



**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**11 (73) 2024**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**11 (73)**

**2024**

*ноябрь*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.36-005.1:616.33/34-005.1

## ЖИГАР ЦИРРОЗИ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИДАН ҚОН КЕТИШЛАР ВА БУНДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАРДАН ҚОН КЕТИШЛАРНИНГ ЎРНИ

Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Саломов Н.И. <https://orcid.org/0009-0005-9333-9605>

Абу Али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон, Бухоро, ст. А. Навоий. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

Ўзбекистон Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Бухоро вилояти, 200100, Бухоро, кўч. Баҳоуддин Нақшбандий 159, тел: +998652252020 E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

### ✓ Резюме

*Жигар циррози (ЖЦ) организмда сезиларли ўзгаришларга олиб келувчи сурункали касаллик бўлиб, айниқса портал тизимда қон айланишининг бузилиши ва жигар функцияларининг бузилишига сабаб бўлади. ЖЦ нинг хавфли асоратларидан бири ошқозон-ичак тракти юқори қисмидан қон кетиш бўлиб, бу портал гипертензия, қизилўнғач веналарининг варикоз кенгайиши, гастропатия, шунингдек, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яралари билан боғлиқ. Жигар циррози фонидаги гастродуоденал яра (ГДЯ) билан қон кетиш асоратлари кузатилган беморларнинг 40-45%ида ярага хос симптомлар кузатилмаган. Махсус инструментал текширув усуллари (МРТ, МСКТ, эластометрия) ўтказилганда ГДЯ қон кетиши билан даволанган беморларнинг 3-6% да аввал аниқланмаган ЖЦ аниқланган. Қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан (КВВ) қон кетиш аниқланган бўлса-да, 4,6% беморларнинг батафсил текширувида ГДЯ қон кетишининг иккинчи манбаси сифатида ҳам аниқланган. ЖЦ фонида ГДЯ билан боғлиқ қон кетиш 45-53% беморларда қон ивиш тизимидаги ўзгаришлар сабабли оғир ва жуда оғир даражада кечади. ГДЯ қон кетишига сабаб бўлувчи омиллар сифатида вирусли гепатитлардан ташқари, 32% ҳолларда алкоғолли цирроз ва 45% беморларда спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш аниқланган. ГДЯ ларнинг ярмидан кўпи ошқозоннинг турли қисмларида жойлашган.*

*Калит сўзлар: жигар циррози, гастродуоденал ярадан қон кетишлар, қон ивиш тизими бузилишлари, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш, диагностика, асоратлар.*

## КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ И МЕСТО КРОВОТЕЧЕНИЙ ИЗ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Уроков Ш.Т. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Абидов У.О. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Саломов Н.И. <https://orcid.org/0009-0005-9333-9605>

Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан, Бухарская область, 200100, Бухара, ул. Баҳоуддина Нақшбанди 159, тел: +998652252020 E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

### ✓ Резюме

*Цирроз печени (ЦП) является хроническим заболеванием, которое приводит к значительным изменениям в организме, включая нарушение кровообращения, особенно в портальной системе, и ухудшение функций печени. Одним из опасных осложнений ЦП*

является кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), которое связано с такими причинами, как портальная гипертензия, варикозное расширение вен пищевода, гастропатия, а также язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. У 40-45% пациентов с осложнённым кровотечением из гастродуоденальных язв (ГДЯ) на фоне цирроза печени (ЦП) не наблюдаются типичные симптомы язвы. При проведении специальных инструментальных методов обследования (МРТ, МСКТ, эластография) у 3-6% пациентов, перенёсших кровотечение из ГДЯ, был выявлен ранее не диагностированный ЦП. Несмотря на обнаружение кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП), у 4,6% пациентов при детальном обследовании было также выявлено кровотечение из ГДЯ как второго источника. Тяжесть кровотечений из ГДЯ на фоне ЦП у 45-53% пациентов была обусловлена нарушениями системы свертывания крови, что привело к тяжёлому и крайне тяжёлому течению заболевания. Этиологические факторы, выявленные у пациентов с кровотечениями из ГДЯ на фоне ЦП, включали, помимо вирусных гепатитов, алкогольный цирроз в 32% случаев и злоупотребление алкоголем у 45% пациентов. Более половины ГДЯ были расположены в различных отделах желудка.

**Ключевые слова:** цирроз печени, гастродуоденальные язвенные кровотечения, нарушения свертываемости крови, злоупотребление алкоголем, диагностика, осложнения.

