

А. Қаныбеков, Ж.Ж. Баймухамбетов, Ю.Я. Рахматуллин, **Ө.С.Садықов**
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті

АСҚАЗАН ЖӘНЕ ОН ЕКІ ЕЛІ ІШЕК ОЙЫҚ-ЖАРАСЫНЫҢ ЖЕДЕЛ ҚАНЫСЫРАУЫН АНЫҚТАУ МЕН ЕМ ЖҮРГІЗУ КЕЗІНДЕГІ ЭНДОСКОПИЯНЫ ҚОЛДАНУ

Бұл статъяда асқазанның және он екі елі ішектің ойық –жараларының жедел қансырауының диагностикасы және ем жүргізу кезіндегі эндоскопияны қолдану және оның нәтижелері баяндалады.

Түйінді сөздер: гастроэнтеролог, ойық-жара, анемия, операция, консервативті ем, анестезиология -реанимация, ФГДЭС, коагулопатия, ДВС синдром, шок, сепсис, ингибиторлар, Н-блокаторлар, антацидтер.

Өзектілігі. Гастроэнтеролог-дәрігерге емделуге келетін барлық науқастармен салыстырғанда асқазанның және он екі елі ішектің ойық -жаралары барлар 5-10 %-да кездеседі, олардың асқынуларынан болатын қансырау 15-20 %-да дамып, асқазан-ішек өзектерінің жедел түрде дамиды қансырауларының 55-85 %-ын (4,5,6) құрайды.

Қазіргі уақыттағы ғылымның жоғары дәрежеде дамуына, терапевтік және хирургиялық ем жүргізуге, анестезиология мен реаниматологияның жетістіктеріне қарамастан жоғарыда көрсетілген патологиялардың асқынуларынан болатын жалпы өлімнің 5-14 %-ын, операциядан кейінгілердің 5,7-35,7 %-ын құрап (1,2,3), бұл көрсеткіштердің әрі қарай төмендейтін түрлері жоқ.

Осы күнге дейін жедел түрде дамиды асқазан мен он екі елі ішектің шырышты қабатынан дамиды қансырауды ем жүргізуге бағытталған қалыптасқан әдіс жоқ. Қазіргі уақытқа дейін жоғарыда көрсетілген патологияларды консервативті ем жүргізудің орнына көбіне мәжбүрлі, шұғыл түрде операция жасалында. Белсенді бақылаудың кең таралған стратегиясы, дамып жатқан үдерістің динамикасын бағалаумен қатар, бақылаудан және консервативті емдеуден белсенді хирургиялық араласуларға көшуді анықтайтын айқын көрсеткіштер жоқ. Осыған байланысты жоғарыда көрсетілген патологиялардың емдік нәтижелері қанағаттанарлықтай емес.

Жалпы жағдайы ауыр науқастардың (жүректің ишемиялық ауруы, мидың қан айналымының жедел түрдегі бұзылысты, шок, сепсис), сонымен қатар операциядан кейінгі кезеңдегі асқазан-ішек өзектерінің жоғары бөлімдерде жиі түрде дамиды патологиялардың бірі жедел түрдегі эрозивті- ойық-жарадан болатын қансыраулар (1,2,7) жылдан жылға көбеюде. Кейбір уақыттарда жедел түрдегі эрозивті-ойық-жарадан болатын қансыраулар жарақаттардан, күйіктерден және операциялық шаралардың салдарынан да дами бастайды. Патологоанатомиялық тексерістерде жандандыру бөлімінде терапия қабылдап жатқан науқастардың 50-100 %-да жедел түрдегі дамыған жаралар 24 %-да анықталады. Реанимация және жандандыру бөлімінде асқазан-ішек өзектерінде пайда болған жедел жаралардың асқынуларынан қайтыс болған науқастардың жиілігі 80 %-дейін жетеді (1,2,7).

Асқазан және он екі елі ішек ойық -жарасының жедел қанысырауын анықтау мен ем жүргізу кезіндегі эндоскопияны қолданудың маңызы өте зор. Соған қарамастан, эндоскопияны қолдану жөнінде кейбір қайшылық мәселелер: қансырау көзін анықтаудың спецификалық әдісі, қансыраудың саны мен орналасуы, оны тоқтатудың оңтайлы әдісі, рецидив дамуын болжау, науқастың жасына байланысты оның жалпы жағдайының дәрежесі және полиағзалық дисфункцияларды анықтау жөніндегі мәліметтер.

Қолданылған материалдар мен әдістер. 2000–2017 жылдар аралығында Алматы облыстық көп салалы клиникалық ауруханасында асқазан және он екі елі ішек ойық-жарасының жедел қанысырауымен түсіп, емделген 234 науқастарға ретроспективті түрде талдау жүргізілді. Науқастардың құрамы бойынша: ер кісілер -178 (76 %), әйелдер- 56 (24%) емделді. Олардың ішінде жастары 60–тан асқандары 133 (57 %) болды. Жедел ойық-жаралардың орналасуы бойынша: 159 (70 %) асқазанда, 85 (30 %) он екі елі ішекте дамығаны анықталды. Бір мезеттегі асқазан мен он екі елі ішектегі жедел түрде дамыған ойық-жаралар -101 (57 %) құрады. 122 (52 %) науқас клиникаға жедел жәрдем көрсету мәшинесімен жеткізілгені, басқа 112 (48 %) науқастар стационардың әртүрлі бөлімшелерінде ем қабылдағаны туралы анамнез жинағанда анықталды.

