

КОМОРБИД ПАТОЛОГИЯЛИ БЕМОРЛАРДА ҚОН КЕТИШИ БИЛАН АСОРАТЛАНГАН СИМПТОМАТИК ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР



Рахимов Расулбек Иброхимович², Жанибеков Шерзод Шаъназарович¹,
Мардонов Жамшид Нормуротович¹, Отажонов Жамолиддин Хусанович¹

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

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

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Рахимов Расулбек Иброхимович², Жанибеков Шерзод Шаъназарович¹,
Мардонов Жамшид Нормуротович¹, Отажонов Жамолиддин Хусанович¹

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

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

SYMPTOMATIC GASTRODUODENAL ULCERS WITH COMPLICATED BLEEDING IN PATIENTS WITH COMORBID DISEASES

Rakhimov Rasulbek Ibrokhimovich², Janibekov Sherzod Shanazarovich¹, Mardonov Jamshid Normurotovich¹,
Otajonov Jamoliddin Khusanovich¹

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

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

e-mail: sherzod.janibekov.79@gmail.com

Резюме. Долзарблиги: Ҳозирги вақтда коморбидлик клиник тиббиётнинг фанлараро долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Шу билан бирга, замонавий адабиётларда коморбидликнинг моҳиятини ва унинг бемор учун прогностик аҳамиятини акс эттирувчи ўқув ва ўқув қўлланмалар, монографиялар ва бошқа илмий наشرлар сони айтарлик эмас. Шунингдек, коморбид касалликларга чалинган беморларни бошқариш бўйича миллий клиник кўрсатмалар мавжуд эмас. Кўриб чиқишнинг мақсади – амалий врачларнинг эътиборини қўлаб касалликлардан азият чекадиган беморларда даволаш чораларни тўғри танлаш, юзага келиши мумкин бўлган касалликларнинг эрта олдини олиш учун зарур бўлган ички патология курсининг коморбид хусусиятини ўз вақтида аниқлаш муҳимлигига қаратишдир. Коморбид патологиянинг мисолларидан бири сифатида симптоматик гастродуоденал ярали жараёнлар кўриб чиқилади, кеч таъхис қўйиш беморларда ошқозон-ичакдан қон кетишига ва улар билан боғлиқ ўлимга олиб келиши мумкин. Мақолада коморбидликнинг таърифи, мавжуд синонимлар, унинг асосий турлари ва баҳолаш усуллари акс эттирилган. Қўшма касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари ва омиллари ва уларнинг аҳоли орасида тарқалиши таҳлил қилинади. Коморбид беморнинг клиник таъхисини шакллантириш қоидаларига, касалликнинг мураккаб диагностикаси ва оқилона даволаш алгоритминини танлашда қўшма касалликларни ҳисобга олиш зарурлигига эътибор қаратилади. Симптоматик меъда-дуоденал яраларнинг эпидемиологияси, патогенези, умумий клиник кўриниши ва ўзига хос турига қараб хусусиятлари, диагностика қийинчиликлари батафсил таҳлил қилинади.

Калит сўзлар: коморбидлик, Симптоматик гастродуоденал яралар, ошқозон-ичакдан қон кетиши, дори воситаларининг ўзаро таъсири.

Abstract. Relevance: At present, comorbidity is one of the current interdisciplinary problems of clinical medicine. At the same time, in the modern literature the number of teaching and study guides, monographs and other scientific publications reflecting the essence of comorbidity and its prognostic significance for the patient, is clearly inadequate. Also, no national clinical guidelines exist for managing patients with comorbid diseases. The aim of the review is to draw practical physicians' attention to the importance of timely detection of comorbid nature of the internal disease necessary for the correct choice of therapeutic measures for patients suffering from multiple diseases, early prevention of possible complications and the formation of a favorable prognosis. Symptomatic gastroduodenal ulcer lesions were chosen as one of the examples of comorbid pathology, late diagnosis and absence of early prevention of which can become the causes of

gastrointestinal bleeding and related deaths in patients. The article reflects the definition of comorbidity, existing synonyms, its main types, and methods of evaluation. The causes and factors of the development of comorbid diseases, their prevalence in the population are analyzed. Attention is focused on the rules for formulation of clinical diagnosis for a comorbid patient, the need to take into account comorbidity when choosing an algorithm for integrated diagnosis and rational treatment of the disease. The importance of assessing the risk of drug interactions in the pharmacotherapy of comorbid diseases and possible complications are emphasized. The epidemiology of symptomatic gastroduodenal ulcers, their pathogenesis, common clinical presentation and its features depending on a specific type, complexity of diagnosis are analyzed in detail.

