



Уроков Шухрат Тухтаевич¹, Хамроев Бахтиёр Султонович²

1 - Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.;

2 - Республика шошилинчи тез тиббий ёрдам илмий маркази Бухоро филиали, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОСТРОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Уроков Шухрат Тухтаевич¹, Хамроев Бахтиёр Султонович²

1 - Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара;

2 - Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Бухара

MODERN APPROACH TO ACUTE GASTRODUODENAL BLEEDING

Urokov Shukhrat Tukhtaevich¹, Khamroev Bakhtiyor Sultonovich²

1 - Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara;

2 - Bukhara branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: doctor.khamroyev.20@mail.ru

Резюме. Дори воситаларининг салбий таъсири ошқозон-ичак тракти патологиясини ривожланишининг энг муҳим патогенетик омилларидан биридир. Овқат ҳазм қилиш тизими касалликлари таркибида дори патологиясининг улуғи барқарор ўсиб бормоқда, бу билан боғлиқ сурункали касалликларга чалинган ва самарали, лекин кўпинча хавфли дори воситаларидан узоқ муддатли фойдаланишни талаб қиладиган одамлар сонининг кўпайишига олиб келади. Истеъмолчиларнинг кенг доираси учун мавжуд бўлган рецептивиз фармакологик маҳсулотлар ассортиментини доимий равишда кенгайтириши муҳим аҳамиятга эга, уларнинг аксарияти, шу жумладан стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар (НЙҚД), салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ошқозон-ичак трактидан қон кетиши сабаби, қон кетиши манбаси ва характеридан қатъий назар патогенезида қонуниятлари бир хил. Ушбу умумий қонуният шундан иборатки ҳар қандай қон кетиши организм ички муҳитини гемостазни барча қўринишларини издан чиқаради.

Калит сўзлар: стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар (НСЯҚД), ошқозон-ичак трактининг шикастланиши, қон кетиши, олдини олиш.

Abstract. The negative impact of drugs is one of the most important pathogenetic factors in the development of pathology of the gastrointestinal tract (GIT). The share of drug pathology in the structure of diseases of the digestive system is steadily growing, which is associated with general aging of the population, leading to an increase in the number of people suffering from chronic diseases and requiring long-term use of effective, but often unsafe drugs. Of no small importance is also the constant expansion of the range of non-prescription pharmacological products available to a wide range of consumers, many of which, including non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), have the potential to have a negative impact on gastrointestinal tract.

Keywords: Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), damage to the gastrointestinal tract, bleeding, prevention.

Гастродуоденал яралардан қон кетиши (ГДЯҚК) муаммоси ҳозирги кунга қадар долзарблигини йўқотмаган. Охирги ўн йилликларда мамлакатимизда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси касаллиги (ОЎБИЯК) аҳоли орасида кўпайиб бораётганлиги кузатилиб 6,5% га етганлиги маълум.

Шунингдек яра касаллигининг асорати бўлган гастродуоденал қон кетиш(ГДҚК)лар сони ҳам ортиб бораётганлиги кузатилмоқда. Айрим муаллифларнинг берган маълумотларига кўра яра этиологияли гастродуоденал қон кетишларнинг ортиб бориши кузатилиб, унинг кўрсаткичи 20% дан 40-47% га етган [4,6].

Ошқозон ичак тизими (ОИТ)дан ўткир қон кетишлар бир қанча касалликлар ва синдромларнинг кам бўлмаган ҳолатларда учрайдиган ҳамда инсон ҳаёти учун хавфли бўлган асоратидир. Қон кетиш ўчоғи ОИТ нинг хохланган бўлимларида, айниқса унинг юқори қисмларида кўпроқ аниқланади [6, 25]. АҚШ да ОИТнинг юқори бўлимидан қон кетишлар(UPPER gastrointestinal tract hemorrhage) ҳар йили 300минг кишида учраб, 100 минг аҳолига 150 кишига тўғри келади. Ушбу беморларни даволаш учун 1 йилда АҚШ 2,5 млрд доллар сарфламоқда [7, 10, 16]. Ички қон кетишининг бундай локализацияси учун ўлим даражаси сўнгги 40 йил ичида 6-10% атрофида сакланиб қолди [13, 14, 17]. Ўткир ошқозон-ичак тизимидан қон кетишини эрта ташхислаш ва даволаш усуллари доимий равишда такомиллаштириш, қон кетишининг асоратларида трансфузион - инфузион терапия тамойилларини оптималлаштириш, ўлим кўрсаткичларининг сезиларли даражада пасайтириши керак, аммо муаммонинг бошқа жиҳатлари кўплаб йўлдош касалликларга чалинган кекса ёшдаги беморлар, ёки оғир қон йўқотиш ҳолларда жарроҳлик ёндашувига жавоб ҳусусияти билан боғлиқ. [1,5,7,9,11.]. Бугунги кунда яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларининг кенг қўлланилиши ошқозон-ичак тракти инфекциялари билан оғриган беморларнинг кўпайиши, ошқозон ичак тизимидан қон кетишларининг ўсишида муҳим аҳамиятга эга[23, 25, 27, 31].