## GASTROINTESTINAL BLEEDING IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AND THE SIGNIFICANCE OF BLEEDING FROM GASTRODUODENAL ULCERS

Urokov. Sh.T. <https://orcid.org/0009-0006-9977-1324>

Abidov U.O. <https://orcid.org/0000-0003-4872-0982>

Salomov N.I. <https://orcid.org/0009-0005-9333-9605>

Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina Uzbekistan Bukhara, A.Navoi st. 1

Tel: +998(65) 223-00-50 e-mail: [rnfo@bsmi.uz](mailto:rnfo@bsmi.uz)

Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care Uzbekistan, Bukhara region, 200100, Bukhara, st. Bakhouddin Nakshbandi 159, tel: +998652252020

E-mail: [bemergency@rambler.ru](mailto:bemergency@rambler.ru)

### ✓ Resume

*Liver cirrhosis (LC) is a chronic condition that causes significant changes in the body, including circulatory disturbances, particularly in the portal system, and impaired liver function. One of the most dangerous complications of LC is upper gastrointestinal (GI) bleeding, which can result from several factors such as portal hypertension, esophageal varices, gastropathy, and gastric or duodenal ulcers. In 40-45% of patients with complicated gastroduodenal ulcer (GDU) bleeding on the background of LC, typical ulcer symptoms are absent. Special imaging techniques, including MRI, MSCT, and elastography, revealed previously undiagnosed cirrhosis in 3-6% of patients who had experienced GDU bleeding. Even when bleeding from esophageal varices (EV) was identified, 4.6% of patients were found to have GDU bleeding as a second source upon further examination. The severity of GDU bleeding in 45-53% of patients with LC was due to coagulopathy, leading to a severe or extremely severe course of the disease. Etiological factors contributing to GDU bleeding in LC patients included viral hepatitis, as well as alcoholic cirrhosis in 32% of cases, and alcohol abuse in 45% of patients. More than half of the GDUs were located in various parts of the stomach.*

**Keywords:** liver cirrhosis, gastroduodenal ulcer bleeding, coagulopathy, alcohol abuse, diagnosis, complications.

### Долзарблғи

**Ж**игар циррози (ЖЦ) - тизимли касаллик бўлиб, айрим ҳолларда организмда мавжуд бўлган ҳамроҳ касалликларни фаоллаштиради, кўпгина ҳолларда организмдаги мавжуд патологик жараённи тўғридан-тўғри тезлаштиради. Шу жумладан ЖЦ билан касалланган беморлар, яра касаллигида ҳам ўзига хос ва мураккаб патологик хусусиятларга дуч келишади. Ушбу хусусиятлар касалликнинг янада оғир ва мураккаб кечиши, шунингдек, асоратлар хавфини ошириши мумкин.

Жигар циррози бу организмнинг фаолиятида жиддий ўзгаришларга олиб келувчи сурункали касаллик бўлиб, қон айланиш тизими, айниқса, портал тизимда бузилишларга ва жигарнинг асосий вазифаларини бажариш қобилиятининг ёмонлашишига олиб келади [3, 4, 10, 11]. Циррознинг жиддий ва ўлим хавфи туғдирувчи асоратларидан бири бу ошқозон-ичак тракти юқори қисмидан қон кетишлардир. Бу қон кетишлар цирроз туфайли юзага келган физиологик ўзгаришлар билан боғлиқ турли сабабларга кўра пайдо бўлиши мумкин ва зудлик билан тиббий аралашувни талаб қилади. Ушбу мақолада ЖЦ билан касалланган беморларда ошқозон-ичак тракти юқори қисмидан қон кетишларда нафақат кенгайган варикоз томирлардан қон кетишлар, балки гастродуоденал яралардан қон кетишлар ва уларнинг хусусиятлари ёритилган.

### **Асосий этиологик сабаблар**

**Портал гипертензия ва қизилўнғач веналарнинг кенгайиши.** Портал гипертензия жигар циррози билан боғлиқ юқори ошқозон-ичак йўлларида қон кетишларига олиб келадиган марказий механизмлардан биридир. Варикоз кенгайган веналар қаттиқ босимга чидамайди ва ёрилиши мумкин, бу эса катта қон кетишларга сабаб бўлади.

**Портальная гастропатия (ПГП).** Жигар циррози билан беморларда қон кетишларининг яна бир тез-тез учрайдиган сабабларидан бири бу портал гастропатиядир (ПГП). У ошқозон шиллик қаватининг қон билан тўлишганлиги сабабли ўзгариши билан тавсифланади, бу эса ошқозон деворларини нозик ва қон кетишларга мойил қилиб қўяди. Ҳар қанча ПГП билан боғлиқ қон кетишлар варикоз кенгайган веналарга нисбатан камроқ интенсив бўлса-да, улар сурункали тус олиши мумкин, бу эса камқонликка ва беморнинг аҳволининг ёмонлашишига олиб келади.

**Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яралари.** Ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетиши жигар циррози (ЖЦ) билан боғлиқ ҳолларда тез-тез учрайди. Қон кетишнинг асосий манбаи қизилўнғач ва ошқозоннинг варикоз кенгайган веналари бўлишига қарамай, айрим беморларда гастродуоденал яралардан (ГДЯ) ҳам қон кетиш кузатилган. Лекин афсуски кўпгина клиницистлар бунга алоҳида эътибор қилишмайди [1, 5, 6, 8, 9].

Жигар циррози, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги ривожланиш хавфини оширади. Яралар ривожланишига ёрдам берувчи механизмлар қуйидагиларни ўз ичига олади: простагландинлар синтезининг камайиши, ошқозон шиллик қавати қон билан таъминланишининг бузилиши, шунингдек, оғриқ ёки иситмани тушириш учун тайинланадиган ностероид яллиғланишга қарши препаратларни қабул қилиш. Яралар тўғридан-тўғри портал гипертензия билан боғлиқ бўлмаса-да, улар циррозга хос бўлган қон ивишининг бузилиши сабабли жуда оғир ва қон кетишларнинг рецидивлар билан кечиши мумкин, бу ҳатто кичик яраларни ҳам қон кетиши хавфи юқори бўлган потенциал манбага айлантиради.

ЖЦ билан яралардан қон кетишининг биргаликда келиши (комбинацияси) айниқса қийин ҳолатдир. Бундай ҳолларда, Liu Y. ва унинг ҳамкасблари (2021) таъкидлаганидек, геморрагик асоратлар хавфи ортади ва даволаш тактикасини танлаш анча мураккаблашади. Бу ЖЦ даги гемостазнинг ўзига хос хусусиятлари ва жигар касаллигида қўлланиладиган дориларнинг самарадорлиги ва хавфсиз таъсири билан боғлиқ [7].

Тадқиқотнинг долзарблиги бутун дунё бўйлаб ЖЦ билан касалланишнинг кўпайиши ҳақидаги статистик маълумотлар билан таъкидланган, бу эса ўз навбатида гастродуоденал (ГД) яралардан қон кетиш каби асоратларнинг ривожланиш эҳтимолини оширади (Global Health Data, 2023).

Гастродуоденал яралар (ГДЯ), диффуз жигар касалликлари билан касалланган беморларда айниқса кенг тарқалган ва бундай яраларнинг аниқ сабаби ҳали тўлиқ аниқланмаган [2].

Қизилўнғач кенгайган варикоз томирлари (ҚКВВТ) ва ошқозондан қон кетиш ЖЦ билан беморларнинг 80% ривожланади. Ушбу ҳолатларда диагностика ва даволаш тактикаси масалалари маълум қабул қилинган стандартларга эга. ЖЦ ва портал гипертензия (ПГ) фонида ошқозон яраси ёки ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетишини даволаш стратегиясини аниқлаш масалалари муҳокамалар мавзусидир.

**Тадқиқот мақсади:** Жигар циррози билан касалланган беморларда ошқозон-ичак трактдан қон кетишлар ва бунда гастродуоденал яралардан қон кетишларнинг ўрни.

## Натижа ва таҳлиллар

РШТЎИМ Бухоро филиали шошилинич хирургия, реанимация ва интенсив терапия бўлимларида 2020 йилдан 2022 йилгача бўлган даврда ретроспектив ва 2022-2024 йиллар давомида текширилган ва даволанган проспектив ошқозон ичак таркти юқори қисмидан (ОИТЮҚ) қон кетиш билан даволанган 2190 бемор касаллик тарихлари таҳлил қилиб чиқилди.

Назорат (ретроспектив текшириш) сифатида қабул қилинган бу беморлар орасида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларидан (ГДЯ) қон кетишдан 1270(58%), кенгайган қизилўнғач вена томирларидан (КҚВВТ) дан қон кетиш 700(32%), яллиғланишга қарши ностероид праператлар (ЯҚНСП) ва медикаментоз қабул қилган беморлар 220(10%) ташкил қилди. Ушбу кўрсаткичга Маллоре-Вейс синдроми, ўсмалардан қон кетиш ва бошқа кам учрайдиган патологиялар ҳисобга олинмади.

