүгү. Изоляцияланган ЭГ ыкмалары 260 (57,5%) бейтапта колдонулган. Гастродуоденалдык жарадан кан агуусу бар Forrest IIС менен 33 (7,3%) бейтаптарда ЭГ аткарылган эмес. Биз изоляцияланган ЭГнин төмөнкү варианттарын колдондук: аппликациялык гемостаз (АГ), инъекциялык гемостаз (ИГ), аргон плазмасынын коагуляциясы (АПК), электрокоагуляция, гемостатикалык клиптерди колдонуу. 260 (57,5%) бейтаптар колдонулган эндоскопиялык гемостаздын түрүнө жараша 5 подгруппага бөлүнгөн.

Гемостаздын обочолонгон эндоскопиялык ыкмаларынын натыйжаларын талдоо акыркы гемостазды алуунун обочолонгон ыкмаларынын эффективдүүлүгү төмөнкүчө экенин көрсөттү:

1) Forrest Ib, IIa кандын интенсивдүүлүгү менен АГ ЭГ өтө төмөн, бирок F IIb менен 89,9% эффективдүүлүгүнө жетет.

2) ИГ ЭГ Forrest боюнча кан агуунун интенсивдүүлүгүнө жараша жаранын каалаган жеринде натыйжалуу; жалпысынан, ашказан жана он эки эли ичеги боюнча маалыматтарды эске алуу менен бейтаптардын бардык тобунда ИГ эффективдүүлүгү 89,3% жетти.

3) Эндоскопиялык изилдөө учурунда токтоп калган кан агууда, айрыкча жаранын түбүндө чоң тромбоздуу тамыр болсо (F IIa) эң эффективдүү. Жалпысынан, бардык подгруппада АПК 93,1% учурларда эффективдүү болгон.

4) ЭЛК кан агуу интенсивдүүлүгү F IIa болгондо эң эффективдүү болот. Жалпысынан, бардык подгруппада ЭЛК 85,7% учурларда эффективдүү болгон.

5) Клиптештирүүнүн эффективдүүлүгү ар кандай болгон жана эндоскописттин тажрыйбасына жана клипти колдонуу үчүн кан агуучу тамырдын болушуна көбүрөөк көз каранды. Жалпысынан байкалган топто

гемостаз 89,5% учурларда эффективдүү болгон, маалыматтар 4.1.1-таблицада келтирилген.

Таблица 4.1.1 - Бөлүнгөн эндоскопиялык гемостаз ыкмаларынын натыйжалуулугун салыштырып баалоо

Ыкмалар	Бейтптардын саны	Эффектив дүүлүгү	Рецидив	
Аппликациялык гемостаз (АГ)	30 (11,5%)	23 (76,7%)	7 (23,3%)	FIB - 4 (2) (50%) FIIA-8 (3) (37,5%) FIIb-18 (2) (11,1%)
Инъекциялык гемостаз (ИГ)	131 (50,4%)	117 (89,1%)	14 (10,7%)	FIA-2 (1) (50%) FIB-38 (5) (13,2%) FIIA-27(2) (7,4%) FIIb- 64 (6) (9,4%)
Аргоноплазмалык коагуляция (АПК)	29 (11,2%)	27 (93,1%)	2 (6,9%)	FIA – 3 (1) (33,3%) FIB-7(1) (14,3%) FIIA-11 (0) FIIb-8 (0)
Электрокоагуляциялык гемостаз (ЭЛК)	84 (32,3%)	72 (85,7%)	12 (14,3%)	FIA -4 (2) (50%) FIB – 22 (5) (22,7%) FIIA-30 (3) (10%) FIIb – 28 (2) (7,1%)
гемостатикалык клиптерди колдонуу (ГКК)	19 (7,3%)	17 (89,5%)	2 (10,5%)	FIA – 8 (1) (12,5%) FIB – 11 (1) (9,1%)

Кан агууну токтоткондон кийин бардык пациенттер туруктуу гемостаздын белгилери пайда болгонго чейин 4-6 сааттан кийин контролдук эндоскопиядан өтүштү. Бул убакыттын ичинде интенсивдүү консервативдик терапия жүргүзүлгөн. Эгерде рецидивдуу кан кетүү коркунучу сакталса, интенсивдүү консервативдик терапиянын фонунда бейтаптын абалы турукташтырылганда, операциялык-анестезиологиялык риск төмөн (ASA 2) же орточо (ASA 3) даражасы менен, шашылыш операция жасалган.