Ҳозирги вақтда ошқозон-ичакдан ўткир қон кетишига олиб келадиган юздан ортиқ касалликлар маълум. Уларни бирлаштириш ва тизимлаштириш жуда қийин иш. Бугунги кунда ўткир ошқозон-ичак трактдан қон кетишларни тизимлаштиришнинг асосий принципи патогенетикдир. Улар қуйидаги 2 асосий гуруҳ ажратилади: яра сабабли ва ярасиз қон кетишлар. Микдорий жиҳатдан бу гуруҳларнинг иккаласи ҳам деярли тенгдир [13,15,17]. Бундан ташқари, келиб чиқиши номаълум бўлган қон кетишлар мавжуд бўлиб улар, 1-3% ҳолларда учрайди [32].

Эндоскопия текшируви маълумотларига қараганда, 75% дан ортиқ ҳолларда ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан ўткир қон кетиши ушбу ҳудудда кислоталиликнинг юқорилиги билан боғлиқ бўлган касалликлар натижасида келиб чиқади. Гастрит, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яралари тахминан бир хил кўрсаткичда содир бўлади. Қолган 5-15% ҳолларда қизилўнғачнинг варикоз кенгайиши, эзофагитлар, Меллори - Вейс синдроми кўпинча ташхис қилинади [26, 29]. Сўнгги 20 йил ичида ошқозон-ичакдан ўткир қон кетишининг хавф омиллари деярли ўзгармади [60]. Шу билан бирга, гастродуоденал қон кетиши билан оғриган

беморлар сонининг кўпайиши кузатилмоқда. А. А. Гринберг ва бошқаларга кўра [14]. 1992-1994 йилларда бундай беморлар сони олдинги даврга нисбатан 2 баробардан ортиқ кўпайган.

Ошқозон-ичак тракти (ОИТ) дистал қисмидан ўткир қон кетишларнинг асосий қисмини эса ўн икки бармоқ ичакнинг эгилишидан пастки қисми дивертикуллари, ангиодисплазиялар, йўғон ичак ва тўғри ичакнинг хавфли ўсмалари, шунингдек ингичка ичакнинг яхши сифатли ўсмалари ташкил қилади[11, 14, 25]. Охирги қайд этилган қон кетишлар нисбатан кам тарқалган бўлиб, маълумотларига кўра, 100 минг катта ёшдаги аҳолига 20-30 ҳолат тўғри келади. Қон кетиш хавфи кўрсаткичи ёшнинг ортиши билан қатъий боғлиқдир. Уч йил давомида адабиётларни кўриб чиққандан сўнг ва бошқалар [24,25] ЖЦ ва ПГда йўғон ичакнинг варикоз томирларидан қон кетишининг бир неча ҳолатлари ОИТ қон кетишининг жуда кам учрайдиган сабаби сифатида кўрсатган.

Санкт-Петербург шошилинч тиббий ёрдам материалларига кўра, сўнгги 5 йил ичида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг сурункали қон кетиши билан шаҳар шифохоналарида ётқизилган беморлар сони доимий равишда ошиб бормоқда. Бундан ташқари, операциядан кейинги ўлим 10,3 дан 15,2% гача, умумий ўлим эса 9,4-12,1% ни ташкил қилади. 1991-1995 йилларда Санкт-Петербургда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдан қон кетиши туфайли вафот этганларнинг 76 фоизи 60 ёшдан ошган одамлардир. Шунингдек, оғир қон кетиши билан касалхонага ётқизилган беморлар сонининг кўпайиши тенденцияси мавжуд [9].

Нр ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг кўплаб сурункали касалликлари этиологиясида етакчи рол ўйнайди. Нр билан боғланган гастродуоденал касалликлар турли хил клиник, эндоскопик ва морфологик кўринишлар билан тавсифланади. Касалликнинг бир ёки бошқа шаклининг ривожланишини нима белгилайди деган савол ҳалигача ҳал қилинмаган. Аксарият муаллифлар НР штаммларининг тур ичидаги хилма-хиллиги ва генетик мойилликнинг етакчи ролини таклиф қилиб [1,7], унда иммунитет реакциясининг табиати, касалликнинг давомийлиги, ошқозон шиллиқ қаватининг Нр билан ифлосланиш даражаси билан изоҳлайди.

Нр туфайли юзага келган касалликлар муҳим тиббий ва ижтимоий муаммо бўлиб қолмоқда [19]. *Helicobacter pylori* кенг тарқалган бактериядир. Турли манбаларга кўра, аҳолининг НР инфекцияси даражаси 60-90% орасида ўзгариб туради [20]. Бактериялар сурункали гастрит билан касалланган беморларнинг 80-100% да, ОЯК билан оғриганларнинг 70-80% да, ЎБИЯК билан 90-100% да, шунингдек, MALT-лимфома билан

касаланган беморларнинг 100% да, ошқозон аденокарциномаси билан 80-95% да ва яра билан боғлиқ бўлмаган диспепсияда 60% да аниқланади. [18]. Бундан ташқари, баъзи муаллифлар НР инфекцияси ва юрак ишемик касаллиги ривожланиши ўртасидаги боғлиқликни таклиф қилишади [29,32].