Жоғарыда көрсетілген патологияларды ескере отырып қазіргі уақытта Алматы облыстық көп салалы клиникалық ауруханасында емдік- диагностикалық шараларды орындауға бағытталған тәулік бойы қызмет көрсететін жедел эндоскопиялық кезекшілік ұйымдастырылған.

Қансыраудың белсенділігін және гемостаз орындалу дәрежесін анықтау үшін Forrest (1976) жіктемесі қолданылды. Сол бойынша:

Forrest I: белсенді түрдегі қансырау 36 (15,4 %),

Forrest I a: шапшып ағатын, артериялық қансырау 12 (5,1 %),

Forrest b: веналық, паренхиматоздық қансырау 14 (6 %),

Forrest II: қансыраулық тоқтап қалған белгілерімен 73 (31 %),

Forrest II a: ойық -жараның түбіндегі қан тамырында тромб пайда болған 35 (15 %),

Forrest II b: жабысып қалған тромб немесе қан ұйымасымен 31 (13,2 %)

Forrest II c: ойық-жараның түбінде геморрагиялық қан сіңумен 7 (3 %),

Forrest III: эндоскопиялық қансырау белгілері жоқ, ойық-жараның түбі таза, визуалды түрде мелена бар екендігін білдіретін белгілері анықталмаған 125 (53,4 %) науқастар болды.

Жинақталған материалдар бойынша жедел түрде дамыған ойық-жараның даму себептеріне байланысты барлық науқастар үш топқа бөлінді (№ 1 кесте).

Бірінші топтың - 122 (52 %) науқастары. Ульцерогендік әсері бар дәрілік препараттар (стероидтар, стероидқа жатпайтын қабынуға қарсы әсер ететіндер, антикоагулянттар, дезагреганттар және т.б.), ішімдік және басқа да улы әсері бар заттар қабылдағандар.

Екінші топтың-40 (17 %) науқастары. Жедел немесе созылмалы соматикалық әсіресе-қан тамырлары айналымының бұзылыстарымен ауыратын науқастардағы пайда болған қансыраулар.

Үшінші топтың -73 (31 %) науқастары. Реанимация және интенсивті терапияда емделіп жатқан науқастардың стресстен, операциядан кейінгі кезеңде, ағзаларының дисфункциясына байланысты себептерден пайда болған қансырау.

Кесте 1 - Асқазанның және он екі елі ішектің жедел түрде дамыған қансырауының себептері бойынша

| АУРУДЫҢ ТҮРЛЕРІ | I-топ | II-топ | III-топ |
|--|-----------|----------|---------|
| 1.Жүректің ишемиялық аурулар | 31(25,4%) | 9(22,5%) | |
| 2.Цереброваскулярлық аурулар | 11(9%) | 4(10%) | |
| 3.Жүйелік (скелеродермия, ревматизм және т.б.) аурулар | 6(4,9%) | 2(5%) | |
| 4.Тамырлар патологиясы | 10(8,2%) | 2(5%) | |
| 5.Бауыр циррозы және бауыр қызметінің жетіспеушілігі | 6(4,9%) | 6(15%) | |
| 6.Қант диабеті | 5(4,1%) | 3(7,5%) | |
| 7.Созылмалы өкпе аурулары | 8(6,6%) | 4(10%) | |
| 8. Суықтағаннан пайда болған аурулар | 14(11,5%) | | |

| | | | |
|--|---------|---------|-----------|
| 9. Созылмалы бүйрек қызметінің жеткіліксіздігі | 5(4,1%) | 10(25%) | |
| 10.Ішімдік қабылдау және сонымен улану | 24(20%) | | |
| 11. Бас сүйегіне және омыртқаға жасалынған операциялар | | | 20(27,8%) |
| 12. Құрсақ қуысына жасалынған операциялар | | | 18(23,6%) |
| 13.Кеуде қуысына жасалынған операциялар | | | 9(12,5%) |
| 14.Сүйекке және буынға жасалынған операциялар | | | 15(26,4%) |
| 15 Күйіктер | | | 11(15,3%) |
| Барлығы | 122 | 40 | 73 |