Ошол эле учурда, ар кандай обочолонгон ыкмаларды жалпы колдонуу кыйла айкын гемостатикалык эффект берет, ошондуктан, кээ бир учурларда гемостаздын ар кандай ыкмаларын айкалыштыруу абдан натыйжалуу, мисалы, химиялык (активдүү заттын таасири), механикалык (кан тамырларды сойлоочу инфильтрат менен кысуу), физикалык (электрокоагуляция же АПК) .

4.2 Гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооруган бейтаптарда комбинациялык эндоскопиялык гемостаз. 192 (42,5%) бейтапка аралаш эндоскопиялык гемостаз жасалды. Биринчи топко – 130 (67,7%) бейтаптар – “ИГ+АПК” колдонулган. Бул подгруппа үзгүлтүксүз кан агуусу бар пациенттерге бөлүндү (FIa, FIb) - "ИГ+АПК" схемасы боюнча ГКК алгандар - 30 (15,6%) жана "ИГ+АПК" (FIIa, FIIb, FIIc) схемасы боюнча ГКК алган кан агуусу

токтоп калган -100 (52,1%) бейтаптар. Экинчи подгруппада - 62 (32,3%) бейтаптарга - «ИГ + АГ» колдонулган (4.2.2-таблица). Бул подгруппа үзгүлтүксүз кан агуу менен ооруган А (FIIa, FIIb) - «ИГ + АГ» схемасы боюнча ГKK алган - 18 (9,4%) жана «ИГ + АГ» схемасы (FIIa, FIIb, FIIc) боюнча ГKK кан агуусу токтогон 44 (192 22,9%) бейтаптарга бөлүндү.

Таблица 4.2.2 - Комбинациялаштырылган эндоскопиялык гемостаз ыкмаларынын натыйжалуулугун салыштырып баалоо

Комбинациялаштырылган эндоскопиялык гемостаз ыкмалары	Гастродуоденалдык жарадан кан агуунун абалы	Эффективдүүлүгү	Рецидив
I подгруппа ИГ + АПК n- 130 (67,7%)	(уланып жаткан кан агуу) n – 30 (15,6%)	100%	0
	(токтогон кан агуу) n – 100 (52,1%)	99,0%	1 (1,0%)
II подгруппа ИГ + АЭГ n-62 (32,3%)	(уланып жаткан кан агуу) n – 18 (9,4%)	94,5%	1 (5,5%)
	(токтогон кан агуу) n – 44 (22,9%)	97,7%	1 (2,3%)

«ИГ+АПК» режими боюнча ККГ алган, үзгүлтүксүз кан агуусу бар пациенттердин тобунда кайталанма кан агуулар байкалган эмес. «ИГ+АПК» режими боюнча ККГ алган биринчилик токтоп калган 1 пациентте (1,5%) кайталануучу кан агуулар болгон.

«ИГ+АПК» схемасы боюнча ККГ алган, үзгүлтүксүз кан агуу менен ооруган пациенттердин тобунда 1 эки эли ичегинин жарасы менен ооруган 1 пациентте ДУ алгачкы токтогондон кийин 4-күнү кайталанган эндоскопиялык гемостазды талап кылган рецидивдүү кан агуулар болгон. 18 бейтаптын 5,5% га чейин. «ИГ+АПК» схемасы боюнча ККГ алган токтоп калган кан агуу менен ооругандардын тобунда 1 пациентте (44 пациенттин 2,3%) кайталанган кан агуулар болгон. Кайталануучу кан агуу менен ооругандардын бардыгында жара кемтиги он эки эли ичегинин арткы дубалында жайгашкан.