Ўтган давр ичида 1270(100%) ГДЯ қон кетиш билан даволанган беморлар бўлса, шуларнинг ичидан 38(3%) беморда СЖДК (ЖЦ) ташхиси қўйилган.

Беморларнинг консерватив, эндоскопик, жарохлик усулларида даволаниш натижалари, диагностик маълумотлар, касалликнинг клиник кечиш динамикаси, лаборатор кўрсаткичлар динамикаси, қон кетишнинг қайталаниши (рецидиви), ётоқ кунлари, ўлим кўрсаткичлари ва бошқа параметрлари таҳлил қилинди.

Асосий (проспектив) беморлар 2022-2024 йиллар орасида ОИТЮҚ қон кетиши билан муружаат қилган 1606 бемор эндоскопик текширишлар натижасида 450(28%) беморда ҚҚВВТ дан қон кетиш, ГДЯ сидан 996 (62%) беморда қон кетиш ва ЯҚНП қабул қилган беморларда медикаментоз ўткир яралардан 160(10%)да қон кетиш кузатилди. Қабул қилинган беморлар эндоскопик текширишлардан ташқари ва кўрсатмаларга биноан кенгайтирилган инструментал текшириш усуллари (МРТ, МСКТ, УТТ) ўтказилди. Маллоре-Вейс синдроми, ўсмалардан қон кетиш, полиплардан қон кетишлар ва бошқа кам учрайдиган патологиялар ҳисобга олинмади.

Қабул қилинган ГДЯ қон кетиши 996(100%) кузатилган беморларнинг 60(6%) да сурункали жигар паренхимасидаги диффуз ўзгаришлар (СЖДК) борлиги аниқланди ва фон касаллиги сифатида ЖЦ ташхиси қўйилди.

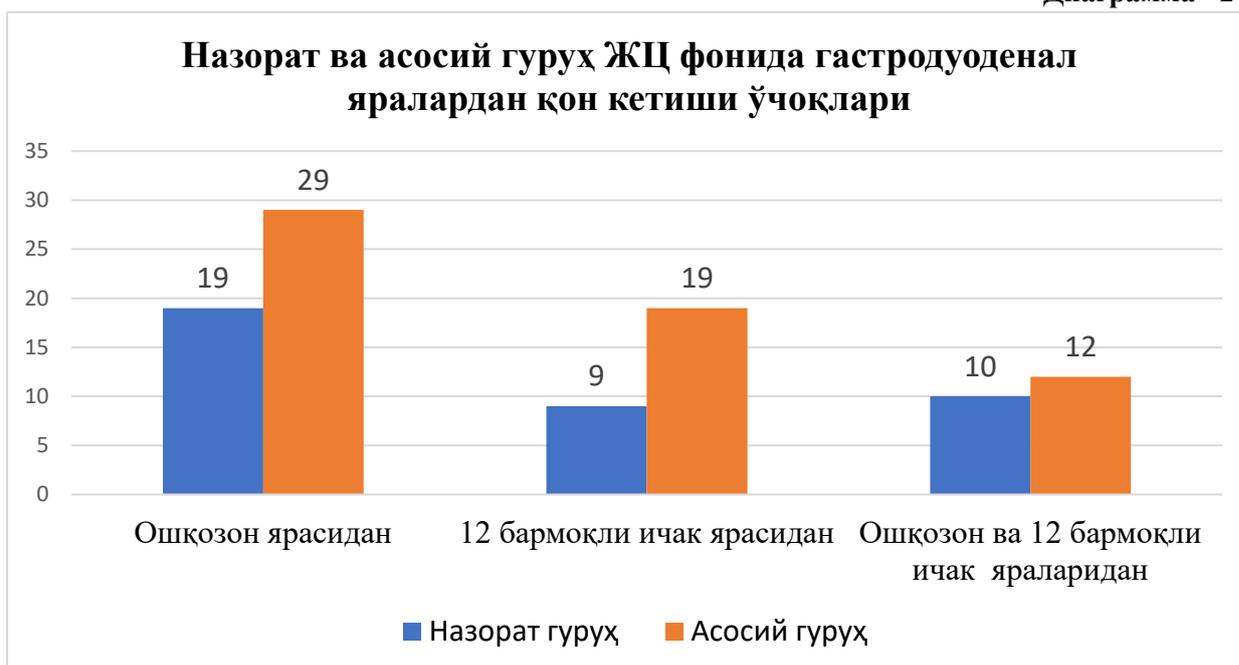
ЖЦ фонида ривожланган ҚҚВВТ қон кетиши кузатилган 450(100%) беморнинг 21(4,6%) беморда ҳам ҚҚВВТ қон кетиш ҳам гастродуоденал яралардан қон кетиш аниқланди ва бу беморлар ҳам текшириш гуруҳига киритилди. Назорат гуруҳи касаллик тарихлари ретроспектив таҳлил қилинганда ушбу гуруҳда бундай беморлар бўлмаган. Шундай қилиб, ЖЦ фонида ГДЯ қон кетган беморлардан 60 бемор ва ҚҚВВТ дан қон кетиш бўлсада гастродуоденал яралардан ҳам қон кетаётган 21(4,6%) бемор аниқланди. Ушбу беморлар биз таклиф этган текшириш ва даволаш усуллари натижалари, даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ва хулосалар қилиш учун асос бўлиб хизмат қилди.

