



ПРОФИЛАКТИКА ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННЫХ ЖЕЛУДОЧНО-ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА

Аннотация:

Ишемическая болезнь сердца (ИБС) является одной из наиболее распространенных сердечно-сосудистых патологий, которая часто сопровождается различными желудочно-кишечными заболеваниями, включая эрозивные и язвенные кровотечения желудка и двенадцатиперстной кишки. Эти осложнения являются серьезной угрозой для жизни пациентов и могут быть связаны с длительным применением антиагрегантов, антикоагулянтов и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Профилактика этих заболеваний требует комплексного подхода, включающего коррекцию медикаментозной терапии, использование гастропротекторов, регулярные диагностические обследования и соблюдение здорового образа жизни. В статье рассматриваются основные профилактические меры, методы диагностики и лечения эрозивно-язвенных кровотечений у больных ИБС, а также важность раннего выявления и своевременного вмешательства.

Ключевые слова:

Ишемическая болезнь сердца, эрозивно-язвенные кровотечения, профилактика, антиагреганты, гастропротекторы, нестероидные противовоспалительные препараты, диагностика, лечение.

Information about the authors

Шеранов Адхам Мамадиярович
Факультет педиатрии Кафедра внутренних болезней,
Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан

Введение

В последнее время в клинике внутренних болезней все большее внимание врачей привлекает проблема закономерно частых сочетаний определенных болезней, характеризующихся общностью или близостью этиологических и патогенетических факторов. При сочетанной патологии заболевания взаимно влияют друг на друга, утяжеляя течение каждого из них. Сопутствующие заболевания – наиболее распространенная причина госпитализации больных с ХСН.

Первое описание острого эрозивно-язвенного поражения желудка и ДПК относится к 1823 году, когда J. Swan описал дефект слизистой желудка у детей, умерших от распространенных ожогов и предположил, что причиной их появления является ожоговое поражение кожи. В 1842 году В. Curling описал 12 случаев язв желудка и ДПК у больных с обширными ожогами тела. С того времени также язвенные поражения желудка и ДПК у ожоговых пациентов называли язвами Курлинга. В 1867 году Т. Billroth сообщил о случае возникновения язвенного кровотечения у пациента после проведения операции – тиреоидэктомии и высказал своё предположение о существовании причинно-следственную связь между операционной травмой и повреждением



слизистой оболочки желудка и ДПК. G. Selye в 1936 году предложил термин «стресс-язва», подчёркивая причинноследственную связь между психосоматическим заболеванием и появлением язв в желудке и ДПК. Именно В.Х. Васильеву принадлежит заслуга в описании чёткого различия язвенной болезни как самостоятельного заболевания и симптоматических язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Этиология острых эрозий и язв желудка и ДПК чрезвычайно разнообразна. К этиологическим факторам относят приём медикаментозных препаратов – нестероидных противовоспалительных препаратов (НВПВ), кортикостероидов, антикоагулянтов, антиагрегантов и др.; алкогольную интоксикацию; ДВСсиндром, шок-стресс, травмы, нейротравмы, политравмы, обморожения и ожоги (язвы Курлинга); хеликобактерную инфекцию на фоне хронического атрофического гастрита; печеночную и почечную недостаточность; онкологические заболевания; болезни крови; заболевания гипоталамо– гипофизарной системы (язвы Кушинга); синдром Золлингера-Эллисона (гастринпродуцирующие опухоли); хронические заболевания лёгких; сахарный диабет и т.д. В последнее время участились случаи появления острых эрозий и язв гастродуоденальной зоны и обусловленных ими эрозивно-язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЭЯГДК) у пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), инфарктом миокарда, церебро-vasкулярными болезнями [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9].

Рядом авторов в последние годы предложен термин «синдром острого повреждения желудка и ДПК». Это собирательный термин и обозначает остро эрозивно-язвенное поражение слизистой оболочки гастродуоденальной зоны у пациентов, находящихся в критических состояниях.

S. Levenstein et al. (2015) собрали данные об особенностях факторов риска развития стресса и язвы желудка и двенадцатиперстной кишки у 3379 пациентов в Дании и доказали, что стрессовые нервно-психические нагрузки повышают риск возникновения язвенной болезни почти на 30 %, независимо от *Helicobacter pylori* или применения нестероидных противовоспалительных средств [10].