Бугунги кунга келиб, *Helicobacter pylori* учун тавсия этилган даволаш режимларининг самарадорлиги 65-87% орасида ўзгариб туради, лекин кўп ҳолларда бу бактерияларнинг ишлатиладиган антибактериал препаратларга сезгирлигига боғлиқ [1]. Европада НР қаршилиги метронидазолга ўртача 27%, кларитромицинга - 10% [20]ни ташкил қилади. АҚШда НР нинг метронидазол ва кларитромицинга чидамлилиги мос равишда 25,1% ва 12,9% ни ташкил қилади [14], Лотин Америкаси мамлакатларида эса 80% гача бактерия штамлари метронидазолга чидамли [22]. Осиё мамлакатларида НР қаршилиги метронидазолга нисбатан 1991 йил 22% дан 1995 йилда 73% гача кўтарилди НР нинг тетрациклинга чидамлилигининг тез ортиши ҳам қайд этилган , бу, масалан, Хитойда 59% га етади [17].

Ошқозон ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги (ОЎИБИЯК) патогенезида организмнинг иммунологик реактивлиги муҳим рол ўйнайди (Капралов И.В. ва бошқалар). Экспериментал шароитда келтириб чиқарилган ОЯК да тимоцитларнинг умумий миқдори деярли 2 марта камаяди, бунинг стресс таъсири билан боғлиқлиги аниқланган. Бу стресс таъсири лимфа тугунлари, ЛУ, КМ, тимусдаги хужайралар сонининг камайиши ва розетка ҳосил бўлиши ва антителлар генезиси жараёнларида намоён бўлади [1,7].

Сўнгги йилларда кўплаб касалликларнинг ривожланишида иммунитет тизимининг асосий роли ҳақида маълумотлар тўпланган [4]. Адабиётлардиги маълумотларга кўра, иммунитет танқислиги ҳолатлари ва патологик жараённинг тарқалиши ўртасидаги боғлиқлик (бузилишлар чуқурлиги, перитонит пайтида қорин бўшлиғи шиллиқ қаватининг шикастланиш соҳаси) 61% ҳолларда аниқланади [32]. Буларнинг барчаси соғлом ва касал одамнинг иммунитет ҳолатини объектив баҳолаш, иммунитет танқислиги

ҳолатини ўз вақтида аниқлаш ва клиник ғамда иммунологик мезонларни - иккиламчи иммунитет танқислиги – (ИИТ) ни ҳисобга олган ҳолда тананинг муҳофаазига фаол таъсир кўрсатиш усуллари ва услубларини ишлаб чиқиш зарурлигини тақозо этади [30].

Ошқозон-ичакдан қон кетишининг замонавий технологиялари. Эгилувчан толали эндоскопларни клиник амалиётга кенг жорий этишдан олдин, Маллори Вейс синдроми (МВС) жуда камдан-кам ҳолларда ташхис қўйилган. Ҳозирги вақтда бу синдром ўткир ошқозон-ичакдан қон кетишининг 5-17% ва ярасиз қон кетишининг 36-50% да аниқланади. Сўнгги йилларда беморларнинг тахминан 88-96% консерватив ва эндоскопик усуллар билан даволанади, ўлим даражаси 2-3% ни ташкил қилади [19, 25]. Шу билан бирга, агар бундай даволаш самарасиз бўлса, беморларнинг 6-12 фоизи жарроҳлик аралашувга учрайди, операциядан кейинги ўлим 10-60 %га етади.

Кўпгина клиницистлар қизилўнгачнинг шиллиқ қаватини ўткир ёрилишининг асосий сабабини қорин бўшлиғи (интрагастрик) босимнинг тўсатдан ошиши билан кардиал ва пилорик сфинктернинг ёпилиш функциясидаги номувофиқлик билан боғлиқлигини тан оладилар [7, 23, 26]. Аммо МВС ни ташкил этувчи омилларнинг таркибида фон касалликлари деб аталадиган деярли ҳар доим мавжуд бўлиб, бу синдромнинг патогенези учун асос бўлиши мумкин (жадвал 1).

Кўпгина муаллифлар МВС билан оғриган беморларда юқорида қайд этилган сурункали касалликлар ёки уларнинг комбинацияси мавжудлигини кўрсатадилар. Шундай қилиб, А. А. Пономарев (1987) маълумотларига кўра, МВС билан касаланган ҳар ўнинчи беморда 17 хил касаллик мавжуд. Унинг фикрини моҳияти, пировардида, қизилўнгач ва кардиал деворидаги морфологик ўзгаришлар спиртли ичимликларни заҳарланишининг узок муддатли таъсири ва оқибатлар, оғир рефлюкс эзофагитининг ривожланиши ёки диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси билан сурункали шикастланиш натижасида ҳосил бўлганлигидан келиб чиқади.

Жадвал 1. МВС ривожланишининг патогенези

МВС ривожланишига мойил бўлган омиллар	Амалга оширувчи омил
- сурункали ва ўткир алкоғолли заҳарланиш	Ҳар иккала меъда жомлари (сфинктер) ёпилиб, ошқозон ичи босимининг кескин ошиши (такрорий қусиш, йўтал хуруж-лари)
- ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликлари (ошқозон яраси, гастрит)	
- Қизилўнгачнинг диафрагма тешиги чурраси; рефлюкс эзофагит.	
- Жигар касалликлари (гепатит, цирроз).	
- ўпка ва плевранинг сурункали касалликлари	
-Ошқозонни такрорий зондлаш ва ЭГДФС.	