Бақылаудың нәтижелері. Талдаудың нәтижесінде көбінесе стационардағы жедел түрде дамыған ойық-жаралар, көптеген ағзалардың қызметтерінің жеткіліксіздігінің синдромымен және созылмалы аурулардың декомпенсациясына байланысты дамитындығы анықталды. Біздің бақылауымызда болған 134 (57%) науқастарда жедел түрде дамыған ойық-жаралар терапевтік немесе неврологиялық патологиялардың декомпенсациясына және полиағзалық жеткіліксіздігінің II –III дәрежелік салдарынан пайда болғандығы анықталып, АРАСНЕ -15, MODS –8 балдық көрсеткішке тең келеді. 211 (90%) науқаста қосалқы аурулардың бірлескен екі және одан да жиі патологиялары бар екендігі анықталды. I-II топтардағы науқастарда жиі түрде жүректің ишемиялық ауруларымен-40 (24,5%), өкпенің созылмалы бейспейфикалық аурулары-12 (7,4%), суықтағаннан пайда болған аурулар-18 (11,1%), бауыр циррозы және бауыр қызметінің жеткіліксіздігімен-12(7,4%), бүйректің созылмалы аурулары-15 (9,3%), цереброваскулярлы аурулар-15(9,3%), тамыр аурулары-12 (7,4%) анықталды. Сонымен қатар, бұл топтарда 24(15%) жедел түрде дамыған ойық-жаралардың асқинуынан пайда болған қансырау ішімдікпен жиі әуестенетін адамдарда кездесетіндігі белгілі болды. I-II топтардағы 161 (69%) науқастың жасы 65 –тен жоғары болып, оларда жедел түрде дамыған ойық- жаралардың дамуының себептері әртүрлі соматикалық аурулар мен тәулігіне екі және одан да көп дәрілік препараттар, ереже бойынша, дезагреганттар (аспирин, антикоагулянттар, стероидқа жатпайтын қабынуға қарсы әсер ететін препараттар) қабылдағандары анықталды. III топтағы 62 (85%) науқаста операциядан кейінгі кезеңде және 11 (15%) науқаста күйіктің әсерінен пайда болған ойық-жаралардың асқазан ішек қансыраулары сияқты асқинуларының пайда болғандығы белгілі болы. Осы топтағы асқазан-ішектің ойық-жаралары операциядан немесе күйіктен кейінгі кезеңде үшінші-сегізінші күнде жедел түрде пайда болғандығы анықталды.

Сонымен бірге, операциядан кейінгі кезеңде асқинуға және ағзалық дисфункциясының әрі қарай дамуына байланысты төменде көрсетілген патологияларда ойық-жара пайда болды:

- ұзақ уақыт бойы жасанды тыныс алдырту (48 сағаттан ұзақ) -11,
- ДВС-синдром -12,
- полиағзалық дисфункция, коагулопатия (ПОН II-III)-21,
- екі сағаттан ұзақ уақыттағы артериялық гипотензия және шок-18
- глюкокортикоидтармен емделгендер -6,
- ішімдікке салынғандар-5 науқастар.

Жедел дамыған ойық-жаралардың асқинуларынан пайда болып жатқан қансырауға диагноз қоюдың қиындығының себептерін қатарына жатқызуға болады: 169 (72,5%) науқастарда асқазан-ішек өзегіне ағып жатқан қансыраудың клиникасының байқалмағандығы, қансырау жасырын түрде дамып жатқандығынан диагноз гемодинамикалық бұзылыстар немесе лабораториялық талдауда эритроциттердің, гемоглобиннің және гематокриттің көрсеткіштерінің төмендеуіне байланысты анықталды.

Жедел түрде дамыған ойық-жаралардың диагнозы қанның талдауларына, клиникасының белгілеріне, ең негізгі фиброгастроудено-скопияның (ФЭГД) көрсеткішіне, сонымен қатар шырышты қабықтың морфологиялық зерттеулеріне байланысты қойылды. Ұзақ уақыт ФЭГД орындау барысында жедел ойық-жараның түрі, жиілігі, көлемі, орналасу аймағы анықталды. Белсенді түрдегі қансыраудың клиникасы жасырын түрде болған кезде, егер науқастың жағдайы ФЭГД орындауды көтеретін болса, онда асқазанда қатерлі ісік дамып жатқан болуы мүмкін деген болжаммен жараның түбінен гистологиялық тексеріске биопсия алынды.

Асқазан-ішектегі жедел дамыған ойық-жараның қансырауының эндоскопиялық қайталанатын түріне бір немесе бірнеше жаралардан біріншілік эндоскопиялық тексерістегі белсенді қансыраудың (F-Ia, F-IB) түрлері, қансыраудың кезкелген дәрежесі немесе анемия жатқызылды, соған байланысты біздің бақылауымызда 36 (15,4%) науқас болды.

Біздің бақылауымызда болған 234 науқастың 19-на (8,1%) эндоскопиялық әдіспен ойық-жараның көлемін анықтау мүмкін болмады. Солардың ішінде 19 науқастың 14-де ойық-жара түгелімен қанның ұйыма-сымен жабылып қалғаны белгілі болды. 12 науқаста ойықжараның шеттері ғана анықталды.

Сонымен, эндоскопиялық әдіспен ойық-жаралардың 91,9% анықтауға мүмкіндік болды.