Патогенез острого эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки универсален, практически не зависит от особенностей основного заболевания и во многом отличается от хронических гастродуоденальных эрозий и язв [3, 7, 11, 12].

Материалы и методы.

В ходе исследования 50 пациентов были обследованы и наблюдались в кардиологическом отделении больницы в связи с нестабильностью течения ишемической болезни сердца. Прогрессирующая стенокардия стала причиной госпитализации 16 (31,2 %) пациентов, у 21 (41,6 %) пациентов была артериальная гипертензия, у 13 (27,1 %) пациентов, помимо ишемической болезни сердца, имелась хроническая патология желудочно-кишечного тракта.

Критериями включения пациентов в исследование были: диагноз ишемической болезни сердца с симптоматической эрозией и признаками язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, согласие пациента на применение местных методов лечения в комплексном лечении острой язвы желудка и эрозии, возраст пациентов от 20 до 80 лет. Критерии исключения из исследования: наличие у пациента острого инфаркта миокарда, острых нарушений кровообращения в головном мозге, тяжелых заболеваний системы гемостаза.

В зависимости от характера эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны больные распределились следующим образом: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 7 (15,9%) человек; острая эрозия желудка и двенадцатиперстной кишки – 2,8 (63,6%) человек; острая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – 9 (20,5%) человек.

Говоря о локализации эрозивно-язвенных процессов, следует отметить, что у 29 (65,9%) человек они были в желудке, а у 15 (34,1%) человек – в двенадцатиперстной кишке. Размеры язвенных дефектов составляли от 0,3 см до 2,3 см в диаметре. Множественные эрозии и язвы в



желудке или двенадцатиперстной кишке наблюдались у 11 (25,0%) человек, а сочетанное поражение желудка и двенадцатиперстной кишки – у 7 (15,9%) человек.

Среди пациентов было 29 мужчин и 21 женщин в возрасте от 18 до 72 лет.

В соответствии с задачами исследования все пациенты были случайным образом разделены на две группы: основную и группу сравнения.

В основную группу вошли 23 пациента, средний возраст которых составил $61,8 \pm 2,15$ года. Пациентам основной группы, помимо лечения основного заболевания, также проводилась профилактика гастроудоденальных кровотечений путем включения в комплекс мероприятий методов ранней диагностики острых эрозий и язв гастроудоденальной зоны и лечебной внутрисветовой эндоскопии.

Всем пациентам основной группы на следующий день после госпитализации в рамках мультидисциплинарного подхода проводилась фиброгастроудоденоскопия (ФГДС). При последней на выявленные острые эрозии и язвы желудка местно наносились биологически активные донорские сорбенты нового поколения для профилактики возможных осложнений (кровотечения, перфорации и т. д.). При этом у пациентов с эрозиями и гастроудоденальными язвами диаметром менее 1,0 см местное лечение проводилось путем воздействия гранулированным сорбентом на область дефекта. У больных с язвенными дефектами размером 1,0 см и более применялся способ лечения гастроудоденальных язв, предусматривающий сочетанное воздействие двух сорбентов: вначале в нижнюю часть язвенного дефекта инсуфировали 0,2 г диовина, обладающего протеолитическим и антибактериальным действием, а затем в рану инсуфировали 0,4 г диовина, обладающего антибактериальными и цитопротекторными свойствами. Лечение второй стадии язвенного процесса (после очищения раны от некротических тканей и фибрина) проводили инсуффляцией всего 0,3 г диовина. Местное лечение эрозивно-язвенных дефектов проводили с интервалом 4-5 дней. Для оценки результатов лечения была сформирована группа сравнения (21 пациент), средний возраст которых составил $59,5 \pm 3,2$ года. В группе сравнения диагностическая фиброгастроудоденоскопия проводилась при появлении первых клинических симптомов; Местное лечение острых эрозивно-язвенных процессов гастроудоденальной зоны в группе сравнения не проводилось. В остальном пациенты основной и группы сравнения были сопоставимы по возрасту, полу, клинической симптоматике, сопутствующим заболеваниям, локализации и размерам эрозивно-язвенных дефектов, длительности наблюдения.

Результаты исследования.