Эхтимол, қизилўнгачнинг ошқозонга бирикиш қисми деворларида морфологик ўзгаришларнинг бу сабаблари ягона эмас. Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси органларининг сурункали касалликлари пайтида қизилўнгач ва ошқозон деворида юзага келадиган ўзгаришларнинг янада мураккаб механизмлари мавжуд.

Бу ҳақида кардиозофагеал ўтиш нуқтаси деворларининг узилиш зонасидаги гистологик ўзгаришлар ҳам гувоҳлик беради: шиллиқ ости қатламининг артерия деворларининг қалинлашиши, шиллиқ ости веноз томирлари варикоз кенгайиши ва мушак қатламларида фиброз тўқиманинг ўсиши [Лисочкин Б. Г. ва ҳаммуалл, 1987]. Бунинг барчаси, шубҳасиз, шиллиқ парда устуворлигини қорин ичи босимининг кескин ошишига нисбатан пасайтиради.

Варикоз кенгайган қизилўнгач-ошқозон-ичак вена томирларидан қон кетиши ҳатто ихтисослаштирилган бўлимларда ҳам юқори ўлим ҳолати кўрсаткичлари билан кечадиган шошилиш ҳолатлар қаторига киради. [Lay CS et al, 2006; Wright AS, Rikkers LF, 2005]. Варикоз қон кетиши жигар циррози ташхисидан кейинги дастлабки 2 йил ичида беморларнинг тахминан 30%да ривожланади. Биринчи қон кетиш содир бўлганда ўлим даражаси тахминан 40-50% ни ташкил қилади. Ушбу тоифадаги беморлар тўғрисида яна бир ташвишли маълумот шундан иборатки, профилактика ва даво чоралари ўз вақтида олиб борилмаган ҳолатларда уларнинг 50-90% да содир бўладиган ва 70-80% да ўлимга олиб келадиган такрорий портал қон кетишининг кузатилишидир [Stiegmann GV, 2006]. Сўнгги йилларда клиник амалиётга эндоскопик гемостаз усуллари жорий этилиши билан ушбу тоифадаги беморларни даволаш натижалари бироз яхшиланди [Carbonell N et al, 2004].

ПГ нинг энг хавфли ва доминант белгиси ошқозон-ичак тизимидан қон кетиши бўлиб, ошқозон-ичак тизимидан барча қон кетишларнинг 10-30% ни ташкил қилади [18]. ОҚВКВ қон кетишлар беморларнинг 25-30%да цирроз кечишини мураккаблаштиради, уларнинг 80-90%да қон кетиш эпизоди ОҚВКВ билан боғлиқ [12, 19,]. Ошқозон ичак трактдан қон кетишининг бошқа сабабларидан фарқли ўлароқ, ОҚВКВ қон кетишлар, ўлим кўрсаткичининг ва шифохонада даволаниш муддатининг узоклиги шунинг билан биргаликда харажатларнинг кўплиги билан боғлиқ. Қизилўнгач ва ошқозон-ичак трактдан қон кетишининг биринчи эпизоди 30% дан кўпроқ кишининг ўлимга сабаб бўлади ва қолган 70% омон қолганлар биринчи қон кетишдан кейин қайталанишни бошдан кечирадилар [15, 18]. Бундан ташқари, варикоз қон кетиши билан

оғриган беморлар гуруҳида бир йиллик омон қолиш даражаси 80 дан 32% гача камаяди [11, 13]. Қизилўнгачдан қон кетишининг бир эпизодини даволаш нархи 10 000 дан 35 000 долларгача баҳоланади [9, 11].

Портокавал анастомозлар (ПКА) ўтказиш 90-95% ҳолларда қизилўнгач-ошқозондан қон кетишининг олдини олишга имкон беради [18, 22], аммо катталарда бундай анастомозларнинг имкониятлари, турли маълумотларга кўра, 40 дан 70% гача.

