

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc. 04/30.12.2019.Tib.64.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ
БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ҚОДИРОВ ШУКРУЛЛО САЛИМОВИЧ

**ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ТЕРИ ОРҚАЛИ
КОРОНАР АРАЛАШУВЛАРГА ТАЙЁРГАРЛИҚДА
ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЗОНА ШИКАСТЛАНИШИНИНГ
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИ МУҚОБИЛЛАШТИРИШ**

14.00.06 – Кардиология

14.00.05 – Ички касалликлар

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ–2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси автореферати мундарижаси

Оглавление автореферата диссертации доктора философии (PhD)

Contents of dissertation abstract of doctor of philosophy (PhD)

Қодиров Шукрулло Салимович

Юрак ишемик касаллиги бор беморларда тери орқали коронар аралашувларга тайёргарликда гастродуоденал зона шикастланишининг диагностикаси ва даволашини муқобиллаштириш..... 3

Қодиров Шукрулло Салимович

Оптимизация диагностики и лечения поражений гастродуоденальной зоны у больных ишемической болезнью сердца при подготовке к чрескожным коронарным вмешательствам..... 27

Kodirov Shukrullo Salimovich

Optimization of diagnosis and treatment of gastroduodenal zone lesions in patients with coronary artery disease in preparation for percutaneous coronary interventions..... 51

Эълон қилинган ишлар рўйхати

Список опубликованных работ
List of published works..... 55

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ ҲУЗУРИДАГИ
ИЛМИЙ ДАРАЖАЛАР БЕРУВЧИ DSc. 04/30.12.2019.Tib.64.01
РАҚАМЛИ ИЛМИЙ КЕНГАШ АСОСИДАГИ
БИР МАРТАЛИК ИЛМИЙ КЕНГАШ**

**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН КАРДИОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

ҚОДИРОВ ШУКРУЛЛО САЛИМОВИЧ

**ЮРАК ИШЕМИК КАСАЛЛИГИ БОР БЕМОРЛАРДА ТЕРИ ОРҚАЛИ
КОРОНАР АРАЛАШУВЛАРГА ТАЙЁРГАРЛИҚДА
ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЗОНА ШИКАСТЛАНИШИНИНГ
ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШНИ МУҚОБИЛЛАШТИРИШ**

14.00.06 – Кардиология

14.00.05 – Ички касалликлар

**ТИББИЁТ ФАНЛАРИ БЎЙИЧА ФАЛСАФА ДОКТОРИ (PhD)
ДИССЕРТАЦИЯСИ АВТОРЕФЕРАТИ**

ТОШКЕНТ–2022

Фалсафа доктори (PhD) диссертацияси мавзуси Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси ҳузуридаги Олий аттестация комиссиясида В2021.2.PhD/Tib746 рақам билан рўйхатга олинган.

Диссертация Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказида бажарилган.

Диссертация автореферати уч тилда (ўзбек, рус, инглиз (резюме)) Илмий кенгашнинг веб-саҳифасида (www.cardiocenter.uz) ва «ZiyoNet» Ахборот таълим порталида (www.ziynet.uz) жойлаштирилган.

Илмий раҳбарлар:

Тригулова Раиса Хусаниовна
тиббиёт фанлари доктори

Даминова Лола Турғунпулатовна
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Расмий оппонентлар:

Абдуллаев Тимур Атаназарович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Каримов Мирвасит Мирвасикович
тиббиёт фанлари доктори, профессор

Етакчи ташкилот:

Тошкент педиатрия тиббиёт институти

Диссертация ҳимояси Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази ҳузуридаги DSc.04/30.12.2019.Tib.64.01 рақамли Илмий кенгаш асосидаги бир марталик Илмий кенгашнинг 2022 йил «17» февраль соат 12 даги мажлисида бўлиб ўтди. (Манзил: 100052, Тошкент шаҳри Мирзо Улуғбек тумани, Осие кўчаси 4-уй. Тел./Факс (99871)237-31-57, e-mail: info@cardiocenter.uz).

Диссертация билан Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт маркази Ахборот-ресурс марказида танишиш мумкин (39 рақам билан рўйхатга олинган). (Манзил: 100052, Тошкент Мирзо Улуғбек тумани, Осие кўчаси, 4-уй. Тел./Факс (99871)237-31-57).

Диссертация автореферати 2022 йил «2» февраль кuni тарқатилди.
(2022 йил «2» февраль даги 14 рақамли реестр баённомаси)



Р.Д. Курбанов

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш раиси, тиббиёт фанлари доктори, академик

Г.У. Муллабаева

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий кенгаш илмий котиби, тиббиёт фанлари доктори

А.Х. Абдуллаев

Илмий даражалар берувчи Илмий кенгаш асосидаги бир марталик илмий семинар раиси, тиббиёт фанлари доктори

КИРИШ (фалсафа доктори (PhD) диссертация аннотацияси)

Диссертация мавзусининг долзарблиги ва зарурати. Юрак-қон томир касалликлари (ЮҚТК), биринчи навбатда юрак ишемик касаллиги (ЮИК) ва унинг асоратлари, иқтисодий ривожланган мамлакатларнинг соғлиқни сақлаш тизимидаги энг асосий муаммолардан бири бўлиб, касалланишнинг, беморлар меҳнатга лаёқатлилигини йўқотиши ва ўлим ҳолатлари юзасидан юқори даражаси билан асосланади. «ЖССТ маълумотларига кўра»¹, унинг частотаси 12-50% ни ташкил қилади. Адабиётларда ЮИК беморларида гастродуоденал зона (ГДЗ) патологиялари билан уйғун кечаётгани масаласи фаол муҳокама қилинмоқда ва бугунги кунда бу касалликларнинг танатогенезида ЮҚТК ва улар билан боғлиқ ГДЗ қон кетишларининг ўрни етарлича баҳоланмаганлиги, турли тадқиқотлар ЮҚТК нинг сабаблари ва омилларини йиғишга, ҳамда бу омиллар орасида биринчи ўринда ГДЗ шиллиқ қавати ишемиясининг ўткир ва сурункали шакллари, унинг ёшга доир инволюцияси, хеликобактериоз, рефлюкс-гастрит, кўп аъзоларда етишмовчилик, дори-воситаларидан зарарланишлар туради.

Дунёнинг ривожланган мамлакатларида ЮҚТК бор беморларда ўткир эрозия – яра шикастланишлари (ЎЭЯШ) нинг ўсиши ва бунда унинг частотаси 80-90% га, улар асосида меъда ичак қон кетиши (МИҚК) – 45-55% ни ташкил этмоқда. Бир қатор тадқиқотчилар «сўнгги ўн йилда ЎЭЯШ дан ўлим ҳолати учдан бир қисмга ортганини айтмоқдалар, ва бу ҳолат тадқиқот натижаларини касалликларни олдини олиш, ташхислаш ва даволаш»² клиник амалиётига жорий этилганига қарамай содир бўлмоқда. Муаллифлар фикрига кўра, ЮИК ва церебро-васкуляр касалликлари (ЦВК) бор беморларда эрозиялар ва яралар асосан меъдада (88% ва 74%), ўн икки бармоқ ичак (ЎИБИ) да (12%), ҳамда меъда ва ЎИБИ ичакдаги уйғун ҳолат – 14% жойлашган.

Мамлакатимизда аҳолига сифатли ихтисослаштирилган кардиологик ёрдам кўрсатиш ва амалий тиббиётга юқори технологик услубларни жорий қилиш бўйича кенг кўламли чора-тадбирлар амалга оширилмоқда. Ўзбекистон Республикасининг «2017-2021 йилларга мўлжалланган бешта устувор йўналишлар бўйича ҳаракатлар стратегиясида» аҳолига тиббий ва ижтимоий – тиббий хизматлар кўрсатиш қулайлиги ҳамда сифатини ошириш, аҳоли касалланиш даражасини пасайтиришни ва ҳаёт давомийлигини узайтиришни таъминлаш каби вазифалар қўйилган. Шу муносабат билан кардиология соҳасини изчил ривожлантириш, юрак- қон томир касалликлари сабабли ўлим ҳолати ва ногиронликнинг олдини олиш чоралари ишлаб чиқиш ва уларни соғлиқни сақлашнинг бирламчи бўғини шароитида ва бошқа бўғинларига татбиқ қилиш бўйича вазифалар муҳим аҳамиятга эга.

Мазкур диссертация тадқиқоти Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги ПФ-4947-сон «2017-2021 йилларда Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича ҳаракатлар

¹ Word health statistics. Word Health Organization.2015.

² Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Михеева О.М. Сердечно-сосудистая патология при заболеваниях органов пищеварения. //Эксперим.клиническая гастроэнтерология. – М.,2011. - №5. – С.69 – 72.

стратегияси тўғрисида»ги Фармони, 2017 йил 12 июндаги ПҚ-3052-сон «Соғлиқни сақлаш тизими фаолиятини янада такомиллаштириш бўйича чора-тадбирлар тўғрисида»ги, 2017 йил 20 июндаги ПҚ-3017-сон «Ўзбекистон Республикаси аҳолига ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида»³ ги Қарорлари ҳамда мазкур фаолиятга тегишли бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга мазкур диссертация тадқиқоти муайян даражада хизмат қилади.

Тадқиқотнинг Республика фан ва технологияни ривожлантиришнинг устувор йўналишларига мувофиқлиги. Мазкур тадқиқот республика фан ва технологиялар ривожланишининг VI «Тиббиёт ва фармакология» устувор йўналиши доирасида бажарилган.

Муаммонинг ўрганилганлик даражаси. Меъда гастродуоденал яралари ва ЎИБИ ни даволаш бўйича замонавий адабиётлардаги маълумотлар ва тажрибани ўрганиш шуни намоён қилдики, мазкур муаммо долзарблигича қолмоқда ва келтирилаётган гипотезалар ЮИК беморларида ярали шикастланиш ўзгаришларини бартараф қилишнинг стратегик ва тактик имкониятлар режасини ташкил қилади (Буканова Т.Ю, 2018). Меъда яра касаллиги (МЯК) ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги (ЎИБИЯК) бўлган ЮИК беморлари коморбидлиги ва синтропияси, маҳаллий микроқон айланишининг бузилиши ҳақида етарлича маълумотлар ўтказилаётган тадқиқотлар комплекс даволаш ўтказиш зарурати ҳақидаги хулосалари билан тасдиқланади (Эфрос Л.А., Лукин О.П., Самородская И.В., Семенов В.Ю., Сумин А.Н., Иванов С.В., Евсеева М.В., Барбараш О.Л, 2017).

Мазкур касаллиги бўлган турли ёшдаги беморларни даволаш муаммоли бўлиб қолмоқда, ва улар кўшимча тадқиқотларни талаб этади (Комаров А.Л., Шахматова Р.И., Мурасеева В., Новикова Е.С., Гуськова Е.В., Панченко Е.П, 2018). Бугунги кунда даволаш мақсадида қўлланилаётган услублар қуйидагича: эрадикацион ярага қарши терапия, локал эндоскопия терапияси, жарроҳлик амалиётлари. Энг эҳтиёткор ва физиологик услуб эрадикацион терапия бўлиб, у ярага қарши даволашдан иборатдир (Каратеев А.Е, 2016).

Мамлакатимиз амалий тиббиётида ҳам изланувчилар томонидан ЮИК беморларида эрозив-яраланишларни шикастланишларни ўрганиш, олдини олиш, даволаш ва бартараф қилишнинг стратегик ва тактик алгоритмлари ишлаб чиқилмоқда (Каримов Ш.И., Хақимов М.Ш., Матқулиев У.И., Каримов М.Р., Ашуров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С, 2016). Ўтказилаётган даволаш услублари фонида ЮИК беморларида эрозив-яраланишларнинг битиш муддатлари масалалари ҳам ўта подемикдир, шунингдек, гастродуоденал зарарланишларнинг эндоскопик тавсифи масалалари ҳам муфассал ўрганилмаган. Бу муаммоларнинг ечими учун бу йўналишдаги тадқиқотларни давом эттириш керак (Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Отақузиёв А.З., Мамарасулов М.М, 2015).

³ Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги «Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида»ги ПФ-4947-сонли Фармони.

Диссертация тадқиқотининг диссертация бажарилган илмий-тадқиқот муассасасининг илмий-тадқиқот ишлари режалари билан боғлиқлиги. Диссертация тадқиқоти Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказининг илмий тадқиқот ишлари режасига мувофиқ ПЗ-20170912103 «Фармакогенетик услублар ва маҳаллий гипополипидемик воситалар қўллаган ҳолда ЮИК беморларидаги атероген резистент дислипидемияни барвақт ташхислаш, хавф-стратификациялаш ва даволаш усуллари ишланмаси», ППИ-10 «Аҳоли саломатлигини ҳимоя қилишни касалликларнинг ташхислаш, даволаш ва олдини олишнинг янги технологиялари ва услубларини ишлаб чиқиш орқали такомиллаштириш» дастури доирасида бажарилган (2018-2020)йй.

Тадқиқот мақсади: юрак ишемик касаллиги бор беморларни рентгенэндоваскуляр амалиётга тайёргарлик олдидан меъда ва ўн икки бармоқ ичак шикастланиши хусусиятларини баҳолаш ва бу беморларни кузатишда ташхислаш-даволаш тактикасини муқобиллаштиришдан иборат.

Тадқиқот вазифалари қуйдагилардан иборат:

меъда ва ўн икки бармоқ ичак эрозив-яра шикастланишларининг фонида юрак ишемик касаллигини клиник кечиши хусусиятларини аниқлаш;

юрак ишемик касаллиги бўлган беморларни рентгенэндоваскуляр амалиётга тайёрлашда меъда ва ўн икки бармоқ ичак эрозив-яра зарарланиши турли кўринишларининг учрашини баҳолаш;

юрак ишемик касаллиги бўлган беморларда меъда ва ўн икки бармоқ ичак клиник ва эндоскопик хусусиятларини таққослаш;

анти тромбик терапиянинг турли схемасидан келиб чиқиб, юрак ишемик касаллиги бор беморларда меъда ва ўн икки бармоқ ичак эрозив-яра шикастланишлари табиатини баҳолаш;

юрак ишемик касаллиги бўлган беморларни рентгенэндоваскуляр амалиётга тайёрлашда меъда ва ўн икки бармоқ ичак эрозив-яра шикастланишини битиш динамикасига қаратилган терапиянинг турли схемаларини қиёсий баҳолашни ўтқазиш.

Тадқиқот объекти Республика ихтисослаштирилган кардиология илмий-амалий тиббиёт марказида кузатув остида бўлган ўзбек популяциясига мансуб бўлган гастродуоденал зона эрозив-ярали шикастланишлари бўлган ЮИК 146 нафар бемордан иборат бўлган.

Тадқиқот предмети сифатида анамнез, физикал маълумотлар, ЭКГ, эхокардиография кўрсаткичлари, эзофагогастродуоденоскопия натижалари, қоннинг лаборатор текширувлари, жумладан, бактериологик (хеликобактер пилоры), липидлар алмашинуви ва коагулограмма кўрсаткичлари олинган.

Тадқиқотнинг усуллари. Тадқиқотда клиник, функционал, инструментал, биокимёвий, бактериологик, шунингдек сўровномалар ва статистик таҳлилдан фойдаланилган.

Тадқиқотнинг илмий янгилиги қуйдагилардан иборат:

меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярали шикастланишлари билан ёндош юрак ишемик касаллиги бор беморларда илк бора иккала патологиянинг клиник аломатлари ва хусусиятлари аниқланган;

юрак ишемик касаллиги бор беморларни тери орқали коронар аралашувларга тайёрлашда (ТОКА) меъда ва ўн икки бармоқ ичак шиллик қават шикастланишлари эндоскопик кўриниши баҳоланган;

тери орқали коронар аралашувига эҳтиёжи бўлган юрак ишемик касаллиги бор беморларда, антитромботик терапия тури ва давомийлигига боғлиқ бўлган эрозив-ярали зарарланишларининг шаклланиш частотаси аниқланган;

«Пепсан Р» ва «Галавит» дори воситаларини меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликлари бўлган юрак ишемик касаллиги бор беморларнинг стандарт ярага қарши терапиясига киритилиши гастродуоденал зонанинг шиллик қаватидаги репаратив жараёнлар муддатининг қисқаришига ижобий таъсири аниқланган.

Тадқиқотнинг амалий натижалари куйидагилардан иборат:

юрак ишемик касалиги бор беморларни тери орқали коронар аралашувига тайёрлашда терапия услубини аниқлаб олиш учун меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра-эрозив шикастланишларининг эндоскопик тавсифларини аниқлашнинг амалий аҳамияти исботланган;

яраларни жойлашган ўрни, уларнинг ўлчами, чуқурлиги ва репарация муддатини аниқлашнинг компьютер дастури ишлаб чиқилган;

юрак ишемик касаллигининг маълум турларида антитромботик терапияга боғлиқ ҳолда меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра-эрозив шикастланишларининг учраш частотаси ва табиати ўрнатилган;

пепсан Р ва Галавит воситаларининг меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра-эрозив шикастланишлари бўлган юрак ишемик касаллиги бор беморларда стандарт ярага қарши терапияга киритилиши гастродуоденал шиллик қавати тезроқ репарация бўлишига ёрдам бергани исботланган.

Тадқиқот натижаларининг ишончлилиги ишда қўлланилган назарий ёндашув ва услублар, беморларнинг етарли ҳажми, тадқиқотнинг замонавий клиник, статистик, функционал, биокимёвий услублари, олинган натижаларнинг халқаро ва маҳаллий тажрибаси билан қиёсланиши, олинган натижаларнинг ваколатли ташкилотлар томонидан тасдиқланганлиги билан асосланади.

Тадқиқот натижаларининг илмий ва амалий аҳамияти. Тадқиқот натижаларининг илмий аҳамияти, антиагрегант терапияга боғлиқ ҳолда, юрак ишемик касаллигининг турли шакллари билан касалланган беморларда меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра-эрозив зарарланишларининг клиник-эндоскопик тавсифларини ўрганиш, ҳамда тери орқали коронар аралашувига тайёргарлик олдида юрак ишемик касаллиги бор беморларни ярага қарши терапиясини муқобиллаштиришда назарий асос бўлиб хизмат қилади.

Тадқиқот натижаларининг амалий қиймати, у олинган натижалар асосида ҳосил бўлган амалий тавсияларнинг жорий этилганида акс этган. Амалий аҳамиятнинг жорий этилиши ГДЗ яра-эрозив шикастланишлари бўлган ЮИК бор беморлар терапиясини муқобиллаш ва эрозия-яра зарарланиш эпителизациясини тезлаштиради ва натижада, тери орқали коронар аралашувига тайёргарлик муддатини қисқартириш имконини беради.

Ташхислашнинг мажмуавий услублари даволаш муддатларини қисқартириш ва даволаш чораларининг иқтисодий самарадорлигини ошириш имконини беради.

Тадқиқот натижаларининг жорий қилиниши. Юрак ишемик касаллигининг турли шакллари билан касалланган беморларда меъда ва ўн икки бармоқ ичак эрозив-яра зарарланишларининг клиник-эндоскопик тавсифларини ўрганиш, ҳамда тери орқали коронар аралашувларга тайёргарлик олдидан ярага қарши терапияси киритилиши ва гастродуоденал зонанинг шиллиқ қаватидаги репаратив жараёнлар муддатини қисқартириш бўйича олинган илмий натижалар асосида:

юрак ишемик касаллиги бўлган беморларда *Helicobacter pylori* инфекциясини ташхислаш чоралари ва даволаш тактикасини муқобиллаштириш мавзусида услубий тавсиянома тасдиқланган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 12 декабрь 2019 йилдаги 8 н-р/584-сон маълумотномаси).

Юрак ишемик касаллиги бўлган беморларда гастродуоденал яраларини ташхислаш ва даволаш алгоритмини қўллаш мавзусида услубий тавсиянома тасдиқланган (Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 12 декабрь 2019 йилдаги 8 н-р/585-сон маълумотномаси). Мазкур услубий тавсияномалар юрак ишемик касаллиги бор беморларда гастродуоденал шикастланишларни ташхислашда ҳам, даволашда ҳам, шахсга мослаб танлаш имконини берган, бу эса қон кетишлар ривожланиши ва қайта шифохонага тушиш хавфини пасайтиришга, ҳамда эндоваскуляр муолажалар ўтказилиш муддатларини қисқартиришга ёрдам берган.

Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яралари ўлчамларини аниқлаш усули бўйича «Gaster-Endoskopics Program» юқори аниқли диагнозларни аниқлаш учун маълумотларни оператив анализ қилиш тизими бўйича Ўзбекистон Республикаси Интеллектуал мулк агентлигининг фойдали модел патенти олинган (IAP 20190145, 07867,10.03.2020). Ушбу патент ярани чуқурлиги, ҳажми, ҳамда катталигини аниқ ўлчаш имконини берган.