Keywords: *comorbidity, symptomatic gastroduodenal ulcers, gastrointestinal bleeding, drug interaction.*

1970 йиллардан бошлаб коморбидлик сўзи кириб келди ва шундан кейин коморбидлик алоҳида илмий йўналиш мақомига эга бўлишни бошлади. Бунда асосий касаллик клиникасидан ташқари кўшимча касалликлар клиник белгилари ҳам баъзан алоҳида, баъзан асосий касаллик билан бирга кўшилиб келади. Коморбидлик термини биринчи бўлиб Г.С. Крамер(1995) ва М. Ван ден Аккер(1998) расмий аниқлик киритишди – битта беморда икки ёки ундан ортиқ сурункали касалликнинг биргаликда кўшилиб келишига Коморбидлик деб атала бошланди ва улар биринчи классификацияни тақдим этишди. [1–3].

Коморбидлик биттагина сабаб билан боғлиқ бўлиши мумкин, ёки бу касалликлар патогенезининг ягона механизми бўлиши мумкин, лекин баъзан бир-биридан аниқ фарқлаб бўлмайдиган, клиник кўринишларининг ўхшашлиги билан характерланади. [5].

Келтирилган дефиницияда ҳал қилувчи қалит лаҳза бу – касаллик асоратини коморбидлик деб қабул қилиб бўлмаслигидир. Ҳозир бу ҳал қилувчи аниқлаштирув нафақат коморбидлик камровидан чиқиб кетди, балки, ундан ташқари коморбидлик классификациясида унинг кўринишларидан бири асоартлангант коморбидлик кўринишида ажратилади. [1–3].

Замонавий адабиётларда олимлар бир хил вақтда ривожланадиган ва патогенези бир-бири билан боғлиқ бўлган икки ёки ундан ортиқ касалликларга айтишади, демакки, коморбид касалликлар патогенезлари бир-бирига мос келиши натижасида юзага келади. [1, 6–8].

Ҳозирги пайта “Коморбидлик” термини билан бирга бир қатор “Полиморбидлик” ва “Мультиморбидлик” синоним сўзлар ҳам ишлатилмоқда. Баъзи муаллифлар коморбидлик ва мультиморбидлик сўзларини бир-бирига қарама-қарши тушунчалар деб ҳам ҳисоблайдилар, яъни коморбидлик деганда ягона патогенез механизмига эга касалликлар тушунилса, мультиморбидлик деганда патогенези умуман бошқа бўлган касалликлар тушунилади. Ақтуал муаммоларни чуқур ўрганиш натижасида коморбидлик сабаблари маълум бўлди, яъни бунда: анатомик бир-бирига яқинлиги, ягона патогенетик механизм, сабаби ва асоратларининг бирига боғлиқлиги кабилар. [1–3, 6, 8–10].

Ҳозирги пайтда кўпчилик манбаларда коморбидликнинг қуйидаги кўринишлари мавжуд:

Сабабига кўра;
Асоратланган;
Ятроген;
Ноаниқ;
Тасодифий. [1–3].

Сабабига кўра коморбидлик ягона патологик агентли ҳар хил аъзо ва системаларнинг параллел зарарланиши ҳисобланади. Бунга мисол қилиб коллагенозларда систем зарарланишлар, кашандалик ва бошқалар билан бирга келувчи сурункали алкоголь интоксикацияларда алкоголь висцеропатияларни келтириш мумкин. [1–3].

Асоратланган коморбидлик – асосий касалликнинг сабаби бўлиб, маълум муддат ўтгандан кейин, асосий касаллик дестабилизация бўлгандан кейин нишон аъзолар зарарланиши кўринишида намоён бўлади. Бунга мисол тариқасида қандли диабетдан кейинги диабетик нефропатия натижасидаги сурункали буйрак етишмовчилиги; гипертоник криз асоратидан кейинги бош мия инфаркти[1–3]; Ўпкалар сурункали обструктив касалликларидан кейинги юрак ишемик касаллиги ва сурункали юрак етишмовчилиги[11, 12]; сурункали юрак-қонтомир касалликлари билан беморлардаги буйраклар сурункали касаллиги кабиларни келтириш мумкин. [13, 14].

Ятроген коморбидлик бирон бир тиббий муолажадан кейин шундай хавф бўлиши мумкинлиги олдиндан айтиб ўтилган, шифокорнинг мажбурликдан қилинган муолажалардан кейинги салбий ҳолатлар тушунилади. Беморларнинг дори воситаларини ичишлари кўпинча бир қатор касалликларга сабаб бўлади. Бунга мисол қилиб яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари ва глюкокортикоидларни ичиш оқибатида меъда-ичак трактида эрозив-ярали дефектлар келиб чиқишини келтириш мумкин. [2, 4, 15–19] ; [1, 4, 17]. Шунингдек глюкокортикоидларни узоқ вақт қўллаганда остеопороз кўпинча остеопороз ҳам ривожланади. Аниқлаштирилмаган коморбидлик деганда аниф комбинацияга эга бўлган ягона патогенетик механизмга эга бўлган касалликлар бўлиб, фақат бу тахминларни тасдиқлаш учун

қатор тадқиқотлар ўтказилишини талаб қилувчи ҳолатлар тушунилади. Бунга мисол қилиб атеросклероз ва гипертония касаллиги билан беморларда эректил функциянинг бузилиши, қонтомир касалликларида меъда-ичак тракти шиллик пардасининг эрозив-ярали зарарланишларини келтириш мумкин бўлади [1–4, 6].