Шу билан бирга, жигардан ташқари портал гипертензия (ЖТПГ) бўлган, портал тизим томирларининг "тотал" тромбози билан оғриган беморларнинг контингенти мавжуд (хорижий адабиётларда "unshuntable portal hypertension" atamasi qo'llaniladi) бўлиб анатомик сабабларга кўра уларда ПКА ўтказилмайди [171]. ЖТПГ билан касалланган катталар орасида бундай беморларнинг улуши 30 дан 50% гача, тизимли қон касалликлари туфайли эса 80% дан ошиши мумкин [23, 24, 25]. Бундан ташқари, қон кетиш вақтида ПКА ўтказиш юқори жарроҳлик хавфини англатади ва ОҚВКВ дан қон кетишининг тикиш учун қўшимча гастротомияни талаб қилади, бу операциядан кейинги даврни оғирлаштириши мумкин. Ушбу ҳолатлар жарроҳларни айланиб ўтмайдиган операциялар арсеналига мурожаат қилишга мажбур қилади, улар орасида МДХ мамлакатларида энг кенг тарқалгани М.Д. Пациора операцияси ҳисобланади. Бироқ, Ф. Г. Назиров ва бошқаларнинг фикрича. [27], бу операция узок муддатда қон кетишининг 38% дан 58% гача такрорланишини таъминлайди. Хорижда энг кўп қўлланиладиган шунловларсиз операциялар ЕЕА stapler ёрдамида қизилўнгачни кесиш ва транссекция қилиш билан биргаликда бажариладиган, спленектомия, қизилўнгач ва ошқозон деваскуляризацияси, селектив проксимал ваготомия ва пилоропластика, ("селектив Sugiura") комбинацияланган операциялари қўлланилади [9, 17]. Пациора операциясидан фарқли ўлароқ, қизилўнгачни аппаратли кесишнинг муҳим камчиликлари қизилўнгач стриктурасини шакллантириш хавфи [17, 18], шунингдек, ошқозон кардиясининг томирларини боғланмаган ҳолда қолдиришдир. Шу билан бирга, маълумки, 50% ҳолларда ПГ да қон кетиш манбаи ошқозоннинг кардиал қисми томирларидир [18, 29].

Sugiura операциясининг асосий камчиликлари унинг юқори жароҳати ва давомийлигини ўз ичига олади. Бундан ташқари, Сугиура процедураси спленектомияни ўз ичига олади, бу аспленик геморрагик тромбоцитемияга олиб келиши мумкин [18]. Сугиура

операциясидан кейин ўлим даражаси (10 дан 50% гача) жарроҳларни қониқтирмайди [5].

Умуман олганда, юқорида айтиб ўтилган барча ажратувчи операцияларнинг умумий камчиликлари баркарор, қоникарли узок муддатли натижаларнинг йўқлиги ҳисобланади. Бир йил ёки ундан ҳам камроқ вақт ўтгач, варикоз томирларининг тикланиши ва кейинчалик тақрорий қон кетиш хавфи ортади.

Бу нуқтаи назардан, маҳаллий ишланма – проф. Ф. Г. Назиров томонидан таклиф қилинган операция умидбахш кўринишда бўлиб, у гастроэзофагеал коллектордаги табиий протокавал анастомозларни тўлиқ ажратишга қаратилган. Ушбу усул қон кетиш авж олган даврда беморларда муваффақиятли синовдан ўтказилган [38]. Операциянинг моҳияти шундаки, юқори ўрта лапаротомиядан сўнг, ошқозоннинг ўнг меъда ва иккита гастропилорик артерия бўйлаб орган қон оқимини сақлаб қолган ҳолда, қизилўнгачнинг қорин қисмига қадар кичик ва катта эгриликлар бўйлаб юмшоқ проксимал деваскуляризация амалга оширилади. Чап меъда артерияси боғланган ва экстраорганик тарзда кесилади. Ошқозоннинг барча қисқа томирлари боғланиб кесилади. Кардия соҳасида ошқозоннинг олд ва орқа деворлари тантал штапеллар ёрдамида ошқозоннинг каттадан кичик эгри чизигигача бутун узунлиги бўйлаб УКЛ-60 аппарати ёрдамида тикилади. Кейин қизилўнгачнинг қорин бўшлиғи ва ошқозоннинг юрак қисми ўртасида 3 см гача бўлган анастомоз камераси билан тантал штапелларини четлаб ўтиб, олдинги эзофагогастроанастомоз ҳосил қилинади.

Фавкулудда версияда, УКЛ қурилмаси ўрнига қизилўнгачнинг варикоз томирларига қон оқимини тўхтатиш учун қисет чоклар билан субкардиал қисмигача чўзилган ва максимал диаметри кардиофундал анастомоз қўлланилади. Ушбу усулда гемостазга эришилиб, шунингдек, анемия фонида бундай оғир патологияси бўлган беморлар учун муҳим аҳамиятга эга бўлган умумий оғриқсилантириш ва жарроҳлик вақтини қисқартиради. Ушбу турдаги операция кардиал сфинктерини сақлаб қолиш ва операциядан кейинги даврда рефлюкс эзофагитининг ривожланиш эҳтимолини олдини олишдек афзалликларига эга.

Ошқозон ва қизилўнгач варикоз кенгайган вена томирларидан қон кетишини жарроҳлик йўли билан олдини олишнинг янги усулларини ишлаб чиқиш билан бир қаторда, порталтизмда шу жумладан веналар ички босимини дори моддалари орқали камайтириш усулларини излаш фаол олиб борилмоқда. Табиийки, фармакологик терапия фаол қон кетишининг бирламчи ва тақрорий қон кетишининг олдини олиш мақсадида доимий ҳам қўлланилади (иккиламчи профилактика). Клиник амалиётда портал веноз қон

оқимини (вазоконстрикторлар) камайтирадиган ёки жигар ости томир тонусини камайтирадиган (вазодилататорлар) дорилар қўлланилади: бета-блокаторлар, нитратлар, альфа 2 - адренергик блокаторлар, спиронолактон, пентоксифилин ва молсидомин [7, 8, 10, 16]. 12 мм сим. уст.дан паст босим остида. варикоз томирларидан қон кетиш эҳтимоли паст, шунинг учун бу даражадан пастроқ градиентни камайтириш идеал деб ҳисобланади. Жигар веноз босимининг градиентини 20% дан кўпроққа доимий пасайтириш имконияти ҳам клиник жиҳатдан аҳамиятлидир [10, 11, 15, 18].

