

## ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ЎТКИР ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН ҚОН КЕТИШИ



Рахимов Расулбек Иброхимович<sup>2</sup>, Жанибеков Шерзод Шаъназарович<sup>1</sup>,  
Мардонов Жамшид Нормуротович<sup>1</sup>, Отажонов Жамолиддин Хусанович<sup>1</sup>

1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 - Шаҳар тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

## ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Рахимов Расулбек Иброхимович<sup>2</sup>, Жанибеков Шерзод Шаъназарович<sup>1</sup>,  
Мардонов Жамшид Нормуротович<sup>1</sup>, Отажонов Жамолиддин Хусанович<sup>1</sup>

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Городская клиника скорой медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Ташкент

## ACUTE GASTRODUODENAL BLEEDING IN PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE

Rakhimov Rasulbek Ibrokhimovich<sup>2</sup>, Janibekov Sherzod Shanazarovich<sup>1</sup>, Mardonov Jamshid Normurotovich<sup>1</sup>,  
Otajonov Jamoliddin Khusanovich<sup>1</sup>

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - City Emergency Medical Clinic, Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: [sherzod.janibekov.79@gmail.com](mailto:sherzod.janibekov.79@gmail.com)

**Резюме.** Долзарблиги: Комбинацияланган анти-хеликобактер терапиясининг кенг жорий этилиши ошқозон ярасининг такрорланиши частотасини камайтирди ва аҳолининг хеликобактер пилори нинг юқумли штаммлари билан юқтириши даражасини сезиларли даражада камайтирди. Аммо анти-хеликобактер терапиясининг антирецидив таъсири асосан ёш ва ўрта ёшли беморларда кузатилади. Бундан ташқари, ошқозон яраси билан оғриган ёки юқори кислоталилик бўлмаган кекса беморлар хеликобактер пилори билан ифлосланишининг энг юқори даражасига эга. Бутун дунёда ошқозон-ичак трактидан қон кетиши камаймаяпти ва ўлимга олиб келадиган қон кетиши асосан кекса беморларда ривожланади: кекса одамлар стероид бўлмаган яллиғланишига қарши дориларнинг энг фаол истеъмолчилари бўлиб, улардан узоқ муддатли фойдаланишига олиб келади. Бизнинг тадқиқотимиз мақсади юрак ишемик касаллиги билан беморларда ўткир гастродуоденал қон кетиши частотасини ўрганиши ва бу асоратни одини олиши учун профилактик терапияни эрта қўллашни бошлаш, ва унинг натижаларини ўрганишига қаратилган.

**Калит сўзлар:** ўткир гастродуоденал яралар, юрак ишемик касаллиги, хеликобактер пилори, дори воситаларини қўллаш.

**Abstract. Relevance:** Widespread implementation of combined anti-Helicobacter therapy has reduced the frequency of gastric ulcer recurrence and significantly reduced the level of infection of the population with infectious strains of *Helicobacter pylori*. However, the antirelapse effect of anti-helicobacter therapy is mainly observed in young and middle-aged patients. In addition, elderly patients with peptic ulcers or without hyperacidity have the highest levels of *Helicobacter pylori* contamination. Gastrointestinal bleeding is not decreasing worldwide, and fatal bleeding occurs mainly in elderly patients: elderly people are the most active users of non-steroidal anti-inflammatory drugs, which leads to their long-term use. The aim of our study was to study the frequency of acute gastroduodenal bleeding in patients with ischemic heart disease and to study the results of early initiation of preventive therapy to avoid this complication.

**Key words:** acute gastroduodenal ulcers, ischemic heart disease, *Helicobacter pylori*, drug use.

Яра касаллигида *Helicobacter pylori* га қарши комбинирланган давонинг бирга қўлланилиши рецидивнинг сезиларли камайишига замин яратди ва *Helicobacter pylori*

нинг контагиоз штаммларини сезиларни даражада камайишига сабаб бўлди. Лекин антихеликобактер терапиянинг ифодаланган антирецидив таъсири фақат ёш ва ўрта ёшли

беморларда яхши натижа бермоқда. Кекса ёшли беморларда эса гиперацид турдаги яра касаллиги билан беморларда *Helicobacter pylori* нинг юқори даражадаги контаминацияси кузатилмоқда[1-12].