Работа основана на анализе клинических наблюдений, результатов обследования и лечения 48 больных ишемической болезнью сердца, у которых основной патологический процесс осложнялся эрозивно-язвенными поражениями верхних отделов желудочно-кишечного тракта. 25 пациента (основная группа) лечились по разработанной методике, включающей применение местных методов лечения острых эрозий и язв желудка с целью профилактики возможных осложнений. В группу сравнения вошел 21 пациент, лечение которых проводилось с использованием отдельных традиционных методов диагностики, профилактики и лечения без традиционной эндоскопической терапии.

Анализируя полученные данные, установлено, что у пациентов основной группы клинико-эндоскопическая ремиссия заболевания наступала значительно раньше. Своевременно диагностированная в рамках мультидисциплинарного подхода фиброгастроудоденоскопия позволила на ранних стадиях выявить эрозивно-язвенные поражения гастроудоденальной зоны и способствовала профилактике осложнений (особенно кровотечений), что можно было осуществить путем превентивной местной терапии гранулированными сорбентами. Клинические исследования в основной группе показали, что после эндоскопической инсуффляции сорбент в организме обладает способностью набухать в условиях температуры и



влажности тканей организма, превращаясь в мягкий эластичный гелевый слой, покрывающий эрозивно-раневую поверхность. Действие кислоты и ферментов желудочного и дуоденального пищеварительного сока на эрозивно-язвенную поверхность прекращалось сразу после инсуффляции биологически активного гранулированного сорбента. На это цитопротекторное свойство гранулированных сорбентов указывают и другие авторы.

Заключение:

1. Общеизвестные методы профилактики острых гастродуоденальных кровотечений у больных с соматической патологией многопрофильного стационара не позволяют говорить об эффективности и надёжности этих традиционных способов. Об этом свидетельствуют большая частота возникновения симптоматических эрозий и язв гастродуоденальной зоны, высокий процент геморрагических осложнений, диктующие необходимость проведения эндоскопического и хирургического лечения, высокая летальность.
2. Пациенты старше 56 лет с ишемической болезнью сердца входят в группу риска по развитию острых эрозий гастродуоденальной зоны и язвенной болезни. Только за последние три года частота основного заболевания с развитием острых поражений слизистой оболочки верхних отделов ЖКТ в многопрофильном стационаре с сердечно-сосудистыми заболеваниями увеличилась в 1,8 раза.
3. Рекомендательный способ лечения острой язвенной болезни гастродуоденальной зоны комбинацией гранулированного сорбента и диотевина с диовином приводит к уменьшению болевого синдрома, сокращению сроков заживления эрозивно-язвенных дефектов, сокращению сроков пребывания в стационаре в 1,4 раза.
4. Терапевтическая программа комплексной терапии больных ГЭРБ, включающая своевременную диагностику эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки в рамках мультидисциплинарного подхода, местное лечение симптоматических эрозий и гастродуоденальных язв биологическими препаратами, применение активных гранулированных сорбентов с разнонаправленным действием, ингибиторов протонной помпы, позволяет снизить частоту гастродуоденальных кровотечений на 9,7%, уменьшить необходимость хирургического вмешательства, снизить послеоперационную летальность на 4,3%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Батырова А.Н. Эрозивно-язвенные поражения гастродуоденальной зоны при стрессовых ситуациях (операциях, травме и шоке) и тяжёлых заболеваний 90 внутренних органов (обзор литературы) / А.Н. Батырова // Вестник Кыргызско-Российского славянского университета. – 2014. – Т. 14, № 1. – С. 179-182.
2. Верткин А.Л. Поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных с острым коронарным синдромом / А.Л. Верткин, О.В. Зайратьянц, Е.И. Вовк // Лечащий врач. – 2005. – № 1. – С. 66-70.
3. Гельфанд Б.Р. Профилактика стресс-повреждений верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях: метод. рекомендации / Б.В. Гельфанд [и др.] – Москва, 2009. – 28 с.
4. Колобов С.В. Морфологические особенности острых эрозий и язв желудка у больных инфарктом миокарда при лечении препаратом «Лосек» / С.В. Колобов, О.В. Заратьянц, Е.А. Попутчикова // Морфологические ведомости. – 2002. – № 3-4. – С. 800-882.
5. Колобов С.В. Эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечные кровотечения у больных инфарктом миокарда / С.В. Колобов, О.В.