Охириги 20 йил ичида эндоскопик усуллар ошқозон-ичак варикоз кенгайган вена томирларини (ОИВКВТ) даволашда етакчи ўринни эгаллаб борди. Эндоскопик склеротерапия усуллари кенг қўлланилмоқда, унда кўпинча этанол, morrhuate sodium, полидоканол (этоксисклерол) ёки sodium tetradecyl sulfate (тромбовар, фибровейн) қўллаш орқали амалга оширилади. Шунингдек, сўнгги ўн йил ичида кўп марта лигатура кўйиш учун мўлжалланган қурилмалар фаол жорий этилгандан сўнг, варикоз тугунларини эндоскопик лигатура қилиш усуллари ҳам кенг тарқалди. ОҚВВКТ лигатура усуллари варикоз тугунларини йўқотиш борасида склеротерапия билан бир хил самарадорликка эга бўлиш билан бирга, асоратлар юз бериш эҳтимоли пастлиги билан ажралиб туради [17, 18]. Бундан ташқари, йирик рандомизацияланган назорат қилинадиган тадқиқот натижаларига кўра, склеротерапиядан сўнг лигатурага нисбатан ўлим ҳолатлари кўпайиши мумкинлиги ҳақида тахмин илгари сурилган [18].

Варикоз қон кетишининг бирламчи олдини олишда пропранололнинг (полидоканол аналог - этоксисклерол) таъсирини варикоз тугунларини боғлаш билан солиштирганда, склеротерапиядан кейин қон кетишининг актуар тезлиги 43%, боғлашдан кейин эса 15% ни ташкил қилганлигини аниқлади. Бироқ, тадқиқот натижалари саволлар туғдиради, чунки пропранолол гуруҳида қон кетиш даражаси кўтарилган кўринади.

Бироқ, варикоздан қон кетиш хавфи юқори бўлган, бошқа даволаш усулларига ёмон жавоб берадиган ёки улар учун контрэндикацияга эга бўлган беморларда лигация танланган даволаш усули ҳисобланади.

Овқат ҳазм қилиш органларининг хавфли ва яхши сифатли ўсмалари ошқозон-ичак трактининг ўткир инфекциялари ривожланишининг асосий сабабларидан яна бири ҳисобланади. Олинган оутопсия маълумотлари натижаларига кўра, кўп қон кетиши билан асоратланган ошқозон саратони ўткир ошқозон-ичакдан қон кетишининг барча ҳалокатли

натижалари орасида тахминан 4,6-15,9% ҳолларда ўлим сабаби эканлиги аниқланди [Давыдов М.И., 2003].

ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили дунё бўйлаб ушбу касалликдан 800 000 га яқин янги ҳолатлар ва 628 000 ўлим қайд этилади. Эркаклар ўртасида касалланиш даражаси аёллар ўртасидаги касалланиш даражасидан деярли икки баравар юқори бўлиб, 100 000 аҳолига мос равишда 32,8 ва 14,3 ни ташкил этади (1990 йилда 44,5 ва 19,6). Дунёда ошқозон ўсмалари билан оғриган беморларнинг энг юқори омон қолиш даражаси Японияда қайд этилган - 53%, бошқа мамлакатларда эса 15-20% дан ошмайди [21]. Японияда ошқозон саратонига эрта ташхис қўйиш улуши ҳам энг юқори бўлиб қолмоқда, бу мамлакатда қайд этилган барча ҳолатларнинг ярмидан кўпини ташкил қилади, Европа, АҚШ ва бошқа мамлакатларда эса 20% дан ошмайди. Япония эрта ташхис қўйиш ва кейинчалик омон қолишни яхшилашдаги муваффақиятига аҳолининг оммавий скрининги ва саратонга қарши миллий дастурларга қарздордир [13].

Шундай қилиб, адабиётларни таҳлил қилиш ошқозон-ичак тизимидан қон кетишлар билан оғриган беморларга тиббий ёрдам кўрсатишнинг ягона тизimini яратиш ва тиббий ёрдам кўрсатиш босқичларида диагностика ва даволаш алгоритмини мослаштириш зарур деган хулосага келиш имконини беради.

Шундай қилиб, адабиётларни таҳлил қилиш натижалари қуйидаги хулосаларни чиқаришга имкон беради.

1. Ошқозон-ичак трактининг шартли равишда икки қисмга бўлиниши қон кетишининг манбасини, табиатини ва оғирлигини ва шунга асосланиб, шошилиш ёрдам кўрсатишда муҳим аҳамиятга эга бўлган даволаш усулини танлашда аниқ ёрдам беради.

2. Ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетиши тез-тез содир бўлишини ва беморларга кўпроқ хавф туғдиришини ҳисобга олиб, турлича этиологияли (МВС, ОҚБВК, ОЯК, ЎИБИЯК) ошқозон-ичак тизимидан қон кетишларни ривожланишининг сабабий хусусиятларини ўрганиш планетамизнинг кўплаб ҳудудларида муҳим ҳисобланади.

3. Бугунги кунга қадар ошқозон-ичак тизими юқори қисмидан қон кетишлар (ОИТЮОҚҚК)да ишлаб чиқилган уч хил усул доимо деярли биргаликда қўлланилади, лекин баъзида зиддиятли бўлиши мумкин, бу эса улардан фойдаланишнинг қонунийлиги учун, айниқса, шошилиш тиббий ёрдам кўрсатиш шароитида қатъий кўрсатмаларни белгилашни талаб қилади.

4. Шошилиш тиббий ёрдам хизмати томонидан вилоятлар ва йирик шаҳарлардаги

жарроҳлик шифохоналарининг кадрлар тайёрлаш ва техник жиҳозланишини ҳисобга олган ҳолда республиканинг барча ҳудудлари учун ОИТЮОҚҚКда, ягона услубий стандартни ишлаб чиқиш муҳим аҳамиятга эга, бу шубҳасиз ушбу тоифадаги беморларни даволашга ёндашувни ягона бирлаштиришга ва ўлимга олиб келадиган натижалар сонини камайтиришга олиб келади.

5. Ўрганилаётган муаммонинг Ўзбекистон минтақаси учун долзарблиги қуйидаги ташқи омилларнинг салбий оқибатлари билан ҳам боғлиқ:

гепатитнинг ҳар хил турларининг кенг тарқалиши, кеч ташхис қўйиш ва кўпинча етарли даражада малакасиз даволаш, кейинчалик уларнинг тегишли оқибатларга олиб келадиган жигар циррозига ўтиши;

ҳудуд экологиясининг йил сайин ёмонлашувини зарарли таъсири, бу республика аҳолиси учун сув ва озиқ-овқат маҳсулотлари сифатининг ёмонлашишига олиб келади, бу эса ошқозон-ичак тракти яралари, ошқозон-ичак ўсмалари ва бошқаларнинг кўпайишига олиб келади.

Адабиётлар:

1. Асраров А.А., Бабаханов О.А. Иманов А.А. Особенности хирургического лечения гастродуоденальных кровотечений Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Материалы науч. практ. конф. Ташкент, 2004. - С. 151-152.
2. Аталиев А.Е., Мавлянов А.Р., Наврузов Г.Д. Иноятова Ф.Х. Влияние кобавита на систему глутатиона у больных с кровоточащей гастродуоденальной язвой // Рос. гастроэнтерол. журн. 2001. - № 1. - С. 41-45.
3. Бабаджанов Б.Р., Таджибаев О.Б. Хирургическая тактика при острых гастродуоденальных кровотечениях Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Материалы науч.-практ. конф. 2004.-С. 153-154. Ташкент,
4. Басыстюк И.И. Диагностика и лечение рецидива гастродуоденального кровотечения в раннем послеоперационном периоде // Вестн. хир. 1999-Т. 158, № 4. - С. 60-64.
5. Бачев И.И. Хирургическая тактика при кровоточащих язвах желудка и двенадцатиперстной кишки (обзор лит. за 1978-82гг) // Хирургия.- 1991.-№ 9.-С. 137-143.
6. Бисенков Л.Н., Зубарев П.Н., Трофимов В.М., Шалаев С.А., Ищенко Б.И. Неотложная хирургия груди и живота: Руководство для врачей; Под ред. Л.Н.Бисенкова, П.Н.Зубарева. СПб: Гиппократ, 2002. 512 с.
7. Богородский А.Ю. Прогноз и профилактика острых эрозий и язв желудочно-кишечного тракта у больных в критическом состоянии. //Д. доктора мед. наук. Саратов. 2000.