Юрак ишемик касаллиги бор беморларда тери орқали коронар аралашувларга тайёргарликда гастродуоденал зона шикастланишини клиник-эндоскопик тавсифларини эрта баҳолаш ва ярага қарши терапияси киритилиши ва гастродуоденал зонанинг шиллиқ қаватидаги репаратив жараёнлар муддатини қисқартириш бўйича олинган илмий натижалар соғлиқни сақлаш амалиётига, жумладан, Жиззах вилояти кардиологик маркази, Бухоро вилояти кардиологик диспансери, Сирдарё вилояти кардиологик диспансери амалиётига тадбиқ этилган (Соғлиқни сақлаш Вазирлигининг 2021 йил 26 ноябрдаги 07-09/01 сон маълумотномаси). Олинган илмий натижаларнинг амалиётга жорий этилиши юрак ишемик касаллиги бор беморларда гастродуоденал шикастланишларни эрта ташхислашда, даволашда, асоратли қон кетишларни олдини олишда, қайта шифохонага тушиш хавфини пасайтиришга, эндоваскуляр муолажалар ўтказилишга тайёргарлик даврини ва гастродуоденал зонанинг шиллиқ қаватидаги репаратив жараёнлар муддатини қисқартириш имконини берган.

Тадқиқот натижаларининг апробацияси. Ушбу тадқиқотнинг натижалари 6 амалий коференцияда, жумладан 2 та халқаро ва 4 та Республика илмий-амалий коференцияларида муҳокама қилинган.

Натижаларнинг эълон қилинганлиги. Диссертация мавзуси бўйича жами 21 та илмий иш, шулардан Ўзбекистон Республикаси Олий аттестация комиссиясининг докторлик диссертациялари асосий илмий натижаларини чоп этиш тавсия этилган илмий нашрларда 10 та мақола, жумладан 3 таси Республика ва 7 таси халқаро илмий журналларда чоп этилган.

Диссертация тузилиши ва ҳажми. Диссертация кириш қисми, шахсий тадқиқотлардан иборат 4 та боб, хулоса, фойдаланилган адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация ҳажми 112 варақдан ташкил топган.

ДИССЕРТАЦИЯНИНГ АСОСИЙ МАЗМУНИ

Кириш қисмида ўтказилган тадқиқотнинг долзарблиги ва зарурати асослаб берилган, ишнинг Ўзбекистон Республикаси фан ва технологиялари ривожланишининг устувор йўналишларига мувофиқлиги кўрсатилган, тадқиқотнинг илмий янгилиги ва амалий натижалари баён этилган, натижаларнинг ишончлилиги асосланган, уларнинг илмий ва амалий аҳамияти, натижаларнинг амалий фаолиятга жорий қилиниши ёритилган, эълон қилинган ишлар бўйича ва диссертация тузилиши ҳақида маълумот берилган.

Диссертациянинг **“ЮИК беморларида меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг эрозив-ярали шикастланишлари: муаммонинг замонавий ҳолати”** деб номланган биринчи бобида танланган мавзуни ёритиш бўйича хориж ва Республика адабиётларидаги замонавий маълумотлари ўрганилган. Бу бобда ЮИК бор беморларда меъда ва ЎИБИ яра касаллиги тарқалганлиги, меъда ва ЎИБИ яра касаллиги патогенези, ташхислаш, даволаш ва профилактика услублари ҳақида маълумотлар келтирилди. Кейинги ўринда ўрганишни талаб этаётган масалалар доираси ва ишнинг долзарблиги асослаб берилди.

Диссертациянинг **“Беморлар ва тадқиқот услубларининг умумий тавсифи”** деб номланган иккинчи бобида тадқиқот объектлари ва услублари тавсифланган. Тадқиқотда меъда ва ЎИБИ гастродуоденал шикастланишлари билан ёндош ЮИК бўлган ва эндоваскуляр муолажалар учун шифохонада даволанаётган 146 нафар беморлар киритилган. Ҳамма беморлар баённома билан танишдилар ва тадқиқотда иштирок этишга рози бўлдилар. Истисно қилиш мезонларига безгак билан давом этадиган ўткир яллиғланиш касалликлари, онкологик, аутоиммун касалликларнинг хуруж босқичи, қон касалликлари (гемоглобин миқдори 100 гл дан кам) дан иборат бўлди.

Беморларнинг ўртача ёши $56,3 \pm 2,4$ ни ташкил қилди. Эркаклар 75,38% (110), аёллар - 24,62% (36) га тўғри келган. Устувор ёш гуруҳи 56 - 65 ёш (46,57%) ни ташкил қилди.

Беморларнинг клиник ташхисларини кўриб чиқиш жараёнида шу маълум бўлдики, 46,57% ҳолатда энг кўп учраган патология – ЮИК, ривожланиб

борувчи зўриқиш стенокардияси (РБЗС), функционал класс (ФК) 4, ҳамда ЮИК ФК3, ЮИК ФК2 бўлган. Мазкур вазият эркакларга мос келиб, учраш частотаси аёлларга нисбатан 2 марта кўп эканлиги аниқланган.

Текширилган беморларда (146) ЮҚТК патологияси ўз ривожланиши жараёнида ўрганилди ва аниқланишича, ЮҚТК орасида ЮИК ва постинфаркт кардиосклероз 96 (29,54%) беморда, хафақон касаллиги 131 (40,30%) беморда, инфарктсиз ЮИК 42 (12,92%), юрак ритми бузилиши эса 39 (12%) нафар беморда кузатилган. Ўткир миокард инфаркти (МИ) ва юрак нуқсонлари камроқ учраган (мос равишда, 5 (1,54%) ва 5 (1,54%)). Аксарият ҳолатларда 57% беморда ЮҚТК нинг мураккаб патологиялари аниқланган. Шифохонага келиб тушиш муддати ўрганиб чиқилганда эркаклар кузда (14,38%), кишда (39,04%) ва баҳор мавсумида (17,14%) кузатилган.

Барча беморларда гастродуоденал зонанинг эрозив-ярали шикастланишларининг битиб кетишига қаратилган терапия ўтказилган. Бу мақсад бўйича, беморлар ёши, жинси, антиагрегант терапияси ва гастродуоденал зонанинг оғир зарарланишларига қараб тақсимланган. Беморларнинг биринчи гуруҳида (А гуруҳи – 71 нафар бемор) ингибитор протон помпа (ИПП) гуруҳи воситаларидан пантопрозол (Нольпаза 40 мг кунига 1 мартадан 1 ой давомида) ва антацид восита (алмагель 2 чой қошиқдан кунига 3 маҳал овқатдан 30 дақиқа олдин 14 кун давомида) буюрилган. Иккинчи гуруҳ беморларга (Б гуруҳ – 75 нафар бемор) ИПП гуруҳидан пантопрозол (Нольпаза 40 мг кунига 1 марта 1 ой давомида), антацид воситаси (пепсан-Р гель кўринишида бир марталик дозаси 10 г, кунига 1 сашедан уч марта овқатдан олдин) ва (галавит воситаси 25 мг 1 таблеткадан кунига 3 марта тил остига 14 кун давомида) буюрилган. *Helicobacter pylori* (НР) инфекцияси бўлган беморларга гуруҳидан қатъий назар НР эрадиацияси учун антибиотиклар буюрилган (амоксциллин 1000 мг × 2 марта ва (кларитромицин 500мг × 2 марта, 14 кун давомида). Ярага қарши терапиянинг давомийлиги 2-4 ҳафтани ташкил қилди. Ярага қарши терапиянинг самарадорлиги ва эрозия-яра нуқсонларини битиш муддатларини назорат қилиш учун 7, 14 ва 28 кунда эзофагогастроуденоскопия (ЭГФДС) қилинди. Клиник-эндоскопик тадқиқотлар ўтказилишида қиёслаш гуруҳи сифатида юрак-қон томир патологияси бўлмаган ГДЗ да эрозив-яра шикастланишлари бўлган 75 нафар бемор танлаб олинди.

Қўйилган вазифаларни бажариш учун биз томондан тадқиқотнинг бир қатор клиник, лаборатор ва ускунавий услублари ўтказилди. Қон умумий таҳлили стандарт услубиёт бўйича бажарилган. Қон таркибий элементлари миқдори ва бошқа гематологик кўрсаткичлар Mindray (Китай) фирмасининг ВС-3000 Human фирмаси тест-системаси (Германия) ёрдамида амалга оширилди. Камқонлик аёлларда қон миқдорининг $Hb < 120$ г/л дан, эркакларда $Hb < 130$ г/л дан камайиши, зардоб темири пасайиши (эркакларда меъёрий миқдор -8,1-26,6 мкмоль/л, аёлларда -5,4-26,0 мкмоль/л) да, ферритин (эркакларда меъёрий миқдор -30-400 нг/мл, аёлларда – 50 ёшгача 15-150 нг/мл ва 50 ёшдан кейин 30-400 нг/мл), трансферин (оптимал миқдори - 2,0-3,6 г/л) таҳхис қилинган.

Коагулограмма Балуд В.П. ва муаллифдошлари (1980) нинг умумлаштирилган услубига мувофиқ фибриноген миқдорини аниқлаш, фаоллашган парциал (қисман) тромбопластин вақти (АПТВ-АЧТВ) аниқлаш орқали ўтказилган ва бу кўрсаткичлар Humaclot Duo (Германия) икки каналли автоматик коагулометрда аниқланган: протромбин вақти (ПВ) ва протромбин индекси (ПИ) Humaclot Duo (Германия) икки каналли автоматик коагулометрда аниқланган. Электрокардиография тадқиқоти стандарт услубида «Marquette–Hellige» (ХХР-АҚШ) аппарати ёрдамида 12 стандарт ажратилган бўлақларда (Marquette–Hellige, ХХР-АҚШ) ST сегменти силжиш таҳлили билан (депрессия ёки элевация мм да), Т кунгураси ўзгариши динамикада; юрак ультратовуш тадқиқоти амалга оширилди: стандарт услубиёти бўйича «АЛОКА – Multi-View» эхокардиографида, тадқиқотнинг умумий қабул қилинган тавсиялари бўйича чап қоринча (ЧҚ) якуний-диастолик, якуний-систолик ўлчамлари, ЧҚ орқа деворининг қалинлиги (ЧҚОДҚ) ва диастолага қоринчалар аро тўсиғи. Барча ўлчовлар 5 юрак циклида ўтказилган, сўнг натижаларнинг ўрта миқдори аниқланган. ЭКГ нинг кунлик мониторинги Cardiolab аппаратида (ХАИ, Украина). Холтер стандарт услубиёти бўйича амалга оширилган. Юрак ритми, ST силжиши, ЮУЧ минимал, максимал ва ўртача кўрсаткичи, ритм бузилиши баҳоланди. ЭФГДС услубиёти (меъда-ичак юқори бўлимлари ва МИТ юқори бўлимлари визуал назорати ва кейинги кўриги учун тубус киритилиши, қайд этиш, ва уларни компьютер дастурида киритиш) эзофагоскоп (PENTAX5000 ва FUJINON2500) ёрдамида махсус жиҳозланган ёруғ хонада амалга оширилди.

Амалий ишда Forrest Y.A (1987). бўйича меъда-ичак қон кетишлари умум қабул қилинган таснифлаш қўлланилган.

Фаол қон кетиши

- F1a тури – тиркираган қон оқими, артериал фавворадек отиладиган қон кетиши
- F1b тури – веноз, суст, паренхиматоз қон кетиши
Содир бўлган қон кетиши
- F2a тури – кўринарли тромбланган томир
- F2b тури – тўпланган тромб ёки тикилма
- F2c тури – яра тубининг геморрагик сингиши
Содир бўлган қон кетиши
- F3 тури – яра туби тоза, кўринарли визуал қон кетишлари мавжуд эмас.

ЭХМ дастурини ишлаб чиқиш бўйича патент ишланди (DGU 07867) (Pentium 4. Дастур тили C*, Java. Аниқланадиган муҳит: Windows 7/8/10), бунда яра ўлчамини махсус ишланган компьютер дастури ёрдамида аниқланилади, у эса олинган суратда нуқтали сурат ўлчамини аниқлаб беради. Бу маълумотни қўллаган ҳолда, яранинг баландлиги ва кенглиги ўлчанади.

НР-инфекцияси мавжудлигини аниқлаш қонда иммуно-фермент тадқиқоти таҳлили ва меъда шиллиқ қавати биоптатидан *H.pylori* га нисбатан

IG антитаначаларни аниқлаш учун экспресс тест ёрдамида морфологик тадқиқот асосида аниқланди (Тест –тизим Cypress Diagnostics H.pylori). Олинган натижаларнинг статистик ишлови MEDICALSTAT -2018 дастурида қиёсланаётган гуруҳлар учун χ ни ва (p) Стъюдент коэффицентини ҳисоблаш орқали амалга оширилган.

Маълумотларнинг математик ишлови STATISTICA-6,0 дастурий пакети ёрдамида амалга оширилган. Сонли кўрсаткичлар $M \pm m$ кўринишида келтирилган, бу ерда M – ўртача арифметик, m – ўртача арифметикнинг стандарт хатолик. Иккала гуруҳларда ўзгарувчан миқдорларнинг гуруҳлараро қиёсланишлари Стъюдент t критерияси ёки Колмогоров-Смирнов интеграл нопараметрик тести ёрдамида қўлланилган. Қайта ўлчовларни таҳлил қилишда жуфт Стъюдент критерияси қўлланилган. Гуруҳлар сифат аломатлари бўйича солиштирилганда χ^2 критерияси қўлланилган, шунингдек, Мак-Нимара критерияси ёки Фишер критерияси қўлланилган. Иккала гуруҳда гуруҳлараро ўзгарувчан миқдорлар орасидаги тобеликни аниқлаш учун Пирсон чизиқли коэффицентни ҳисоблашиб, корреляцион таҳлилидан ёки Спирмен рангли корреляцияси коэффицентидан фойдаланилган. Фарқлар ёки ўзгаришлар аҳамиятлилик даражаси ($p < 0,05$) да ишончли деб топилган.

Диссертациянинг **“ЮИК ва меъда ва ўн икки бармоқли ичак эрозив-яралли шикасталанишлари бўлган беморларнинг клиник тавсифлари”** деб номланган учинчи боби учта кичик бобдан иборат. Биринчи кичик боб “ЮИК бор беморларни рентгенэндоваскуляр амалиётга тайёрлашда меъда ва ўн икки бармоқли ичакдаги эрозив-яралли шикастларининг учраши” деб номланди ва кузатувдаги беморларда ЮИК клиник суръатини ўрганишга бағишланган ва ЮИК беморлари клиник кечиши меъда ва ЎИБИ да яра-эрозив шикастланишлари каби коморбид фон бўлганида маълум фарқланишлар борлигини намоён қилди. Юрак яқин жойлашиши ва иннервацияда умумлашганлик аритмияни пайдо қилиши, меъда тўлиб кетганида ЮИК имитацияси, висцеро-висцерал рефлекслар тури бўйича қизилўнгач патологияси қайтариши мумкин. ЮИК ва ГДЯ бўлган беморларни текширишда қуйидаги хусусиятлар аниқланган: ҳаво етишмаслиги, жисмоний ҳаракатда кўкрак орқасида қисувчи оғриқлар, овқат тановулидан 1-1,5 соат ўтиб эпигастрал соҳада оғриқлар ёки нохушли диспептик бузилишлар. Турли кучда намоён бўлган бу каби симптомларнинг уйғунлиги 25% беморда кузатилган. 14% беморда эпигастрал соҳада оғриқлар ёки нохушлик даврий табиатга эга бўлган, ва овқат тановули ва стенокардитик оғриқлар билан боғлиқ бўлган, бу эса уларнинг ҳаёт сифатини кескин ёмонлаштирган. 8% беморлар сўнгги 3 ой давомида эпигастрал соҳада стенокардитик хуружлар фонида нохушлик ва оғриқлар қўшилишини кузатишган, ва бу бўйича тиббий ёрдам сўраб, шифохонага ётқизилган. 5% беморлар кўкрак орқасида оғриқлар ва ҳаво етишмаслигига шикоят қилганлар. 11% беморлар стенокардия аломатларини кузатмаганлар, 16% беморлар юрак ишида узилишлар бўлаётганига, юрак уриши ва юрак қисқаришлари тўхтаб қолишига шикоят қилганлар. 21% беморлар кўкрак орқасида оғриқ ҳис қилмаганлар, фақат эпигастрал соҳада оғриқ ва нохушликка шикоят қилганлар. Вақти вақти билан

қайт қилиш, ва енгил тортиш ҳолатини 32% бемор таъкидлаган, 27% беморларнинг анамнезида эса меъдадан қон кетиши кузатилган. Ангиноз оғриқлардан (97,4%) ташқари 64 (43,5%) беморларда поспрандиал стенокардия аниқланган (овқат тановули билан боғлиқ кўққисдан тинч вақтда стенокардия хуружлари).

Беморларни текширишнинг етарлича муҳим жиҳати меъда ичак тизими (МИТ) да инфекция кўпайиши ва унинг яра жараёнидаги ўрнини аниқлаб олиш бўлди. 146 нафар меъда ва ЎИБИЯК бўлган ЮИК бор беморларда клиник-эндоскопик кўрсаткичларини ўрганишда хафакон касаллиги фонида кўпинча *H. pylori* инфекцияланиши, яра жараёнини оғирлигини ошириш, касаллик асоратли ва атипик шакллариининг ривожланиши аниқланган.

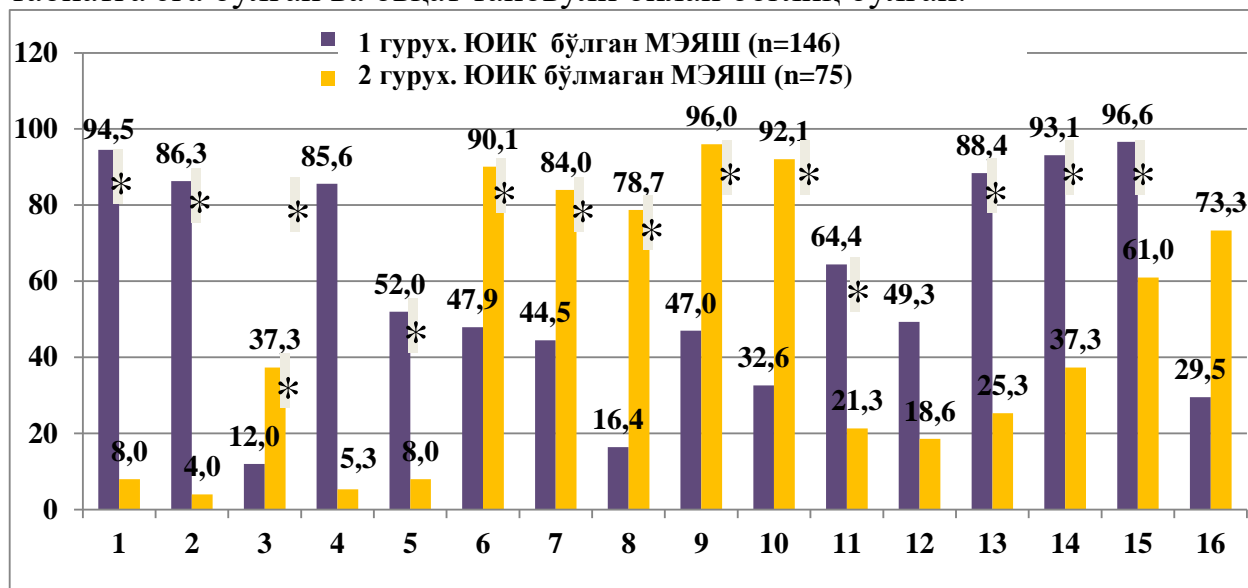
Демак, *H. pylori* билан боғлиқлик фонида ЮИКнинг МЯК уйғунлиги далили, балки инфекциянинг кучли намоён бўлиши ҳам гастродуоденал патологиянинг кечиш хусусиятига, ҳамда меъда шиллик қаватида морфологик ўзгаришлар даражасига ҳам таъсир кўрсатади.

Шу тариқа, ЮИК бор беморларда гастродуоденал шикастланиш (ГДШ) уйғун бўлса, оғир ҳолат кузатилган, айрим ҳолларда эса ЮИК нинг атипик клиник кечиши кузатилган, у иккала патологияларнинг умумий этиопатогенетик омилларига асосланган. МИТ зарарланган, шу жумладан, *H. pylori* билан боғлиқлик ЮИК бор беморларда ўзаро уйғунлашган кўп даражали, кўп омилли ва гетероген касалликларни инобатга олиш зарур. Патогенетик ва этиологик жараёнларнинг умумийлиги уларнинг уйғун кечиши тасодифий эмаслиги ва асосий патологик жараённинг ривожланишини ёмонлаштириши мумкин, ва бу билан адаптив механизмлар тўхтаб ишлашига олиб келади. Декомпенсациянинг патогенетик триггерларини юрак-қон томир тизими патологиялари ёмонлашиши орқали вегетатив дисфункцияси деб ҳисоблаш зарур.

Шу билан бирга, ЮИК 146 нафар беморларда ГДЗ яра-эрозив шикастланишларининг клиник аломатлари баҳоланди. Қиёслаш гуруҳи гастродуоденал зонаси эрозив-яра шикастланишлари бўлган ва юрак-қон томир касалликлари аниқланмаган 75 нафар бемордан иборат бўлди.