- Заратьянц, Е.Е. Хохлова // Здоровье столицы: сб. тез. докл. VII Московской Ассамблеи. – Москва, 2008. – С. 305-306.
6. Лечение и профилактика желудочно-кишечных кровотечений у больных с обострением ИБС / С.В. Колобов [и др.] // Терапевт. – 2006. – № 6. – С. 15-28.
 7. Острые эрозивно-язвенные кровотечения у больных терапевтического и неврологического профиля / О.В. Заратьянц [и др.] // Здоровье столицы: сб. тез. докл. VIII Московской Ассамблеи. – Москва, 2009. – С. 256-257.
 8. High incidence of mortality and recurrent bleeding in patients with Helicobacter pylori-negative idiopathic bleeding ulcers / G.L.H. Wong [et al.] // Gastroenterology – 2009. – Vol. 137. – P. 525-531.
 9. Peterson W.L. The role of acid in upper gastrointestinal haemorrhage due ulcer and stress-related mucosal damage / W.L. Peterson // Aliment Pharmacol. Ther. – 1995. – Vol. 13, Suppl. 1. – P. 43-46.
 10. Psychological Stress Increases Risk for Peptic Ulcer, Regardless of Helicobacter pylori Infection or Use of Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs / S. Levenstein [et al.] // Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2015. – Vol. 13, № 3ю – P. 498- 506.
 11. Евсеев М.А. Профилактика стрессового эрозивно-язвенного поражения гастродуоденальной зоны у пациентов в критических состояниях: клинические рекомендации и алгоритмы для практикующих врачей / М.А. Евсеев. – Москва, 2012. – 23 с.
 12. Залисова В.Г. Симптоматические эрозивно-язвенные поражения желудка и 12- перстной кишки в условиях многопрофильного стационара: дис. ... канд. мед. наук / В.Г. Залисова. – Москва, 2006. – 149 с.
 13. Шеранов, А. М., Хасанов, О. Г., & Маруфжонов, А. М. (2023). ОПТИМИЗАЦИЯ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ПАРАЛЛЕЛИ НЕАЛКОГОЛЬНОЙ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ И ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ В САМАРКАНДСКОМ РЕГИОНЕ. *SCIENTIFIC ASPECTS AND TRENDS IN THE FIELD OF SCIENTIFIC RESEARCH*, 141.
 14. Таирова, З. К., Шоназарова, Н. Х., Шеранов, А. М., & Исмоилова, С. И. (2023). РЕВМАТОИДНЫЙ АРТРИТ И ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ СЕРДЦА. *SCIENTIFIC ASPECTS AND TRENDS IN THE FIELD OF SCIENTIFIC RESEARCH*, 163.
 15. Шеранов, А. М., Мирзаев, О. В., & Бахронов, А. А. (2023). КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ НР-АССОЦИИРОВАННАЯ ГАСТРОПАТИЯ НА ФОНЕ ЖИРОВОЙ БОЛЕЗНИ ПЕЧЕНИ (НАЖБП). *SCIENTIFIC ASPECTS AND TRENDS IN THE FIELD OF SCIENTIFIC RESEARCH*, 223.
 16. Шеранов А. М. Психические расстройства при хронической обструктивной болезни легких у пациентов гериатрического возраста //Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15. – №. 1. – С. 61-61.
 17. Адылова Н. А. и др. Изучение состояния качество жизни врачей-терапевтов Самаркандского региона //Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Т. 9. – №. 3. – С. 20-21.
 18. Таджикиев, Ф. С., Адылова, Н. А., Мухиддинов, А. И., Шеранов, А. М., & Ашрапов, Х. А. (2011). Инновационные технологии и клиническое мышление. *Академический журнал Западной Сибири*, (4-5), 68-68.
 19. Шеранов А. М., Таджикиев Ф. С., Джаббарова Н. М. Особенности клинического течения хронической обструктивной болезни легких у больных гериатрического возраста в



Самаркандском регионе //Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Т. 15. – №. 2. – С. 32-33.

20. Шодикулова Г. З., Шоназарова Н. Х., Шеранов А. М. Характеристика коморбидного ревматоидного артрита и гипотиреоза //Достижения науки и образования. – 2022. – №. 3 (83). – С. 88-91.