Ойық-жараға ем жүргізу мақсатында спиртновокаиін қоспасын 1:10 қатынаста 10-40 мл мөлшерде 25науқасқа периульцероздық аймаққа енгізілді, 11 науқасқа қансырауды тоқтату үшін кешенді түрде, яғни инъекциялық және термиялық әдістер қосарланған түрінде қолданылды. Біріншілік эндоскопиялық гемостаз жүргізудің нәтижесінде 36 науқаста белсенді түрдегі қансырау түпкілікті түрде тоқтатылды. 8 науқаста емдік мақсаттаға эндоскопиялық әдіспен тоқтатылған қансырау 12-72 сағаттан кейін қайтадан қансырау басталды. Бұл науқастарға шұғыл түрде операция жасалынды. Науқастардың жалпы ауыр дәрежелік жағдайларын және жедел түрде дамыған ойық-жараны ескеріп, оларға минималды түрде хирургиялық шаралар қолданылды: 4 науқасқа – жараға тігіс салып және гастростомия орындалды. Басқа науқастарға-жараға тігіс салып, сонымен бірге дуаденотомия жасалынды. Жедел түрде дамыған ойық-жараның қансыраумен асқинуларына жүргізілген емнің түрлері №2 кестеде көрсетілуде.

Кесте 2

| Қансырау көрсеткіші | Эндоскопиялық гемостаз әдістері | | | Барлық науқас |
|---------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------------------------|---------------|
| | Спирт–ново-каиіндік қоршау | Диатермо-коагуляция (ДТК) | Спирт–ново-каиіндік қор-шау +ДТК | |
| F-Ia | 4 | 2 | 7 | 13 |
| F-Ib | 9 | 4 | 4 | 17 |
| F-IIa | 14 | 6 | - | 20 |
| F-IIb | 9 | 4 | - | 13 |
| Барлығы | 36 | 16 | 11 | 63 |

F-Ia,F-Ib көрсеткіштері бойынша эндогемостаз-диатермокоагуляция 28 (77,8%) науқаста қансырауды түпкілікті тоқтатты.

Айта кету қажет, 73 науқаста қансыраудың тоқтап қалған түрі орташа немесе ауыр қансырау немесе анемия (F-IIa, F-IIb,F-IIc) болғандығы анықталды. Бұл топтағы науқастардың 23-ші (29,5%) эндоскопиялық әдіспен қансырауды тоқтатуды қажет етті, соған байланысты оларға спирт –новокаиіндік қоршау, 10-на (3,7%) – диатермокоагуляция, басқа 40 (70,5%) – эндоскопия

кезінде асқазанды суық сумен және эпсилон-амин –капрон қышқылымен шаю жүргізілді. Осы топтағы 14 (19,2%) науқаста қансырау қайталанып, екінші рет эндоскопиялық ем, қалған 8-не шұғыл түрде операция жасалынды. Соның ішінде 5–не асқазанға резекция жасалынып, 3-не жараға тігіс салынды. 15 науқаста қансыраудың тоқтап қалған түрінде эндоскопиялық ем жақсы нәтиже берді. №2 кестеде көрсетілгендей, 63 науқасқа орындалған эндоскопиялық емнің 47-де (74,6%) қансырау тоқтатылды. Қалған 125 науқастар клиникалық көріністеріне байланысты F-III топқа жатқызылып (жараның түбі таза, визуалды анық түрде меленаның белгілері жоқ), бірақ асқазан-ішек қансырауының қайталануынан анық түрдегі анемияның дамуының себептерінен бесеуіне эндоскопиялық гемостаз, қансыраудың жалғасуын тоқтату үшін бір науқасқа операция жасалында (асқазанға резекция). Қансырау қауіптілігі жоғары (F-I, F-II) топтағы науқастарға эндоскопиялық бақылау, біріншілік тексерістен кейін гемостазды анықтау үшін 1-7тәулікте ФЭГДС және науқас стационардан шығар алдында қайтадан эндоскопия орындалды. ФЭГДС қайталап орындау барысында гемостаздың сапасы, қайталанатын қансырау қауіптілігіне баға беріліп, жоғарыда көрсетілген әдістермен қансыраудың алдын-алу үшін шаралар қолданылды.

Қансыраудың дәрежесіне және ауырлығына байланысты барлық науқастарға эндоскопиялық және хирургиялық еммен қатар консервативтік ем жалғастырылды, оның құрамына ойықжараға қарсы (ингибиторлар, Н-блокаторлар, антацидтер және т.б.), инфузия, гемостимуляциялық және гемостатикалық ем жүргізілді.

Жедел түрдегі ойық-жараның асқынып қансырау даму кезінде орындалған емнің нәтижесін талқылау барысында асқазан-ішек қансырауының қайталануы ғана емес, негізгі ауруға жүргізілген емде есепке алынды. I-II топтардағы ойық-жараның дамуына жанама түрде себеп болған полиағзалық қызмет жеткіліксіздігі, дәрілік этиология және ішімдікке салынған (162) науқастардың 17 (10,5%) қайтыс болды. Қайтыс болған науқастардың он екісінің өліміне ағзалық қызметтің жеткіліксіздігінің әрі қарай прогрессивті түрде дамуы, бесеуіне-асқазанішек қансырауының қайталануы себепкер болды.