Иккала гуруҳда ГДЗ нинг эрозия яра шикастланиш (ЭЯШ) хусусиятларига эътибор қаратилди, ва ЮИК клиник шаклига боғлиқ, ва ангиноз оғриқлар (94,5%), нафас сиқиши (86,3%), нитроглицерин тўхтатувчи таъсири (85,6%), ангиноз оғриқларнинг овқат тановули билан боғлиқлиги (52%), иштаҳанинг йўқолиши (64,4%), уйқунинг бузилиши (49,3%), ҳаёт сифатининг ёмонлашиши (88,4%), меҳнатга лаёқатининг пасайиши (93,1%), умумий ҳолсизлик (96,6%) 1 гуруҳ беморларда кузатилди. 2 гуруҳ учун энг хос ҳолатлар куйидагилардан иборат бўлди: юрак ритми бузилиши (37,3%) ва эпигастрал соҳада оғриқлар (90,1%), қориннинг барча бўлимларида оғриқлар (84%), метеоризм (78,6%), жиғилдон қайнаши (96%), кекириш (91%) (1-расм). Бундан ташқари, меъда ва ЎИБИЯК бўлган ЮИК беморлари учун меъда ва ЎИБИЯК га хос бўлган симптомлар кузатилди: диспептик бузилишлар, астеник аломатлар. Эпигастрал оғриқларга тўхталсак, улар ярага хос табиатга эга бўлган, кўпинча улар овқат тановули билан боғлиқ бўлган, бироқ овқат тановулигача пайдо бўлиши мумкин бўлган, оч қоринда ва диспептик

бузилишлар сифатида кўриб чиқилган. Аниқланган диспептик симптомлар (жиғилдон қайнаши, кекириш, эпигастрийда оғирлик ва нохушлик ҳисси) тенг даражада меъда ва ЎИБИЯК бўлган ЮИК бор беморларда кузатилган, даврий табиатга эга бўлган ва овқат тановули билан боғлиқ бўлган.



1. ангиноз оғриқ; 2. нафас сиқиши ; 3. юрак ритми бузилиши; 4. нитроглицерин тўхтатувчи таъсири ; ангиноз оғриқларнинг овқат тановули билан боғлиқлиги; 6. эпигастрал соҳада оғриқлар; 7. қориннинг барча бўлимларида оғриқлар; 8. метеоризм; 9. жиғилдон қайнаши; 10. кекириш; 11. иштаҳанинг йўқолиши.; 12. уйқунинг бузилиши ; 13. ҳаёт сифатининг ёмонлашиши ; 14. меҳнатга лаёқатнинг пасайиши ; 15. умумий ҳолсизлик ; 16. Ич қора келиши (анамнезид) *- p <0,001

1-расм. ЮИК бўлган МЭЯШ ва ЮИК бўлмаган МЭЯШ беморларда клиник симптомлари частотасининг қиёсий тавсифи

Аниқланишича, *Helicobacter pylori* билан уйғун гастродуоденал патологияси бўлган ЮИК бор беморларда (26 бемор), клиник сурати маълум хусусиятларга эга бўлган. Диспептик синдром кўп шаклга эга бўлади: эпигастрал оғриқлар – 100 % да, жиғилдон қайнаши – 78,5% да, қориннинг ҳамма бўлимларида оғриқ тарқалиши – 28,6%, метеоризм – 63% да, кекириш – 32,6% да аниқланган.

Алоҳида шуни айтиш керакки, ЮИК да гастропатияларнинг клиник сурати симптоматика ва эндоскопик ўзгаришлар орасида дисбаланс билан ҳам тавсифланган. 70 (47,95%) беморда яра касаллиги ва унга хос шикоятларнинг кучли намоён бўлиши кузатилган. 76 (52,05%) беморда ЖК симптомлари бўлмаган (“гунг яра касаллик”), бунда аксарият ҳолларда хавотирга соларди ва қўшимча ташхислаш услубларини талаб этарди. Шуни айтиш керакки, меъда ва ЎИБИ яра касаллигининг аниқ ва равшан клиник аломатлари (n=34) бўлган беморларда ФЭГДС да аниқланган оғриқлар ёки бошқа диспептик бузилишлар гастродуоденал зонанинг шиллиқ қаватида (ГДЗ ШҚ) минимал ўзгаришлар кузатилган. Аксинча, кўплаб эрозиялар ва яралар бўлганда касаллик симптомсиз кечиши кузатилган.

Тадқиқот давомида катта ва кекса ёшдаги беморлар гуруҳлари ажратилган. Мазкур жиҳатнинг янада батафсил ўрганиш клиник шикоятлари

бўлган катта ёшдаги беморларнинг шикоятларини аниқлаштириб олиш имконини берди. Аввалги натижаларга ўхшаган ҳолда, беморларнинг мазкур гуруҳида (34) жиғилдон қайнаши хос аломат бўлди (13,64%), эпигастрал соҳада оғриқ ва нохушлик билан кечиши (10,57%), ва фақат аҳамиятсиз миқдордаги беморларда кўнгил айнаши (3,85%) ва қорин шишиши (4,81%) кузатилди. Ўз навбатида кекса ёшдаги (56-75) беморларнинг шикоятлари ўрганилиб чиқилганда, хос шикоятлар ўрганилганда, 67,30% ҳолатда клиник маълумотлар ЮИК даги яра касаллигини намоён қилмаган, бироқ 32,69% ҳолатда меъда ва ЎИБИЯК клиникасини тасдиқловчи шикоятлар кузатилган.

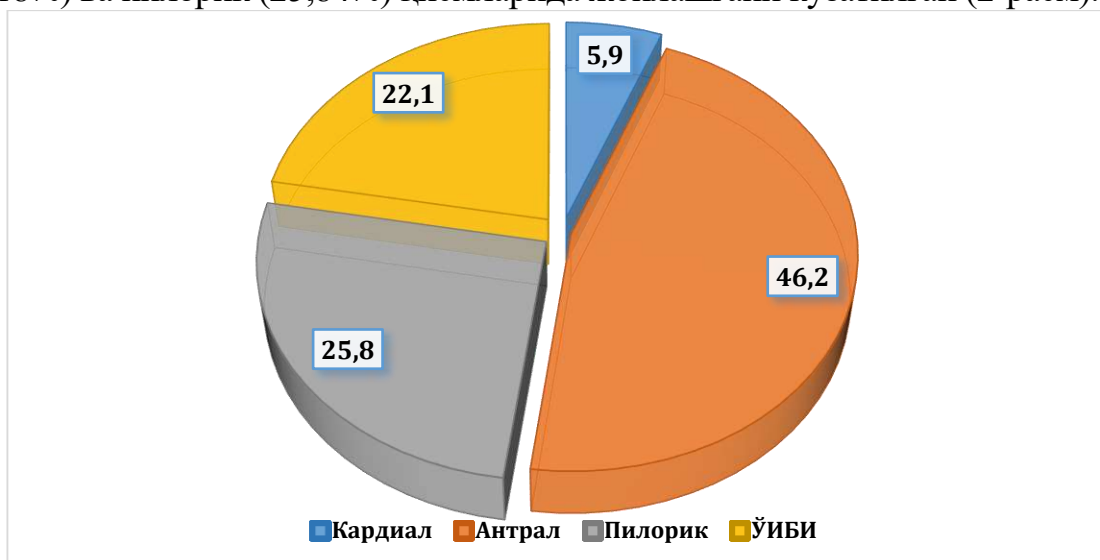
Барча беморларда “яра” анамнези баҳоланган ва асоратнинг кўриниши аниқланган (қон кетиши, пенетрация ва перфорация). Анамнез маълумотларининг батафсил ўрганиш “яра” анамнези 7,7% ҳолатда учраганини аниқлаб берди. Қолган вазиятларда касаллик кечиши давомийлиги ортган сайин ва, мос равишда, профилактик антиагрегант терапия кўринишидаги ностероид яллиғланишга қарши воситалар (НЯҚВ) қабул қилиш давомийлиги ортган сайин гастропатия частотаси ортинининг тўғри-пропорционал боғлиқлиги кузатилган. Анамнестик ҳолатда, 70,54% вазиятда беморлар узок вақт давомида патологияни сусайтириш мақсадида, турли фармакологик воситалар ва антиагрегант ва антикоагулянтлардан иборат хос ЮИК терапияси (гепарин ёки кичик молекуляр гепарин (КМГ)) қабул қилганлар (болнос равишда, сўнгра тери остига), аспирин, клопидогрел (кучли доза ва сўнг қўллаб туриш дозаси) қабул қилганлар. Олинган маълумотларни кўриб чиқиб, аксарият ҳолларда беморлар шифохонага келишдан аввал, ЮИК даволаш режасида кардиомагнил (82,87%), тромбо-АСС (73,97%), статинларни (70,54%) 3 ойдан кўп қабул қилганлар. 31,50% ҳолатда беморлар аспирин, 17,80% - варфарин, в 16,43% - гепарин ёки КМГ қабул қилганлар. Мазкур воситалар узок вақт қабул қилинмаган. Кейинроқ аҳвол ёмонлашганида шифохонага ётқизилган. Патологиянинг оғирлигига мувофиқ ҳолда, беморлар даволашнинг қўлланиладиган дастурлари бўйича 3 гуруҳга ажратилганлар: 1 гуруҳ – 26 бемор (17,80%) даволаш жараёнида клопидогрел ёки аспиринни монотерапиясини қабул қилганлар; 2 гуруҳ - 69 (47,26%) бемор иккилик анти тромбоцитар терапия (ИАТТ) – клопидогрел ва аспириндан иборат терапияни; 3 – гуруҳ – 51 (34,94%) – учлик анти тромбоцитар терапия (УАТТ) – гепарин ёки (КМГ), аспирин ва клопидогрелдан иборат терапияни қабул қилган. Ривожланаётган асоратлар бўйича олинган маълумотларни кўриб чиқиб, шуни айтиш мумкинки, 36,30% ҳолатда МИК аниқланган, шундан 2 гуруҳда (22,6%) ва 1 ва 3 гуруҳларда бу асорат тенг кўрсаткич 6,8% га тенг бўлган. Яра жараёнининг таъсири масаласини ўрганишда, анемия кузатувдаги 43 (29,45%) беморда 1-2 даражасида аниқланган. Текширувдаги ЮИК беморларида анемия бўлишини таҳлил қилинганда енгил анемия (Hb 119—90 г/л) 34 (23,28%) беморда, ўртача анемия (Hb 89—96 г/л) — 8 (5,5%) беморда, анемиянинг оғир шакли (Hb <60 г/л) — 1 (0,68%) беморда аниқланган. Беморларни ёш гуруҳлари бўйича тақсимланишига кўра, катта ёшдаги барча беморларда (104 бемор) 1-2 даражадаги анемия қайд этилган. Енгил анемия (Hb 119—90 г/л) 33 (31,7%) беморда, ўртача шакли (Hb 89—96 г/л) — у 3 (2,88%) беморда, оғир шакли (Hb <60 г/л) — 1 (0,96%) беморда аниқланган.

Шу тариқа, ЮИК бор беморларда эрозив яра шикастланишлари ривожланишига антиагрегант ёки антикоагулянт воситаларни қабул қилиш ҳам сабаб бўлиши мумкин. МИК меъда ва ЎИБИ зарарланиши асорати сифатида аксарият ҳолларда (47,3%) антиагрегант (клопидогрел+аспирин) комбинацияли терапиясини қабул қилиш билан ҳам боғлиқдир.

Иккинчи кичик бобда – “Меъда ва ўн икки бармоқли ичак эрозив-яра касалликлари ва ЮИК бор беморларнинг гастродуоденал зонасида эндоскопик сурат” бобида таҳлил берилган ва ЮИК бўлган беморларда меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касалликларини аниқлаш баҳоланган. Бу мақсадда беморларни текширишда ЭФГДС услубиёти қўлланилган. Яра жараёнининг миқдорий тавсифини кўриб чиқиб, беморларнинг умумий сонидан (146) яра пайдо бўлиш ҳолатлари 182 ҳолатда аниқланди, ва ЖССТ (2012) таснифига кўра, улар якка ва кўп сонли турларига ажратилди. Энг кўп вазиятларда меъда ва ЎИБИ кўп сонли яралари аниқланган (53,30%), якка – 46,70%, бунда эркакларда кўп сонли яралар якка турига (12,64%) нисбатан 2,5 баробар (40,66%) кўп экани кузатилган. Ўз навбатида, текширилган беморларда меъда ва ЎИБИ яраларининг уйғун шакли частотаси 35 (23,97%) ҳолатда, эркакларда (77,14%), аёлларда (22,85%), текширилганлар умумий миқдоридан мазкур кўрсаткич 18,49% ва 5,48% ни ташкил қилган.

Тадқиқот натижалари шунингдек, аёлларга нисбатан эркакларда ҳар турли асоратларсиз кечаётган якка ёки кўп сонли яраларнинг катта миқдорини намоён қилди (42% ва 47% , 15% ва 19% қарши, мос равишда). Ўз навбатида асоратли якка ва кўп сонли яралар анча кам кузатилган. Бироқ улар аёлларга нисбатан (2,19% ва 10,44%) катта миқдорда эркакларда (14,83% ва 25,82% мос равишда) аниқланди. Мазкур вазият эркакларда ЮИК шаклланиши, ҳамда яра касаллиги – коморбид ҳолат шаклланишига маълум из қолдирадиган турли хавф омилларининг юқори частотаси билан боғлиқдир.

ЭФГДС да аниқланган ЮИК бўлган беморларда яра жараёнини жойлашувини ўрганишда яраларнинг катта қисми меъда ва ЎИБИ (22,05%) антрал (46,18%) ва пилорик (25,84%) қисмларида жойлашгани кузатилган (2-расм).



2-расм. Яра зарарланишларини жойлашуви учраш частотаси

Изоҳ: маълумотлар фоиз кўринишида берилган.

Қон кетишлар билан асоратланган яралар жойлашувини ўрганиш таҳлилига кўра, уларнинг катта қисми МИҚК нинг антрал бўлимида (46,18%) экани аниқланган, эркакларда (14,83%) аёлларга (5,08%) нисбатан 3 марта ортиқ бўлган. Шунингдек, МИҚК нинг катта миқдори ЎИБИ яраларига (23,15%) ва яна бу кўрсаткич аёлларга (5,26%) нисбатан эркакларга (17,89%) тўғри келган. Қонаётган яраларнинг нисбий частотаси меъданинг пилорик қисмига тўғри келган (19-13,01%), кўрсаткич эркакларда (6,78%), аёлларга нисбатан (1,27%) юқорироқ бўлган. Фақат яралардан қон кетишининг кичик миқдори меъданинг кардиал бўлимига тўғри келган (7 – 4,79%), эркакларда бу частота 1,27%, аёлларда эса – 1,69% ни ташкил этган.

Тадқиқотлар йўналишларидан бири энг нозик гуруҳлардан бўлган кекса ёшдаги шахсларда яра жараёни ўрганилди (104 беморлар). ЮИК бор беморларда яраларнинг умумий миқдори (146) катта ёшдаги беморлар 56-65 ёшли беморлардан (68 бемор) 26 нафариди (17,80%), 66-75 ёшли беморлар (36 бемор) – 12 (8,21%) ҳолатда аниқланган, бу кўрсаткич замонавий манбалар натижалари билан мувофиқлашган. Ўз навбатида якка асоратсиз яралар 15 (10,27%) ҳолатда аниқланган, асоратлилари - (10,27%) га тўғри келган. Кўп сонли яралар 8 (5,47%) беморда аниқланган, асоратсиз яралар 3 (2,05%) ҳолатда, асоратлилари - 5 (3,42%) шахсда аниқланган. 56-65 ёш гуруҳидаги беморларда асоратсиз якка яралар частотаси 7,53%, 66-75 ёш гуруҳида – 2,73% ни ташкил қилган. Мазкур беморларда асосий симптомлар диспептик бўлган. Мазкур гуруҳда бошқа ёш гуруҳига нисбатан анемия жараёни яққол намоён бўлмаган ва МИТ дан қон кетиш аломатлари кузатилмаган, бироқ эпигастрал соҳада оғриқлар кучли ва давомий бўлган. Якка асоратли яралар, 56-65 ёшдаги беморларда - 7,53% ҳолатда кузатилган, 66-75 ёш беморларда - 2,73% ҳолатда кузатилган. Мазкур гуруҳда МИТ дан қисқа, кучсиз, кам учрайдиган қон кетишлар, 2 даражали анемия, эпигастрал соҳада оғриқлар камроқ кузатилган.

Катта ёшдаги шахсларда кўп сонли яралар частотаси кўриб чиқилганда, 56-65 ёш гуруҳида 66-75 ёш гуруҳига нисбатан асоратсиз яра миқдорий нисбати юқори бўлган (2,05% ва 0,68%, мос равишда). Ўз навбатида кўп сонли асоратли яралар 66-75 ёш гуруҳида 56-65 ёш гуруҳига нисбатан кўпроқ учрагани аниқланган (2,05% ва 1,36%, мос равишда). Асоратли ва асоратсиз кўп сонли яраларнинг якуний кўрсаткичлари 66-74 ёш гуруҳига нисбатан (6,43%), катта миқдорда 56-65 ёш гуруҳида (17,80%) учраган.

Тадқиқотимизда Рокли прогностик шкаласини қўллашда яра жараёни бўлган деярли барча 38 нафар кекса ёшдаги беморларда қайта қон кетишининг юқори хавфи ва нохуш оқибатлар эҳтимоли 7-8 баллга тўғри келган.

Forrest бўйича қон кетишларнинг таснифини қўллаш орқали эндоскопик тадқиқотда F1a 1 (1,5%) беморда намоён бўлган, бироқ ярадан яққол тиркираб, давомий қон кетган; F2b - 20 (31,74%) мавжуд қон кетишлар; F2c — 40 (19,4%) F3 — 2 (3,17%) қон кетиш аломатлари йўқ.

ЭФГДС услубиётини амалга ошириш натижасида замонавий таснифлаш аломатларини қўллаган ҳолда яралар жойлашуви ўлчамларини ўрнатиш имкони пайдо бўлди. 146 нафар ЮИК беморларида ўтказилган эндоскопик тадқиқотга кўра, яра жараёнлари ва уларнинг частотаси эркакларда 75,34% да

ва аёлларда – 24,66% да кузатилган. Эрозия нуқсонлари тузилмасида меъда шиллик қавати (МШҚ) зарарланишлари кўпроқ учраган – 52,73% да, бунда ярмидан ортиқ вазиятда ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватида (ЎИБИШҚ) уйғун келган. ЎИБИШҚ якка эрозиялари ўта кам учраган. МШҚ эрозив ўзгаришлари аксарият ҳолларда сурункали табиатга эга бўлган (63,0% меъда эрозияларининг барча ҳолатларида), ЎИБИШҚ эрозиялари, аксинча, ўткир табиатга эга бўлган (67,4% меъда эрозияларининг барча ҳолатларида). Олинган маълумотларга кўра, яраларнинг катта миқдори 1 см диаметр ўлчамида бўлган, аёлларга (13,2%) нисбатан асосан эркакларда (39,72%) кўп бўлган. Улардан асоратли МИҚК лари эркакларда – 36 (62,06%) ва аёлларда – 9 (47,37%) ни ташкил қилган. Яралар ўлчами 1,1 дан 1,5 см катталиқда 8,9% беморла аниқланган, 5,5 % эркакда ва 3,40% аёлларда учраган, қон кетишлари уланинг 35% ида кузатилган.

1,6-2,0 см яра ўлчамлари эркакларда – 2,74% да аниқланди, аёлларда – аниқланмаган. Мазкур яра жараёнлари маълумотларидан қон кетишлар 25% га тўғри келган.

Энг кўп ҳолларда овал шаклли (47,4%) ва юмалоқ шаклли (28,1%) яралар учраган. Япалоқ ва чуқур яралар бир хил частотада кузатилган (49,1% ва 50,9%).

Аксарият беморларга (77,2%) яра нуқсонлари хос бўлган, уларнинг туби детрит ва фибриноз караш билан қопланган. Аксарият ҳолларда (78,9%) яра зарарланишлари меъда ва ўн икки бармоқли ичак деформацияси билан ёндош бўлган. Яра нуқсонларининг ўлчамлари жойлашув жойига боғлиқ бўлмаган. Энг кўп ҳолатда 5 мм диаметрли яралар аниқланган (28 бемор; 49,1%), 1,5 см дан катта диаметрли яралар ўта кам учраган – 7,0% беморда.

Шу тариқа, ЮИК беморларида МИТ яралари зарарланишлари асосан меъданинг антрал бўлимида жойлашган. Якка ва кўп сонли яралар (асоратли ва асоратсиз) 66-74 ёш гуруҳига 24,66% нисбатан асосан 56-65 ёш гуруҳида 46,54% қайд этилган.

Форрест бўйича ГДЗ эрозив-яралари зарарланишлари ва ЮИК бўлган беморларнинг 43,15% ҳолатида меъда-ичакдан қон кетишлар кузатилган, асосий манбаси меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг антрал ва пилорик бўлимларидан қон кетган. МИҚК ЮИК бор беморларнинг катта қисмида (47,26%) антиагрегантлардан иборат аралаш турдаги терапияни (клопидогрел+аспирин) қабул қилиш билан уйғун бўлган. Меъда ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра зарарланишлари, шу жумладан, асоратли қон кетишлар катта миқдори эркак жинсидаги ЮИК беморларда кузатилган.