Ҳозирги кунда етарлича тарқалган артериал гипертония билан онкологик патологиянинг бирга келиши ҳам клиник шифокорларнинг бунинг патогенетик механизми бир хил деган тахминини тасдиқловчи навбатдаги илмий текширувларни ўтказишни талаб этади. Бу коморбид патологияда қуйидагилар ҳалигача тушунарсиз ва охиригача ўрганилишни талаб этмоқда:

- Артериал қон босимининг ошишининг канцерогенездаги роли ва протоонкогенларнинг артериал гипертония ривожланишидаги роли [20, 21].

“Тасодифий” коморбидлик – касалликларнинг тасодифий биргаликда келиши, масалан юрак ишемик касалигининг ўт-тош касаллиги билан биргаликда келиши; ёки бўлмаса ортирилган юрак нуқсонининг псориаз билан биргаликда келишини айтса бўлади.

Коморбидлик стационар ва амбулатор беморлар орасида кенг тарқалган бўлиб ёш катталашуви билан коморбидликнинг ҳам сони ортиб боради. Охирги ўрганишлар шуни кўрсатганки, 18-44 ёшгача бўлган беморлар орасида коморбидлик 69-93% ни ташкил қилса, катта ёшдаги (65 ва ундан юқори) беморларда бу кўрсаткич 98% ни ташкил қилади. Амалиётда битта беморда одатда 6-8 нозологиядаги касалликнинг биргаликда келиши кузатилади [1]. Бунда коморбидликнинг касаллик клиник намоён бўлиши, диагностикаси, прогноз ва даволашга таъсири кўп қиррали ва индивидуал ҳисобланади. Бу беморнинг ҳаёт сифатига таъсир кўрсатади ва аҳволини оғирлаштириб летал натижа кўпайишига олиб келади, касалхонада ётиш кунларининг ортишига, ногиронликнинг кўпайишига сабаб бўлади, реабилитация қилишни қийинлаштиради ва кекса беморларни даволашда ўзига хос қийинчиликларни юзага келтиради [2, 22].

Коморбид беморларда клиник ташхисни шакллантиришда амалий шифокор бир қатор қоидаларга риоя қилиши керак бўлади, улардан асосийси – ташхис таркибида асосий ва фон касалликлар ажратилиши керак, шунингдек асоратлар ва ёндош касалликлар ҳам [22–24]. Шунинг эса тутиш лозики, айнан коморбидликда полипрагмазия актуал муаммолардан ҳисобланади. Полипрагмазия дори воситалари

ўзаро таъсирларини инобатга олмасдан қўллаганда ноўя таъсирлари юзага келиш эҳтимолини кескин оширади ва беморларнинг тавсияларга мунтазам амал қилмаслигига олиб келади [1, 6, 9, 22].

Шундай экан коморбидлик аҳамияти ва муҳим эканлиги замонавий клиник тиббиётда шубҳасиз муҳим ўрин тутаяди. Фақат биз уни ҳар битта беморда тўғри баҳолашимиз зарур бўлади. Ҳозирги вақтда коморбидликни баҳолашнинг умумқабул қилинган 12 та методи мавжуд: CIRS системаси (ингл. Cumulative Illness Rating Scale, 1968) ва унинг модификацияси CIRS-G (ингл. CIRS for geriatrics, 1991), Kaplan–Feinstein индекслари (1974), Charlson (1987) и унинг модификацияси (1992), ICED (ингл. Index of co-existent disease), GIC (ингл. Geriatric Index of Comorbidity), FCI (ингл. Functional Comorbidity Index), TIBI (ингл. Total Illness Burden Index) ва блошқалар. [2, 4, 22].

