

УДК 616.33-002.44-005.1(575.2-25)
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-5-35-39

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ У ЛИЦ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В ГОРОДЕ БИШКЕКЕ**

Е.Ж. Жолдошбеков, К.А. Ниязов, А.К. Ниязов, А.А. Ниязов

Аннотация. Проведена оценка клинического течения у пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной гастродуоденальным кровотечением у лиц, проживающих в городе Бишкеке. Всего обследовано и получили лечение 204 пациента. В оценке клинического течения использованы клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Для детального понимания особенностей клинико-лабораторных показателей пациенты были распределены по полу и возрасту, также был учтен анамнез заболевания. Особое внимание уделялось эндоскопическому исследованию, по результатам которого учитывались локализация язвенного процесса и состояние язвенного дефекта. Также акцент исследования был сделан на гематологические показатели и клиническую картину с оценкой степени тяжести кровопотери у пациентов, проживающих в городе Бишкеке. По результатам исследования были сделаны соответствующие выводы и определены задачи для дальнейшего изучения.

Ключевые слова: язвенная болезнь; кровотечение; горные условия; низкогорье; диагностика; лечение.

**БИШКЕК ШААРЫНДА ЖАШАГАН АДАМДАРДЫН ИЧКИ
КАН АГУУ МЕНЕН КАБЫЛДАП КЕТКЕН АШКАЗАН ЖАНА ОН ЭКИ
ЭЛИ ИЧЕГИНИН ЖАРАСЫ ДАРТЫНЫН КЛИНИКАЛЫК КӨРҮНҮШҮ**

Е.Ж. Жолдошбеков, К.А. Ниязов, А.К. Ниязов, А.А. Ниязов

Аннотация. Бишкек шаарында жашаган адамдардын ички кан агуу менен кабылдап кеткен ашказан жана он эки эли ичегинин жарасы дартынын клиникалык көрүнүшүнө баалоо жүргүзүлдү. Жалпысынан 204 бейтап текшерүүдөн өтүп, дарыланган. Клиникалык көрүнүшкө баалоо жүргүзүүдө клиникалык, лабораториялык жана аспаптык изилдөө ыкмалары колдонулган. Клиникалык жана лабораториялык көрсөткүчтөрдүн өзгөчөлүктөрүн кеңири түшүнүү үчүн, бейтаптар жынысы жана жашы боюнча бөлүнгөн, ошондой эле дарт баяны эске алынган. Эндоскопиялык экспертизанын жыйынтыгына бурулду өзгөчө көңүл, анын жыйынтыгында жара процессинин жайгашкан жери жана жаранын абалы эске алынды. Ошондой эле, Бишкек шаарында жашаган бейтаптардын кан жоготууларынын оордугун баалоо менен, изилдөөдө гематологиялык көрсөткүчтөргө жана клиникалык көрүнүштөргө негизги басым жасалган. Изилдөөнүн жыйынтыгы боюнча тиешелүү жыйынтыктар чыгарылып, мындан аркы изилдөөлөр үчүн милдеттер белгиленди.

Түйүндүү сөздөр: ашказан жарасы; кан агуу; тоолуу шарттар; ойдундар; дарт аныктоо; дарылоо.

**CLINICAL COURSE OF GASTRIC ULCER AND DUODENAL
ULCER COMPLICATED BY GASTRODUODENAL BLEEDING
IN PEOPLE LIVING IN THE CITY OF BISHKEK**

E.Zh. Zholdoshbekov, K.A. Niyazov, A.K. Niyazov, A.A. Niyazov

Abstract. The assessment of the clinical course in patients with gastric ulcer and duodenal ulcer complicated by gastroduodenal bleeding in people living in the city of Bishkek was carried out. A total of 204 patients were examined and treated. In assessing of clinical picture laboratory, clinical and instrumental research methods were used.