Текширувдаги беморларнинг яралари ўлчами омили эътиборни тортади (3-жадвал), агар кичик ўлчамдаги яралар ЮИК бўлган МЭЯШ беморларда кўпроқ учраган бўлса (83,5%), йирикроқ яралар (1,1-1,5 см, ва 1,6-2,0 см) ЮИК бўлмаган МЭЯШ беморларга хос бўлган (56% ва 14,7% мос равишда). Меъда антрал бўлимидаги ва ЎИБИ яра жараёни жойлашуви (65,1% ва 28,57%, мос равишда) ЮИК бўлмаган МЭЯШ беморларга хос сурат бўлган, бироқ ЮИК бўлган МЭЯШ беморларга кардиал (5,93%) ва пилорик (25,8%) бўлимларида яралар ҳосил бўлиши хос бўлган. Кўпинча ЮИК бўлмаган МЭЯШ ўтнинг

дуоденогастрал рефлюкси (ЎДГРЖ) беморларда меъда ва ЎИБИ яралари кузатилган (42,67%). Ўз навбатида НР билан боғлиқлик ҳолати ҳам айнан шу беморларда тарқалган (57,33%). Яра жараёнининг қадимлигини қиёслашда ЮИК бўлмаган МЭЯШ беморларда яра касаллигининг анамнестик даври узоқроқ бўлган ва кўпинча учраб турган (50,67%) (1-жадвал).

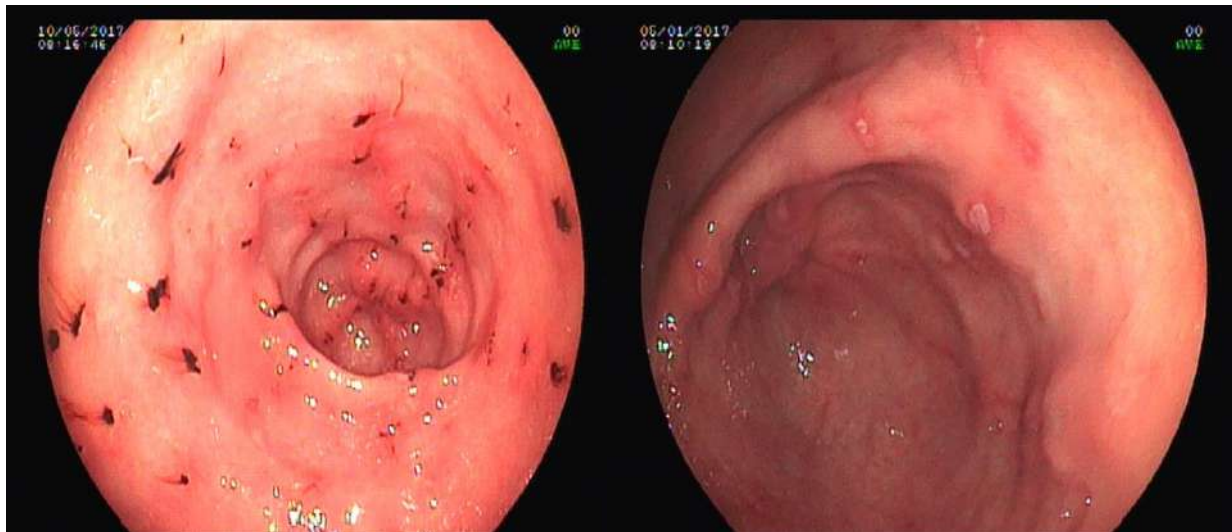
1-жадвал

ЮИК бўлган ЭЯШ ва ЮИК бўлмаган ЭЯШ нинг фарқли эндоскопик тавсифи

Кўрсаткич	1 гуруҳ (n=146) ЮИК бўлган МЭЯШ		2 гуруҳ (n=75) ЮИК бўлмаган МЭЯШ		χ ²	P
	абс.	%	абс.	%		
Якка яра	85	58,2%	59	81,3%	9.125	<0,001
Кўп сонли яра	97	66,44%	31	41,3%	12.813	<0,001
Уйғун яра	35	23,97%	7	9,33%	6.899	0,009
Яра ўлчами						
1 см гача	122	83,57%	22	29,3%	61.350	<0,001
1,1-1,5см	20	13,69%	42	56%	73.545	<0,001
1,6-2,0см	4	2,74%	11	14,7%	11.141	<0,001
Яра жойлашган ўрни						
Кардиал бўлим	14	5,93%	4	4,2%	1.199	0,274
Антрал бўлим	109	46,18%	62	65,1%	1.816	0,178
Пилорик бўлим	61	25,84%	9	8,57%	20.305	<0,001
ЎИБИ	52	22,05%	30	28,57%	0.408	0,523
Ўтнинг дуоденогастрал рефлюкси бўлган меъда ва ЎИБИ яраси	36	24,66%	32	42,67%	7.544	0,007
НР хусусияти	27	17,80%	43	57,33%	34.538	<0,001
анамнезда яра бўлиши (яра оқибатидаги деформацияли чандик)	33	22,60%	38	50,67%	17.896	<0,001



3-расм. Даволашдан аввал ва кейин УИБИ пиёзча кисми юқори девори сурункали якка яраси



Меъда антрал бўлимида кўп сонли ўткир эрозия ва яра (барча девори бўйлаб) асоратли: Форрест бўйича 2в ва 2с қон кетиши

Меъда антрал бўлимида кўп сонли ўткир эрозия ва яра (барча девори бўйлаб) д=0,5-0,8см.

ГДЗ яра зарарланишлари терапиясининг турли чизмаларини баҳолаш учун ЮИК бор беморларда гастродуоденал зона эрозив-яра зарарланишлари бўйича ўтказилган терапияга боғлиқ бўлади, текширувдаги беморлар икки гуруҳга ажратилган. Беморларнинг 1-гуруҳи (А гуруҳи – 71 нафар бемор) стандарт ярага қарши терапия, ИПП гуруҳи воситаларидан пантопрозол (Нольпаза 40 мг кунига 1 мартадан 1 ой давомида), антацид (алмагель 2 чой қошиқдан кунига 3 маҳал, овқатдан 30 дақиқа олдин 14 кун давомида) қабул қилганлар. 2 гуруҳ беморлари (Б гуруҳи – 75 нафар бемор) ИПП пантопрозол (Нольпаза 40 мг 1 таблеткадан кунига 1 маҳал 1 ой давомида), антацид (пепсан-Р гели бир марталик дозаси 10 г, 1 сашедан кунига уч маҳал овқатдан

олдин 10-14 кун давомида), иммуномодулятор (галавит 25 мг 1 таблеткадан кунига 3 маҳал тил остига 14 кун давомида) буюрилган.

Helicobacter pylori аниқланган беморлар иккала гуруҳда 11 ва 15 нафар беморга тўғри келган. *Helicobacter pylori* аниқланган беморларнинг гастродуоденал зона эрозив-яра зарарланишларини даволаш чизмасига эрадикацион терапия кўринишидаги антибиотиклар киритилган: (амоксциллин 1000мг 1 таблеткадан кунига 2 марта овқатдан кейин 14 кун давомида), (кларитромицин 1 таблеткадан кунига 2 марта овқатдан кейин 14 кун давомида) тавсия қилинди. Эпителизация ва репарация жараёни назорати иккала гуруҳда эрадикацион терапия фонида динамикада ҳар 7 кунда ўтказилди (7, 14 ва 28 куни).

Олинган маълумотларга кўра А гуруҳида яра жараёнларининг битиши Б гуруҳига нисбатан анча кам бўлган. ЭФГДС ёрдамида олинган тадқиқот натижалари текширувнинг 1 ҳафтаси ичида Б гуруҳида яралар битишининг фаол жараёни кузатилган: 27,5% якка ва 24,38% -кўп сонли репаратив фаоллик аниқланган. А гуруҳида 24,37% якка ва 23,75% кўп сонли ҳолларда репарацион фаоллик фақат 2,5% якка яраларда кузатилган ва кўп сонли яралар репарация бўлмаган.

Тадқиқотнинг 2 ҳафтасига келиб, Б гуруҳида яралар битиш жараёнларининг юқори фаоллиги билан боғлиқ аналогик натижалар олинди: якка турдаги яралар редукция 8,12% да учраган, кўп сонли яраларда – 5% ҳолатда, бунда А гуруҳида натижалар анча кам бўлган 5,6% ва 4,3% га тўғри келган.

3 ҳафтада олинган натижалар Б гуруҳида жадал кўринишда якка яралар репарацияси 8,12% га ўсган ва кўп сонли яралар 17,5% га кўтарилган. Мазкур босқичда ЭФГДС услубиёти мавжуд яралар ва уларнинг миқдори қисқаришини белгилаб берди. Шу билан бирга, А гуруҳида якка яраларнинг 3,12% ида, кўп сонли яраларда – 13,7% ида битиш аниқланган, ва ўрнатилишича ўлчамлар ва яралар миқдори аҳамиятли даражада бўлган.

4 ҳафтага келиб, Б гуруҳида ЭФГДС тадқиқоти орқали қолган якка яраларнинг (3,75%) ва кўп сонли яралари (0,62%) тўлиқ тузалиши аниқланди, А гуруҳида 13,12% якка ва 5,62% қолган яралар репарацияси кузатилган.

Олинган натижалар ЮИК бор беморларда меъда ва ЎИБИ яра жараёнларини даволаш бўйича ишланган чизмаси оммабоп ва самарадорлигидан дарак беради. Агар бутун ярага қарши терапиянинг давомийлиги А гуруҳи учун 4 ҳафтани ташкил қилган бўлса, Б гуруҳида аналогик натижалар 3 ҳафта охири ва 4 ҳафта бошига тўғри келади.

Ўтказилаётган тадқиқотларнинг шубҳасиз босқичи МИТ кўриб чиқиладиган соҳасининг алоҳида бўлимларидаги яра жараёнларининг битиш муддатлари ўрнатилди. Меъда антрал бўлимида аниқланган яраларнинг энг кўп миқдори (46,18%), иккала гуруҳда қўлланилаётган даволаш услуби натижасида тадқиқотнинг 1 ҳафтасида 3,81% беморларда репарация бошлангани кузатилган, пилорик бўлимда – 2,96%; кардиал бўлимда – 1,27%; ўн икки бармоқ ичак пиёзча қисми (ЎИБИПҚ) – 0,42%; ЎИБИ – ўзгаришсиз. 2 ҳафтага келиб, ЭФГДС услуби меъданинг барча бўлимларида яраларнинг

репаратив фаоллиги ишга тушганини аниқлаган: антрал бўлимда 7,2%; пилорик бўлимда 3,81% ; кардиал бўлимда – 2,11% репарация аниқланган. Шу билан бирга, ЎИБИ пиёзча кисмида мазкур фаоллик паст бўлиб қолган, умумий 2,54% яралар битиши кузатилди, ЎИБИ – унинг йўқлиги аниқланган. текширишнинг 3 ҳафтасига келиб, мураккаб терапиясининг таъсири самарадорлиги антрал бўлимда 27,5% яралар битиши, пилорик – 15,67%; кардиал – 2,11% ҳолатда битиши аниқланган. Яралар репарацияси фаоллашиши ЎИБИ да 15,5% ҳолатда, ЎИБИ – 0,42% ҳолатда кузатилган. 4 ҳафта охирига келиб, ЭФГДС назорат тадқиқоти барча қолган яраларнинг битганини кўрсатган: антрал бўлимда – 7,62%; пилорик бўлимда – 3,38%; кардиал бўлимда – 1,27%, ЎИБИ – 3,38%.

Ўтказилаётган даволаш услублари таъсири остидаги МИТ яра жараёнларининг энг кучли репаратив фаоллиги тадқиқотнинг 3-4 ҳафтасида намоён бўлади. Бироқ, тадқиқотлар жараёнида қўлланилаётган даволаш услубига боғлиқ бўлган яралар репарацияси жараёнларини аниқ локал ўрнатилиш зарурати туғилди. Мазкур вазиятнинг детализацияси МИТ маълум соҳасининг репаратив фаоллиги этиологик ҳолатларини ошқор бўлишига ёрдам беради. Шу мақсадда МИТ аниқ олинган бўлимларида А ва Б гуруҳларида репарация жараёнлари кўриб чиқилди.

Ўтказилган даволаш ва ЭФГДС услуби орқали ўтказилган назорат тадқиқотлари таҳлили репаратив жараёнларнинг анча ўзгарганлигини кўрсатди. Комплекс даволашнинг 1 ҳафтаси охирига келиб, меъданинг антрал бўлимида яраларнинг 0,84% битгани А гуруҳида ва Б гуруҳида – 2,96%; пилорик бўлимда - 0,84% ва 2,12%; кардиал бўлимда – 0 ва 0,42% га, мос равишда, битиши кузатилган. Б гуруҳида репаратив фаолликнинг намоён бўлиши А гуруҳига нисбатан самаралироқ бўлган, бу эса А гуруҳида яралар умумий миқдори 1,68% га, Б гуруҳида 5,93% га камайганидан дарак беради.

Тадқиқотларнинг 2 ҳафтаси охирига келиб, Б гуруҳида репаративлик прогрессивлиги юқори бўлиб қолган. Агар А гуруҳида антрал бўлимида яралар битиши 2,54% беморда кузатилган бўлса, Б гуруҳида – 4,66%; пилорик бўлимда – 1,27% ва 2,54% да; кардиал бўлимда – 0,42% ва 1,68%; ЎИБИ пиёзча кисми ва ЎИБИ – 0,84% ва 1,68% да битиши кузатилган. Репаратив фаоллик жараёни таҳлиliga кўра, умумий яралар миқдори А гуруҳида – 5,08% ва Б гуруҳида – 10,59% га камайиши аниқланган. Тадқиқотларнинг 3 ҳафтасида ўтказилган ЭФГДС иккала гуруҳда ҳам яраларнинг репаратив жараёнини кўрсатган, Б гуруҳи кўрсаткичлари устуворлиги билан фарқланган. А гуруҳида антрал бўлимда репарация 7,2%, Б гуруҳида – 14,83% га тенг бўлган; пилорик бўлимда - 7,2% ва 8,47%; кардиал бўлимда – 1,27% ва 0,84; ЎИБИ пиёзча кисми ва ЎИБИ – 6,77% ва 8,89% га тўғри келган. Демак, олинган натижалар таклиф этилган мураккаб терапиянинг самарали таъсирини акс эттирган ва бунда қолган яраларнинг битишини А гуруҳида 27,97% га ва Б гуруҳида 33,05 % га намоён қилган. 4 ҳафта якунига келиб, репарациянинг юқори коэффиценти аниқланган, Б гуруҳида аҳамиятли кўрсаткичда бўлган. Ўтказилган даволаш терапияси таъсири остида яра жараёнларининг репаратив фаоллиги антрал бўлимда А гуруҳида - 6,35% ва Б гуруҳида – 1,27% га тўғри

келган; пилорик бўлимда - 2,54% ва 0,84%; кардиал бўлимда – 0,84% ва 0,42%; ЎИБИ пиёзча қисми ва ЎИБИ - 2,96% ва 0,42%. Қолган яралардан А гуруҳида 12,71 %, ҳамда Б гуруҳида – 2,96% да битиш ҳамда ёндош яра жараёнларининг чандиқланиш босқичлари кузатилди.

Шу тариқа, айтиш мумкинки, репарациянинг энг юқори чўққиси А гуруҳида тадқиқотларнинг 3 ҳафтасида кузатилган бўлса (27,97%), шу муддатда Б гуруҳида яра жараёнларининг репарацияси деярли яқунланганди.

Биз томонимиздан таклиф этилган терапиянинг таъсири яралар ўлчамлари ўзгариши билан тасдиқланади. Тадқиқотлар натижасида 1 ҳафта охирига келиб, А гуруҳида яралар 2,74 % га репарация бўлгани аниқланди, бунда мазкур яраларнинг ўлчамлари бир мунча кичик бўлган (1 см гача), бунда Б гуруҳида кўрсатилган ўлчамдаги яралар катта миқдорда битиб кетган (8,22%). Бу гуруҳда каттароқ ўлчамдаги (1,1-1,5см) яраларнинг битгани ҳам қайд этилди (1,37%). Тадқиқотларнинг мазкур босқичи бўйича таҳлили таклиф этилаётган мураккаб чора-тадбирлар ва уларнинг самарадорлиги ва репаратив фаолликка қисқа таъсири юзасидан схемасига қаратилган даволаш ҳаракатларининг йўналиши ҳақидаги фикрни билдириш имконини берди. Тадқиқотнинг 2 ҳафта охирига келиб, иккала гуруҳда яра жараёнларининг битиш ҳолатлари фаоллашгани аниқланди, самарадорлик Б гуруҳида кўпроқ бўлган. Яралар 1 см гача диаметрда бўлишини кўриб чиқар эканмиз, А гуруҳида 10,27% ва Б гуруҳида 13,01% ҳолатда мазкур муддатгача уларнинг тўлиқ репарацияси аниқланган. Бу орада 1,1 дан 1,5 см лик яралар А гуруҳида битмаган, Б гуруҳида эса 2,05% ҳолатда репарация бўлган; 1,6-2,0 см ўлчамли яралар иккала гуруҳда битиб кетмаган. Тадқиқотнинг мазкур босқичида ўтказилган таҳлилга кўра, таклиф этилган мураккаб терапияси истиқболли деб топилди, негаки А гуруҳида 10,27%, Б гуруҳида эса 15,06% яралар битиб кетган. Тадқиқотларнинг учинчи ҳафтаси иккала гуруҳда янада йирик репаратив натижаларни намоён қилди ва нисбатан кўпроқ Б гуруҳида кузатилди. 1 см гача ўлчамли яралар А гуруҳида 12,33% да репарация бўлган, Б гуруҳида эса – 19,17% га тенг бўлган; 1,1 дан 1,5 см гача ўлчамли яралар 2,05% ва 2,74% ҳолатда битиб кетган; 1,6-2,0 см ўлчамли яралар А гуруҳида битмаган, бироқ Б гуруҳида 0,68% ҳолатда битган холос. Мазкур босқич натижаларини умумлаштирсак, Б гуруҳида (19,17%) кичик ўлчамдаги яралар А гуруҳига (12,33%) нисбатан 1,4 мартага тезроқ битгани кузатилди, бу натижа каттароқ ўлчамли яраларга ҳам тегишли бўлди. Тадқиқотнинг 4 ҳафтасига келиб, яралар ҳолатига кўра, Б гуруҳидаги барча яралар деярли битиб кетган, А гуруҳида эса кичик ўлчамдаги (1 см гача) 15,75% яралар, 1,1-1,5 см – 4,11%; 1,6 - 2,0 см яралар – 1,37% га репарацияси кучайган. Тадқиқотнинг мазкур босқичи таҳлиliga мувофиқ, ГДЯ ни мураккаб даволашга урғу берилмоқда, бу Б гуруҳида яра жараёнларининг 3 ҳафтага келиб, барвақт репаратив фаоллигини намоён қилади (4,11%). Бу орада А гуруҳида ўтказилаётган стандарт терапиянинг услублари яра жараёнини битишига самарасизроқ таъсир кўрсатган ва фақатгина 4 ҳафта охирига келиб, МИТ қолган яраларининг 21,23% лик репарацияси аниқланган.

Тадқиқотларда яраларнинг жойлашуви визуализацияси уларнинг репарацияси даражаси бўйича маълум ўрин тутган, бу салмоқли амалий аҳамиятга эга вазиятдир. Яралар репаратив фаоллигининг бошида фибриноз караш аниқланади ва яра чеккалари бўйлаб грануляцион айлана шаклланади (1 босқич), битиш жараёнида аввал қизил чандиқ пайдо бўлади, яра чеккааридан яра марказига қараб силжиб боради (2 босқич), сўнг оқ чандиқ ҳосил бўлади (3 босқич), у битиш мезони ҳисобланади.

Шу тариқа, тадқиқотимизда тўрт ҳафталик терапия сўнгида ЮИК бўлган беморларнинг барчасида гастродуоденал зонадаги якка ҳамда кўп сонли яра зарарланишлари тўлиқ битиши кузатилди. Бу орада пантопрозол, пепсан Р ва галавит қабул қилиш орқали комбинацияли даволаш терапиясини олган беморларни 2- гуруҳида меъда ва ЎИБИ яралари зарарланишлари битишининг ижобий динамикаси кузатилган. Алоҳида айтиш керакки, ЮИК бор беморларда гастродуоденал зонада тезроқ яралар битиши бу беморларга муддати кечиктирилган эндоваскуляр амалиётни ўтказиш вақти қисқаради. 2 гуруҳ беморларида меъда ва ЎИБИ яралари зарарланишлари битишидаги ижобий динамика терапияга пепсан Р ва галавит воситаларини терапияга киритиш билан боғлиқ.

Гастродуоденал зонаси эрозив-яра зарарланишлари бўлган кекса ёшдаги беморларда сурункали фаол иммун жараён кузатилган, у организм иммун химоясининг хужайравий ҳамда гуморал бўғинларини намоён қилган. Галавит, гастродуоденал зонаси эрозив-яра зарарланишлари бўлган кекса ёшдаги беморлар даволаш схемасига киритилган, у регенерация жараёнларининг тезлашишига ёрдам беради. Галавит меъда яраси бўлган ва *H.pylori* билан боғланган беморларда изоляцияли қўлланилиши касалликнинг клиник кечишига ижобий таъсир кўрсатади ва яра нуқсонининг чандиқланиш муддатларининг қисқаришига олиб келади. Кекса ёшдаги гастродуоденал зонасида эрозив-яраси ва сурункали фаол иммун жараёни бўлган беморларда галавит қўлланилиши хужайравий иммунитет кўрсаткичлари яхшиланишига олиб келади.