Ҳар бир усулнинг ўз устун ва камчиликлари томонлари бўлиб, уни коморбидликни баҳолашнинг янги усулида бартараф қилишга ҳаракат қилишди. Ҳар хил усуллар ишлаб чиқилганлигига қарамадан умумқабул қилинган, камчиликлардан ҳоли мукамал метод ҳалигача ишлаб чиқилмаган [4, 22]. Кўп қўлланиладиган коморбидликни баҳолаш усуллари орасида Charlson индекси кенг тарқалган ҳисобланади. Бу индексда баҳолашнинг балли системасидан фойдаланилади (0 дан 40 баллгача) ва леталликни прогнозлашда фойдаланилади. Буни ҳисоблашда ёндош касалликларига мос равишда баллар йиғиндиси ҳисобланади ва 40 ёшдан кейин ҳар 10 йилга 1 балл қўшиб борилади [4, 22]. Charlson индексидан агар коморбидлик бўлмаса ўлим кўрсаткичи 12% ни; 1-2 балл бўлса 26%; 3-4 балл бўлса 52%; ва 5 балл ва ундан юқори бўлса 85% ни ташкил қилади [4, 22]. Ҳар қандай мутахассисликдаги шифокор амалиётида коморбидликни кузатиш мумкин, шунинг учун ҳар доим коморбидликни баҳолашимиз, алоҳида эътибор қаратишимиз керак бўлади. Ички касалликлар патологиясида коморбидликнинг кўринишларидан бири бу Симптоматик гастродуоденал яралар бўлиб, кўпинча улар стресс ҳолатлар, бошқа аъзо система касалликлари ёки дори воситаларини кўп қўллаш билан боғлиқ бўлади. Иккиламчи характердаги гастродуоденал яраларга эътибор бермаслик, уларни келиб чиқиш сабабини яхши ўрганмаслик ва уни олдини олиш чорраларини вақтида қўлланилмаслиги ёки ўз вақтида ташхис қўйилмаслиги беморда эрта асоратларнинг келиб чиқишига ва ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Симптоматик гастродуоденал яралар – патогенези яқдил бўлмаган гуруҳ бўлиб, бунда уларнинг келиб чиқиш (ульцероген) сабаблари турлича

бўлади ва барчасида ошқозон ёки ўн икки бармоқ ичак шиллик қаватида дефект юзага келади. Симптоматик гастродуоденал яралар кўпинча ўткир бўлади. Ўткир яра ва эрозияларни фарқлашнинг ҳар доим ҳам имкони бўлмаслиги туфайли, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг эрозив-ярали шикастланишларини Симптоматик гастродуоденал яралар деб номлаш қабул қилинган. Шуни ҳам айтиб ўтиш керакки Симптоматик гастродуоденал яралар лар сурункали ҳам бўлиши мумкин[17].

СИМПТОМАТИК ГАСТРОДУОДЕНАЛ ЯРАЛАР ларга куйидагиларни киритиш мумкин:

- 1) стресс яралар;
- 2) ички аъзолар бошқа касалликлари билан патогенетик боғлиқ бўлган иккиламчи яралар;
- 3) дорилардан кейин келиб чиққан яралар;
- 4) эндокрин яралар.

Ҳозирги вақтда аҳоли орасида симптоматик гастродуоденал яралар сони ошганлиги кузатилмоқда. Бундан стресс туфайли 80 % ҳолларда, оғир кечувчи ички аъзолар касалликларида 10-30% ҳолларда ва Золлингер-Эллисон синдроми эса 2 млн аҳолига 1 та симптоматик гастродуоденал яралар учраши кузатилади [25].

Мураккаблиги шундаги симптоматик гастродуоденал яралар лар клиник тиббиётнинг ҳар хил жабҳаларида учрайди ва буларни бир жойга жамлаш ўзига хос қийинчиликлар келтириб чиқаради.

Стресс туфайли яралар ульцерогенези куйидаги факторлар муҳим ўрин тутати:

- 1) Артериал гипотензия, плазма йўқотилиши, гиповолемия ва микроциркулятор бузилишлар туфайли меъда ва 12 бармоқ ичак шиллик пардаси ишемиясининг келиб чиқиши;
- 2) Кислота-пептик факторни кучайтирувчи ва шиллик парда химоя факторларига салбий таъсир қилувчи гистамин, катехоламинлар, глюкокортикостероидлар ва адренкортикотроп гормонлар синтезининг кўпайиши;
- 3) Гастродуоденал моториканинг бузилиши, яъни меъда гипокинези ва парези, дуоденогастрал реялюкс кабилар.

Яра касаллигидан фарқли равишда симптоматик гастродуоденал яралар ларда наслий мойиллик ҳал қилувчи роль ўйнамайди. симптоматик гастродуоденал яралар патогенези асосида агрессия факторлари оарсидаги балансни бузувчи бир неча патогенетик факторлар ётади [17, 25–27].