Бутун дунёда ошқозон-ичак тракти(ОИТ) дан қон кетиш частотаси юқорилигича қолмоқда, ўлимга олиб келадиган қон кетишлар эса кўпинча кекса ёшдаги беморларда кузатилмоқда: кекса ёшдаги беморлар кўпинча ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларини истеъмол қилишади, бу эса гастродуоденал соҳа шиллик пардасининг эрозив-ярали яллиғланишига олиб келади, яъни ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари(НЯҚВ) туфайли гастропатияларга олиб келади. 65 ёшдан катта бўлган 20 фоизгача бўлган одамлар НЯҚВ ларни қабул қилади. Америка қўшма штатларида НЯҚВ дориларини қабул қилишдан кейинги гастропатиялар туфайли ҳар йили 200 мингтагача аҳоли касалхоналарга ётқизилади ва шундан 20 мингтагача ҳолларда ўлимга олиб келади[1-11].

Бизнинг клиникамизда(Шаҳар тез тиббий ёрдам клиник шифохонаси) меъда эрозив-ярали зарарланишидан кейин қон кетишдан ўлган беморларнинг 20 фоизи НЯҚВ гастропатияларга тўғри келади.

Афсуски ҳозирда юрак ишемик касаллиги билан кўпчилик беморлар қон босими ошишига қарши ва қандли диабетга қарши ўз вақтида мутаносиб даво чораларини олмайдилар, юрак ревакуляризациясини ўз вақтида ўтказмайдилар ва Меъда-ичак трактидан қон кетиш профилактикаси учун адекват антисекретор даво чораларини олмайдилар.

Яна камроқ ҳолларда юрак ишемик касаллиги билан беморларда ҳаёти давомида “стресс” туфайли меъда ва ўн икки бармоқ ичак шиллик пардаси ўткир зарарланишлари аниқланади ва бунда 26% гача ҳолатларда меъда ичак трактидан қон кетиши кузатилади ва шундан 55-78% гача ҳолларда ўлимга олиб келиши кузатилади.

Бизнинг тадқиқотимизда Миокард инфаркти ва аорта аневризмасидан ўлган беморларнинг 26 фоизда қон кетишга олиб келган меъда ва ўн икки бармоқ ичак ўткир эрозиялари кузатилган. Меъда ичак тарктидан қон кетиши билан асоратланган Миокард инфарктдан кейинги кардиосклероз фонидаги декомпенсацияланган юрак етишмовчилиги билан беморларнинг 8 фоизда ва миокард инфаркти билан беморларнинг 5.2 фоизда аутопсияда малигнизация аниқланган. Юрак ишемик касаллиги фонида меъда ичак трактидан қон кетиши билан беморларнинг ўртача ёши 75-84 ни ташкил қилган ва бунда эркаклар 55% ва аёллар 45 % ни ташкил қилади.

Терапевтик профилдаги стационарда ўлим билан тугаган юрак ва аорта касалликларида меъда ичак трактидан қон кетиши 8.5% ни ташкил қилади. Ўлим билан тугаган ошқозон-ичак трактидан қон кетишларнинг 2/3 қисмидан кўпроғида беморларда юрак ишемик касаллиги хуружлари кузатилган.

Инфарктдан кейинги кардиосклероз фонидаги ўткир миокард инфаркти, қандли диабет, назоарт қилиб бўлмайдиган артериал гипетензия билан беморларда ўткир эрозив ярали қон кетишлар частотасининг юқори бўлиши меъда-ичак трактидан қон кетишлар предикторларини қайта кўриб чиқишни ва алоҳида алгоритм ишлаб чиқишни талаб қилади. 2000 дан ортиқ ўткир миокард инфаркти билан ўлган беморлар аутопсияси шуни кўрсатдики, ўткир эрозив ярали қон кетишлар кўпинча ўткир миокард инфаркти, қандли диабет ва артериал гипертензия билан оғрийдиган кекса ёшли беморларда кўп учрайди. Агар бемор илгари ҳам меъда-ичак трактидан қон кетишни ўтказган бўлса, бундай беморларда қон кетиши хавфи янада ортади.