Ошентип, бардык подгруппаларда эндоскопиялык гемостаздын айкалыштырылган ыкмаларын колдонууда гемостаз 189 (98,4%) пациентте натыйжалуу болду, он эки эли ичегинин жарасы менен ооруган 3 (1,6%) пациентте рецидив пайда болду, мында эндогемостаз жүргүзүү техникалык жактан кыйын жана ыңгайсыз, жарасы бар. 1 жана 2 подгруппадагы ашказан, бир дагы бейтапта кайра кан агуу болгон эмес. ИГ+АПК колдонуу ИГ+АГ караганда натыйжалуу болуп саналат, кайталанган кан, тиешелүүлүгүнө жараша, 0,8% жана 3,2% пайда болгон, жана айырма статистикалык маанилүү ($p < 0,05$).

4.3 Тромбоцит факторлору менен байытылган аутоплазманы колдонуу менен инъекциялык эндоскопиялык гемостаз. Акыркы жылдарда медицинанын ар кандай тармактарында тромбоциттерге бай плазма ткандардын структурасын жана анын бузулушуна реакциясын нормалдаштырууга жана бузулган ткандарды калыбына келтирүүгө жардам берүүчү фактор катары репаративдик процесстерди стимулдаштыруу үчүн ийгиликтүү колдонулууда.

Узакка созулган айыкпаган жарасы жана кайталануучу кан кетүү коркунучу бар 58 бейтапты кийинки текшерүүдө төмөндөгүлөр аныкталды.

I подгруппадагы пациенттерде (30 (51,7%)) дарылоодон кийин, анын ичинде ТФБАнын эндоскопиялык инъекциялары жана Hemoscract клейлери колдонулгандан кийин, аймакта грануляциялардын пайда болушу менен чагылдырылган ашказан жана он эки эли ичегинин жараларынын эпителизация процессин тездетүүгө 5 ± 1 күн дарылоо (H1Sakito-Miwa) мүмкүн болгон.

II подгруппадагы (28 (48,3%)) пациенттерде ашказан жана он эки эли ичегинин жарасынын эпителизация процесси 9 ± 1 гана башталган (H1Sakito-Miwa), ($p < 0,05$).

Кайталануучу кан кетүү дарылоонун 3 жана 5-күнүндө 2 (7,1%) бейтаптын 2-топчасында гана байкалган.

I (негизги) топчасында бейтаптарда жараны айыктыруу (H2 Sakito-Miwa) $9,5 \pm 1,5$ күндө, ал эми контролдоочу топтун бейтаптарында $18,5 \pm 1,5$ күндө айыгат ($p < 0,05$). Ооруканага жаткыруу учурунда негизги топтун бардык пациенттеринде рецидивдуу кан агуулар байкалган эмес. II топчасында (контролдоодо) он эки эли ичегинин жарасы менен ооруган 2 (7,1%) бейтапта 3-5-күндөрү динамикалык эндоскопиялык текшерүүдө жаранын түбүндө бош уюган кандын бар экендиги аныкталган (таблица 4.3.4), а кайталап комбинацияланган эндоскопиялык изилдөө гемостаз жүргүзүлдү. Андан кийин кан кайталанган жок.

Таблица 4.3.4 – ТФБАнын колдонуунун натыйжасы

Подгруппалар/эффектиси	Подгруппа 1 30(51,7%)	Подгруппа 2 28(48,3%)	p
H1 по Sakita-Miwa боюнча жара кемтигинин эпителизациясынын башталышы	5 ± 1 сутка	9 ± 1 сутка	$< 0,05$
Кан агуунун рецидиви	abs	2(3,45%) бейтап 3, 5 сутка	
Жара оорусун айыгышы	$9,5 \pm 1,5$ сутка	$18,5 \pm 1,5$ сутка	$< 0,05$

Бул изилдөөнүн негизинде, биз ТФБАны башкаруу үчүн көрсөткүчтөрдү аныктадык:

1. Оорулууда ашказандын жана/же он эки эли ичегинин отко чыдамдуу

татаал жарасы бар, анда кечиктирилген кайталануучу кан агуунун пайда болуу коркунучу бар (динамикалык эндоскопия, жара кратеринде туруктуу тамыр же гематин менен).