Операциядан кейін дамыған ойық-жарасы бар науқастардың (III топ) өлім-жітіміне орындалған операция немесе содан пайда болған асқынулардың салдарынан қансыраудың дамуына себеп болғандығына байланысты талдау жасалынбады.

Асқазан және он екі елі ішекте дамыған жедел ойық-жарасының қансыраумен асқынуына байланысты 17 науқасқа шұғыл түрде операция жасанып, операциядан кейінгі кезеңде сегізі (47%) қайтыс болды.

Қорытынды.

1. Асқазан және он екі елі ішек ойық-жарасының жедел қанысырауын анықтау мен ем жүргізу мәселесі өзінің өзектілігін жойған жоқ. Себебі бұл үдеріс әртүрлі патологиялармен байланыста болып, энтералды синдром полиағзалық жеткіліксіздігінің бір компоненті болып есептелінеді.
2. Асқазан және он екі елі ішектің жедел ойық-жарасының қанысырауын анықтау кезінде орындалатын ФЭГДС рөлі өте зор. Себебі осы әдіс арқылы жоғарыда көрсетілген патологияның орналасу аймағын, түрін және дәрежесі туралы нақты мәліметтер береді. Біздің зерттеулеріміз бойынша қансыраудың көзі 100%-да, жараның көлемі -92% -да анықтауға мүмкіндік берді.
3. Сонымен қатар эндоскопиялық тексеріс қансыраудың қайталануы туралы болжам жасауға мүмкіндік береді. Осы тексеру әдісі қансыраудың қайталану мүмкіндігі ойық-жараның көлеміне, жиілігіне, оның орналасуына және Форрест көрсеткішіне байланысты екенін анықтауға мүмкіндік береді.
4. F-Ia, F-Ib тобындағы белсенді түрдегі және F-IIa, F-IIb тоқталынып қалған қансырауда, сонымен қатар қосалқы патологиялары бар және полиағзалық жеткіліксіздіктің салдарына жедел түрде дамыған жараның қансырауына байланысты орындалған эндогемостаз 75 % нәтиже берді, 25% эндогемостаз қайтара жасалынды немесе оперативті ем қолданылды.
5. Асқазан және он екі елі ішек ойық-жарасының жедел қансырауында шұғыл түрдегі операциялық шаралар аз көлемде яғни жараға тігіс салумен шектелуі қажет.

ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1 Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии // М., 2004. 185 с.
- 2 Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Оганесян Е.А., Базаров А.С., Черниченко Л.Ю. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях // РАСХИ, Методические рекомендации. М., 2004, 18 с.
- 3 Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде // J.Cons. med /Vol.2, – 2002, p. 33-39.
- 4 Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шульгин В.Л. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта: Учебное пособие // СПб.: изд.-во С.-Петербург. ун-та, 2004. – 96 с.
- 5 Пиманов С.И. Эзофагит, гастрит и язвенная болезнь. Руководство для врачей. М.: Медицинская книга, 2000. 378 с.
- 6 Kantorova I, Svoboda P., Scheer P., et al. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: a randomized controlled trial // Hepatogastroenterology. – 2004. – V. 51, №57. – P. 757-761.
- 7 Lasky M.R., Metzler M.H., Phillips J.O. A prospective study of omeprazole suspension to prevent clinically significant gastrointestinal bleeding from stress ulcers in mechanically ventilated trauma patients. // J. Trauma. – 1998. – Vol. 44(3). – p. 527-533.

А.Каныбеков, Ж.Ж.Баймухамбетов, Ю.Я.Рахматуллин, **У.С.Садыков**

**ПРИМЕНЕНИЕ ЭНДОСКОПИИ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ЯЗВЫ
ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ**

Резюме: Статья посвящена роли эндоскопии в диагностике и лечении кровотечений из острых гастродуоденальных язв. Проведено обследование и лечение 234 больных поступивших в стационар выше указанной патологией. Доказана что ФГДС является основным и ведущим методом диагностики кровотечения из острых язв желудочно-кишечного тракта. В определении источника кровотечения точность этого метода составляет 100%. Эндоскопия также позволяет прогнозировать вероятность рецидива кровотечения

Ключевые слова: гастроэнтеролог, язва, анемия, ота, консервативное лечение

A. Kanibekov, J.J. Baymukhambetov, U.Y. Rakhmatullin, **U.S. Sadykov**

**APPLICATION OF ENDOSCOPY IN THE DEFINITION AND TREATMENT OF ACUTE BLEEDING OF THE GASTRO
ULCER AND DUODENAL OF THE FINICIAL PEAS**

Resume: The article focuses on the role of endoscopy in the diagnosis and treatment of bleeding from acute gastroduodenal ulcers. A total of 234 patients were examined and treated in the hospital with the above mentioned pathology. It has been proven that FGDES is the main and leading method for the diagnosis of bleeding from acute ulcers of the gastrointestinal tract. In determining the source of bleeding, the accuracy of this method is 100%. Endoscopy also predicts the likelihood of recurrence of bleeding.