For a detailed understanding of the characteristics of clinical and laboratory parameters, patients were divided by sex and age, and the history of the disease was also taken into account. Particular attention was paid to the results of endoscopic examination, according to the results of which the localization of the ulcerative process and the state of the ulcer defect were taken into account. The study also focused on hematological parameters and on the clinical picture, with an assessment of the severity of blood loss in patients living in Bishkek city. Based on the results of the study, appropriate conclusions were drawn and tasks for further research were identified.

Keywords: ulcer disease; bleeding; mountainous conditions; low altitude; diagnostics; treatment.

Введение. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии, согласно литературным данным, достигают до 14 % [1, 2] и чаще всего страдают лица мужского пола молодого трудоспособного возраста [3].

Город Бишкек расположен на севере Кыргызстана, в Чуйской долине, у предгорьев Тянь-Шаня, в 40 км севернее Кыргызского хребта на высоте 760 м над уровнем моря, что относит его к зоне низкогорья [4, 5]. Учитывая географические особенности нашей страны, уровень населенности различных географических высот появляется необходимость изучения механизмов гомеостаза и понимания репаративных процессов происходящих в организме в ответ на различные патологические состояния.

Анализ данных литературы показывает, что исследований, посвященных диагностике, лечению и профилактике гастродуоденальных кровотечений язвенной этиологии, предостаточно [6, 7]. Однако работ, связанных с течением этой же болезни с осложнением у больных, проживающих в горных условиях, в первоисточниках единицы, что требует дальнейшего изучения для полноты понимания ее механизмов.

Цель исследования – определить особенности клинического течения у больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением у лиц, проживающих в городе Бишкеке (условия низкогорья).

Материал и методики исследования. В исследование включены больные с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненной кровотечением, постоянно проживающие в городе Бишкеке. Критериями исключения являлись больные с гастродуоденальными кровотечениями на фоне злокачественных опухолей и лица, временно проживающие в городе Бишкеке (в условиях низкогорья).

Для реализации цели были обследованы 204 пациента с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, получавшие стационар-

ное лечение в хирургических отделениях Городской клинической больницы № 1 города Бишкека с 2016 по 2020 г., их распределение по полу и возрасту представлено в таблице 1.

Анализ поступивших больных показал, что мужчины поступали больницу значительно чаще в сравнении с женщинами, и их соотношение составило 1,6:1,0. Что касается возраста, то наибольшую группу составили больные в возрасте 51–60 лет (24 %), в равном числе наблюдений поступило больных в возрасте 31–40 и 61–70 лет (по 17,2 %) . Обращает на себя внимание факт, что лица в возрасте до 20 лет составили 3,9 %, а лица старше 70 лет – 8,8 %.

Чтобы выяснить, в какие сроки заболевания чаще возникало кровотечение, мы при ознакомлении с больными выясняли сроки заболевания язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (таблица 2).

При анализе сроков заболевания было установлено, что наиболее часто поступали больные, страдавшие язвенной болезнью более 10 лет (35,3 %), а больные, у которых язвенный анамнез отсутствовал, также составили немалое количество (31 чел.; 15,2 %). В сроки более одного года и до 5 лет количество больных было почти равнозначным (соответственно 10,3 и 10,2 %).

При поступлении больных основным методом диагностики явилось эндоскопическое исследование, которое было выполнено у 189 пациентов и лишь 15 больным это исследование не выполнялось в связи с отказом больных. Локализация язвенного процесса при эндоскопическом исследовании представлена в таблице 3.

При этом исследовании установлено, что наиболее часто язва локализовалась в двенадцатиперстной кишке (107 чел.; 56,6 %), реже имела место желудочная локализация (71 чел.; 37,6 %) и двойная локализация установлена у 4-х больных, что составило 2,1 %. Также обнаруживали язву анастомоза после ранее выполненных операций на желудке (7 чел.; 3,7 %).