**Анамнез.** Назорат гуруҳидаги беморларнинг барчасида 23(60%) касалхонага келган пайтда жигар циррози ташхиси қўйилган, 15(40%) беморда касалхонага келгандан кейин ва интраоперацион 6(16%) ташхис қўйилган.

Асосий гуруҳидаги беморларнинг 39(65%) касалхонага келган пайтда жигар циррози ташхиси қўйилган, 21(35%) беморда касалхонага келгандан кейин замонавий инструментал текшириш усулларида фойдаланган ҳолда даволаш жараёнида ташхис қўйилди.

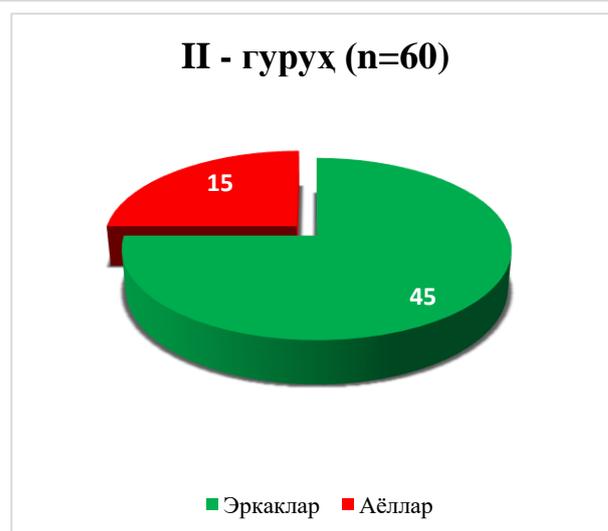
Ошқозон ичи эндоскоп ёрдамида сув билан ювилгандан сўнг, қонаш манбалари аниқланди. Бунда ошқозон қонаётган яралар - 29(48%) (назорат гуруҳида 19(50%) беморда (кўпинча ошқозоннинг тана, пилорик қисмларида), дуоденумдаги яралардан - 19(32%) (назорат гуруҳида 9(24%) беморда ва ошқозон ҳамда дуоденумдаги яраларда - 12(20%) (назорат гуруҳида 10(26%) яралардан қон кетиш аниқланди.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 17(45%) тасида касалхонага келганча яра касаллиги билан боғлиқ оғрик шикаятлари бўлмаган. Беморларда фақатгина ҳолсизлик, тез чарчаш, кўнгил айниш каби шикаятлар бўлган. Ушбу шикаятлар сабабли беморлар эндоскопик текширишлар ўтказилмаган ва фақат протон помпа ингибиторлари (ППИ) ва антацидлар қабул қилган.