8. Борисов Д.Н. Эндоскопическая диагностика и лечение больных с синдромом Меллори-Вейса, осложненным кровотечением: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.- М., 2001.
9. Брискин Б.С., Корниенко А.А., Маламуд И.З. Принципы и обоснование лечебной тактики при язвенных кровотечениях // Хирургия. 1991. М 5.- С. 41-45.
10. Васильков А.Ю. Применение аскорбиновой кислоты для профилактики инфекционно-воспалительных осложнений в ранние сроки после трансуретральной резекции доброкачественной гиперплазии предстательной железы. Дис, канд. мед наук. Москва 2001.
11. Вербицкий В.Г. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед.наук. СПб, 1999. - 46 с.
12. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.А.. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии. С.-Пб., «Политехника», 2004, с. 70-85.
13. Ганиев А.Г., Лалова Н.Ю., Тожибоева М., Каримова С. Клинико-лабораторные особенности язвенной болезни у детей, осложненной кровотечением // Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: проблемы кровотечений в экстренной медицине: Материалы 3-й Респ. науч.-практ. конф. Ташкент: Изд-во им. Абу Али ибн Сино, 2003. С. 389-390.
14. Гончар М.Г., Дельцова Е.Т., Кучирка Я.М. Хеликобактер пилори у больных с осложненной язвенной болезнью // Хирургия. 1999. № 6. - С. 25-26.
15. Горбашко А.И. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Медицина, 1974. – 240 с. Л.:
16. Горбунов В.Н., Столярчук Е.В. Гастрэктомия на высоте рецидивного профузного кровотечения после ваготомии из множественных острых язв желудка // Хирургия. 1998. № 7. - С. 56-57.
17. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Меграбян Р.А.. Прогностические критерии рецидивов острых гастродуоденальных язвенных кровотечений. Материалы Всероссийской конференции «Современные проблемы хирургического лечения больных язвенной болезнью». Саратов, 2003, с. 104-105.
18. Гостищев В.К., Евсеев М.А.. Патогенетические аспекты рецидивов гастродуоденальных язвенных кровотечений. Хирургия, № 5, 2004. 0.25.
19. Гринберг А.А., Нестеренко В.П., Лахтина. Неотложная хирургия дуоденальной язвы // Тезисы докладов 8-го Всероссийского съезда хирургов. Краснодар, 1995. - С. 63-65.
20. Грубник Ю.В., Фоменко В.А., Пилипенко А.С. Осложнения локального эндоскопического гемостаза у больных с кровотечениями из верхних отделов желудочнокишечного тракта.// Тездокл. 4 Моск. межд. конгресс по эндоскопической хирургии, Москва 2628 апреля 2000 С.7980.
21. Грузман А.Б., Хапий Х.Х. Углеводный обмен в головном мозге при коматозных состояниях. Механизмы глюконеогенеза. //Анестезиология и реаниматология 1991№3С.1721.
22. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2001 году; Под ред. М.И.Давыдова, Е.М.Аксель. - М.: Мед. информ. агентство, 2003. - С.95-97, 223-224.
23. Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Юсупбеков А.А.. Хирургическая тактика при кровоточащем раке желудка // Актуальные вопросы абдоминальной хирургии: Материалы науч.-практ. конф. Ташкент, 2004.-С. 158-159.
24. Ерамишанцев А.К. Первичная внепеченочная портальная гипертензия и ее хирургическое лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.- М., 1983. -39 с.
25. Ерамишанцев А.К., Киценко Е.А., Нечаенко А.М. Результаты прошивания варикозно-расширенных вен пищевода и желудка у больных с внепеченочной портальной гипертензией // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. 2003. № 10. - С. 45-51.
26. Ермолов А.С., Лужников С.А., Сордия Д.Г., Волков С.В. Желудочно-кишечные кровотечения при острых отравлениях химическими веществами неприжигающего действия // Хирургия. 1997. № 6. С. 10-12.
27. Жданов Г.Г. Интенсивная терапия дыхательной недостаточности и гипоксии. //Анестезиология и реаниматология 1995 №5 С. 1518.
28. Уроков Ш.Т., Абдурахмонов М.М., Хамроев Б.С. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, индуцированное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Тиббиётда янги кун. - Бухара, 2021. - № 2 (34). - С. 487-491. (14.00.00; № 22)
29. Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С. Ошқозон ичак тизимидан дори воситалари натижасида қон кетишида замонавий ёндашув // Биология ва тиббиёт муаммолари. - Самарқанд, 2022. - № 3 (136). - С. 228-232. (14.00.00; № 19)
30. Уроков Ш.Т., Абдурахмонов М.М, Хамроев Б.С., Хамроев Х.Н. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, индуцированные приемом нестероидных противовоспалительных препаратов // Вестник Ташкентской медицинской академии. - Ташкент, 2022. - № 7 - С. 173-176. (14.00.00; № 13)
31. Urokov Sh.T., Hamroyev B.S. Analysis of the Results of Treatment of Patients with Gastrointestinal Bleeding Using Endoscopic and Surgical Methods of Hemostasis // American Journal of Medicine and Medical Sciences. - 2022. - № 12 (5). - P. 487-490. (14.00.00; № 2)

32.Urokov Sh.T., Khamroyev B.S., Hamroyev Kh.N. Results of Treatment of Patients with Bleeding of the Stomach and 12 Duo from Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs – Induced Oenp // Journal of Pharmaceutical Negative Results. - 2022. - Volume 13, Special Issue 9. - P. 1901-1910. (SCOPUS)

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД ПРИ ОСТРОМ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОМ КРОВОТЕЧЕНИИ

Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С.

Резюме. *Негативное влияние лекарственных препаратов является одним из важнейших патогенетических факторов развития патологии желудочно-кишечного тракта. Доля лекарственной патологии в структуре заболеваний органов пищеварения неуклон-*

но растет, что приводит к увеличению числа лиц, страдающих сопутствующими хроническими заболеваниями и нуждающихся в длительном приеме эффективных, но зачастую опасных лекарственных средств. Важно постоянно расширять ассортимент рецептурных фармакологических препаратов, доступных широкому кругу потребителей, многие из которых, в том числе нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), могут иметь побочные эффекты. Независимо от причины, источника и характера кровотечения из желудочно-кишечного тракта патогенез одинаков. Этот общий закон заключается в том, что любое кровотечение нарушает все аспекты гемостаза во внутренней среде организма.

Ключевые слова: *нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), поражение желудочно-кишечного тракта, кровотечение, профилактика.*