Keywords: gastroenterologist, ulcer, anemia, ota, conservative treatment

A. Kanybekov, S.A. Malenkona, Yu.Ya. Rahmatullin, **U.S. Sadykov**, A. Bisen
 Asfendiyarov Kazakh National medical university
 Department of General Surgery

CORRECTION OF THE REPARATIVE AND IMMUNE PROCESS OF NON-SPECIFIC ULCERATIVE COLITIS IN THE POSTSURGICAL PERIOD

The article is devoted to one actual problem of medicine-correction of the reparative and immune process of non-specific ulcerative colitis in the postoperative period. 24 patients were treated postoperatively with HBL GNL. It has been proven that the use of the above therapies contributes to an increase in the immune and reparative process in the body of patients.

Keywords: ulcer, patient, therapy, process

The relevance of the problem. Worldwide there is a trend towards an increase in gastroenterological diseases, which by the year 2000 will be comparable with cardiac diseases (1). Due to the fact that according to a number of scientists, it is possible to expect the growth of diseases based on dyskinetic, pathomorphological, immunological and metabolic mechanisms, it seems reasonable to study various aspects of non-specific ulcerative colitis, to conduct research identifying separate components of pathogenesis, methods of rational therapy for this disease. According to various authors, non-specific ulcerative colitis occurs in 3.9% -30% of cases (2). Among chronic non-specific intestinal diseases the weight of ulcerative colitis is more than 40% and along with this 1/3 of patients with this pathology lose the ability to work (3). Given the available literature data, the study of immune reactivity of patients with non-specific ulcerative colitis (NUC) is a promising direction considering the regulatory effect of the immune system on the regeneration of epithelium differentiation of mucosa, and the possibility of the use of medical correction of immune system. At present, in most countries of the world there is an intensive adoption of laser radiation for biological research and for practical medicine. Unique properties of the laser beam have opened wide possibilities of its application in various fields: surgery, therapy and diagnostics. Clinical observations showed the effectiveness of the laser for ultraviolet, visible and infrared spectra for topical use to the pathological spot and for the effect on the entire organism. Over the past 15 years, the mechanisms of action have been largely uncovered and clarified. The effect of low-intensity lasers leads to rapid decrease of acute inflammatory processes, stimulates reparative (recovery) processes, improves microcirculation of tissues, normalizes the immunity in general, and increases resistance (stability) of the organism (4).

Purpose of the study. The purpose of study is to improve the therapy of patients with non-specific ulcerative colitis who underwent hemicolectomy and subtotal colectomy and to develop methods for pathogenic therapy using intra-vascular blood irradiation (ILBI) with helium-neon laser (HNL).

Materials and methods of research. To solve the set tasks, we examined 24 patients, which were admitted to the surgical department of Unitary Enterprise based on the Right of Economic Management "Almaty Multi-field hospital", which had a surgery of hemicolectomy and subtotal colectomy with non-specific ulcerative colitis (NUC) from 1996 to 2016. All patients in hospital along with conventional clinical studies went through laboratory, instrumental, histomorphologic studies of biopsy samples of mucosa of the apparently undamaged part of the colon and 24 patients went through immunological studies. Distribution of patients with NUC: Men-11, Women-13. Age of patients is from 18 to 68. With duration of the disease to 1 year there are 2 patients, from 1 to 5 years there are 18 patients, more than 5 years there are 5 patients. Patients with NUC say that the development of the disease began from complete well-doing. Some patients associate it with inaccuracies in nutrition, mental trauma or infectious diseases. Almost all patients with NUC had a decrease in body weight by 6-20%. A significant amount of blood and mucus in the feces was observed, with a stool frequency of 6 to 1-2 times a day. Patients complained of pain along the intestine, weakness. All patients had a subfebrile temperature from 37 to 38 degrees, tachycardia up to 96 beats per minute, a decrease in hemoglobin to 100 g / l, and blood sedimentation rate of up to 30 mm / h and total protein up to 60 g / l.

According to the endoscopic examination, the patients with NUC were had edema and swelling of the mucosa, smoothing of the vascular pattern, superficial ulcers, fibrin coating, erosion, and pus in the lumen of the intestine. Some patients with NUC have coexisting diseases: 2 patients with chronic cholecystitis, 5 patients with chronic persistent hepatitis, 4 patients with chronic pancreatitis, 3 patients with ulcer disease of duodenum, 1 patient with CHD.