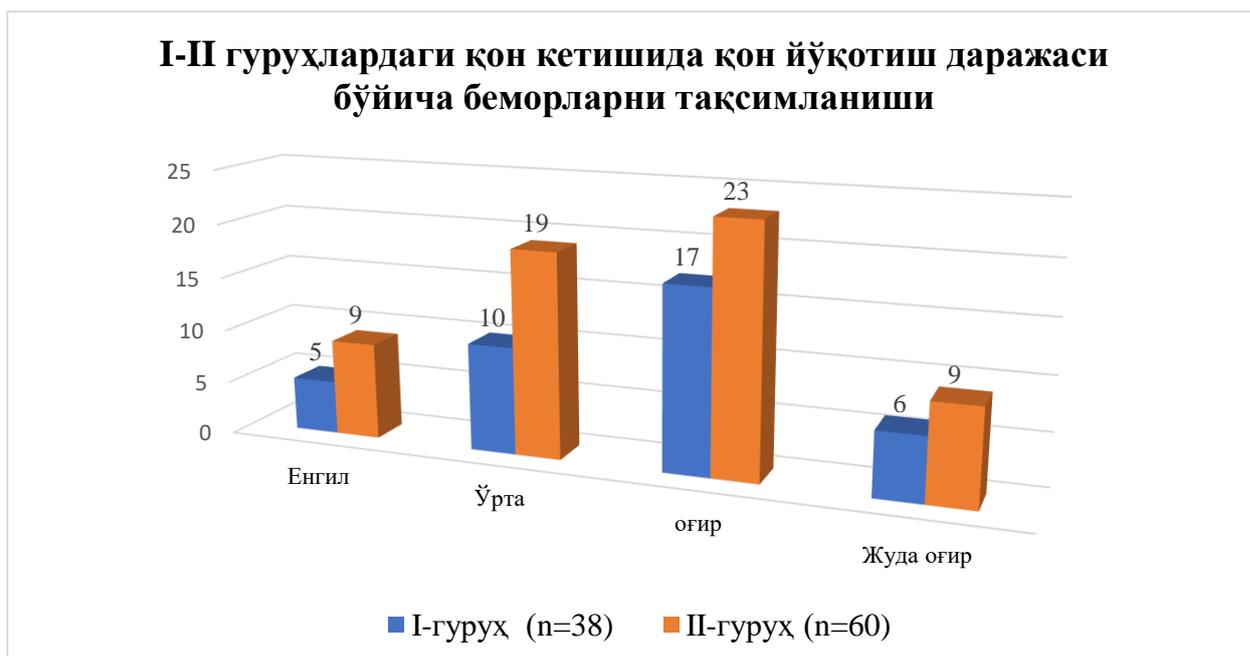


Гуруҳларида ЖЦ фонда ривожланган ГДЯ дан қон кетиш билан касалланган беморларнинг ярмидан кўпи ўрта 45-59 (мос равишда 73,7% ва 80%) эди. Кексалар ва қарилик ёши 60-89 (мос равишда 26,3% ва 20%) ташкил қилди. I-гуруҳдаги беморларнинг ўртача ёши 57,5±10,5 ёш, II-гуруҳда - 59,5±12,6 ёш ташкил қилди.

Ўртача ёш бўйича учта кузатиш гуруҳи бир хил эди, статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар топилмади ( $p>0,05$ ). Ёш гуруҳларида (45-59 ёш, 60-89 ёш) асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқ йўқ ( $p>0,05$ ).



Назорат гуруҳидаги беморларда қон йўқотиш даражалари енгил даражада 5(13%), ўрта оғир 10(26,3%), оғир даража 17(44,7%) ва жуда оғир қон йўқотиш 6(16%) беморни ташкил қилди.



Асосий гуруҳ беморларнинг енгил қон йўқотиш билан 9(15%) бемор касалхона бўлимларига, 19(32%) ўртача қон йўқотиш, 23(39%) оғир қон йўқотиш, 9(14%) бемор ўта оғир қон йўқотиш билан ётқизилган.

Жигар функционал ҳолатига қараб, компенсация босқичи фонида мос равишда 9(15%) ва 3(8%) ва декомпенсация босқичида мос равишда 51(85%) ва 35(92%) учради. (жадвал -1)

**ЖЦ жигар функционал ҳолатига қараб тақсимланиши (n=98)**

**Жадвал -1**

Касаллик характери	I-назорат гуруҳи (n=38) абс (%)	II- асосий гуруҳ (n=60) абс (%)
ЖЦ компенсация	3(8%)	9(15%)
ЖЦ декомпенсация	35(92%)	51(85%)
Жами	38(100%)	60(100%)

Жигар шикастланишининг асосий этиологик омиллари ҳам назорат, ҳам асосий гуруҳларда инвазиялар бўлиб, беморларнинг ярмидан кўпи вирусли гепатит В 13(34%) ва 18(30%) мос равишда илан касалланган. Вирусли гепатит С инфекцияси ўз навбатида 10(26%) ва 18(30%) ни ташкил этди.

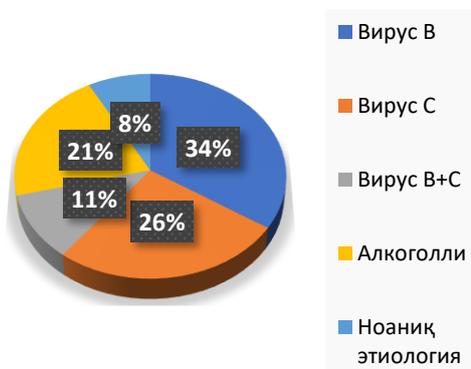
Қолган ҳолларда микс вирус инфекция шаклида мос равишда В+С 4(11%) ва 5(8%).