Гастродуоденал яралар бошқа касалликлар фониди келиб чиқиши мумкин ва улар билан патогенетик боғлиқ бўлиши мумкин. Бунга мисол қилиб қорин аортаси ва уни тармоқлари атеросклеротик зарарланишида регионар кон

айланиши бузилиши туфайли меъда йирик яралари келиб чиқишини кўрсатиш мумкин[17, 25–27]. Ностероид яллиғланишга қарши воситалар шиллик меъёрий ва сифат таркибини бузиб меъда-ичак тракти химоя барьерини зарарлайди ва циклооксигеназа-1 ни сўндириши хисобидан яллиғланишга қарши эндоген простогландинлар синтезини пасайтиради. Глюкокортикоидлар меъда-ичак тракти шиллик пардасига икки томондан таъсир ўтказида. Бир томондан улар хлорид кислотаси синтезини кучайтириб, шиллик парта сифатини ўзгартиради, юза эпителий янгилини тезлигини камайтиради ва шу туфайли яра келиб чиқишига сабаб бўлади. Бошқа томондан, глюкокортикоидлар лизосомал эффектларни стабилизация қилади, трофик жараёнларни яхшилади ва шу туфайли меъда ва 12 бармоқ ичак шиллик пардасига ижобий таъсир кўрсатади [15, 17, 25–28].

Золлингер-Эллисон синдромида эса гастринома гипергастринемияга олиб келади ва бу меъдада хлорид кислотанинг гиперсекрециясига сабаб бўлади. Гиперпаратиреозда эса паратгормон гиперсекрецияси туфайли гиперкальцемия юзага келади, бу эса меъда мотор-эвакуатор функциясининг кучайишига олиб келади ва шунингдек гиперкальцемия меъда шиллик пардасига салбий таъсир кўрсатади [17, 25–27].

Ҳозирги пайтда симптоматик гастродуоденал яралар учун характерли бўлган умумклиник белгилар ажратилади: клиник намоён бўлмаслиги ва қон кетишига мойиллиги, баъзида қое кетиши симптоматик гастродуоденал яралар нинг ягона клиник белгиси бўлиши мумкин. Ҳаттоки оғир қон кетишларда ҳам ташхис тўғри қўйилмаслиги мумкин ва фақатгина аутопсиядагина аниқланиши мумкин[25–27]. Шунга қарамасдан симптоматик гастродуоденал яралар ҳар бир турининг ўзига хос характерли жиҳатларини кўриш мумкин. Стресс туфайли гастродуоденал яралар – ўткир бўлади, кўпинча экстремал ва критик ҳолатларда келиб чикувчи ошқозоннинг кўп сонли зарарланишлари кузатилади: тарқалган куйишларда(Курлинг яраси), бош мия шикастларида, бош мияга қон куйилиши ва нейрохирургик операциялардан кейин(Кушинг яраси), ўткир миокард инфарктида, шунингдек қатта ҳажмли операцияларда, оғир жароҳатланишлар кабиларда кузатилиши мумкин. Стресс яраларнинг предикторлари – гиповолемик шок, узоқ вақт артериал гипотензия, оғир орган етишмовчилиги, сепсис кабилардир[17, 25–27]. Стресс ҳолатларда 65-80% беморларда симптоматик гастродуоденал яралар келиб чиқади [25]. Улар кўпинча ошқозонда жойлашади, кам ҳолларда меъда антрал қисми ва ўн икки бармоқ ичакда жойлашади, одатда кўп сонли зарарланишлар билан характерланади. Стресс

яраларда оғриклар жуда кам кузатилади ва кўпинча асоратлар(кўпинча қон кетиш) ривожлангандагина намоён бўлади[17, 25–27].

Бошқа касалликлар фонида келиб чиқадиган иккиламчи яралар ҳам ички касалликларда келиб чиқадиган гастродуоденал яралар сифатида симптоматик гастродуоденал яралар га киритилади. Бунда яра дефекти юзага келиши патогенези асосий касаллик патогенези билан боғлиқ бўлади ва асосий касаллик қўзиган пайтида гастродуоденал яралар ҳам юзага чиқади, асосий касалликдан тузалган пайтида эса гастродуоденал яраларда ҳам ремиссия кузатилади[17, 25–27].

Иккиламчи яралар кўпинча юрак қон-томир касаллиги бор беморларда учрайди – сурункали юрак ишемик касаллиги, гипертония касаллиги ва қорин аортаси, унинг тармоқларининг атеросклеротик зарарланишлари фонида декомпенсирланган қон айланиш бузилишлари кабилардир. Қон айланиш декомпенсацияси натижасида келиб чиқадиган трофик яралар одатда ошқозонда жойлашади, кўп сонли бўлади, кўпинча 3 смдан катта бўлган гигант яралар учрайди. Улар учун қон кетиши характерли бўлади ва бу кардиал декомпенсацияли беморларда симптоматик гастродуоденал яраларнинг асосий симптоми ҳисобланади[6, 9, 17, 25–27]. симптоматик гастродуоденал яралар жигар циррози фонида ҳам ривожланиши мумкин [17, 26, 27], панкреатит фонида ривожланиши мумкин[17, 26], ўпкалар сурункали обструктив касалликларида [9, 17, 26, 27], қандли диабетда[17], буйрак етишмовчилигида[17, 26, 27], систем мастоцитозда, сурункали миелолейкозда ва систем полицитемия кабиларда ҳам ривожланиши мумкин. [26].