Microscopic examination of the segments of the apparently unchanged mucous membrane of the colon of NUC patients revealed the presence of marked structural changes in them. Most often in the intestinal wall there was a different combination of inflammatory and dysregenerative processes. In most studies, the surface of the epithelium is covered with mucus, desquamated cells with an admixture of erythrocytes and microflora. In addition, uneven flattening and a dystrophic change in the prismatic epithelium, which covers the folds and crypts, is noted. The majority of patients have an increased number of goblet cells, especially crypts in epithelium. The number of intraepithelial lymphocytes in patients with NUC is uneven in different fields of vision: from their absence to the presence of mostly single specimens, rarely there were 2 to 3 in the field of vision. There was a focal and diffuse infiltration in the own layer of mucosa. The infiltrates have mostly plasma cells and lymphocytes. In a smaller amount, there are macrophages, eosinophils, neutrophilic granulocytes. Plasmatic cells are characterized by a high content of cytoplasmic RNA, which is revealed during Brachet's reaction by clear pyroninophilia of the cytoplasm. Microvascular bed of the mucosa and submucosa had enlarged lumens with shaped elements of blood. In some areas, different sizes of hemorrhage are determined. The development of endovascular and sclerotic changes in the walls of micro vessels with a sharp narrowing of their lumens is characteristic. An important microscopic sign, which was found in the majority of observations, is the uneven sclerosis of the mucosa and the submucosa with a marked overgrowth of fibrous tissue. The result of fibrosis is the deformation of the intestinal wall. In such areas, the crypts are usually represented as shortened with enlarged lumens. Some patients have an increased number of neutrophilic granulocytes in infiltrates, edema of the vessel walls and perivascular connective tissue, more extensive and frequent hemorrhages, increased desquamation of the epithelium. In some areas, there are crypt abscesses with the expansion of crypt lumens and the accumulation of leukocytes. Sometimes there is a proliferation of granulation tissue with a large number of capillaries. The muscular membrane of the intestine of different patients is changed ambiguously: from minimal changes to marked edema, focal and diffuse circular cell infiltration.

Patients were divided into 2 groups: to the first group of 12 patients (control) was assigned conventional therapy of NUC (mesalazine 0.5-1 grams 3-4 times a day, prednisolone according to the scheme) infusion and vitamin therapy, the second group of 12 patients in addition to conventional therapy had the ILBI for 10 days for 10 minutes. All patients suffering NUC after the end of the course of treatment had clinical, laboratory, histomorphologic and immunological study of biopsy samples of the mucosa of the colon.

Results of studies:

Table 1

| Type of therapy | Active reparation absolute. % | Moderate reparation absolute. % | Inactive reparation, absolute % | Clinical condition | Total absolute. % |
|------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------|-------------------|
| Conventional therapy | 2 | 2 | - | improvement | 4 33.3 |
| | 1 | 2 | 3 | nochange | 6 50 |
| | - | - | 2 | deterioration | 2 16.7 |
| | 3 25 | 4 33.3 | 5 41.6 | | |
| Conventional the rapies + ILBI HNL | 6 | 2 | 1 | improvement | 9 75 |
| | - | 1 | 1 | nochange | 2 6.7 |
| | - | - | 1 | deterioration | 1 8.35 |
| | 6 50 | 3 25 | 3 25 | | |

The table Number 1 presents data about clinical condition and reparation activity in mucosa of the remaining part of the colon of NUC patients after surgery, which had conventional therapy (group 1) and conventional therapy including ILBI helium-neon laser (group 2) on 10th day after surgery.

NUC patients, which had a surgery and conventional therapy with ILBI had clinical improvement, 9 patients in 75% of cases and active reparation of 6 patients in 50% of cases. So pathological examination of biopsy samples from mucosa of the remaining part of the colon of NUC patients after surgery after a course of conventional treatment including ILBI showed a positive effect on the clinical course of reparative processes. In 10 days after surgery, mucosa of 10 (83.3%) patients was epithelized over a large area. The coating epithelium was cylindrical or somewhat flattened with a high content of cytoplasmic RNA. Number of inter-epithelial lymphocytes in whole was somewhat increased as compared with their contents before the ILBI treatment. Lamina propria of the mucosa and submucosa has moderate blood filling as a rule focal, and in some areas diffusely infiltrated. Lymphocytes prevailed as part of cellular infiltrates. The number of plasma cells in most cases was decreased. The percentage of active repair in the group 2 is by 50% higher (that is 2 times more) than in the NUC groups after surgery, which received only conventional therapy. Moderate activity repair in the group 2 was only in 25% of patients, which is 8.3% less than in the group 1. In the group 2 of patients with NUC the percentage of inactive reparation in mucosa of the remaining part of the colon was 25% in 3 patients, which is 41.67% (8 patients) less than in the group 1. The percentage of deterioration in the clinical condition of patients in the group 2 was also lower than in the group 1.

Indicators of T-cell immunity component in NUC patients of groups 1, 2 on 10th day of surgical treatment are shown in Table Number 2.

Table 2

| Indicators | NUC patient safter surgery | |
|--|----------------------------|------------------------|
| | Group 1: 12 patients | 2nd group: 12 patients |
| Lymphocytes x10 / 9l | 1.16: 0.19 | 1.33: 0.21 |
| E-rosette-forming cell-% | 32.0: 5.06 | 36.04: 2.35 |
| E-Rosette-forming cell 10/9 L. | 0.34: 0.11 | 0.39: 0.13 |
| TGF-rosette-forming cell % | 13.04: 1.78 | 20.8: 3.27 |
| TGF-rosette-forming cell x 10 / 9L | 0.17: 0.03 | 0.27: 0.06 |
| FPF-rosette-forming cell% | 20.8: 2.54 | 14.03: 2.87 |
| FPF-rosette-forming cell x10 / 9l. | 0.3: 0.01 | 0.16: 0.04 |
| Blast-transformation reaction with PHA % | 66.7: 8.4 | 76.33: 4.3 |
| Blast-transformation reaction with PHA, x 10 / 9L. | 0.72: 0.06 | 0.94: 0.31 |

The Table №2 shows that NUC patients of group 2, which had conventional therapy after surgery and additionally ILBI HNL, had an increase in the absolute number of lymphocytes, as well as relative and absolute content of TGF-rosette-forming cell. At the same time significantly the content of FPF rosette-forming cell was truly decreased, which leads to a significant increase in the immune regulatory index. Functional activity of lymphocytes of group 2 of patients compared to group 1 is not changed.