2. Ашказандын жана он эки эли ичегинин жаралары, узакка созулган айыгуусу (терең өнөкөт жаралар жана/же чоң жаралар: ашказанда 1,5тен жана он эки эли ичегиде 1 смден).

3. Комплекстүү стандарттуу дарылоонун фонунда жараны айыктырууда оң динамикасынын жоктугу (A1-2 Sakito-Miwa).

4. Жара кратеринин четинде жайгашкан бир нече так тамырлар.

1 жана 2-кичи топтогу бейтаптар амбулатордук дарыланууга чыгарылган же канааттандыруу абалда гастроэнтерология бөлүмүнө которулуп, жарага каршы терапия алышкан. 1-(негизги) подгруппадагы бейтаптар $14,5 \pm 1,5$ -күнү, 2-(контролдук) кичи-группадагы бейтаптар $20,5 \pm 1,5$ күнү канааттандыруу абалда чыгарылды ($p < 0,05$).

Ошентип, ТФБАны башкаруу ыкмасынын артыкчылыктары анын коопсуздугун, жеткиликтүүлүгүн жана арзан баасын камтыйт. Жаранын периметри боюнча ТФБПны эндоскопиялык инъекцияларын колдонуу ашказан жана он эки эли ичегинин жараларынын эпителизация процессин 2 эсе тездетүүгө алып келет, кечиктирилген кайталануучу кан кетүү ыктымалдыгын азайтат.

4.4 Гастродуоденалдык жарадан кан агуу менен ооругандарды консервативдик дарылоо жана кайталануучу кан агуунун алдын алуу. Артыкчылык омепразолду колдонууга берилди. Омепразол кайталанма кан кетүү коркунучунун даражасына жараша дифференциалдуу түрдө колдонулган. Рокалдын күчөтүлгөн шкаласы боюнча 6 же андан көп упай топтогон кайталануучу кан кетүү коркунучу бар бейтаптарга 80 мг Лосека венага, андан кийин 2-3 күн бою 8 мг/саат үзгүлтүксүз инфузия берилген. Гастродуоденалдык жарадан кан агуусу кайталануу коркунучу төмөн, толук RSS упайы 5 же андан аз болгон бейтаптарга бейтаптын реанимацияда ар бир 12 саат сайын 40 мг венага куюлган. Протондук насосун ингибиторлорун парентералдык киргизүү ашказан секрециясын тез блокадага жетүү жана ашказандагы рН деңгээлин аррозиялык тамырда тромб түзүү процессине тоскоолдук кылбаган коопсуз деңгээлге чейин жогорулатуу үчүн негиздүү.

Биздин изилдөөбүздө парентералдык омепразолдун жогорку дозалары 26 пациентте колдонулган жана биз аны колдонгондон кийин эч кандай терс реакцияларды аныктаган жокпуз. Изилдөө жарадан кан агуу менен ооругандарды комплекстүү дарылоонун эффективдүүлүгүн көрсөттү, анын ичинде кан агууну токтотуунун ар кандай ыкмалары (эндоскопиялык да, хирургиялык да), кайталануучу кан агуунун алдын алуу жана жараны тез айыктыруу.

ТЫЯНАКТАР:

1. Гастродуоденалдык жарадан кан агууну дарылоо комплексинде эндоскопиялык кийлигишүү монометоддору салыштырмалуу эффективдүүлүккө ээ жана кан агууну акыркы токтотууга жетишүүгө мүмкүндүк берет: ппликация ыкмасы менен 89,9%ке, инъекциялык ыкма менен - 89,3%ке, аргон плазмасы менен - 93,1% га, электрокоагуляциялык гемостазды колдонууда - 85,7% га, клиптештирүүдө алууда - 89,5% учурга чейин.