Таблица 1 – Распределение больных по возрасту и полу

Пол	Всего		Возраст, лет						
	абс. ч.	%	до 20 лет	21–30	31–40	41–50	51–60	61–70	старше 70
Муж.	128	62,7	5	19	22	20	34	20	8
Жен.	76	37,3	3	6	14	13	15	15	10
Всего	204	100,0	8 (3,9)	25(12,3)	36 (17,6)	33 (16,2)	49 (24,0)	35 (17,2)	18 (8,8)

Таблица 2 – Давность заболевания язвенной болезнью больных, проживающих в низкоргорье

Давность, ранее без клинической манифестации	Всего	
	абс. ч.	%
	31	15,2
До 6 мес	12	5,9
От 6 до 12 мес	7	3,4
От 1 г до 3 лет	21	10,3
От 3 лет до 5 лет	22	10,8
От 5 лет до 10лет	39	19,1
Более 10 лет	72	35,3
Всего	204	100,0

Таблица 3 – Локализация язвенного дефекта при ЭГДС

Локализация язвы	Всего	
	количество, n	%
ЯБЖ	71	37,6
ЯБЛДПК	107	56,6
ЯБЖ + ЯБЛДПК	4	2,1
Язва анастомоза	7	3,7
Всего	189	100,0

В результате эндоскопического исследования был установлен характер кровотечения, имевшего место у обследованных больных (таблица 4).

На основании осмотра, продолжающееся кровотечение отмечено у 22 больных, что составило 11,6 %. У 138 пациентов (70,0 %) кровотечение остановлено, но не было уверенности в его окончательной остановке. У 29 пациентов (15,3 %) выявлены признаки окончательной остановки кровотечения.

Мы распределили больных по степени тяжести кровопотери и при этом пользовались классификацией В.К. Гостищева и М.А. Евсеева [8]. Распределение по степени тяжести представлено в таблице 5.

Таблица 4 – Результаты эндоскопического исследования по Forrest

Результаты ЭГДС	Количество	%
Forrest 1A	7	3,7
Forrest 1B	15	7,9
Forrest 2A	96	50,8
Forrest 2B	40	21,2
Forrest 2C	2	1,1
Forrest 3	29	15,3
Всего	189	100,0

Таблица 5 – Таблица степени тяжести кровопотери

Степени тяжести кровопотери	Всего	
	абс. ч.	%
I степень (легкая кровопотеря)	86	42,2
II степень (кровопотеря средней тяжести)	43	21,0
III степень (тяжелая кровопотеря)	51	25,0
IV степень (кровопотеря крайней степени тяжести)	24	11,8
Всего	204	100,0

Анализ результатов показал, что наибольшую группу составили больные с легкой степенью кровопотери 86 (42,2 %) от общего числа поступивших с кровотечением. Также отмечено высокое число пациентов с тяжелой степенью кровопотери – 51 человек (25 %) и немного меньше пациентов с кровопотерей средней тяжести 43 человека (21 %) и у 24 пациентов (11,8 %) отмечалась кровопотеря крайней степени тяжести.

После постановки диагноза сразу же начинали инфузионную, противоязвенную и гемостатическую терапию, а пациентам, для которых консервативное лечение оказалось неэффективным, проводилось оперативное лечение.

Таблица 6 – Показатели общего анализа крови больных низкогогорья с гастродуоденальными кровотечениями при поступлении и при выписке получавших консервативное лечение

Показатели	При поступлении	При выписке
	M1 + m1	M2 + m2
Гемоглобин	102,4 ± 4,07	103,8 ± 3
Эритроциты	3,76 ± 0,13	3,84 ± 0,11
Лейкоциты	7,98 ± 0,45	6,89 ± 0,46
Лимфоциты	12,23 ± 1,49	4,91 ± 0,79
Mid	2,92 ± 0,35	1,82 ± 0,32
Gran	22,06 ± 1,91	12,64 ± 2,03
Гематокрит	32,08 ± 1,36	33,65 ± 0,98
MCV	89,97 ± 2,83	83,13 ± 2,12
MCH	26,78 ± 0,87	27,81 ± 1,57
MCHC	310,56 ± 2,87	309,16 ± 3,12
PLT	218,9 ± 12,3	224,72 ± 11,26
MPV	9,95 ± 0,16	10 ± 0,27
PDW	15,98 ± 0,38	15,12 ± 0,34
PCT	0,214 ± 0,01	0,23 ± 0,01