The Table Number 3 presents data on the effect of conventional therapy and additional ILBI HNL on B-component of immunity component in NUC patients of group 1 and 2.

Table 3

| Indicators | NUC patient safter surgery | |
|--------------------------------------|----------------------------|----------------------|
| | 1 group, 12 patients | 2-group, 12 patients |
| EAC-rosette-forming cell% | 26.4: 6.5 | 42.9: 2.4 |
| EAC-rosette-forming cell, x 10 / 9L. | 0.31: 0.06 | 0.40: 0.07 |
| 0-lymphocytes, % | 44.7: 7.9 | 22.9: 5.7 |
| 0-lymphocytes, x 10 / 9L. | 0.62: 0.22 | 0.26: 0.07 |
| IgAr / l | 3.67: 0.2 | 1.9: 0.18 |
| IgM | 1.23: 0.5 | 1.36: 0.26 |
| IgG | 16.1: 2.8 | 17.4: 1.3 |

The Table 3 shows that in the postsurgical period NUC patients of group 2 compared to group 1 have a significant increase in the relative and absolute number of EAC rosette-forming cell and functional activity of B-lymphocytes does not change substantially. The content of immunoglobulin A is reduced, levels of immunoglobulin M and G do not differ between the group 1 and 2. The number of 0-lymphocytes is decreasing in the group 2 of NUC patients compared with group 1, both relatively and absolutely.

Conclusions:

1. The use of conventional therapy and ILBI HNL in operated NUC patients improves the reparative processes of colon in the postsurgical period by 25% to 50% compared to the conventional therapy and the clinical condition improved from 33.3% to 75% of cases.
2. Together with conditional therapy, the usage of ILBI HNL in operated NUC patients of group 2 improves the absolute number of lymphocytes, which leads to an increase in immune regulatory index, which leads to increased reparation activity in the mucosa of the remaining part of the colon.

REFERENCES

- 1 Elstein N.V. Dialogue about medicine, 4th ed. – Tallinn: 1984. – 64 p.
- 2 Grigoryeva G.A., Meshalkina N.Y. On the problem of systemic manifestations of inflammatory intestinal diseases // Pharmateka. - 2011. - №15. – P. 44-49.
- 3 Ivashkin V.T. Rational pharmacotherapy of digestive system diseases // Ed. Litterra. - M.: 2003. - P.513-515.
- 4 Grimblatov V.M. Modern equipment and the problem of low-level laser therapy // The use of lasers in biology and medicine (Collection). – Kiev: 1996. – P. 123-127.

А. Қаныбеков, С.А. Маленкова, Ю.Я. Рахматуллин, Ө.С. Садықов, А. Бейсен
С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
Жалпы хирургия кафедрасы

ОТАДАН КЕЙІНГІ КЕЗЕҢДЕ СПЕЦИФИКАЛЫҚ ЕМЕС ОЙЫҚ ЖАРАЛЫ КОЛИТТИҢ РЕПАРАТИВТІ ЖӘНЕ ИММУНДЫҚ ҮРДІСТЕРІН ТҮЗЕТУ

Түйін: мақала бейспецификалық ойық-жараның операциядан кейінгі кезеңде иммунды және репаративті үдеріске коррекция жүргізуіне арналған. Алға қойылған мақсатты орындау үшін 24 науқасқа ем жүргізілген. ГНЛ сәулені қанға енгізу арқылы ем жүргізу нәтижесінде науқастардың иммунитеті мен репаративті үдерістің жоғарылағаны дәлелденген.

Түйінді сөздер: ойық жара, науқас, ем, үрдіс

А. Қаныбеков, С.А. Маленкова, Ю.Я. Рахматуллин, Ө.С. Садықов, А. Бейсен
Казахский Национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова
Кафедра общей хирургии

КОРРЕКЦИЯ РЕПАРАТИВНОГО И ИММУННОГО ПРОЦЕССА НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ЯЗВЕННОГО КОЛИТА В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Резюме: Статья посвящена одной актуальной проблеме медицины-коррекцию репаративного и иммунного процесса неспецифического язвенного колита в послеоперационном периоде. Проведено лечение 24 больным послеоперационном периоде применением ВЛОК ГНЛ. Доказано, применение вышеуказанной терапий способствует повышению иммунного и репаративного процесса в организме больных.

Ключевые слова: язва, пациент, терапия, процесс