Анамнестик маълумотлар ва манфий ПЦР таҳлилларига кўра, алкоғолли ЖЦ ташхиси кўйиди. Бунга кўра, тегишли гуруҳларда 8(21%) ва 19(32%) ҳолатлар қайд этилди.

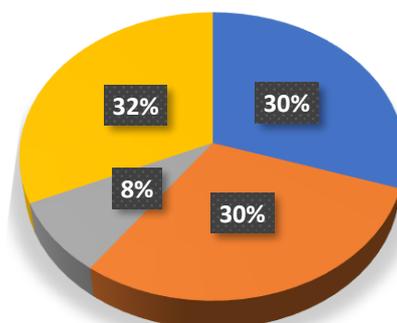
Асосий гуруҳ беморларини вирусли гепатит В, С дан ташқари 8(13%) тасида спиртли ичимликлар суъистемол қилиши аниқланди. Алкоғолли ЖЦ 8(18%) беморда сабаб сифатида келтирилган. Жами асосий гуруҳ беморларида ярмида, яъни 27(45%) анамнезидан спиртли ичимлик қабул қилиши аниқланди.

Шундай қилиб, тақдим этилган диаграммалардан кўриниб турибдики (Расм 1-2), асосий ва назорат гуруҳларидаги беморларнинг таркиби жигар паренхимасининг шикастланиши табиати ва этиологик омили жиҳатидан тенг эди.

**ЖЦнинг этиологик факторларига қараб бўлиниши I-гурух**



**ЖЦнинг этиологик факторларига қараб бўлиниши II-гурух**



**Рис. 1. ЖЦ нинг этиологик жиҳатдан ажратилини фоизлар ҳисобида (n=98)**

**ЖЦ фонида ривожланган ГДЯ дан қон кетиш интенсивлиги бўйича тақсимлаш (Форрест таснифи) тақсимланиши**

**Жадвал - 2**

қон кетиш	I-гурух (n=38/%)	II-гурух (n=60/%)	Жами (n=98/%)
FIa	5 (13)	9(15)	14(14,3)
FIb	13 (34)	24(40)	37(37,7)
FIIa	16 (42)	18 (30)	34(34,7)
FIIb	4 (11)	9(15)	13 (13,3)
FIIc	-	-	-
FIII	-	-	-
Жами	38 (100,0)	60 (100,0)	98 (100,0)

- гуруҳлар ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар топилмади ( $p > 0,05$ )

Асосий ва назорат гуруҳларида диффуз жигар касалликларини ривожланишида асосий этиологик омили вирусли зарарланиш (В ва С) бўлиб, бу бошқа тадқиқотчиларнинг маълумотларига мос келади. Бу асосий гуруҳда 51(85%) беморлар назорат гуруҳи 35(92%) жигар циррози босқичи декомпенсацияланган эканлигини таъкидлаш лозим. Беморларнинг бу гуруҳи, ЖЦ учун ташхис қуйиш учун, тадқиқот усуллари батафсил маълумот бериш мақсадида жорий этилди. ЖЦ фонида гастродуоденал қон кетишларда беморларнинг анамнезидан 45% да спиртли ичимликлар қабул қилиниши аниқланди.

ФГДС пайтида фаол қон кетиш (FI) биринчи гуруҳнинг фақат 5 беморида (13%) ва иккинчи гуруҳда 9 беморда (15%) ташхис қўйилган. Биринчи (назорат гуруҳи) FIb, FIIa, FIIb (мос равишда 34%, 42%, 11% беморлар) гуруҳидаги беморларнинг энг юқори фоизи ва иккинчи (асосий) гуруҳ FIb, FIIa, FIIb (40%, 30%, 15% мос равишда) беморларда кузатилган. Асосий ва назорат гуруҳлари ўртасида қон кетиш интенсивлигида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқлар йўқ ( $p > 0,05$ ). Эътиборлиги шундаки, иккада гуруҳда ҳам стабил гемостаз FIIc беморлар аниқланмади. (2.9- жадвал)

**Назорат ва асосий гуруҳда ЖЦ фонида ҚВВК ни А. Г. Шерцингер буйича тақсимлаш  
(n=98)**

**Жадвал - 3.**

ҚВВК кетиш	Назорат гуруҳи (n,%)	Асосий гуруҳ (n,%)
I-синф	-	-
II-синф	12(31,5%)	12(20%)
III-синф	26(68,5%)	48(80%)
Жами	38(100%)	60(100%)

Назорат гуруҳидаги беморларнинг 70% ҚВВК III даражали кенгайиши, асосий гуруҳда эса 80% III даражали кенгайиши аниқланди. (жадвал - 3).