Бизнинг тадқиқотимиз натижаларига кўра бирламчи Миокард инфаркти билан ўлган беморларнинг 16 фоизда ва қайта ўткир миокард инфаркти билан ўлган беморларнинг эса 55 фоизда ва артериал гипертензия фонидаги ўткир миокард инфарктининг қарийиб барчасида меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир эрозиялари аниқланган. Бирламчи миокард инфаркти билан беморларнинг 13 фоизда ва қайта ўткир миокард инфаркти билан беморларнинг 40 фоизда меъда-ичак трактидан қон кетиши кузатилган. Қандли диабет билан беморларнинг эса 8 фоизда меъда-ичак трактидан қон кетиши кузатилган. Ўткир миокард инфаркти ва қандли диабет билан беморларда эса меъда-ичак трактидан қон кетишлар бир мунча кўп кузатилган(44 фоиз). 78 фоиз беморларда эса ўткир миокард инфаркти ва ўтказилган меъда-ичак трактидан қон кетишлар билан беморларда ҳар хил классдаги қон айланиш етишмовчиликлари кузатилган. 5 фоиз беморларда эса яра анамнези аниқланган ва 9-11% беморларда темир танқислиги анемияси кузатилган.

Шуни таъкидлаш лозимки юрак ишемик касаллиги билан беморларнинг барчасида меъда-ичак трактидан қон кетишларининг предикторлари кузатилган.

Одатда юрак ишемик касаллиги кўзиши билан беморларда ўткир эрозив яралар меъда кичик эгрилига, тубида ва антрал қисмида жойлашади. Зарарланиш характери юза эрозиялардан чуқур яраларгача бўлиши мумкин, кўпинча – кўп сонли бўлади ва шиллик парда катта қисмини эгаллайди. Ўткир эрозив яраларда

меъда ичак трактдан қон кетиши одатда паренхиматоз характерда бўлади ва симптомсиз кечади.

Логинова (1997) маълумотларига кўра юрак ишемик касаллиги кўзиши билан беморларнинг 55 фоизда эрозив-ярали зарарланишлар қон кетиши билан юзага чиқади ва бундан 70 фоиз ҳолларда ўткир миокард инфарктининг ёки аортакоронар шунтлашнинг ўнинчи кунларида қон кетиши юзага келади.

Кўпчилик тадқиқодчиларнинг тасдиқлашига кўра ўткир эрозив яралардан кейин қон кетишлар намоён бўлишига қараганда кўпроқ содир бўлади. Лекин кўпчилик ҳолларда булар субклиник тарзда кечади ва сезиларли гемодинамик бузилишларга олиб келмайди ва ўз навбатида актуал клиник муаммо бўлиб ҳам ҳисобланмайди.

Колобов С.В ҳамда ҳаммуаллифлар (2003) маълумотларига кўра ўткир миокард инфарктдан кейинги меъда-ичак трактдан қон кетишларда 35 фоиз ҳолатларда ўткир қон кетишдан кейинги анемияга олиб келади ва бу ўз навбатида госпитализация ва ўлим хавфини бир ярим баробарга ва қайта қон кетиши хавфини 4 баробаргача оширади. Ўз навбатида меъда-ичак трактдан қон кетиши ўлим хавфини икки мартага оширади ва интенсив даво бўлимларида даволаниш муддатларини ўртача 5-10 кунгача оширади. Меъда-ичак трактдан қон кетишнинг юқори хавф факторлари булар - нафас етишмовчилиги, коагулопатиялар, 2 суткадан ошиқ ўпка сунъий вентиляцияси кабилар бўлиб булар асосий касаллик қандай бўлишидан қатъий назар юқори хавф омиллари бўлиб қолади.

Антисекретор даво ( меъда сақламаси рН муҳити 5 дан 7 гача ошган ҳолларда) хавф омиллари актив таъсир қилиш даврида меъда-ичак трактдан қон кетиши частотасини 51 фоизгача камайтиради ва ўткир эрозив яраларнинг эпителизациясига замин ҳозирлайди. Адекват антисекретор даво қуйидаги муаммоларни ечилишига олиб келади: актив қон кетиши тўхтади, қон кетиши рецивини тўхтатади, меъда-ичак трактдан қон кетишини олдини олади[2,3,7-12].

