

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ РЕМАКСОЛА НА СИСТЕМУ ГЕМОСТАЗА ПРИ ОСТРОМ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

**Рахмонов Фирдавс Саломатович**

*Республика шошилиш тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд  
филиали.,*

**Шоназаров Искандар Шоназарович**

*Самаркандский государственный медицинский университет,  
Самарканд, Узбекистан.*

*Проведено клинико-лабораторное исследование 55 больных острым желудочно-кишечным кровотечением. Больные были разделены на 2 группы: первая – больные, получившие стандартизованное лечение (n=20), вторая – пациенты, получавшие и Ремаксол (внутривенные введения 400,0 мл ежедневно в течение 6 суток) (n=20). В качестве контроля в исследование включены добровольцы, (n=15). Показано, что включение Ремаксола в схему лечения в ранние сроки заболевания вызывает значительные изменения в коагуляционно-литической системе.*

**Ключевые слова:** *гемостаз, желудочно-кишечное кровотечение, Ремаксол, тромбоэластография.*

### АКТУАЛЬНОСТЬ

В последние десятилетия острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) является актуальной хирургической патологией из-за повышенной заболеваемости и летальности, составляя 17-53%. Уменьшение объёма циркулирующей крови, снижение скорости кровотока и увлечение вязкости крови повышают агрегацию тромбоцитов приводя к нарушению микроциркуляции и развитию тромбозов. С другой стороны, при ОЖКК нарушаются антитоксическая и белковообразовательная функции печени, вызывая нарушение продукции гемостатических факторов и повышение фибринолитической активности. По данным литературы, известно, что синдром диссеминированного внутрисосудистого свёртывания (ДВС) развивающийся при массивной кровопотери, является пусковым механизмом развития полиорганной недостаточности.



Цель исследования: оценить гемостазирующий эффект Ремаксол у больных острым желудочно-кишечным кровотечением при помощи тромбоэластографии.

Материалы и методы. В настоящее исследование при получении информированного согласия были включены 55 пациентов ОЖКК. Исследуемые лица были рандомизированы по полу, возрасту, выраженности заболевания и разделены на 3 группы: 1-я группа (n=20) больные ОВЖКК, получившие стандартное лечение; 2-я группа (n=20) больные ОВЖКК, которым дополнительно к основному лечению включали инфузии Ремаксол; 3-я группа здоровые лица (n=15) обоего пола в возрасте 20-60 лет. Оценка степени тяжести была определена с помощью шкалы SAPS, а степень кровопотери по способу А.И. Горбашко. Исследуемые пациенты получили стандартное комплексное лечение, включающее гемоплазматрасфузии, противоязвенные, обезболивающие и др. лекарственные средства. При этом лицам второй группы в терапию включен дополнительно Ремаксол. В течение 6 суток проводили ежедневные внутривенные вливания в объеме 400,0 мл. При этом объем общих инфузий уменьшали на 400,0 мл. Оценка коагуляционно-литической системы крови была произведена с помощью Thrombelastograph TEG® 5000 (USA), позволяющий определить состояние наиболее важных компонентов свертывающей, противосвертывающей и фибринолитической систем. Состояние системы гемостаза с помощью ТЭГ у исследуемых пациентов было проведено в течение 6 суток. Статистическая обработка данных результатов было выполнено с помощью программ IPMSPSS statistics 20 и STATISTICA 7,0.

Результаты. Диагноз ОЖКК был подтвержден с помощью клинико-, лабораторно- и инструментальных методов обследования при госпитализации пациентов. Нами показано, что у исследуемых пациентов в ранний период были установлены существенные нарушения гуморального компонента системы гемостаза в виде гиперкоагулемии и угнетения фибринолиза в результате активации данной системы. Отмечено, что параметр R (реактивное время) – величина, которая определяет период свертывания крови и характеризует 1-2 фазу свертывания (константа протромбиназы) в ранние (1-4 сутки) сутки исследования у пациентов первой группы был выше нормы на 65,18, 55,74, 39,81 и 17,69 % соответственно (p 0,05), указывая на увлечение активности факторов системы гемостаза. У больных второй группы в первые трое суток исследования после применения Ремаксол параметр R был ниже чем у



пациентов первой группы на 4,63, 17,6 и 16,3 %. По сравнению с контролем, параметр R у лиц второй группы был выше нормы в первые троя суток на 60,5, 38,14 и 23,51% соответственно. С 4-х суток наблюдения показатель R у данной группы был в пределах нормы, подтверждая понижение активности факторов свертывающей системы крови.

При проведении традиционной терапии у пациентов первой группы параметр CI (коагуляционный индекс – производный параметр от R, K, MA и угла  $\alpha$ , и характеризует коагуляционный потенциал крови пациента в целом) был достоверно выше нормы на всех этапах исследования на 460,0-167,1% ( $p < 0,05$ ). Увеличение значения данного показателя подтверждает, что применение традиционной терапии не предотвращает гиперкоагулемию и риск развития тромботических осложнений. Выявлено, что уровень параметра CI был значительно ниже сравнительно пациентам первой группы уже с первых суток исследования на 257,15-281,43% ( $p < 0,05$ ). По сравнению с контролем, параметр CI у лиц второй группы был выше только в течении первых 4 суток на 444,28-38,75%. При этом на 5 и 6 сутки показатель CI у данных больных был в пределах нормы, доказывая стабилизацию состояния свертывающей системы крови.

#### ВЫВОДЫ:

1. Тромбоэластография позволяет оценить все компоненты системы гемостаза, что является очень важным для своевременной диагностики гемостатических расстройств у больных с кровотечением.

2. Включение Ремксола в схему лечения в первые часы данной патологии корректирует значения ряда гемостатических параметров. Гемостазрегулирующим эффект, по всей видимости, следует связать с его гепатопротекторной и антиоксидантной антигипоксантной способностью.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдуллаев С. А. и др. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ И ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 19-20.

2. Абдуллаев С. А. и др. КЛАССИФИКАЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.

3. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида кизилунгач перфорациям //Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.



4. Шоназаров И. и др. Наш опыт диагностики и лечения повреждений двенадцатиперстной кишки при сочетанной абдоминальной травме //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 3 (96). – С. 122-125.
5. Рузиев П. Н. и др. Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 190-191.
6. Ачилов М. Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 38-42.
7. Ачилов М. Т. и др. Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 43-44.
8. Ачилов М. Т. и др. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi //Re-health journal. – 2020. – №. 2-2 (6). – С. 111-113.
9. Shonazarov I. et al. Analysis of the results of surgical tactics and treatment in patients with acute necrotic pancreatitis //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3130-3135.
10. Shonazarov I. et al. Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3192-3198.
11. Abdullaev S. et al. Problems of Diagnostics, Prevention and Surgical Tactics of Treatment of Adhesive-Intestinal Obstruction //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2289-2294.
12. Temirovich A. M. et al. Prevention and treatment of intraabdominal hypertension in patients with peritonitis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 75-79.
13. Тухтаев Б. Х. и др. Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 79-82.
14. Akhmedov S. K. et al. Значение раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите //Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования. – 2020. – С. 274-276.
15. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости //World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.



16. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 70-73.

17. Шопазаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости : дис. – Ташкент, 2008.

18. Ачилов М. Т. и др. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2021. – Т. 6. – №. 1.

19. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.