2. Комбинациялашкан эндоскопиялык гемостазды колдонуу менен ашказан жарасынан кан агууну токтотуунун эффективдүүлүгү монометоддорго караганда жогору жана 98,4% түзөт, кайталануучу кан агуулар 1,6%дан ашпайт.

3. Гастродуоденалдык жаралардын клиникалык жана эндоскопиялык мүнөздөмөлөрү жана кайталануучу кан кетүүнүн эндоскопиялык предикторлору менен толукталган адаптацияланган интегралдык прогностикалык шкала рецидивдүү кан агууну болжолдоодо автордук Rockall шкаласына караганда жогору (прогноздун босого мааниси 6 жана 4 баллга ылайык).

4. Ашказан жарасынын периметри боюнча тромбоциттердин өсүү факторлору менен байытылган аутоплазманы эндоскопиялык инъекциялар жаралардын эпителизациясын 1,5-2 эсеге тездетүүгө алып келет жана кечиккен кан агуунун кайталанышын алдын алат.

5. Эндоскопиялык стратегиянын алгоритми төмөнкүлөрдү камтышы керек: интегралдык прогностикалык шкала боюнча рецидивдүү кан кетүү коркунучу боюнча бейтаптарды стратификациялоо, эндоскопиялык мониторинг жана коркунучу бар узак мөөнөттүү айыкпаган жараларда жара гемостазынын өзгөчөлүктөрүнүн негизинде дифференцияланган эндоскопиялык эффекттер, айыгууну тездетүү жана рецидивдин алдын алуу максатында тромбоциттердин өсүү факторлору менен байытылган аутоплазманы эндоскопиялык инъекциялар.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР:

1. Баштапкы эндоскопиялык диагностиканы гастродуоденалдык жарасы менен ооруган бейтап ооруканага түшкөн учурдан тартып биринчи сааттын ичинде жүргүзүү максатка ылайыктуу.

2. Кайталануучу кан агуунун эндоскопиялык профилактикасы жарадан кан кетүүнүн белгилери менен ооруканага жаткырылган жана анын кайталануу коркунучу жогору болгон бейтаптар үчүн аны токтотуу менен бирге жүргүзүлүүгө тийиш.

3. Кайталануучу кан агууну болжолдоонун негиздүүлүгүн жогорулатуу үчүн клиникалык жана эндоскопиялык критерийлер жана предикторлор менен толукталган интегралдык Rockall шкаласын колдонуу керек.

4. Туруктуу гемостаз фактысы аныкталганга чейин динамикалык ЭГДСтн Forrest боюнча гастродуоденалдык жарадан кан кетүүнүн булагынын негизинде кайталануучу кан кетүү коркунучунун стратификациясына ылайык жүргүзүлүүгө тийиш: Forrest IIa - 6-12 саат, Forrest IIb - 4-6 саат, Forrest IIc- 12-

24 саат, бирок 6-12 сааттан кеч эмес, эгерде гемостаз күмөндүү болсо, анда күн сайын 4-5 күн бою жүргүшүш керек.

5. Туруксуз гемостаздын белгилери аныкталса, жарадан кан агуунун булагына кошумча комбинацияланган эндоскопиялык дарылоо жүргүзүлүшү керек.

6. Консервативдик терапиянын, анын ичинде протондук насосун ингибиторлорунун фонунда эндоскопиялык гемостаз жүргүзүү жана рецидивдүү кан агууну алдын алуусу сунушталат. Ашказан жарасынын айкалышкан татаалдашы болгон учурда гемостаздан кийин пландуу хирургиялык дарылоо маселесин чечүү каралат.