Таблица 7 – Методы оперативного лечения

Тип операции	Всего	
	абс. ч.	%
Резекция желудка по Бильрот 2	8	3,9
Гастротомия, ушивание кровоточащей язвы	2	0,9
Субтотальная резекция по Бальфуру	2	0,9
Всего	12	5,8

При поступлении и в процессе наблюдения за больными, у которых мы выполняли консервативное лечение, нами был выполнен общий анализ крови. Также были проанализированы результаты исследования (таблица 6).

Анализируя показатели крови пациентов группы низкогогорья, получивших консервативное лечение, мы сделали выводы, что показатели гемоглобина, эритроцитов, гематокрита и тромбоцитов достоверно повышались в результате проведенного лечения.

Таблица 8 – Показатели общего анализа крови больных низкогогорья с гастродуоденальными

кровотечениями при поступлении и при выписке, получавших оперативное лечение

Показатели	При поступлении	При выписке
	M1 + m1	M2 + m2
Гемоглобин	84,66 ± 7,89	102,85 ± 6,95
Эритроциты	3,1 ± 0,26	3,71 ± 0,224
Лейкоциты	9,72 ± 0,89	9,3 ± 0,77
Лимфоциты	1,99 ± 0,93	1,57 ± 0,2
Mid	0,59 ± 0,13	0,74 ± 0,19
Gran	3,89 ± 0,59	5,84 ± 0,89
Гематокрит	17,98 ± 2,43	46,31 ± 2,13
MCV	51,35 ± 2,05	64,6 ± 1,8
MCH	15,53 ± 0,92	19,74 ± 0,71
MCHC	176,83 ± 5,76	222,18 ± 4,09
PLT	264 ± 24,91	390,45 ± 41,17
MPV	5,84 ± 0,24	7,25 ± 0,17
PDW	7,9 ± 1,06	10,94 ± 0,07
PCT	0,168 ± 0,02	0,214 ± 0,03

Необходимо отметить, что у этой группы больных (низкогогорье) у большинства были использованы консервативные методы лечения (192 чел.; 94,1 %) и лишь у 12 (5,9 %) поступивших применено хирургическое вмешательство (таблица 7).

В течение 6 часов с момента поступления оперирован один больной в связи с массивностью профузного кровотечения и неэффективностью консервативного лечения. Еще один оперирован в течение первых суток в связи с продолжающимся кровотечением. 5 пациентов оперированы в течение трех суток от момента поступления и позже 5 суток еще 5 пациентов согласились на оперативное лечение. Причиной затягивания сроков оперативного лечения во многих случаях являлась попытка консервативного гемостаза. Причиной столь отсроченного оперативного вмешательства стали нестабильность гемостаза, достигаемая при консервативном лечении, и последующий рецидив кровотечения.

Из 12 оперированных у 8 выполнена резекция желудка по Бильрот-2 в модификации Гофмейстера – Финстерера. У 2-х больных при обильном желудочном кровотечении и локали-

зации язвы больших размеров (4 см) с тяжелыми сопутствующими заболеваниями выполнена гастротомия с ушиванием кровоточащей язвы, еще у двоих – субтотальная резекция желудка по Бальфуру при двойной локализации язв. Умер один больной.

И в этой группе мы проследили показатели анализов крови до операции и при выписке, показатели которых представлены в таблице 8.