Ревматик касалликлар билан оғрийдиган беморларда, хусусан ревматоид артрит билан беморларда меъда-ичак тракти эрозив-яралар зарарланишлари кенг тарқалган. Кўпчилик гастроэнтеролог ва ревматологлар фикрича ревматоид касалликларда симптоматик гастродуоденал ЯРАЛАР кўп учраши фақатгина систем яллиғланиш билан боғлиқ бўлмай, балки антиревматик дориларни узоқ қўллаш билан ҳам боғлиқ деб ҳисоблашади(ностероид яллиғланишга қарши дори воситалари, глюкокортикоидлар, цитостатиклар ва уларнинг комбинациялари) [29–33].

Дори туфайли яраларга бир қатор дори воситаларини қўллаганда келиб чиқадиган меъда ва 12 бармоқ ичакнинг яралар зарарланишлари киради. Дори туфайли гастродуоденал яралар кўпинча симптомсиз кечади ва барча иккиламчи яралар каби кўпинча қон кетиши билан асоратланади ва бу кўпинча бирданига, ҳеч қандай яра симптомларисиз содир бўлади[17, 25–

27]. Дори воситалари туфайли симптоматик гастродуоденал яралар лар ичида ностероид яллиғланишга қарши дорилар(НЯҚП)ни қўллаш натижасида келиб чиқадиган меъда-ичак тракти юқори бўлимларининг эрозив-яралар зарарланишлари кўп учрайди. Айнан НЯҚП дориларни қўллаш натижасида ятроген коморбидлик хавфи ва дориларнинг ўзаро таъсири хавфи жуда юқори бўлади ва бу амалиёт шифокоридан ўз вақтида профилактик чоратадбирларни амалга оширишни талаб этади [15, 18, 28, 34, 35].

НЯҚП туфайли гастропатия – бу эндоскопик текширувда аниқланадиган меъда-ичак тракти шиллик қаватининг зарарланиши бўлиб, бунда ошқозон ёки ўн икки бармоқ ичакда бемор ҳаётига хавф солувчи асоратлар(қон кетиши, яра перфорацияси, меъда-ичак тракти ўтказувчанлигининг бузилиши)га олиб эрозиялар шаклланиши кузатилади[34, 35]. Бунда эрозиялар кўп сонли бўлади, кўпинча ошқозон антрал қисмида дойлашади, кам ҳолларда ўн икки бармоқ ичакда жойлашади. НЯҚП туфайли яралар кўпинча якка сонли бўлади, нисбатан кичик ўлчамда бўлади ва чуқур бўлмайди. Кўп сонли яралар жуда камдан-кам ҳолларда учрайди[15, 34, 35]. НЯҚП туфайли гастропатиялар дори қўллашни бошлагандан кейин эрта муддатларида, яъни дастлабки 3 ойида келиб чиқади, ва кўпроқ НЯҚП қўллагандан кейин биринчи ойларида келиб чиқади[34, 35]. Бу яраларда одатда субъектив симптоматика бўлмайди, бунда “соқов” яралар шаклланади, шунинг учун эзофагогастроуденоскопия НЯҚП-гастропатияларни ташхислашда ягона ишончли усул бўлиб қолади ва бу патологияда ярана қарши давони назорат қилишга имкон беради[15, 34, 35]. Агар ностероид яллиғланишга қарши дориларни давом қўлланилса бу - НЯҚП-гастропатиялар тез-тез қайталанишига сабаб бўлади[34, 35].

Эндокрин яралар деганда гиперпаратиреоз ва гастринома(Золлингер-Эллисон синдроми)да ошқозо ва ўн икки бармоқли ичакнинг яралар зарарланишлари тушунилади. Золлингер-Эллисон синдромининг асосий клиник кўриниши бу – дуоденал яранинг антисекретор терапиядан кейин тузалмаслиги ва диареч ҳисобланади ва бу 31-66% беморларда келиб чиқади[17, 25–27]. Гиперпаратиреоздаги гастродуоденал яралар бирламчи гиперпаратиреоз билан беморларда келиб чиқади ва бу тарқалганлиги бўйича бошқа аҳолига қараганда 10 марта кўп ҳисобланади[17, 25–27].