7. Антисекретордук дары-дармектерди - протондук насосун ингибиторлорун кайталап кан агуунун алдын алуу үчүн парентералдык берүү рецидивдүү кан кетүү коркунучунун даражасына жараша дифференцияланышы керек: кайталанма кан кетүү коркунучу бар пациенттер үчүн (Rockall интегралдык шкаласы боюнча 6 же андан көп балл алуу), 80 мг Лосекти венага кую менен, андан кийин 2-3 күн бою 8 мг/саат үзгүлтүксүз инфузия, рецидив коркунучу төмөн (4 балл же андан аз) бейтаптарга - 40 мг венага ар бир 12 саат сайын венага кую, анан оорулуунун реанимация бөлүмүндө болушу зарыл.

8. Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасынын эпителизация процессин тездетүү жана кечиккен кан агуунун кайталануу коркунучун азайтуу үчүн жаранын периметри боюнча ТФБАнын эндоскопиялык инъекцияларын колдонуу сунушталат.

9. Монометоддордун ичинен эндоскопиялык изилдөө учурунда токтоп калган кан агууда аргон плазмасынын коагуляциясын колдонуу артыкчылыктарга ээ, айрыкча жаранын түбүндө тромбоздолган тамыр (Forrest IIa) көрүнсө. Зарыл болсо, Forrest IIa интенсивдүүлүгү боюнча, кан агууда электрокоагуляциялык эндоскопиялык гемостаз абдан ылайыктуу болуп саналат.

10. Эндоскопиялык гемостазга каршы көрсөтмөлөр: оор гемодинамикалык туруксуздук, операцияга муктаждык, терең кирип кетүүчү жаралар, жаралардын перфорациясына шектенүү, техникалык чектөөлөр.

11. Динамикалык эндоскопиялык мониторинг (ЭГДС), анын ичинде Forrest IIc, антикоагулянт жана антитромбоциттардык терапиясын алган бейтаптар үчүн көрсөтүлгөн.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. Особенности кислотопродукции и патогенеза сочетанных осложнений у пациентов с пилорическими и препилорическими язвами желудка [Текст] / А. И. Черепанин, К. А. Покровский, О. Н. Антонов, А. В. Рыбальченко, Р. Р. Шеров // Анналы хирургии. - Москва, 2013. - № 3. - С. 42-45; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20276820>

2. Шеров, Р. Р. Эндоскопические методы гемостаза при язвенных гастродуоденальных кровотечениях [Текст] / А. Черепанин, Р. Шеров, О. Антонов // Врач. - Москва, 2015. - № 7. - С. 45-48; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24719821>
3. Лечебно-диагностическая тактика при сочетании перфоративной язвы и пилородуоденального стеноза [Текст] / А. Черепанин, О. Антонов, М. Негребов, Е. Баулина, А. В. Рыбальченко, Р. Р. Шеров // Врач. - Москва, 2016. - № 10. - С. 32-35; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=27215945>
4. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2016662875 Российская Федерация. «Мобильное приложение "Лечение заболеваний желудка и двенадцатиперстной кишки"» [Текст] / Р. Р. Шеров. - Москва, 2016; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39357191>
5. Особенности кислотопродукции и патогенеза сочетанных осложнений у пациентов с пилорическими и препилорическими язвами желудка [Текст] / А. Черепанин, О. Антонов, М. Негребов, А. В. Рыбальченко, Р. Р. Шеров // Врач. - Москва, 2017. - № 7. - С. 51-53; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=29925981>
6. Патент № 2644934 С1 Российская Федерация «Способ эндоскопического лечения гастродуоденальных язв» [Текст] / Р. Р. Шеров, А. И. Черепанин. - Москва, 2018; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=39268103>
7. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2020612623 Российская Федерация. «Программа для применения аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста, в лечении гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением» [Текст] / Р. Р. Шеров, А. И. Черепанин, М. В. Гасс. - Москва, 2020; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42585883>
8. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2020612581 Российская Федерация. «Программа для подбора тактики ведения пациентов с гастродуоденальными язвенными кровотечениями, получающих антитромботические препараты (антиагреганты и антикоагулянты)» [Текст] / Р. Р. Шеров, А. И. Черепанин, М. В. Гасс. - Москва, 2020; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42585822>
9. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ №2020612677 Российская Федерация. «Программа адаптированного подбора персонализированной тактики лечения язвенных гастродуоденальных кровотечений» [Текст] / Р. Р. Шеров, А. И. Черепанин, М. В. Гасс. - Москва, 2020; То же: [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=42585958>