ХУЛОСАЛАР

1. ЮИК бор беморларда ГДЗ эрозив-яралари шикастланишлари билан биргаликда эркакларда ЮИК турли шакллари тавсифловчи клиник аломатлар аёлларга нисбатан 2 марта кўп, одатдаги гастроэнтерологик шикоятларга қараганда устинлик қилади.

2. ЮИК ва гастродуоденал зонаси зарарланиши бўлган беморлар учун якка, кўп сонли ва уйғун турдаги яралар хос бўлади, улар асосан меъданинг антрал ва пилорик қисмларида жойлашган ($t=2,01$; $p<0,001$). Бу орада ЮИК бўлмаган беморларда яралари анамнез ($t=2,68$; $p<0,001$); НР билан боғлиқлиги ($t=2,81$; $p<0,001$); 1,1 – 2,0 см., ли якка яралар частотаси ($t=2,46$; $p<0,001$), ҳамда меъда ва ЎИБИ уйғун зарарланишлари ($t=2,04$; $p<0,001$) учраш ҳолатлари юқори бўлган.

3. Қон кетиши билан асоратланган якка яраларнинг учраши ЮИК нинг клиник шаклига боғлиқ бўлган, бунда қон кетишлари билан асоратланган кўп сонли яралар зўриқиш стенокардияси бўлган беморларда кўпроқ кузатилган ($t=2,91$; $p<0,001$).

4. ИАТТ қабул қилинишида қон кетиши билан асоратланган яраларнинг учраш ҳолатлари уларнинг миқдорига боғлиқ бўлмаган ($t=2,08$; $p<0,001$) ва УАТТ монотерапияси билан қиёсда юқори бўлган. Яккали терапия ва УАТТ ($t=2,56$; $p<0,001$) да асоратсиз якка ва кўп сонли яралар ($t=2,74$; $p<0,001$) кўпроқ аниқланган.

5. ЮИК терапиясига антикоагулянтни қўшиш яралар (қон кетишлар) асоратлари ривожланишига таъсир кўрсатмайди, яралар миқдорининг аҳамияти бўлмайди. ИАТТ да меъда ва ЎИБИ антрал қисмида жойлашган яралар (қон кетишлар) асоратлари ривожланиши кўпроқ учраган ($t=2,31$; $p<0,001$). 1 см гача бўлган асоратли яраларнинг учраш частотаси УАТТ да 83,3% , ИАТТ да эса 63,8% ни ташкил қилган, яккали терапияда – 50% ҳолатда кузатилган.

6. ЮИК бор беморларда меъда ўн икки бармоқ ичак ярасига қарши стандарт тепария билан биргаликда пепсан Р ва галавит тавсия қилинганида тузалиш вақтини (2 ҳафта) қисқартиришга, айниқса монотерапия антиагрегант терапиядан кейин меъда кардиал булимида жойлашган ярани ёрдам берганлиги аниқланди. Яраларнинг жойлашуви ва ҳажмидан қатъий назар, ишлаб чиқилган терапиянинг максимал самарадорлиги кузатувининг 3 ҳафтасида содир бўлди.

**РАЗОВЫЙ НАУЧНЫЙ СОВЕТ ПРИ НАУЧНОМ СОВЕТЕ
DSc.04/30.12.2019.Tib. 64.01. ПО ПРИСУЖДЕНИЮ УЧЕНЫХ
СТЕПЕНЕЙ ПРИ РЕСПУБЛИКАНСКОМ МЕДИЦИНСКОМ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
МЕДИЦИНСКОМ ЦЕНТРЕ КАРДИОЛОГИИ**

**РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР КАРДИОЛОГИИ**

КОДИРОВ ШУКРУЛЛО САЛИМОВИЧ

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОРАЖЕНИЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ
БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПРИ ПОДГОТОВКЕ К ЧРЕСКОЖНЫМ
КОРОНАРНЫМ ВМЕШАТЕЛЬСТВАМ**

14.00.06 – Кардиология

14.00.05 – Внутренние болезни

**АВТОРЕФЕРАТ ДИССЕРТАЦИИ ДОКТОРА ФИЛОСОФИИ (PhD)
МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

ТАШКЕНТ – 2022

Тема диссертации доктора философии (PhD) зарегистрирована в Высшей аттестационной комиссии при Кабинете Министров Республики Узбекистан за № В2020.2.PhD/Tib31.

Диссертация выполнена в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии.

Автореферат диссертации на трех языках (узбекский, русский, английский (резюме)) размещен на веб-странице Научного совета (www.cardiocenter.uz) и Информационно-образовательного портала «ZiyoNet» (www.ziynet.uz).

Научный руководители: Тригулова Раиса Хусановна
доктор медицинских наук
Даминова Лола Тургунпулатовна
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: Абдуллаев Тимур Атаазарович
доктор медицинских наук, профессор
Каримов Мирвасит Мирвасикович
доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: Ташкентский педиатрический медицинский институт

Защита диссертации состоится «27» сентября 2022 г. в 12 часов на заседании разового Научного совета на основе Научного совета DSc.04/30.12.2019.Tib.64.01 при Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии (Адрес: 100052, г.Ташкент Мирзо Улугбекский район, ул. Осие 4. Тел./Факс (99871)237-31-57, e-mail: info@cardiocenter.uz).

С диссертацией можно ознакомиться в Информационно-ресурсном центре Республиканского специализированного научно-практического центра кардиологии (зарегистрирована за 35). (Адрес: 100052, г.Ташкент Мирзо Улугбекский район, ул. Осие 4. Тел./Факс (99871)237-31-57).

Автореферат диссертации разослан «2» сентября 2022 года.
(реестр протокола рассылки № 14 от «2» сентября 2022 года)



Р.Д. Курбанов

Председатель разового Научного совета на основе научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук, академик

Г.У. Муллабаева

Ученый секретарь разового Научного совета на основе научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

А.Х. Абдуллаев

Председатель научного семинара при разовом научном совете на основе научного совета по присуждению ученых степеней, доктор медицинских наук

ВВЕДЕНИЕ (аннотация докторской (PhD) диссертации)

Актуальность и востребованность темы диссертации. Сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), в первую очередь ишемическая болезнь сердца (ИБС) и его осложнения, являются одной из основных проблем здравоохранения в экономически развитых странах, обуславливая высокую заболеваемость, потерю трудоспособности и летальность среди пациентов. «По данным ВОЗ»¹ частота ее составляет от 12-50%. В литературе активно обсуждается проблема прогрессивного роста числа больных ИБС ассоциированной с патологиями гастродуоденальной зоны (ГДЗ) и в настоящее время недооцененной остается роль ССЗ и ими обусловленных кровотечений ГДЗ в танатогенезе этих заболеваний. Различные исследования суммируют причинность и факторность ССЗ, среди которых на первое место выходят острые или хронические формы ишемии ГДЗ слизистой оболочки, ее возрастная инволюция, хеликобактериоз, рефлюкс-гастрит, полиорганная недостаточность, лекарственные поражения.

В развитых странах мира отмечается рост острых эрозивно-язвенных поражений (ОЭЯП) и при этом, частота ее достигает 80-90%, а обусловленных ими желудочно-кишечные кровотечения (ЖКК) - 45-55%. Ряд исследователей отмечают, что «за последние 10 лет летальность от ОЭЯП повысилась примерно на треть, несмотря на внедрение в клиническую практику мер по их профилактике, диагностике и лечению»². Показано, что у больных с ИБС и церебро - васкулярными болезнями (ЦВБ) острые эрозии и язвы локализовались преимущественно в желудке (88% и 74%, соответственно), в двенадцатиперстной кишке (ДПК) - 12%, а сочетанное поражение желудка и ДПК – 14%, что резко ограничивает проведение чрескожно - коронарных вмешательств.

В нашей стране проводятся широкомасштабные мероприятия по оказанию качественной специализированной кардиологической помощи и по внедрению высокотехнологичных методов в практическое здравоохранение. В «Стратегии действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017 - 2021 годы» поставлены задачи по повышению качества медицинских и социально-медицинских услуг, обеспечению снижения заболеваемости и увеличения продолжительности жизни населения. В этой связи, развитие кардиологической сферы, меры по профилактике инвалидности по причине сердечно-сосудистых заболеваний и смертности и их внедрение в первичное и другие звенья здравоохранения являются весьма актуальными.

Данное диссертационное исследование служит выполнению задач, поставленных в указах Президента Республики Узбекистан УП-4947 «О стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан» от 7 февраля 2017 года, УП-5590 «О комплексных мерах по коренному

¹ Word health statistics. Word Health Organization. 2015.

² Лазебник Л.Б., Комиссаренко И.А., Михеева О.М. Сердечно-сосудистая патология при заболеваниях органов пищеварения. //Эксперим.клиническая гастроэнтерология. – М., 2011. - №5. – С.69 – 72.

совершенствованию системы здравоохранения Республики Узбекистан» от 7 декабря 2018 года, Приказе Президента Республики Узбекистан ПП-3071 «О мерах по дальнейшему развитию специализированной медицинской помощи населению Республики Узбекистан на 2017 - 2021 годы»³ и других нормативно-правовых актов.

Соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и техники Республики. Диссертационная работа была выполнена в рамках приоритетных направлений развития науки и технологий Республики Узбекистан по направлению VI «Медицина и фармакология».

Степень изученности проблемы. Изучение доступных сведений из современной литературы и опыт лечения гастродуоденальных язв желудка и ДПК свидетельствуют, что данная проблема остается достаточно актуальной и выдвигаемые гипотезы составляют план стратегических и тактических возможностей устранения изменений язвенных поражений у пациентов с ИБС (Буканова Т.Ю, 2018). Достаточность сведений о коморбидности и синтропии ИБС с язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и ДПК, нарушений региональной микроциркуляции, позволяет констатировать, что проведенные исследования утвердительно в своих выводах о необходимости проведения комплексного лечения (Эфрос Л.А., Лукин О.П., Самородская И.В., Семенов В.Ю., Сумин А.Н., Иванов С.В., Евсеева М.В., Барбараш О.Л, 2017).

Лечение пациентов различных возрастов с данной патологией остается весьма проблематичной, требующей последующих исследований (Комаров А.Л., Шахматова Р.И., Мурасеева В., Новикова Е.С., Гуськова Е.В., Панченко Е.П, 2018). С целью лечения в настоящее время применяются различные методы: эрадикационная противоязвенная терапия, локальная эндоскопическая терапия, хирургические методы. Наиболее щадящим и физиологичным методом в настоящее время рассматривается методика эрадикационной терапии, включающая в себя противоязвенное лечение (Каратеев А.Е, 2016).

В практической медицине нашей страны соискатели также разработали стратегические и тактические алгоритмы по изучению, профилактике, лечению и предотвращению эрозивно-язвенных поражений у больных ИБС (Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Каримов М.Р., Ашууров Ш.Э., Абдуллаев Ж.С, 2016).

Весьма полемичны вопросы сроков заживления эрозивно-язвенных поражений у больных с ИБС на фоне проведенных методов лечения, а также детально не изучены вопросы и задачи эндоскопической характеристики гастродуоденальных поражений. Для решения этих проблем необходимо продолжить исследования в этом направлении (Нишонов Ф.Н., Нишанов М.Ф., Абдуллажонов Б.Р., Отакузиев А.З., Мамарасулов М.М, 2015).

Связь темы диссертации с научно-исследовательскими работами, выполненными в научно-исследовательском учреждении.

³ Указ Президента Республики Узбекистан №УП-4947 от 7 февраля 2017 года «О Стратегии действий по дальнейшему развитию Республики Узбекистан».

Диссертационное исследование выполнено в рамках программы ППИ-10 «Совершенствование охраны здоровья населения путём разработки новых технологий и методов диагностики, лечения, профилактики заболеваний». Регистрационный номер проекта: ПЗ-20170912103 «Разработка способов ранней диагностики, риск-стратификации и лечения атерогенной резистентной дислипидемии у больных ИБС с применением фармакогенетических методов и отечественных гиполипидемических средств» (2018-2020 гг.) на базе научной лаборатории ИБС Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра кардиологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Цель исследования: Изучить особенности поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных ишемической болезнью сердца при подготовке к рентгенэндоваскулярному вмешательству и оптимизировать диагностико-лечебную тактику введения этих больных.

Задачи исследования.

определить особенности клинического течения ИБС на фоне эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки;

изучить встречаемость различных видов эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца при подготовке к рентгенэндоваскулярному вмешательству;

оценить особенности клинических и эндоскопических характеристик желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца;

исходя из различных схем антитромбиновой терапии, провести оценку природы эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца;

провести сравнительную оценку различных схем терапии на динамику заживления эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца при подготовке к рентгенэндоваскулярному вмешательству.

Объектом исследования явились 146 больных узбекской популяции, с ИБС с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны, находившихся под наблюдением в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре кардиологии.

Предметом исследования послужили: анамнез, физические данные, ЭКГ, эхокардиографические показатели, результаты эзофагогастродуоденоскопии, лабораторные анализы крови, в частности, бактериологические (хеликобактер пилоры), обмен липидов и показатели коагулограммы.

Методы исследования. В работе использованы клинические, биохимические, бактериологические, инструментальные и статистические методы исследования.

Научная новизна исследования заключается в следующем:

на основании результатов исследований впервые у больных ишемической болезнью сердца в сочетании с язвенными поражениями желудка и

двенадцатиперстной кишки определены особенности клинических проявлений обеих патологий;

определены эндоскопические характеристики поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ишемической болезнью сердца при подготовке к чрезкожному коронарному вмешательству;

установлена частота формирования эрозивно-язвенных поражений в зависимости от вида и длительности антитромботической терапии у больных с ишемической болезнью сердца, с потребностью к чрезкожному коронарному вмешательству;

установлено, что включение препаратов «Пепсан Р» и «Галавит» в стандартную противоязвенную терапию больных ишемической болезнью сердца в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки способствовало сокращению срока репаративных процессов в слизистой оболочке гастродуоденальной зоны.

Практические результаты исследования заключаются в следующем:

доказана практическая значимость определения эндоскопических характеристик язвенно-эрозивных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных ишемической болезнью сердца при подготовке к чрезкожному коронарному вмешательству для определения метода терапии;

разработана компьютерная программа выявления расположения язв, их размеров, степени изъязвления и репарации;

установлена частота встречаемости и характер язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от антитромботической терапии при определенных видах ишемической болезни сердца;

доказано, что включение препаратов «Пепсан Р» и «Галавит» в стандартную противоязвенную терапию больных ишемической болезнью сердца в сочетании с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки способствует более быстрой репарации слизистой оболочки гастродуоденальной зоны.

Достоверность полученных результатов обосновывается правильностью примененного в работе теоретического подхода и методов, достаточным объемом выборки больных, применением современных статистических, клинических, функциональных, биохимических методов исследования, сопоставлением полученных результатов с международным и отечественным опытом, утверждением полученных данных уполномоченными организациями.

Научная и практическая значимость результатов исследования.

Научная значимость результатов диссертационного исследования заключается в изучении клинко-эндоскопических характеристик поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с различными формами ишемической болезни сердца в зависимости от антиагрегантной терапии, а также в оптимизации противоязвенной терапии у больных ишемической болезнью сердца при подготовке к чрезкожному коронарному вмешательству.

Практическая ценность работы заключается в том, что внедрение практических рекомендаций, сформулированных на основании полученных результатов, позволит оптимизировать терапию больных с ишемической болезнью сердца с язвенными поражениями гастродуоденальной зоны и ускорить эпителизации эрозивные-язвенных поражений у больных с ишемической болезнью сердца и тем самым уменьшить сроки к проведению чрезкожного коронарного вмешательства. Предлагаемые комплексные методы диагностики и лечения позволят сократить сроки лечения и повысить экономическую эффективность лечебных мероприятий.

Внедрение результатов исследования. На основании полученных научных результатов изучения клинико-эндоскопических характеристик эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с различными видами ишемической болезнью сердца, введения противоязвенной терапии в процесс подготовки к чрезкожному коронарному вмешательству и сокращению репаративных сроков слизистой оболочки гастродуоденальной зоны были подготовлены следующие материалы:

«Оптимизация диагностических мероприятий и лечебной тактики инфекции *Helicobacter pylori* у больных ишемической болезнью сердца» (утверждено в Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 12 декабря 2019 г. № 8 н-р/584);

«Применение алгоритма диагностики и лечения гастродуоденальных язв у пациентов с ишемической болезнью сердца» (утверждено в Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 12 декабря 2019 г. № 8 н-р/585). Данное методическое пособие позволит установить индивидуальный подход при диагностике и лечении гастродуоденальных поражений, что будет способствовать понижению рецидивов кровотечений и риска повторной госпитализации, а также позволит сократить сроки проведения эндоваскулярных процедур.

Получен патент Агентства интеллектуального имущества Республики Узбекистан по системе оперативного анализа данных для определения высокоточных диагнозов с помощью «Gaster-Endoskopics Program» по методике определения размеров язв желудка и двенадцатиперстной кишки (IAP 20190145, 07867, 10.03.2020). Этот патент позволяет точно измерить глубину, объём, и размер язвы.

При подготовке к чрезкожному коронарному вмешательству пациентов с ишемической болезнью сердца, полученные научные результаты ранней оценки клинико-эндоскопических характеристик эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, введение противоязвенной терапии и сокращение репаративных сроков слизистой оболочки гастродуоденальной зоны внедрены в практическое здравоохранение и используются в работе областного кардиологического центра Джизакской области, областного кардиологического диспансера Бухарской области, областного кардиологического диспансера Сырдарьинской области (утверждено в Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан от 26 ноября 2021г. справка № 09-09/01). Внедрение научных результатов

способствует ранней диагностике, профилактике, лечению гатродуоденальных поражений у больных ИБС, снижению риска развития кровотечений и повторных госпитализаций, а также укорочению сроков репаративных процессов слизистой оболочки гатродуоденальной зоны и сроков проведения эндоваскулярных процедур.

Апробация работы. Результаты данного исследования обсуждены на 6 практических конференциях, из них, на 2 международных и 4 республиканских научно-практических конференций.

Опубликованность результатов. По теме диссертационной работы опубликовано 21 научная работа, в том числе 10 журнальных статей, из которых 3 - в республиканских и 7 - в зарубежных журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией Республики Узбекистан для публикации основных научных результатов диссертаций.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 4 глав собственных исследований, заключения, списка используемой литературы. Объем диссертации составляет 112 страниц.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении обосновывается актуальность и востребованность проведенного исследования, цель и задачи исследования, характеризуются объект и предмет исследования, показано соответствие исследования приоритетным направлениям развития науки и технологий Республики, излагается научная новизна и практические результаты исследования, обосновываются достоверность полученных результатов, раскрываются их научная и практическая значимость, приводятся данные о внедрении в практику результатов исследования, о результатах апробации работы, опубликованности результатов работы и структуре диссертации.

В первой главе диссертации **«Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с ИБС: современное состояние проблемы»** описаны современные данные зарубежной и отечественной литературы по освещению изучаемой темы. В этой главе приведены сведения по распространенности язвенной болезни желудка и ДПК у больных ИБС, патогенезу развития язвенной болезни желудка и ДПК, методах диагностики, лечения и профилактики. Определен круг вопросов, требующих дальнейшего изучения и обоснована актуальность работы.

Во второй главе **«Общая характеристика больных и методов исследования»** описаны объекты исследования и методы исследования. В исследование включены 146 больных с ИБС в сочетании с гатродуоденальными поражениями желудка и ДПК, госпитализированных для проведения эндоваскулярных процедур. Все больные были ознакомлены с протоколом и согласились участвовать в исследовании. Критериями исключения были острые воспалительные заболевания, сопровождающиеся лихорадкой, онкологические, аутоиммунные заболевания в стадии обострения, болезни крови с уровнем гемоглобина менее 100 г/л.

Средний возраст больных составил $56,3 \pm 2,4$ лет. Мужчин было 75,38% (110), женщин - 24,62% (36). Преобладающей возрастной группой были лица в пределах 56 - 65 лет (46,57%).

При рассмотрении клинических диагнозов пациентов отмечено, что из наиболее часто встречающихся патологий в 46,57% случаев наблюдается ИБС, прогрессирующая напряженная стенокардия (ПНС), ИБС, функциональный класс (ФК) 4, также ИБС, ФК3, ИБС, ФК2. Данная ситуация в большей степени характерна для мужского пола, встречаемость у которых в 2 и более раза чаще, чем у женщин.

Патология ССЗ у обследованных пациентов (146) была исследована в процессе своего развития и было выяснено, что среди ССЗ ИБС с постинфарктным кардиосклерозом встречалась у 96 (29,54%) больных, с гипертонической болезнью у 131 (40,30%), ИБС без инфаркта миокарда - у 42 (12,92%), а нарушение ритма сердца - в 39 (12%) случаях. Реже были отмечены острый инфаркт миокарда (ИМ) и пороки сердца в 5 (1,54%) и 5 (1,54%) случаях соответственно. Отмечено, что в большинстве своем у 57% пациентов были выявлены сложные патологии ССЗ. Детализация сроков поступления устанавливает больший акцент госпитализированных мужчин как в осенний (14,38%), зимний (39,04%) так и в весенний периоды (17,14%).