Антисекретор давонинг актив қон кетиши ҳажми ва унинг тўхташига таъсири – меъда рН муҳитини барқарор ишқорий томонга силжитиши ва шундан сўнг янги тромбларнинг лизисини блоклаши билан боғлиқ, бу эса тўлақонли томир гемостазини таъминлайди. Бунда ўткир миокард инфаркти билан беморларда меъда ва ўн икки бармоқ ичак шиллик пардасида микроциркуляциясининг бузилиши ва эпителий пролиферациясининг сусайганлигини кўрсатиб ўтишган.

Вена ичига 0.04 грамм омепрозол қўлланилиши биринчи суткадаёқ эпителиоцитлар пролифератив активлигининг кучайишига ва шиллик парданинг актив регенерациясига сабаб бўлади.

Назарий жиҳатдан меъда сақламасини нейтрализациясига антацид дорилар ёки антисекретор воситалар орқали эришиш мумкин, булар: магний ёки алюминий гидроксид, сукральфат,  $H_2$  рецепторлар антогонистлари ва протон помпа ингибиторлари кабилардир. Критик ҳолатдаги беморларда меъда-ичак трактдан қон кетишини даволаш ва профилактикасида суткасига 80 мг фамотидин қўллаш жуда юқори эффект бериши ҳақида бир қатор маълумотлар келтирилган. Янги замонавий тадқиқот натижаларига кўра протон помпа ингибиторларини қўллаганда, тезда ижобий натижа беради, толерантлик ривожланмайди, қўллаш жуда оддий ва хавфсиз ҳисобланади ва бу меъда-ичак трактдан қон кетиши билан беморларда жуда самарали ҳисобланади. Масаслан кунига 20 мг пантопрозол қўллаш юқорида келтирилган самараларни бериши исботланган.

Фақат критик беморларда антисекретор дори воситаларини кенг қўламда қўллаш баҳсли ҳисобланади, чунки летал қон кетишлар статистик маълумотларга кўра 7-8 фоиздан ошмайди, ошқозонни ишқорийлаштириш эса меъда-ичак трактида грамм манфий флораси ўсишини стимуллади ва бу назокомиал пневмония ривожланиш частотасини оширади. Янги тадқиқодлар шуни кўрсатдики антисекретор даво фонида назокомиал пневмония ривожланиши асосан аппарат орқали нафас олаётган беморларда юзага келиши мумкин ва бу летал натижага олиб келувчи меъда-ичак трактдан қон кетишни профилактикасини ўтказишни тўхтатишга асос бўла олмайди. Юрак ишемик касаллиги кўзишида ўткир эрозив-яраларни даволаш ва профилактикаси борасидаги муаммоларни ечимига қон кетиш ривожланиш хавф гуруҳини аниқлаш ва шакллантириш методологиясининг йўқлиги тўсқинлик қилмоқда.

Н. Лэм маълумотларига кўра (2000), умумий амалиёт шифокорлари, жарроҳлар ва анестезиологлар ўткир эрозив ярали зарарланишлар ҳақида фақатгина умумий маълумотларга эга ва 50 фоиз ҳолларда антисекретор терапия ўтказиш ҳақида замонавий тавсиялар ҳақида билишмайди. Кекса ёшдаги ўткир коронар синдром билан беморларда қон кетиш хавфи жуда юқори деб ҳисоблаб ҳатто нисбий қарши кўрсатмалар бўлса ҳам тромбозис ва гепаринотерапидан воз кечишади. Ўн фоиздан кўп беморларда ўткир миокард инфарктдан кейин бу фақат нисбий

карши кўрсатма деб аспирин қўлланилмайди. Аммо бундай ҳолларда аспирин қўлланилмаган беморларда кейинги бир йил давомида ўлим кўрсаткичи икки марта юқори эканлиги аниқланган. Кейинги пайтларда аспирин қўллаб бўлмайдиган беморларда суткасига 75 мг клопидогрел қўллаш аспирин билан бир хил эффект беради деб ҳисобланмоқда, аммо Ф. Чаннинг ишончли маълумотларига кўра кичкина дозада аспирин билан бирга суткасига 20 мг эзомепрозол қўллаганда қон кетиши клопидогрел қўллагандагига караганда анча кам кузатилиши аниқланган.