Анализируя показатели крови пациентов группы низкогорья, получивших оперативное лечение, мы сделали выводы, что показатели гемоглобина, эритроцитов и гематокрита достоверно повышались в результате проведенного лечения. Положительные сдвиги отмечались и в системе гемостаза. Так, достоверно повышались количество тромбоцитов и средний объем тромбоцитов, который обозначает тромбоцитарный индекс и является показателем характеристики степени зрелости кровяных пластинок в периферической крови. Отмечается повышение показателя гетерогенности тромбоцитов, демонстрирующего, какие формы клеток преобладают, повышение показателя тромбокрита, характеризующего процент тромбоцитарной массы в объеме крови.

Результаты и их обсуждение. При анализе лабораторных показателей красной крови и тяжести кровопотери отмечено, что у пациентов, постоянно проживающих в городе Бишкеке (в условиях низкогорья) выраженность кровопотери отмечается на высоком уровне и составляет 36,8 % кровопотерь тяжелой и крайне тяжелой степеней от общего числа поступивших. Стоит также отметить, что соотношение мужчин и женщин, поступающих с гастроудоденальными кровотечениями, превалирует в пользу мужчин и составляет 1,6:1,0. Также определяется большее число локализаций язвенного процесса в двенадцатиперстной кишке в сравнении с желудочной локализацией.

Выводы:

1. У лиц, постоянно проживающих в городе Бишкеке, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, чаще наблюдается у лиц мужского пола в сравнении с женщинами, их соотношение составляет 1,6:1,0, что согласуется с литературными сведениями.
2. Гастроудоденальные кровотечения чаще наблюдаются у больных с локализацией язвен-

ного процесса в двенадцатиперстной кишке в сравнении с желудочной локализацией, их соотношение составляет 1,5:1,0 и чаще.

3. У пациентов, постоянно проживающих в городе Бишкеке (в условиях низкогорья), отмечался высокий уровень кровопотери тяжелой и крайне-тяжелой степени и составил 36,8 % от общего числа поступивших.
4. Вследствие бурного развития консервативных методов лечения язвенной болезни и ее осложнений следует признать низкую хирургическую активность при гастроудоденальном кровотечении язвенной этиологии, что, возможно, и обуславливает частоту рецидивов гастроудоденальных кровотечений при неполноценной терапии на амбулаторном этапе. Данное утверждение будет являться предметом наших дальнейших исследований.

Поступила: 21.10.21; рецензирована: 02.12.21; принята: 10.12.21.

Литература

1. *Маев И.В.* Острые желудочно-кишечные кровотечения / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Г.А. Бусарова, Н.Р. Агапова // *Лечащий врач.* 2003. № 5.
2. *Narayanan M., Reddy K.M., Marsicano E.* Peptic Ulcer Disease and Helicobacter pylori infection // *Mo Med.* 2018 May-Jun;115(3):219-224.
3. Эпидемиология язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / Л.Б. Лазебник, М.Г.о. Гусейнзаде, И.А. Ли, Л.И. Ефремов // *Терапевтический архив.* 2007. № 2. С. 12–16.
4. *Миррахимов М.М.* Гематологические исследования на высотах Тянь-Шаня и Памира / М.М. Миррахимов, А.Р. Раимжанов // *Адаптация человека.* Л., 1972. С. 119–125.
5. *Раимжанов А.А.* Апластическая анемия и горный климат / А.А. Раимжанов. Бишкек: Учкун, 2002. 302 с.
6. *Strate L.L., Gralnek I.M.* ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding // *Am J Gastroenterol.* 2016 May;111(5):755.
7. *Тверитнева Л.Ф.* Диагностика, лечение и профилактика гастроудоденальных кровотечений: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.27 / Л.Ф. Тверитнева. М., 2009. С. 3.
8. *Гостищев В.К.* Патогенез рецидива острых гастроудоденальных язвенных кровотечений / В.К. Гостищев, М.А. Евсеев // *Хирургия.* 2004. № 5. С. 46–51.