Всем больным проводилась терапия, направленная на заживление эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны. С этой целью больные были рандомизированы по возрасту, полу, антиагрегантной терапии и тяжести поражения гастродуоденальной зоны и наличию *helicobacter pylori* (НР) на 2 группы. В первой группе больных (группа А - 71 пациент) назначался препарат из группы ингибиторов протонной помпы (ИПП): пантопрозол (Нольпаза 40 мг 1 раз в сутки в течение 1 месяц) и препарат антацид (алмагель по 2 мерные ложки три раза в день за 30 минут до приема пищи в течение 14 дней). Больным второй группы (группа Б - 75 пациентов) препарат из группы ИПП пантопрозол (Нольпаза 40 мг 1 раз в сутки в течение 1 месяца), препарат антацид (пепсан-Р в виде геля с разовой дозой 10 г, по 1 саше три раза в день до приема пищи) и препарат (галавит 25мг по 1 таблетке 3 раза в сутки под язык, в течение 14 дней). Больным с НР инфекцией независимо от группы распределения назначались антибиотики для иррадиации НР (амоксциллин 1000 мг \times 2 раза и кларитромицин по 500мг \times 2 раза в течении 14 дней). Длительность всей противоязвенной терапии составляла 2-4 недели. Для контроля эффективности противоязвенной терапии и сроках заживления эрозивно-язвенных дефектов проводили эзофагогастродуоденоскопию (ЭГФДС) на 7, 14 и 28 сутки. В качестве группы сравнения при проведении клинико-эндоскопических исследований были выбраны 75 больных с эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ без сердечно-сосудистой патологии.

Для выполнения поставленных задач исследования были проведены целый ряд клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. Общий анализ крови осуществлялся по стандартной методике. Установление содержания форменных элементов крови и других гематологических показателей определяли на автоматическом

гематологическом анализаторе ВС-3000 фирмы Mindray (Китай) с помощью тест-систем фирмы Human (Германия). Анемию диагностировали при снижении уровня Hb <120 г/л у женщин и Hb <130 г/л у мужчин; сывороточного железа (нормальный уровень у мужчин 8,1-26,6 мкмоль/л, у женщин 5,4-26,0 мкмоль/л); ферритина (нормальный уровень у мужчин 30-400 нг/мл, у женщин до 50 лет 15-150 нг/мл, у женщин после 50 лет 30-400 нг/мл); трансферрина (оптимальный уровень 2,0-3,6 г/л).

Коагулограмма. проводилась согласно унифицированному методу Балуда В.П. соавт. (1980) с определением уровня фибриногена, активированного парциального (частичного) тромбопластинового времени (АПТВ-АЧТВ) которое определяли на двух-канальном автоматическом коагулометре Humaclot Duo (Германия); протромбиновое время (ПВ) и протромбиновый индекс (ПТИ) определяли на двух-канальном автоматическом коагулометре Humaclot Duo (Германия). Электрокардиографическое исследование проводилось стандартным методом с помощью аппарата «Marquette–Hellige» (КНР-США) в 12 стандартных отведениях (Marquette–Hellige, КНР-США) с анализом смещения сегмента ST (депрессия или элевация в мм), изменения зубца Т в динамике. Ультразвуковое исследование сердца осуществлялось на эхокардиографе «АЛОКА – Multi-View» по стандартной методике, согласно общепринятым рекомендациям исследований: конечно-диастолического, конечно-систолического размеров левого желудочка (ЛЖ), толщину задней стенки ЛЖ (ТЗСЛЖ) и межжелудочковой перегородки (ТМЖП) в диастолу. Все измерения проводились не менее, чем в 5 сердечных циклах, затем результаты усреднялись. Суточное мониторирование ЭКГ по методу Холтера проводилось по стандартной методике на аппарате Cardiolab, (ХАИ, Украина) с оценкой ритма сердца, смещений ST, ЧСС минимальной, максимальной и средней, нарушения ритма и проводимости. Методика ЭФГДС осуществлялось в специально оборудованном светлом помещении (по ГОСТ), с помощью аппарата эзофагоскопа (PENTAX5000 и FUJINON2500) для исследования верхних отделов желудочно-кишечного тракта, с последовательным введением тубуса аппарата под визуальным контролем и последовательным осмотром подлежащих верхних отделов ЖКТ, с регистрацией и фиксацией их компьютерной программой.

В практической работе использовалась общепризнанная классификация желудочно-кишечных кровотечений по Forrest Y.A. (1987 г).

Активное кровотечение

- F1a тип - струйное, артериальное, фонтанирующее кровотечение
- F1b тип – венозное, вялое, паренхиматозное кровотечение

Состоявшееся кровотечение

- F2a тип – видимый тромбированный сосуд
- F2b тип – фиксированный тромб или сгусток
- F2c тип – геморрагическое пропитывание дна язвы

Состоявшееся кровотечение

- F3 тип – чистое дно язвы, отсутствие прямых визуальных признаков кровотечения.

Был разработан патент (DGU 07867) с разработкой программы ЭВМ (Pentium 4. Язык программы C*, Java. Определяемая среда: Windows 7/8/10.) определяющий размер язвы с помощью специально созданной компьютерной программой, которая определяет размер точечного изображения на полученном изображении. Используя эту информацию определяется высота и ширина язв.

Исследование наличия НР-инфекции устанавливалось в крови на основании иммунно-ферментного анализа (ИФА-аппарат) и морфологического исследования биоптата слизистой оболочки желудка с помощью экспресс тест для определения антител IG к *H.pylori*: (Тест –система Cypress Diagnostics *H.pylori*).

Статистическая обработка полученных результатов проведена в программе MEDICALSTAT -2018 с вычислением χ для сопоставимых групп и коэффициента Стьюдента (p).

Математическая обработка данных проведена с помощью программного пакета STATISTICA-6,0. Числовые данные представлены в виде $M \pm m$, где M – среднее арифметическое, m – стандартная ошибка средней арифметической. Межгрупповые сравнения количественных переменных в 2-х группах проводили с использованием критерия t Стьюдента или интегрального непараметрического теста Колмогорова-Смирнова. Для анализа повторных измерений использовался парный критерий Стьюдента При сравнении групп по качественным признакам использовали критерии χ^2 , а также критерий Мак-Нимара или критерий Фишера. Для изучения зависимости между количественными переменными применяли корреляционный анализ с вычислением коэффициента линейной корреляции Пирсона (с построением уравнения и прямой регрессии) или коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Различия или изменения считали достоверными при уровне значимости ($p < 0,05$).

Третья глава диссертации **«Клиническая характеристика больных с ИБС и эрозивно-язвенными поражениями желудка и двенадцатиперстной кишки»** состоит из трех подглав. Первая подглава «Встречаемость эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у больных ИБС при подготовке к рентген-эндоваскулярному вмешательству» посвящена изучению клинической картины ИБС у наблюдаемых больных и демонстрирует, что клиническое течение больных ИБС имеет определенные отличия при наличии у них такого коморбидного фона как язвенно-эрозивные поражения и ДПК. Близость расположения с сердцем и общность иннервации способны провоцировать аритмии, имитировать ИБС при переполнении желудка, патологии пищевода, по типу висцеро-висцеральных рефлексов, При обследовании пациентов с ИБС и заболеваниями ГДЗ были выявлены следующие особенности: наиболее частыми жалобами являлись ощущение нехватки воздуха, сжимающие

загрудинные боли при физической нагрузке, боли или дискомфорт в эпигастральной области через 1- 1,5 часа после приема пищи или натошак, диспепсические нарушения. Сочетание таких симптомов, выраженные в разной степени, отмечали у 25% пациентов. У 14% пациентов отмечено периодическое обострение болей и дискомфорт в эпигастральной области, связанные с приемом пищи в сочетании со стенокардитическими болями, что существенно ухудшало качество их жизни. 8% пациентов указывали на присоединение дискомфорта и болей в эпигастральной области в течение последних 3 месяцев на фоне учащения стенокардитических приступов, по поводу чего обращались за медицинской помощью и были госпитализированы. 5% больных предъявляли жалобы только на боли за грудиной и ощущение нехватки воздуха. 11% пациентов не отмечали симптомов стенокардии. 16% пациентов предъявляли жалобы на ощущение перебоев в работе сердца, сердцебиение и чувство замирания сердечных сокращений. 21% больных не отмечали боли за грудиной, предъявляя жалобы только на дискомфорт или на боли в эпигастральной области. Периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение, отмечали 32% пациентов данной группы, а 27% имели в анамнезе желудочное кровотечение. Помимо типичных (97,4%) ангинозных болей, у 64 (43,5%) больных установлена постпрандиальная стенокардия (спонтанные приступы стенокардии в покое, обусловленные приемом пищи).

Достаточно важным аспектом обследования пациентов явилось установление инфекционной обсемененности в ЖКТ и ее роли в язвенном процессе. При изучении клинико-эндоскопических параметров у 146 больных ИБС с ЯБЖ и ДПК, установлено, что при наличии артериальной гипертензии (АГ) чаще выявлялось инфицирование *H. pylori*, увеличение тяжести язвенного процесса, развитие осложнённых и атипичных форм заболевания.

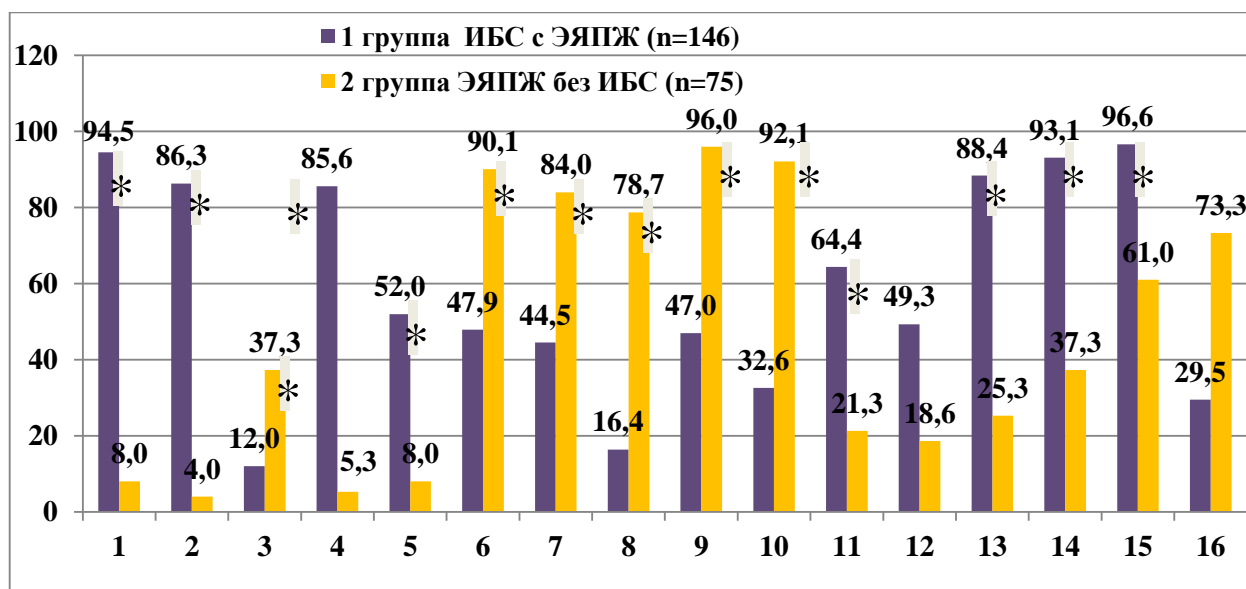
Следовательно, не только сам факт сочетания ИБС, ЯБЖ на фоне обсеменения *H. pylori*, но и выраженность последней влияет на особенность течения гастродуоденальной патологии, в том числе и на степень морфологических изменений в слизистой оболочке желудка.

Таким образом, у пациентов ИБС, в сочетании с ГДП имеет место более тяжелое, иногда – атипичное течение ИБС, обусловленное наличием общих этиопатогенетических факторов обеих патологий. У больных ИБС с поражением ЖКТ, в том числе и обсеменением *H. Pylori*, следует учитывать многоуровневые, многофакторные и гетерогенные заболевания, которые закономерно сочетаются между собой. Общность патогенетических и этиологических процессов позволяет предположить, что их сочетанное течение не является случайным и может усугублять развитие основного патологического процесса, приводя к срыву адаптивных механизмов. Патогенетическим триггером декомпенсации следует считать вегетативную дисфункцию с последующим усугублением патологии сердечно-сосудистой системы.

Вместе с тем дана была оценка клинических проявлений язвенно-эрозивных поражений ГДЗ у 146 больных с ИБС. В качестве группы сравнения была определена группа из 75 больных с эрозивно-язвенными поражениями

гастроудоденальной зоны, не имеющие патологию сердечно-сосудистой системы, в том числе ишемического характера.

Обращено внимание на особенности ЭЯП ГЗ в обеих группах, в зависимости от клинической формы ИБС: с изучением распространенности ангинозных болей (94,5%), одышки (86,3%), купирующего эффекта нитроглицерина (85,6%), связь ангинозных болей с приемом пищи (52%), снижение аппетита (64,4%), нарушение сна (49,3%), снижение качества жизни (88,4%), снижение работоспособности (93,1%), общую слабость (96,6%) у пациентов 1 группы. Наиболее характерными признаками для пациентов 2 группы явились: нарушение ритма сердца (37,3%) с болями в эпигастральной области (90,1%) и во всех отделах живота (84%), метеоризмом (78,6%), изжогой (96%), отрыжкой (91%). (Рис. 1). Кроме того, для пациентов с ИБС с ЯБЖ и ДПК (1 гр) были характерны симптомы, типичные для ЯБЖ и ДПК: диспепсические расстройства, астенические явления. Что касается эпигастральных болей, они имели характер язвенно-подобных, чаще всего были связаны с приемом пищи, могли возникать до приема пищи – натощак и/или после еды, на голодный желудок, и, соответственно, рассматривались в рамках диспепсических расстройств. Установленные диспепсические симптомы (изжога, отрыжка, тяжесть и дискомфорт в эпигастрии) в равной степени были выражены у больных 1 группы больных ИБС с ЯБЖ и ДПК, имели периодический характер и выраженную связь с приемом пищи.



1. Ангинозные боли; 2. Одышка; 3. Нарушения ритма сердца; 4. Купирующий эффект нитроглицерина; 5. Связь ангинозных болей с приёмом пищи; 6. Боли в эпигастрии; 7. Боли во всех отделах живота; 8. Метеоризм; 9. Изжога; 10. Отрыжка; 11. Снижение аппетита; 12. Нарушение сна; 13. Снижение качества жизни; 14. Снижение работоспособности; 15. Слабость; 16. Чёрный стул (в анамнезе) *- $p < 0,001$

Рис. 1. Сравнительная характеристика частоты клинических симптомов у больных с ЭЯПЖ ИБС и без ИБС.

Установлено, что у больных ИБС с гастроудоденальной патологией, ассоциированной с *Helicobacter pylori* (26 больных), клиническая картина имеет

определенные особенности. Диспепсический синдром был многообразен: эпигастральные боли - у 100%, изжога – у 78,5%, боли во всех отделах живота - у 38,6%, метеоризм – у 63%, отрыжка - у 32,6% больных.

Следует особенно подчеркнуть, что клиническая картина гастропатий при ИБС характеризовалась также дисбалансом между симптоматикой и эндоскопическими изменениями. У 70 (47,95%) пациентов была установлена выраженная картина язвенной болезни, со свойственными характерными жалобами. У 76 (52,05%) пациентов симптомы ЯБ отсутствовали («немая язва»), что в большинстве случаев настораживало и углубляло проведение методов диагностики. Следует отметить, что у пациентов с явной клинической картиной язвенной болезни желудка и ДПК (n=34) боли или другие диспепсические расстройства отмечались при минимальных изменениях слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (СО ГДЗ), выявленных при ФЭГДС. Напротив, при наличии множественных эрозий и язв заболевание часто протекало бессимптомно.

В ходе исследований была выделена группа пациентов пожилого и старческого возраста (56-75 лет). Более детальное изучение данного аспекта позволило уточнить конкретные жалобы пациентов старших возрастов с выраженными клиническими жалобами. Аналогично предыдущим результатам, в данной группе пациентов (34) изжога также была наиболее характерной (13,64%), сопровождающейся дискомфортом и болями в эпигастральной области (10,57%), и лишь у незначительного количества пациентов выявлены жалобы в виде тошноты (3,85%) и вздутия живота (4,81%). В свою очередь у пациентов пожилого и старческого возраста при изучении характерных жалоб, было уточнено, что в 67,30% случаях клинические данные не отражают проявления язвенной болезни при ИБС, тогда как в 32,69% отмечена явная направленность жалоб, подтверждающих наличие клиники ЯБЖ и ДПК.

У всех пациентов оценивался «язвенный» анамнез и уточнялся вид осложнений (кровотечение, пенетрация или перфорация). Детализация данных анамнеза позволила установить, что «язвенный» анамнез был выявлен лишь в 7,7% случаев. В остальных случаях по мере возрастания длительности течения заболевания и, соответственно, длительности применения НПВС в качестве профилактической антиагрегантной терапии, отмечается прямо-пропорциональная зависимость повышения частоты гастропатий. Анамнестически было выявлено, что в 70,54% случаев пациенты в течении длительного времени получали различные виды фармакологических препаратов и соответствующую терапию ИБС, включающую антиагреганты и антикоагулянты: гепарин или низко - молекулярный гепарин (НМГ), (болеутоляюще, затем в подкожном введении), аспирин, клопидогрел (нагрузочные а затем и поддерживающие дозы), с целью нивелирования патологии. Рассматривая полученные данные можно отметить, что в большинстве своем пациенты перед поступлением, в плане лечения ИБС, принимали кардиомагнил (82,87%), тромбо-АСС (73,97%), статины (70,54%) достаточно длительное время (в течении 3 месяцев). В 31,50% случаев пациенты применяли аспирин, в 17,80% -

варфарин, в 16,43% - гепарин или НМГ. Данные препараты применялись не длительное время, в дальнейшем, по ухудшению состояния они были госпитализированы. Пациенты, согласно тяжести патологии, по методам применяемых программ лечения были разделены на 3 группы: 1 группа – 26 больных (17,80%) получающие в процессе лечения комбинированную монотерапию в виде клопидогрела или аспирина; 2 группа- 69 (47,26%) – двойную антитромбоцитарную терапию (ДААТ) - в виде клопидогрела и аспирина; 3 группа – 51 (34,94%) – тройную антитромбоцитарную терапию (ТААТ) – в виде гепарина или НМГ, аспирина и клопидогрела. Рассматривая полученные данные в отношении развивающихся осложнений, можно отметить, что у пациентов в 36,30% случаев отмечено ЖКК, наиболее выраженное у пациентов 2 группы (22,6%), тогда как в 1 и 3 группах равноценно данное осложнение выявлено в 6,8% случаев. При изучении вопроса влияния язвенного процесса, анемия была выявлена у 43 (29,45%) наблюдаемых больных как 1-2 степени. При анализе наличия анемии у наблюдаемых больных ИБС легкая степень анемии (Hb 119–90 г/л) была выявлена у 34 (23,28%) пациентов, умеренная (Hb 89–96 г/л) – у 8 (5,5%) человек, тяжелая (Hb <60 г/л) – у 1 (0,68%) пациента. Выделение больных по возрастным группам показало, что у всех больных пожилого возраста (104 пациента) регистрировалась анемия 1-2 степени тяжести. Легкая анемия (Hb 119–90 г/л) выявлена у 33 (31,7%) пациентов, умеренная (Hb 89–96 г/л) – у 3 (2,88%) человек, тяжелая (Hb <60 г/л) – у 1 (0,96%) пациента.

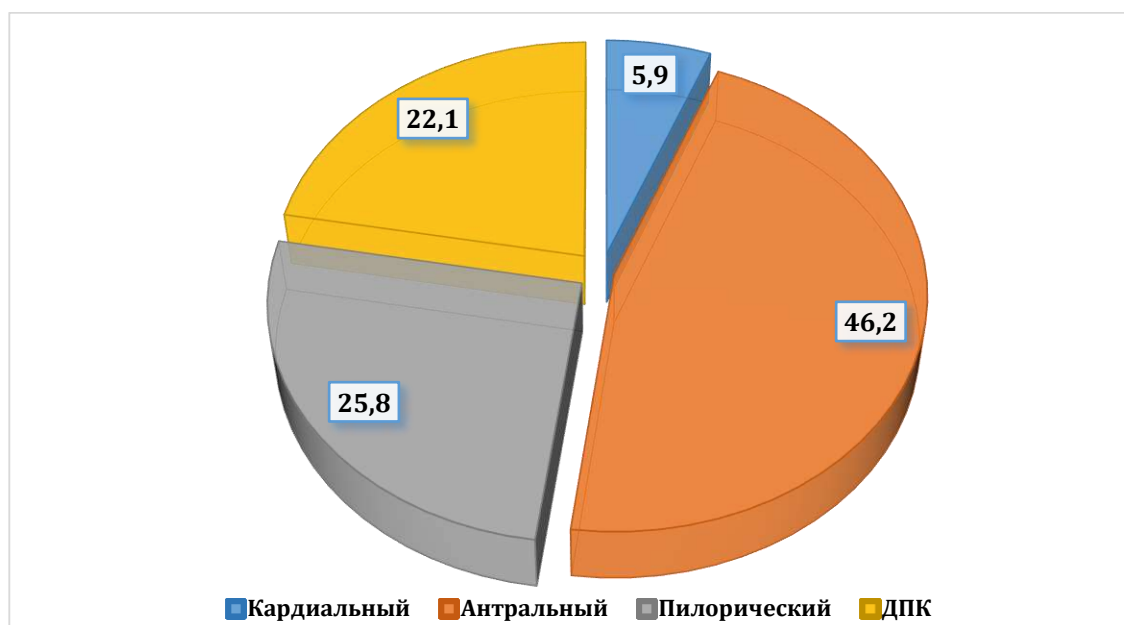
Таким, образом, развитию эрозивного язвенного поражения у пациентов с ИБС может также способствовать прием антиагрегантных или антикоагулянтных препаратов. ЖКК, как осложнение поражений желудка и ДПК у больных ИБС в большинстве случаев (47,3%) были ассоциированы приемом комбинированной терапии антиагрегантами (клопидогрел+аспирин).