**Хулоса**

ЖЦ фонида ривожланган ГДЯ қон кетиши билан асоратланган беморларнинг анамнездан 40-45% ҳолларда ярага хос симптомлар кузатилмайди. Махсус инструментал текшириш усуллари (МРТ, МСКТ, эластография) ўтказилганда ГДЯ қон кетган беморларнинг 3-6% илгари аниқланмаган ЖЦ аниқланди. ЖЦ да ҚВВТ қон кетиш аниқлансада, батафсил текширилганида, нафақат веналарда балки 4,6% беморларда ГДЯ қон кетишнинг 2 чи манбаси ҳам борлиги аниқланди.

ЖЦ фонида ГДЯ қон кетиш оғирлик даражаси 45-53% беморларда қон ивиш системасидаги ўзгаришларнинг ривожланганлиги сабабли оғир ва ўта оғир даражада кечади. ЖЦ фонида ГДЯ лардан қон кетиши ривожланган беморлар этиологик сабаблари аниқланганда, вирусли гепатитлардан ташқари алкоғолли ЖЦ этиологик сабаб сифатида 18%, спиртли ичимликлар қабул қиладиган беморлар 45% ташкил қилди. ГДЯ ярмидан кўпи ошқозоннинг турли қисмларида жойлашган.

ЖЦ билан беморларда ошқозон-ичак тракти юқори қисмидан қон кетиши кўплаб этиологик омиллар билан боғлиқ бўлган жиддий асоратдир. Бунга асосий сабаб портал гипертензия, яралар ва ривожланган коагулопатиялардир. Даволашдаги ютуқларга қарамай, прогноз жигар циррозининг оғир шакллари бўлган беморларда жиддийлигича қолмоқда.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:**

1. Afessa B, Kubilis PS. Upper gastrointestinal bleeding in patients with hepatic cirrhosis: clinical course and mortality prediction. //Am J Gastroenterol 2000;95:484-489.
2. Ahmed Gado, Basel Ebeid, Anthony Axon, Prevalence and outcome of peptic ulcer bleeding in patients with liver cirrhosis, //Alexandria Journal of Medicine, 2014;50(2):143-148.
3. Augustin S, González A, Genescà J. Acute esophageal variceal bleeding: Current strategies and new perspectives. //World J Hepatol. 2016;8(9):293-305. DOI: 10.4254/wjh. v8. i9.293.
4. Baveno VI Consensus Workshop. Methodology of diagnosis and therapy in portal hypertension. //J Hepatol. 2015;63(3):743-752. DOI: 10.1016/j.jhep.2015.05.022.
5. D'Amico G, De Franchis R, Cooperative Study Group. Upper digestive bleeding in cirrhosis. Post-therapeutic outcome and prognostic indicators. //Hepatology. 2003;38:599-612.
6. D'Amico G, De Franchis R. Upper digestive bleeding in cirrhosis. Post-therapeutic outcome and prognostic indicators. //Hepatology 2003;38:599-612.
7. Liu Y., Maeda A., Anvari M., Jackson T., Okrainec A. Marginal ulceration following Roux-en-Y gastric bypass: risk factors for ulcer development, recurrence and need for revisional surgery //Surg Endosc. 2021;35(5):2347-2353.
8. Holland-Bill L, Christiansen CF, Gammelager H, Mortensen RN, Pedersen L, Sørensen HT. Chronic liver disease and 90-day mortality in 21 359 patients following peptic ulcer bleeding a Nationwide Cohort Study. //Aliment Pharmacol Ther 2015;41:564-572.
9. Hsu YC, Lin JT, Chen TT, Wu MS, Wu CY. Long-term risk of recurrent peptic ulcer bleeding in patients with liver cirrhosis: a 10-year nationwide cohort study. //Hepatology 2012;56:698-750.
10. Reiberger T, Mandorfer M. Beta adrenergic blockade and decompensated cirrhosis. //J Hepatol. 2017;66(4):849-859. DOI: 10.1016/j.jhep.2016.11.003.
11. Tripathi D, Stanley AJ, Hayes PC, et al. UK guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. //Gut. 2015;64(11):1680-1704. DOI: 10.1136/gutjnl-2015-309262.

**Қабул қилинган сана 20.10.2024.**