Гастродуоденал яраларда, унинг сабаби гиперпаратиреоз эканлиги анча вақтгача аниқланмай қолади. Агар сийдик-тош касаллиги билан беморларда меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси тез-тез қайталанса, биринчи бўлиб

гиперпаратиреозни истисно қилиш лозим бўлади ва бунинг маркерлари – гиперкальцемиа гиперкальцийурия билан бирга, қонда фосфор миқдорининг камайиши, унинг сийдик билан экскрецияси кучайиши, паратгормон миқдорининг қонда ортиши, суяқлар ва қафт рентгенограммасида остеопорозларнинг кузатилиши қабилардир [17, 25–27]. Демак замонавий клиник тиббиётнинг ўзига хосликларидан бири шуки – битта беморда бир нечта патогенетик жиҳатдан бир-бири билан боғлиқ бўлган касалликларнинг биргаликда келиши яъни коморбидликдир. Коморбидлик бемор аҳволи ёмонлашуви, аосратлар кўпайиши, ҳаёт сифати ва касаллик прогнози ёмонлашувининг бир бошланғич белгиси, хабарчиси ҳисобланади. Коморбидлик кўпинча белгиланган даво самарали бўлмаслиги, дори воситалари ноҳўя таъсирлари кўпайиши ва тузалиб кетиш эҳтимоли пасайишининг сабабчиси ҳисобланади. Шунинг учун амалиёт шифокори ўз вақтида ички аъзолар патологияси коморбид характерда кечаётганлигини ўз вақтида аниқлаши муҳим ҳисобланади, чунки шунга қараб тўғри даволаш тактикаси танланади, бўлиши мумкин бўлган асоартлар эрта олди олинади ва бу бемор ҳаёт сифатининг яшиланишига сабаб бўлади. Симптоматик гастродуоденал яралар камайишининг асосий шартларидан бири шуки – уни қайси клиник ҳолатда келиб чиқишини билиш ва шунга кўра келиб чиқиш хавфи юқори бўлган гуруҳидаги беморларда профилактик чора тадбирларни олиб бориш муҳим ҳисобланади. Ошқозон ва ўн бармоқ ичак иккиламчи эрозив-яралли дефектлари ривожланган беморларда аоратлар олдини олиш учун уни ўз вақтида ташхислаш ва даволашни эрта бошлаш муҳим ҳисобланади.

Адабиётлар:

1. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность. Леч. врач. 2013; (6): 66–69.
2. Шарабчиев Ю.Т., Антипов В.В., Антипова С.И. Коморбидность — актуальная научная и научно-практическая проблема медицины XXI века. Мед. новости. 2014; (8): 6–11.
3. Поровский Я.В., Тетенов Ф.Ф. Коморбидность во врачебной практике. Сибирское мед. обозрение. 2015; (4): 5–10.
4. Нургазизова А.К. Происхождение, развитие и современная трактовка понятий «коморбидность» и «полиморбидность». Казанский мед. ж. 2014; 95 (2): 292–296.
5. Медицинский энциклопедический словарь. Под ред. В.И. Бородулина. М.: ОНИКС 21 век. 2002; 699 с.

6. Лазебник Л.Б., Верткин А.Л., Конев Ю.В. и др. Старение: профессиональный врачебный подход. М.: Эксмо. 2014; 320 с.
7. Надаль-Гинард К. Когда одно мешает другому — коморбидность на злобе дня. Новая медицина тысячелетия. 2012; 6: 22–24.
8. Ширинский В.С., Ширинский И.В. Коморбидные заболевания — актуальная проблема клинической медицины. Сибирский мед. ж. 2014; 29 (1): 7–12.
9. Белялов Ф.И. Лечение болезней сердца в условиях коморбидности. Монография. Изд. 9-е, перераб. и доп. Иркутск: РИО ИГМАПО. 2014; 308 с.
10. Оганов Р.Г., Драпкина О.М. Полиморбидность: закономерности формирования и принципы сочетания нескольких заболеваний у одного пациента. Кардиоваск. терап. и профил. 2016; 15 (4): 4–9. DOI: 10.15829/1728-8800-2016-4-4-9.
11. Насыбуллина А.А., Газизянова В.М., Хазова Е.В. и др. Кардиопульмональные взаимоотношения: современные представления. Практич. мед. 2015; (3-2): 31–34.
12. Газизянова В.М., Булашова О.В., Хазова Е.В. и др. Вариабельность сердечного ритма у пациентов с хронической сердечной недостаточностью и хронической обструктивной болезнью лёгких: клинические параллели. Казанский мед. ж. 2016; 97 (3): 421–425. DOI: 10.17750/KMJ2016-421.
13. Насыбуллина А.А., Булашова О.В., Хазова Е.В. и др. Кардиоренальные взаимоотношения: эволюция взглядов. Практич. мед. 2015; (3-2): 46–49.
14. Насыбуллина А.А., Булашова О.В., Газизянова В.М. и др. Маркёры воспаления у пациентов с сердечной недостаточностью в коморбидности с хронической болезнью почек. Казанский мед. ж. 2016; 97 (6): 881–887. DOI: 10.17750/KMJ 2016-881.
15. Трухан Д.И. Нестероидные противовоспалительные препараты сквозь призму коморбидности и лекарственной безопасности: в фокусе — амтолметин гуацил. Consil. med. 2015; 17 (2): 27–33.
16. Верткин А.Л., Носова А.В., Скотников А.С. Пациент с болевым синдромом в общесоматической практике. Врач скорой помощи. 2014; (4): 39–44.
17. Аргунова И.А. Симптоматические гастродуоденальные язвы (лекция для врачей общей практики). Вестн. Смоленской гос. мед. академии. 2014; 13 (3): 125–134.
18. Аргунова И.А. Сплав коморбидности и полипрагмазии как риск ulcerогенеза. Прогнозирование и профилактика симптоматических гастродуоденальных язв. Поликлиника. 2016; (4-3): 44–49.
19. Осипенко М.Ф., Скалинская М.И., Волошина Н.Б., Соловьёв М.В. Выбор ингибитора протонной помпы в условиях антитромбоцитарной тера-