Хулоса қилиб айтганда ўткир миокард инфаркти билан беморларда антисекретор терапияни қўллаш қўшимча куч ва воситаларни талаб қилмайди ва протон помпа ингибиторларини ва шу қатордаги дори воситаларини қўллаш мақсадга мувофиқдир ва қийинчилик туғдирмайди.

#### Адабиётлар:

1. Алексеева О.П., Пикулев Д.В., Долбин И.В. Ишемическая болезнь сердца и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: синдром взаимного отягощения (Клиническая иллюстрация). Клинические перспективы в гастроэнтерологии, гепатологии. 2012; 3:31-34.
2. Королёв М. П. Гастроудоденальные кровотечения как проблема экстренной хирургии. Вестник хирургии. 2011; Т.170: 2: 52-54.
3. Мандель И.А. Тактика прогнозирования и профилактики гастроудоденальных кровотечений в коронарной хирургии {клиническое исследование}: Автореферат дисс. ... к.м.н. - Новосибирск, 2014; 25.) 410
4. Осадчий В.А., Буканова Т.Ю., Немиров К.Е. Клинико морфологические особенности гастроудоденальных эрозий и язв при застойной сердечной недостаточности, сочетающейся с ишемической болезнью сердца, и значение патофизиологических реакций в их развитии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2014; 6:50-55.
5. Сайфиддинова М.А., Рахимова М.Э., Разиков А.А. Особенности течения ишемической болезни сердца в сочетании с патологией гастроудоденальной зоны [обзор литературы]. Биология и интегративная медицина 2016; 6:98-117.
6. Ступин В.А. Структура летальности при язвенных гастроудоденальных кровотечениях. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2013; 5: 31-35.
7. Angel Lanas, Jean-Marc Dumonceau, Richard H. et al. (2018). Non-variceal upper gastrointestinal

bleeding. Nature Reviews Disease Primers volume; 4: 18020.

8. Gralnek I.M. (2015). Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy [ESGE] Guideline. cEndoscopy; 47:1–46.
9. Kessarinn Thanapirom, Wiriyaporn Ridditid. (2016). Outcome of Acute Upper Gastrointestinal Bleeding in Patients with Coronary Artery Disease: A Matched Case–control Study. Saudi J Gastroenterol; 22(3): 203–207.
10. Michał Mazurek. (2017). Gregory, Gastrointestinal Bleeding and Direct Oral Anticoagulants amongst Patients with Atrial Fibrillation in the “Real World”. Gastroenterology; 152: 5.932–934.
11. Tomishima K., Sato S., Amano N., et al. (2018). A case of ischemic gastroduodenal disease in a patient who was receiving hemodialysis treatment that was managed by conservative treatment. Clin J Gastroenterol; 11(5): 386-390.
12. Uemura N, Sugano K, Hiraishi H. et al. (2014). Risk factor profiles, drug usage, and prevalence of aspirin-associated gastroduodenal injuries among high-risk cardiovascular Japanese patients: The results from the MAGIC study. J Gastroenterol; 49:14-24.

#### **ОСТРЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

*Рахимов Р.И., Жанибеков Ш.Ш., Мардонов Ж.Н., Отажонов Ж.Х.*

**Резюме.** Актуальность: Широкое внедрение комбинированной антихеликобактерной терапии позволило снизить частоту рецидивов язвы желудка и существенно снизить уровень инфицированности населения инфекционными штаммами *Helicobacter pylori*. Однако противорецидивный эффект антихеликобактерной терапии наблюдается преимущественно у пациентов молодого и среднего возраста. Кроме того, у пожилых пациентов с язвенной болезнью или без повышенной кислотности наблюдается самый высокий уровень обсемененности *Helicobacter pylori*. Желудочно-кишечные кровотечения во всем мире не уменьшаются, а фатальные кровотечения возникают преимущественно у пациентов пожилого возраста: люди пожилого возраста являются наиболее активными потребителями нестероидных противовоспалительных препаратов, что приводит к их длительному применению. Целью нашего исследования было изучение частоты острых гастроудоденальных кровотечений у больных с ишемической болезнью сердца и изучение результатов раннего начала профилактической терапии во избежание этого осложнения.

**Ключевые слова:** острые гастроудоденальные язвы, ишемическая болезнь сердца, *Helicobacter pylori*, применение лекарственных средств.