Шеров Руслан Расулжановичтин “Гастродуоденалдык жарада кан агуудагы комплекстүү дарылоодо эндоскопиялык кийлигишүүнүн мүмкүнчүлүктөрү” деген темадагы 14.01.17 - хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасына изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: ашказан жарасы, он эки эли ичегинин жарасы, эндоскопиялык гемостаз, эндогемостаз, динамикалык эндоскопиялык гемостаз, кан кетүүнүн прогнозу, кайталануучу кан агуулар, кайталануучу кан кетүүнүн алдын алуу, жаранын айыгышы, тромбоциттердин өсүү факторлору.

Изилдөөнүн максаты: гастродуоденалдык жарада кан агуу менен ооруган бейтаптарды дарылоонун натыйжаларын алдын алууну жакшыртуу, рецидивдерди болжолдоо жана кан агуунун булагын аныктоонун эндоскопиялык ыкмаларынын натыйжалуулугун жогорулатуу.

Изилдөөнүн объектиси: 510 ашказан жана/же он эки эли ичегинин жарасынан кан агуу менен татаалданган бейтаптарды дарылоонун тактикасы, прогнозу жана техникалык чечими.

Изилдөөнүн предмети: гастродуоденалдык жаранын кан агуусунун кайталануу коркунучун баалоо негизинде эндоскопиялык гемостаздын варианттарына жараша жаранын гемостаз процессинин динамикасын изилдөө

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, инструменталдык.

Изилдөөлөрдөн алынган жыйынтыктар жана алардын илимий жаңылыгы. Ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы менен ооруган 58 бейтаптын проспективдүү изилдөөсүндө ашказан-ичегиден кан токтогондон кийин эки топко, 1-топчадан 30 бейтап (негизги) стадиясында эндоскопиялык гемостазга жеткенден кийин II токоюнун эндоскопиялык сүрөтү менен. жара жаралуу процесси A1/A2 Sakita-Miwa классификациясы боюнча, комплекстүү дарылоонун фонунда кайталануучу кан агуунун алдын алуу жана жараны эпителизациялоо процессин тездетүү максатында тромбоциттерден алынган өсүү факторлору менен байытылган аутоплазманы эндоскопиялык инъекциялар жасалган. жаранын периметри боюнча 4-5 жерге суббылжырлуу катмар, андан кийин Hemoscompact клей колдонулат, 28 бейтаптын 2 (контролдоо) топчосунда эндоскопиялык инъекциялар жасалган эмес. Дарылоонун натыйжаларын салыштырганда негизги топтогу жакшы жыйынтыктар байкалып, эпителизация активдүү түрдө тездеди, гастродуоденалдык жаралардын кан кетүүсүнүн кечиктирилген рецидивдери кыйла азайды.

Колдонуу даражасы же пайдалануу боюнча сунуштар. Эмгектеги негизги корутундуларды жана сунуштарды күнүмдүк клиникалык практикаларда, билим берүү процесстеринде жана илимий изилдөөлөрдө колдонсо болот.

Колдонуу чөйрөсү: хирургия, эндоскопия.

РЕЗЮМЕ

диссертации Шерова Руслана Расулжановича «Возможности эндоскопического воздействия в комплексе лечения язвенных гастродуоденальных язвенных кровотечений» на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 - хирургия.

Ключевые слова: гастродуоденальные язвенные кровотечения, язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, эндоскопический гемостаз, прогноз кровотечения, рецидив кровотечения, профилактика рецидива кровотечения, заживление язвы.

Цель исследования: улучшить результаты лечения пациентов с язвенным гастродуоденальным кровотечением за счет совершенствования профилактики, прогнозирования рецидивов и повышения эффективности методов эндоскопического воздействия на источник кровотечения.