В подглаве 2 - «Эндоскопическая картина гастродуоденальной зоны у больных с ИБС и эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки» изложен анализ и дана оценка выявления у пациентов с ИБС язвенных образований в желудке и ДПК, с установлением их характеристики методом ЭФГДС. Рассматривая количественную характеристику язвенного процесса, отмечено, что из общего количества пациентов с ИБС (146) язвенные образования были выявлены в 182 случаях, которые были разделены на единичные и множественные, согласно классификации ВОЗ (2012г). Наиболее часто устанавливались множественные язвы желудка и ДПК (53,30%), единичные – в 46,70% случаях, причем у мужчин частота множественных язв в 2,5 раз (40,66%) обнаруживалась достоверно чаще чем единичные (12,64%). В свою очередь частота сочетанных язв желудка и ДПК у обследованных пациентов встречается в 35 (23,97%) случаях, с явным превалированием их у мужчин (77,14%), в отличии от женщин (22,85%), когда от общего количества обследованных данный показатель составляет 18,49% и 5,48% соответственно.

Результаты исследования также показали достоверное большее количество как единичных, так и множественных язв, протекавших без всевозможных осложнений, у мужчин по сравнению с женщинами (42% и 47% против 15% и

19% соответственно). В свою очередь количество осложненных единичных и множественных язв было значительно меньше. Но они опять же с высокой частотой регистрировались у мужчин (14,83% и 25,82% соответственно) по сравнению с женщинами (2,19% и 10,44%, соответственно). Данное обстоятельство объясняется высокой частотой всевозможных факторов риска у мужчин, накладывающие определенный отпечаток на формирование как ИБС, так и коморбидного состояния – язвенной болезни.

При рассмотрении локализация язвенного процесса у обследованных пациентов с ИБС, обнаруживаемых при ЭФГДС, наибольшая частота язв была выявлена в антральном (46,18%), пилорическом (25,84%) отделах желудка и в ДПК (22,05%). (Рис. 2.)



Примечание: данные представлены в процентном соотношении.

Рис. 2. Частота встречаемости локализации язвенных поражений.

Анализ локализации язв, осложненных кровотечениями выявил наибольшее их количество с ЖКК в антральном отделе (46,18%) причем у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин (14,83% против 5,08%). Также значительно количество ЖКК обнаружено из язв ДПК (23,15%) опять же у большей степени у мужчин (17,89%), чем у женщин (5,26%). Относительная частота кровоточащих язв выявлена также в пилорическом отделе желудка (19-13,01%) с высокой степенью у мужчин (6,78%), чем у женщин (1,27%). Лишь незначительное количество язвенных кровотечений выявлено из кардиального отдела желудка (7 – 4,79%), когда у мужчин частота встречаемости равнялась 1,27%, а у женщин – 1,69%.

Одним из направлений исследований было изучение язвенного процесса у лиц пожилого возраста, как наиболее уязвимой группы (104) пациентов. Из общего количества язв у пациентов с ИБС (146) у пожилых в возрасте 56-65 лет (68 больных) выявлено 26 (17,80%), а в группе 66-75 лет (36 больных) – 12 (8,21%) инцидентов, что согласуется с результатами современных источников. В свою очередь единичные неосложненные язвы обнаружены в 15 (10,27%)

случаях, так же как и осложненные (10,27%). Множественные язвы встречались у 8 (5,47%) пациентов, когда неосложненные обнаружены у 3 (2,05%), а осложненные у 5 (3,42%) больных. Рассматривая частоту неосложненных единичных язв у лиц 56-65 возрастной группы установлено всего 7,53%, а в возрасте 66-75 – 2,73%. У данных пациентов основными симптомами были диспепсические. В данной группе анемический процесс был не выражен и явных признаков кровотечения из ЖКТ не было, хотя боли в эпигастральной области были интенсивнее и продолжительнее, чем в другой возрастной группе. Единичные осложненные язвы установлены в 7,53% пациентов в возрасте 56-65 и в 2,73% - у лиц в возрасте 66-75. Данная группа характеризовалась недлительными, необильными, нечастыми кровотечениями из ЖКТ, анемией 2 степени, не резко выраженными болями в эпигастральной области.

Рассматривая частоту множественных язв у лиц пожилого возраста можно отметить, что в количественном отношении неосложненных язв было больше в возрастной группе 56-65, чем в группе пациентов 66-75 лет, (2,05% и 0,68% соответственно). В свою очередь множественные осложненные язвы отмечались больше у пациентов 66-75 летнего возраста по сравнению с пациентами в возрасте 56-65 лет (2,05% и 1,36% соответственно). Итоговым значением явилось наличие язвенного процесса, как осложненных так и неосложненных единичных и множественных язв, в большей степени у лиц в возрасте 56-65 лет, чем в группе 66-74 летнего возраста (17,80% и 6,43%, соответственно).

При использовании прогностической шкалы Рокли в нашем исследовании практически у всех 38 лиц пожилого возраста с язвенным процессом был высокий риск повторных кровотечений и вероятность неблагоприятных исходов равнялась 7–8 баллам.

При эндоскопическом исследовании с использованием классификации кровотечений по Forrest, F1a был представлен у 1 (1,5%) пациента, но с явным струйным и продолжающимся кровотечением из язвы; F2b – 20 (31,74%) пациентов с состоявшимся кровотечением; F2c – 40 (19,4%) F3 – 2 (3,17%) пациента без признаков кровотечения.

Осуществление методики ЭФГДС позволило установить размеры подлежащих язв с использованием современных классификационных признаков и их визуализированную картину. Эндоскопическое исследование у 146 больных ИБС показало преобладание язвенных процессов, частота которых составила 75,34% у мужчин и 24,66% - у женщин. В структуре эрозивных дефектов преобладали поражения слизистой оболочки желудка (СОЖ) - у 52,73% больных, причем более чем в половине случаев в сочетании с поражением слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки (СОДПК). Изолированные эрозии СОДПК наблюдались крайне редко. Эрозивные изменения СОЖ в большинстве случаев являлись хроническими (63,0% всех случаев эрозии желудка), тогда как эрозии СОДПК, наоборот, были острыми (67,4% всех случаях эрозий ДПК). Согласно полученным данным, наибольшее количество язв было представлено размерами до 1 см в диаметре, в большей

степени у мужчин (39,72%) чем у женщин (13,2%). Из них с осложнением в виде ЖКК – у 36 (62,06%) мужчин и 9 (47,37%) у женщин. Размеры язв от 1,1 до 1,5 см. установлены у 8,9% пациентов, встречаемость которых у мужчин было 5,5%, у женщин 3,40%, кровотечения из которых выявлено у 35% больных.

При регистрации размеров язв от 1,6 до 2,0 см частота их у мужчин установлена у 2,74% лиц, у женщин – не выявлено. Кровотечения из данных язвенных процессов отмечены у 25% больных.

Наиболее часто встречались язвы овальной (47,4%) и округлой (28,1%) формы. Плоские и глубокие язвы наблюдались с одинаковой частотой (49,1% и 50,9% соответственно).

Для большинства больных (77,2%) были характерны язвенные дефекты, дно которых заполнено детритом и фибринозным налетом. В большинстве случаев (78,9%) язвенные поражения были осложнены деформацией желудка и двенадцатиперстной кишки. Размеры язвенных дефектов не зависели от локализации. Наиболее часто выявлялись язвы размером до 5 мм. (у 28 пациентов; 49,1%) язвенные дефекты более 1,5 см встречались достаточно редко - у 7,0% больных.

Таким образом, язвенные поражения ЖКТ у пациентов ИБС локализовались преимущественно в антральном отделе желудка. Единичные и множественные язвы (как осложненных так и неосложненных) регистрируются чаще в возрастной группе 56-65 лет по сравнению с возрастной группой 66-74 лет (46,54% и 24,66%, соответственно).

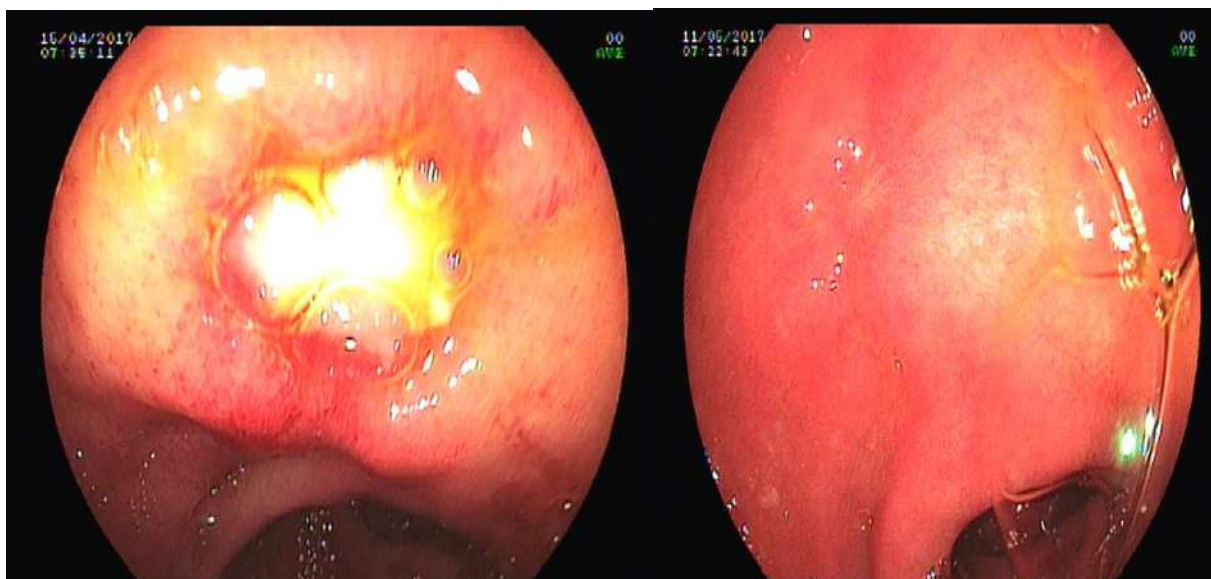
По Форресту в 43,15% случаев больных с ИБС и эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ наблюдаются желудочно-кишечные кровотечения, основным источником у которых являются язвы антрального и пилорического отделов желудка и двенадцатиперстной кишки. ЖКК у больных ИБС в большинстве случаев (47,26%) были ассоциированы приемом комбинированной терапия антиагрегантами (клопидогрел+аспирин). Язвенные поражения желудка и ДПК, в том числе и осложненные кровотечением, в большей степени встречаются у больных ИБС мужского пола.

Обращает на себя внимание фактор размеров язв у обследованных пациентов (табл. 3), если малые размеры язв выявляются в большинстве случаев у пациентов с ЭЯПЖ с ИБС (83,5%), то более значительные язвы (1,1-1,5 см., и 1,6-2,0 см) присущи пациентам с ЭЯПЖ без ИБС (56% и 14,7% соответственно). Локализация язвенного процесса в антральном отделе желудка и ДПК (65,1% и 28,57% соответственно) является характерной картиной для пациентов с ЭЯПЖ без ИБС, в то время как для пациентов с ЭЯПЖ с ИБС более характерно формирование большинства язв в кардиальном (5,93%) и пилорическом (25,8%) отделах. Более чаще встечаются язвы желудка и ДПК у пациентов с ЭЯПЖ без ИБС с дуоденальногастральным рефлюксом желчи (42,67%). В свою очередь и обсеменность НР более распространена у данных пациентов (57,33%). При сопоставлении срока давности язвенного процесса, у пациентов с ЭЯПЖ без ИБС анаместически время язвенной болезни более длительно и встречается чаще (50,67%) (таб. 1).

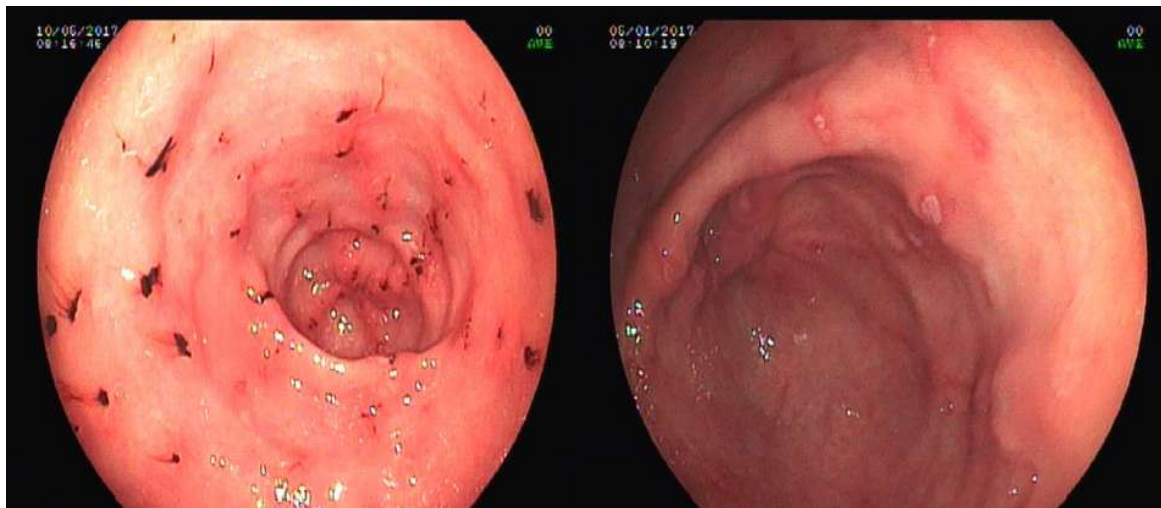
Таблица 1

**Отличительная эндоскопическая характеристика ЭЯП
с ИБС и ЭЯП без ИБС.**

Показатель	1 группа (n=146) ИБС с ЭЯПЖ		2 группа (n=75) ЭЯПЖ без ИБС		χ^2	P
	абс.	%	абс.	%		
Единичная язва	85	58,2%	59	81,3%	9.125	<0,001
Множественная язва	97	66,44%	31	41,3%	12.813	<0,001
Сочетанная язва	35	23,97%	7	9,33%	6.899	0,009
Размеры язвы						
до 1см	122	83,57%	22	29,3%	61.350	<0,001
1,1-1,5см	20	13,69%	42	56%	73.545	<0,001
1,6-2,0см	4	2,74%	11	14,7%	11.141	<0,001
Локализация язвы						
Кардиальный отдел	14	5,93%	4	4,2%	1.199	0,274
Антральный отдел	109	46,18%	62	65,1%	1.816	0,178
Пилорический отдел	61	25,84%	9	8,57%	20.305	<0,001
ДПК	52	22,05%	30	28,57%	0.408	0,523
Язва желудка и ДПК с дуоденогастральный рефлюкс желчи (ДГРЖ)	36	24,66%	32	42,67%	7.544	0,007
Обсемененность НР	27	17,80%	43	57,33%	34.538	<0,001
Язва в анамнезе (пост язвенная рубцовая деформация)	33	22,60%	38	50,67%	17.896	<0,001



**Рис. 3. Хроническая единичная язва по верхней стенке ЛДПК до
лечения и после лечения.**



Множественная острая эрозия и язва (по всем стенкам) в антральном отделе желудка с осл: состоявшееся кровотечение по Форресту 2в и 2с.

Множественная хроническая язва (по всем стенкам) в антральном отделе желудка д=0,5-0,8см.

Для оценки различных схем терапии язвенных поражений ГДЗ у больных ИБС в зависимости от проводимой терапии эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны, исследуемые больные были разделены на две группы. 1-я группа больных (группа А - 71 пациент) получала стандартную (рутинную) противоязвенную терапию, которая включала в себя, антацид (алмагель по 2 мерные ложки три раза в день за 30 минут до приема пищи в течение 14 дней, ИПП (Нольпаза 40мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 1 месяц). Пациенты 2-ой группы (группа Б - 75 пациента) получали: антацид (пепсан-Р в виде геля с разовой дозой 10 г, по 1 саше три раза в день до приема пищи в течение 10-14 дней), ИПП (Нольпаза 40мг по 1 таблетке 1 раз в сутки в течение 1 месяц), иммуномодулятор (галавит 25мг по 1 таблетке 3раза в сутки под язык в течении 14 дней).

Пациентов с *Helicobacter pylori* в обеих группах было 11 и 15 человек, соответственно. Пациентам с *Helicobacter pylori* в схему лечения эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны были добавлены антибиотики в качестве эрадикационной терапии: амоксициллин (1000 мг по 1 таблетке 2 раза в сутки после еды, в течении 14 дней); кларитромицин (1000мг по 1таб 2раза в сутки после еды, в течении 14 дней). Контроль процесса эпителизации и репарации язвенного процесса проводился в динамике каждые 7 дней (на 7, 14, 28-е сутки лечения) методом ЭФГДС на фоне проводимой эрадикационной терапии в обеих группах.

Согласно полученным данным в группе А процесс заживления язвенных процессов был значительно ниже, чем в группе Б. Полученные результаты исследования, с помощью ЭФГДС, уже на 1 недели обследования отмечены активным процессом заживления язв в группе Б: из 27,5% единичных и 24,38% - множественных репаративная активность выявлена у 7,5% и 1,25% пациентов соответственно. Тогда как в группе А из 24,37% единичных и 23,75% множественных репарационная активность отмечена только у 2,5% единичных язв, а множественные язвы не репарировали.

На 2 неделе исследований получены аналогичные результаты с повышенной активностью процессов заживления в группе Б: при единичных язвах редукции подверглось 8,12% язв, а при множественных – 5%, тогда как в группе А результаты намного ниже - 5,6% и 4,3% язв соответственно.

Результаты полученные на 3 недели регистрировались как прогрессирующие в группе Б, с возрастанием репарации единичных язв на 8,12% и множественных на 17,5%. Методика ЭФГДС определила на данном этапе сокращение размеров оставшихся язв и их численность. Одновременно с этим, в группе А отмечено заживление единичных язв только у 3,12% пациентов и 13,7% - множественных, и установлено, что размеры и численность оставшихся язв еще оставались значительными.

Уже на 4 неделе осуществления ЭФГДС исследованиями выявлено полное заживление оставшихся единичных (3,75%) и множественных (0,62%) язвенных процессов в группе Б, тогда как в группе А репарации подверглось лишь 13,12% единичных и 5,62% еще оставшихся язв.

Полученные результаты свидетельствуют о достаточно приемлемой и эффективной разработанной схеме лечения язвенных процессов желудка и ДПК у пациентов с ИБС. Если длительность всей противоязвенной терапии составляла 4 недель для группы А, то аналогичные результаты в группе Б достигнуты уже к концу 3 и началу 4 недели.

Несомненным этапом проводимых исследований было установление сроков заживления язвенных процессов в отдельно взятых отделах рассматриваемой зоны ЖКТ. Наибольшее количество язв, выявленных в антральном отделе желудка (46,18%), при применяемых методах лечения в обеих группах, отмечены репарацией к 1 неделе исследований у 3,81% больных, тогда как в пилорическом – у 2,96%; в кардиальном – 1,27%; в ЛДПК – 0,42%; в ДПК – без изменений. Ко 2 неделе метод ЭФГДС выявил уже активизацию репаративной активности язв во всех отделах желудка: в антральном репарировали 7,2%; в пилорическом – 3,81%; в кардиальном – 2,11%. В тоже время данная активность в ЛДПК оставалась низкой, всего отмечено заживление 2,54% язв, а в ДПК – отсутствие. К 3 неделе обследования эффективность влияния комплексной терапии отмечена заживлением 27,5% язв в антральном отделе; 15,67% - в пилорическом; 2,11% - в кардиальном. Активизация репарации язв в ЛДПК отмечено заживлением 15,5%, а в ДПК – 0,42%. К концу 4 недели, контрольное осуществление ЭФГДС установило заживление всех оставшихся язв: в антральном отделе – 7,62%; в пилорическом – 3,38%; в кардиальном – 1,27%; в ЛДПК – 3,38%.