Объект исследования: тактика, прогноз и техническое решение лечения 510 больных с язвами желудка и/или 12-перстной кишки, осложнёнными кровотечением.

Предмет исследования: изучение динамики ульцерозного гемостатического процесса в зависимости от вариантов проведения эндоскопического гемостаза на основе оценки риска рецидивов язвенного гастродуоденального кровотечения.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные.

Полученные результаты и их научная новизна.

В проспективном исследовании у 58 пациентов с желудочными и дуоденальными язвами после остановленного желудочно-кишечного кровотечения, которые были разделены на две подгруппы, так 30 больным из 1 подгруппы (основная), после достижения относительно устойчивого гемостаза с эндоскопической картиной Forest II с в стадии язвенного процесса A1/A2 по классификации Sakita-Miwa, на фоне комплексного лечения с целью профилактики рецидивов кровотечения и ускорения процесса эпителизации язвы выполнены эндоскопические инъекции аутоплазмы, обогащенной тромбоцитарными факторами роста в подслизистый слой по периметру язвы в 4-5 местах, затем наносился клей «Гемокомпакт», во 2 подгруппе(контрольная) 28 больных эндоскопические инъекции не проводились. При сравнении результатов лечения отмечались лучшие исходы в основной группе, ускорение эпителизации шло более активно, достоверно снижались отсроченные рецидивы кровотечения из язвенных гастродуоденальных язв.

Степень использования или рекомендации по использованию. Основные выводы и рекомендации, содержащиеся в работе, могут быть использованы в повседневной клинической практике, в образовательном процессе и в научных исследованиях.

Область применения: хирургия, эндоскопия.

SUMMARY

of dissertation by Sherov Ruslan Rasulzhanovich "Possibilities of endoscopic influence in the complex of treatment of gastroduodenal ulcerative bleeding" for the academic degree of Candidate of Medical Sciences in the specialty 14.01.17 - surgery.

Key words: gastroduodenal ulcerative bleeding, gastric ulcer, duodenal ulcer, endoscopic hemostasis, endohemostasis, dynamic endoscopic hemostasis, prognosis of bleeding, recurrent bleeding, prevention of recurrent bleeding, ulcer healing, platelet-derived growth factors, PRP, acceleration of epithelization.

Aim of the study: improve the results of treatment of patients with ulcerative gastroduodenal bleeding by improving prevention, predicting relapses and increasing the effectiveness of endoscopic methods for targeting the source of bleeding.

Object of study: tactics, prognosis and technical solution for the treatment of 510 patients with stomach and/or duodenal ulcers complicated by bleeding.

Subject of study: dynamics of ulcerous hemostatic process, prognosis of recurrent bleeding, timing of elimination of a high risk of recurrent bleeding, healing of a gastric and/or duodenal ulcer.

Research methods: clinical, laboratory, instrumental.

Research finding and their novelty. In a prospective study in 58 patients with gastric and duodenal ulcers after stopped gastrointestinal bleeding, which were divided into two subgroups, so 30 patients from subgroup 1 (main), after achieving relatively stable hemostasis with the Forest II endoscopic picture in the stage of the ulcer process A1/A2 according to the Sakita-Miwa classification, against the background of complex treatment in order to prevent recurrence of bleeding and accelerate the process of ulcer epithelialization, endoscopic injections of autoplasm enriched with platelet growth factors were performed into the submucosal layer along the perimeter of the ulcer in 4-5 places, then the glue "Hemocompact" was applied, in subgroup 2 (control) of 28 patients, endoscopic injections were not performed. When comparing the results of treatment, better outcomes were noted in the main group, the acceleration of epithelialization was more active, delayed recurrences of bleeding from ulcerative gastroduodenal ulcers significantly decreased.

The degree of use or recommendations for use. The main conclusions and recommendations contained in the work can be used in everyday clinical practice, in the educational process and in scientific research.

Scope of use: surgery, endoscopy.