Можно отметить, что наибольшая репаративная активность язвенных процессов ЖКТ, под влиянием проводимых методов лечения, эффективно активизируется на 3-4 неделях обследования. Однако, в процессе исследований возникла необходимость конкретного локального установления процессов репарации язв, в зависимости от применяемых методов лечения. Детализация данного обстоятельства помогла раскрыть этиологические моменты репаративной активности определенной зоны ЖКТ. С этой целью были рассмотрены процессы репарации в группах А и Б, в конкретно взятых отделах ЖКТ

Анализ проведенных методов лечения и контрольное исследование методом ЭФГДС выявило значительные изменения репаративных процессов.

Уже к концу 1 недели комплексного лечения в антральном отделе желудка отмечено заживление 0,84% язв в группе А и 2,96% - в группе Б; в пилорическом отделе: 0,84% и 2,12%; в кардиальном отделе – 0 и 0,42%; в ЛДПК и ДПК – 0 и 0,42% соответственно. Выраженность репаративной активности в группе Б более эффективна в сравнении с группой А, что подтверждается сокращением общего количества язв в группе А на 1,68%, и на 5,93% - в группе Б.

К завершению 2 недели исследований прогрессивность репарации в группе Б оставалась высокой. Если в антральном отделе заживление язв в группе А выявлено у 2,54% пациентов, то в группе Б – у 4,66%; в пилорическом отделе - 1,27% и 2,54%; в кардиальном – 0,42% и 1,68%; в ЛДПК и ДПК - 0,84% и 1,68% соответственно. Анализ данного процесса репаративной активности выявил уменьшение общего количества язв в группе А на 5,08% и на 10,59% в группе Б. На 3 неделе исследований, проводимое контрольное ЭФГДС зафиксировало наибольшую репаративную активность язвенных процессов в обеих группах с превалированием в группе Б. В антральном отделе установлена репарация 7,2% язв в группе А, 14,83% - в группе Б; в пилорическом – 7,2% и 8,47%; в кардиальном – 1,27% и 0,84; в ЛДПК и ДПК – 6,77% и 8,89% соответственно. Следовательно, полученные результаты отражают эффективное влияние предложенной комплексной терапии, выявляя заживление оставшихся язв в группе А на 27,97% и на 33,05% в группе Б. Конец 4 недели был отмечен высоким коэффициентом репарации, более значительным в группе Б. Репаративная активность язвенных процессов, под влиянием проводимой терапии отмечена заживлением в антральном отделе 6,35% язв у пациентов группы А и 1,27% - в группе Б; в пилорическом – 2,54% и 0,84%; в кардиальном – 0,84% и 0,42%; в ЛДПК и ДПК – 2,96% и 0,42% соответственно. Из оставшихся язв в 12,71% в группе А и в 2,96% в группе Б отмечено заживление с продолжением этапов рубцевания подлежащих язвенных процессов.

Таким образом, можно отметить, что наиболее высокий пик репарации отмечается у пациентов в группе А на 3 неделе исследований (27,97%), тогда как к данному сроку в группе Б процесс репарации язвенных процессов практически завершается.

Влияние предложенной терапии также подтверждается результатами исследований изменений размеров язв. Исследованиям установлено, что на конец 1 недели 2,74% язв в группе А репарировали, причем размеры данных язв весьма незначительны (до 1 см), в то время как в группе Б язвы указанного размера зажили в большем количестве (8,22%). В этой же группе зафиксировано также заживление и язв (1,37%) более значительных размеров (1,1-1,5 см). Анализ данного этапа исследований позволяет высказать мнение об ориентации лечебных действий на предлагаемую схему комплексных мероприятий, в связи с их эффективностью и коротким сроком влияния на репаративную активность. К завершению 2 недели исследования определили более высокую активизацию процессов заживления язвенных процессов в обеих группах, с должной эффективностью в группе Б. Рассматривая позиционность язв до 1 см. в диаметре, можно отметить, что в 10,27% случаев в группе А и в 13,01% в группе Б, к данному сроку выявлена полная их репарация, в то время как язвы от 1,1 до 1,5 см в группе А не зажили, а в группе Б репарировали в 2,05%; язвы размерами 1,6-2,0 см. не подверглись заживлению в

обеих группах. Проведенный анализ данного этапа исследований позволяет рассматривать предложенную схему комплексного лечения как перспективную, т.к. в группе А зажили только 10,27%, а в группе Б – 15,06% язв. Третья неделя исследований ознаменовалась более значительными репаративными процессами в обеих группах, с более высокой ориентацией в группе Б. Язвы до 1 см в группе А репарируют в 12,33%, а в группе Б – в 19,17% случаев; язвы от 1,1 -1,5 см. зажили - в 2,05% и в 2,74% соответственно в группах; язвы от 1,6 - 2,0 см. не репарируют в группе А, но в группе Б зажили в 0,68% случаях. Суммируя данный этап исследований можно отметить, что в группе Б в 1,4 раза быстрее заживали язвы меньших размеров (19,17%), чем в группе А (12,33%), что также относится и к более значительным размерам язв. На 4 неделе проводимых исследований, визуализация язв позволила выявить, что все оставшиеся язвы (4,11%) всех размеров в группы Б практически зажили, а в группе А прослеживалась усиление репарации язв меньших размеров (до 1 см) в 15,75% случаях, язв от 1,1-1,5 см – в 4,11%; язв от 1,6 - до 2,0 см – в 1,37% случаях. Анализ данного этапа исследований все же оставляет предпочтение предлагаемому комплексному лечению ГДЯ, что демонстрируется ранней активной репаративной активностью (4,11%) язвенных процессов в группе Б уже на 3 неделе проводимого лечения. В то время как в группе А проводимые методы стандартной терапии менее эффективно влияют на заживление язвенного процесса и только к концу 4 недели установлена репарация 21,23% оставшихся язв ЖКТ.

Определенное место в исследованиях занимала позиционность визуализации язв по степени их репарации, что имеет достаточно важное практическое значение. В начале репаративной активности язв выявляется фибринозный налет и формирование грануляционного вала по краям язв (1 этап), в процессе заживления сначала появляется красный рубец, идущий от краев язвы к центральной ее части (2 этап), а затем появляется белый рубец (3 этап), являющийся критерием заживления.

Таким образом, в нашем исследовании установлено, что к концу четырехнедельной терапии у всех больных ИБС наблюдается полное заживление как единичных так и множественных язвенных поражений гастродуоденальной зоны. В то же время более положительная динамика заживления язвенных поражений желудка и ДПК наблюдалась во второй группе больных, получавших комбинированную терапию пантопразолом, пепсаном р и галавитом. Следует особо подчеркнуть, что более быстрое заживления язв гастродуоденальной зоны у больных ИБС способствовало укорочению отсроченного времени проведения эндоваскулярного вмешательства этих больных. Более выраженная положительная динамика заживления язвенного поражения желудка и ДПК у больных 2-ой группы связана с включением в терапию препаратов пепсан р и галавит.

У больных пожилого возраста с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны имеет место хронический активный иммунный процесс, выражающийся как в снижении клеточного, так и гуморального звеньев иммунной защиты организма. Галавит, включенный в схему лечения пожилых больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны способствует ускорению процессов регенерации. Изолированное применение

Галавита у больных с язвой желудка, не ассоциированной с *H. pylori*, оказывает положительное влияние на клиническое течение заболевания и ведет к сокращению сроков рубцевания язвенного дефекта. Применение Галавита у пожилых больных с эрозивно-язвенными поражениями гастродуоденальной зоны и признаками хронического активного иммунного процесса ведет к улучшению показателей клеточного иммунитета.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с ИБС в сочетании эрозивно-язвенными поражениями ГДЗ клинические проявления, характеризующие различные формы ИБС преобладают у мужчин в 2 раза больше, чем у женщин, над типичными гастроэнтерологическими жалобами.

2. Для больных с ИБС в сочетании с поражением гастродуоденальной зоны характерно преобладание единичных, множественных и сочетанных язв до 1 см. в основном локализованные в антральном и пилорическом отделах желудка ($t=2,01$; $p<0,001$). В то время как у пациентов без ИБС встречаемость язвенного анамнеза ($t=2,68$; $p<0,001$); обсемененности НР ($t=2,81$; $p<0,001$); частоты единичных язв от 1,1 до 2,0 см. ($t=2,46$; $p<0,001$), а также сочетанного поражения желудка и ДПК с ДГРЖ ($t=2,04$; $p<0,001$) соответственно выше.

3. Встречаемость единичных язв, осложненных кровотечением, не зависела от клинической формы ИБС, тогда как множественные язвы, осложненные кровотечением, преобладали у пациентов со стенокардией напряжения ($t=2,91$; $p<0,001$).

4. При ДААТ распространенность язв, осложненных кровотечением не зависела от их количества ($t=2,08$; $p<0,001$) и была выше по сравнению с монотерапией и ДААТ в сочетании с антикоагулянтом. При монотерапии и ДААТ в сочетании с антикоагулянтом преобладали неосложненные как единичные ($t=2,56$; $p<0,001$), так и множественные язвы ($t=2,74$; $p<0,001$).

5. Добавление антикоагулянта в терапии ИБС не влияет на развитие осложнения (кровотечения), независимо от их количества. Развитие осложнений (кровотечений) язв при ДААТ встречалось чаще при их расположении в антральном отделе желудка и ДПК ($t=2,31$; $p<0,001$). Частота встречаемости осложненных язв до 1 см. регистрировалась при ДААТ в сочетании с антикоагулянтом в 83,3%, при ДАТТ – в 63,8%), при монотерапии - (50%) случаев.

6. Определено, что стандартная противоязвенная терапия в комбинации с пепсан Р и галавит у больных ИБС в сочетании с язвенной болезнью желудка и ДПК способствовало сокращению сроков репарации (2 неделя), особенно при локализации язв в кардиальном отделе в группе больных находящихся на монотерапии антиагрегантами. Независимо от локализации и размеров язв максимальная эффективность разработанной терапии наступает к 3 неделе наблюдения.

**ONE - TIME SCIENTIFIC COUNCIL ON AWARDING
THE SCIENTIFIC DEGREE DSc.04/30.12.2019.Tib.64.01 AT
THE REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC AND PRACTICAL
MEDICAL CENTER OF CARDIOLOGY**

**REPUBLICAN SPECIALIZED SCIENTIFIC-PRACTICAL MEDICAL
CENTER OF CARDIOLOGY**

KODIROV SHUKRULLO SALIMOVICH

**OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF
GASTRODUODENAL ZONE LESIONS IN PATIENTS WITH
CORONARY ARTERY DISEASE IN PREPARATION FOR
PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTIONS**

14.00.06 – Cardiology

14.00.05 – Internal diseases

**DISSERTATION ABSTRACT
OF THE DOCTOR OF PHILOSOPHY (PhD) ON MEDICAL SCIENCES**

TASHKENT – 2022

The theme of the dissertation of the Doctor of Philosophy (PhD) was registered by the Supreme Attestation Commission at the Cabinet of Ministers of the Republic of Uzbekistan under № B2020.2.PhD/Tib31.

Doctoral dissertation was carried out at the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology.

The dissertation abstract was posted in three (uzbek, russian, english (resume)) languages on the website of the Scientific Council at (www.cardiocenter.uz) and on the website of «ZiyoNet» information-educational portal at (www.ziynet.uz).

Scientific advisers:

Trigulova Raisa Husainovna
Doctor of Medical Sciences

Daminova Lola Turgunpulatovna
Doctor of Medical Sciences, Professor

Official opponents:

Abdullayev Timur Atanazarovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Karimov Mirvasit Mirvasikovich
Doctor of Medical Sciences, Professor

Leading organization:

Tashkent pediatric medical institute

The defence of the dissertation will be held on «17» fevral 2022, at 12 at the meeting of the One-time Scientific Council DSc.04/30.12.2019.Tib.64.01 at the Republican specialized scientific and practical medical center of cardiology (Address: 100107, Tashkent, Mirzo-Ulugbek district, Osyo street, 4. Tel./Fax (+99871) 237-31-57, e-mail: info@cardiocenter.uz).

The dissertation can be looked through in the Information Resource Centre of Republican specialized scientific and practical medical center of cardiology (registered under No. 35). Address: 100107, Tashkent, Mirzo-Ulugbek district, Osyo street, 4. Tel./Fax (+99871) 237-31-57.

The abstract of dissertation was distributed on «2» fevral 2022 y.

(Registry record No. 14 dated «2» fevral, 2022 y.)



R.D. Kurbanov
Chairman of the One-time Scientific Council
for the Award of Scientific Degrees, Doctor of
Medical Sciences, Academician

G.U. Mullabaeva
Scientific Secretary of the One-time Scientific
Council for the Award of Scientific Degrees,
Doctor of Medical Sciences

A.H. Abdullaev
Chairman of the One-time Scientific Seminar at
the Scientific Council for the Award of
Scientific Degrees, Doctor of Medical Sciences

INTRODUCTION (abstract the PhD dissertation)

The aim of the study: To study the features of gastric and duodenal lesions in patients with ischemic heart disease in preparation for X-ray endovascular intervention and to optimize the diagnostic and therapeutic tactics of administering these patients.

The object of the study was 146 patients of Uzbek nationality, with ischemic heart disease with erosive and ulcerative lesions of the gastroduodenal zone, who were under observation in the Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Cardiology.

The scientific novelty of the study is as follows:

based on the results of the study, for the first time in patients with ischemic heart disease in combination with ulcerative lesions of the stomach and duodenum, the features of the clinical manifestations of both pathologies were determined;

determined the endoscopic characteristics of lesions of the gastric mucosa and duodenum in patients with ischemic heart disease in preparation for PCI;

The frequency of the formation of erosive-ulcerative lesions was determined depending on the type and duration of antithrombotic therapy in patients with ischemic heart disease with a need for PCI.

It was found that the inclusion of the drugs Pepsan r and Galavit in the standard antiulcer therapy of patients with ischemic heart disease in combination with gastric ulcer and duodenal ulcer contributed to the shortened period of reparative processes in the mucous membrane of the GDZ.

The implementation of research results. Based on the results of the research conducted in patients with ischemic heart disease with a lesion of the GDZ, methodological recommendations were prepared and approved on the topic:

"Optimization of diagnostic measures and treatment tactics for *Helicobacter pylori* infection in patients with ischemic heart disease" (approved by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated December 12, 2019, No. 8 n-r / 584);

"Application of the algorithm for the diagnosis and treatment of gastroduodenal ulcers in patients with ischemic heart disease" (approved by the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan dated December 12, 2019, No. 8 n-r / 585);

Received 2 certificates for patents for inventions (IAP 20190145, 07867, 10.03.2020).

The implementation of scientific results determined the selective personalized tactics, both in the diagnosis and in the treatment of gastroduodenal lesions in patients with ischemic heart disease, which contributed to decrease the risk of bleeding and repeated hospitalizations, as well as to shorten the timing of endovascular procedures.

The obtained scientific results on the application of the developed algorithm for the diagnosis and treatment of gastroduodenal ulcerative lesions are introduced into practical health care and are used in the work of the regional cardiological center of the Jizzakh region, the regional cardiological dispensary of the Bukhara region, the regional cardiological dispensary of the Syrdarya region.

Structure and volume of the dissertation. The dissertation consists of an introduction, four chapters, conclusion and list of references. The volume of the dissertation is 112 pages.

ЭЪЛОН ҚИЛИНГАН ИШЛАР РЎЙХАТИ
СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ
LIST OF PUBLISHED WORKS

I бўлим (I часть; I part)

1. Кодиров Ш.С. Эрозивно-язвенные процессы желудка и двенадцатиперстной кишки при ишемической болезни сердца. //Кардиология Узбекистана. - Ташкент, № 4/(50). 2018 - С. 90-98 (14.00.00; №10).

2. Kodirov Sh.S., Omonov S.H., Usmonova N.A., Nurmuhamedov H.K. Clinical features of gastroduodenal ulcers in patients of elderly and senile age with coronary heart. //International Journal of Cardiology Sciences Volume 2; Issue 1; January 2020; P.01-04.

3. Kodirov Sh.S., Daminova L.T. Features of NSAIDS-gastropathies in patients with coronary heart disease. //Journal of biomedicine and Practice. 2020, vol. 1, issue 5, P. 109-115 (14.00.00; №24).

4. Daminova L.T., Kodirov Sh.S., Shek A.B. Varieties of gastrointestinal bleeding in patients with coronary heart disease. //International Journal of Gastroenterology Sciences. Volume 1; Issue 1; January 2019; P. 28-30.

5. Даминова Л.Т., Кодиров Ш.С., Шек А.Б. Риск желудочно-кишечных кровотечений у больных ишемической болезнью сердца. //Кардиология Узбекистана. - Ташкент, 2019, N4. (59). - С. 71-76 (14.00.00; №10).

6. Kodirov Sh.S. Comorbid condition in ulcerative lesions of the stomach and duodenum in patients with coronary heart disease. //European journal of pharmaceutical and medical research. ejpmr, 2020,7(10), P. 95-98. Impact Factor - 6.222.

7. Кодиров Ш.С., Шек А.Б., Даминова Л.Т. Клинические особенности течения ишемической болезни сердца у больных с эрозивно –язвенными поражениями гастродуоденальной зоны. //Кардиология Узбекистана- Ташкент, 2020, N4. (58). - С. 30-34 (14.00.00; №10).

8. Kodirov Sh.S., Daminova L.T. and Nurmuhamedov H. K. Features of anticoagulant therapy in patients with chd and its effect on the state of the gastroduodenal zone. //European journal of pharmaceutical and medical research. ejpmr, 2021,8(4); P. 07-10. Impact Factor - 6.222.

9. Kodirov Sh.S. and Daminova L.T. A distinctive feature of endoscopic erosive-ulcerative lesions in patients with coronary heart disease and erosive-ulcerative lesions without coronary heart disease. //European journal of pharmaceutical and medical research. ejpmr, 2021,8(4); 07-10. Impact Factor - 6.222.

10. Trigulova R.Kh., Kodirov Sh.S., Alimova D.A., Bekmetova F.M., Daminova L.T. Specific endoscopic manifestations of erosive and ulcerative lesions in patients with ischemic heart disease and erosive and ulcerative lesions without ischemic heart disease. 中华劳动卫生职业病杂志2021年5月第39卷第5期Chin J Ind Hyg Occup Dis, 2021, Vol.39, No.7 159-161. (14.00.00; (3)Scopus).

И бўлим (И часть; И part)

11. Кодиров Ш.С., Шек А.Б., Курбанов Р.Д., Даминова Л.Т., Нурмухамедов Х.К., Урозметов Х.К. Система оперативного анализа для постановки высокоточных диагнозов «Gaster-Endoskopics Program» //Патент на изобретение 2019. - № DGU20191757

12. Кодиров Шукрулло Салимович, Шек Александр Борисович, Даминова Лола Тургунпулатовна, Нурмухамедов Хуршид Каримович, Урозметов Хамза Раматиллаевич, Караханов Нурзодбек Абдуганиевич. Способ измерения размеров язв желудка и двенадцатиперстной кишки. //Патент на изобретение 2019. - № IAP 2019 0145.

13. Кодиров Ш.С. Клинико- Эндоскопическая характеристика НПВП-Гастропатий у больных с ишемической болезнью сердца. //11Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии» СПб.17-18 Сентябрь.2020. Сборник материалов конференции. С. 141-142.

14. Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т., Шек А.Б. Особенности тяжести хеликобактериоза двенадцатиперстной кишки на течение ишемической болезни сердца. //Образовательный форум «Российские дни сердца» 2019. С.186.

15. Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т., Шек А.Б. Язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с ишемической болезнью сердца. «Вестник Ташкентской медицинской академии 2019» ISSN2181-7812. С. 102-104.

16. Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т., Шек А.Б. Выраженность болевого синдрома при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при ишемической болезни сердца. «Вестник Ташкентской медицинской академии 2019» ISSN2181-7812. С. 102-104.

17. Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т., Шек А.Б. Частота язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у пациентов с ишемической болезнью сердца. //10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии». Сборник материалов конференции. СПб. 28-30 марта 2019. С.117-119.

18. Кодиров Ш.С. Даминова Л.Т., Шек А.Б. Эндоскопическая диагностика желудка и двенадцатиперстной кишки больных с ишемической болезнью сердца. //10-я Юбилейная Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии». Сборник материалов конференции. СПб. 28-30 мата 2019. С. 117-119.

19. Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т., Шек А.Б. Особенности болевого синдрома при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки при ишемической болезни сердца. //Российский журнал боли. ISSN: 2219-5297. 2019. T17.N.S1. С. 114-115.

20. Кодиров Ш.С. Особенности антикоагулянтной терапии у больных ишемической болезнью сердца и ее влияние и осложнение на ЖКТ. //12 Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы

эндоскопии» СПб. 13-14 мая, 2021. Сборник материалов конференции. С.70-71.

21. Кодиров Ш.С., Даминова Л.Т. Характерная эндоскопическая картина эрозивно-язвенных поражений в зависимости от наличия и отсутствия ИБС. //12 Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы эндоскопии» СПб. 13-14 мая, 2021. Сборник материалов конференции. С.72-73.

Автореферат «Тошкент тиббиёт академияси ахборотномаси» журнали
таҳририятида таҳрирдан ўтказилди.



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

Разрешено к печати: 31 января 2022 года
Объем – 3,3 уч. изд. л. Тираж – 120. Формат 60x84. 1/16. Гарнитура «Times New Roman»
Заказ № 1347 - 2022. Отпечатано РИО ТМА
100109. Ул. Фароби 2, тел: (998 71)214-90-64, e-mail: rio-tma@mail.ru