пии у коморбидного пациента. Мед. Совет. 2016; (5): 64–69. DOI: 10.21518/2079-701X-2016-64-69.

20. Ослопов В.Н., Макаров М.А., Борисов Д.В. Проблема коморбидности артериальной гипертензии и онкопатологии. Практич. мед. 2013; (3): 23–26.

21. Макаров М.А., Ослопов В.Н., Коротков Д.С., Павлова К.В. Роль генов, ассоциированных с артериальной гипертензией, в развитии онкопатологии. Практич. мед. 2015; (3-2): 50–52.

22. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность. Леч. врач. 2013; (8): 78–82.

23. Автандилов Г.Г., Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Оформление диагноза. М.: Медицина. 2004; 304 с.

24. Зайратьянц О.В., Кактурский Л.В. Формулировка и сопоставление клинического и патолого-1019 Казанский медицинский журнал, 2017 г., том 98, №6 анатомического диагнозов. М.: МИА. 2011; 576 с.

25. Калинин А.В., Логинов А.Ф. Симптоматические гастродуоденальные язвы. Фарматека. 2010; (2): 38–45.

26. Шептулин А.А. Симптоматические гастродуоденальные язвы. Мед. Совет. 2015; (4): 72–75.

27. Костюкевич О.И., Карнута Г.Г. Симптоматические (вторичные) гастродуоденальные язвы в клинической практике. Русский мед. ж. 2016; (17): 1153–1157.

28. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т., Парцвания-Виноградова Е.В. Гастропатии, индуцированные нестероидными противовоспалительными средствами: патогенетически обоснованные подходы к профилактике и терапии. Фарматека. 2016; (2): 49–54.

29. Абдулганиева Д.И. Гастроэнтерологические проявления заболеваний соединительной ткани. Практич. мед. 2005; (1): 26–27.

30. Абдулганиева Д.И., Салихов И.Г. Гастроэнтерологические проблемы при ревматических заболеваниях. Практич. мед. 2011; (1): 89–95.

31. Никитина Н.М., Афанасьев И.А., Ребров А.П. Коморбидность у больных ревматоидным артритом. Науч.-практ. ревматол. 2015; 53 (2): 149–154. DOI: 10.14412/1995-4484-2015-149-154.

32. Афанасьев И.А., Никитина Н.М., Ребров А.П. Кардиоваскулярная коморбидность у больных ревматоидным артритом: безопасность лечения. Практич. мед. 2015; (3-2): 135–138.

33. Белянская Н.Э., Абдулганиева Д.И. Особенности патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта у больных ревматоидным артритом. Вестн. соврем. клин. мед. 2009; 2 (2): 15–17.

34. Каратеев А.Е., Успенский Ю.П., Пахомова И.Г., Насонов Е.Л. Краткий курс истории НПВС.

Науч.практ. ревматол. 2012; 50 (3): 101–116. DOI: 10.14412/1995-4484-2012-718.

35. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Яхно Н.Н. и др. Клинические рекомендации «Рациональное применение нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВС) в клинической практике. Современ. ревматол. 2015; 9 (1): 4–23. DOI:10.14412/1996-7012-2015-1-4-23.

СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ ЯЗВЫ ОСЛОЖНЕННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЕМ У БОЛЬНЫХ С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

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

Резюме. *Актуальность:* В настоящее время коморбидность представляет собой одну из актуальных междисциплинарных проблем клинической медицины. Вместе с тем в современной литературе количество учебных и учебно-методических пособий, монографий и других научных изданий, отражающих суть коморбидности и её прогностическую значимость для пациента, явно недостаточное. Отсутствуют также и национальные клинические рекомендации по ведению пациентов с коморбидными заболеваниями. Цель проведения обзора — акцентирование внимания практических врачей на важности своевременного выявления коморбидного характера течения внутренней патологии, необходимого для правильного выбора лечебных мероприятий у пациентов, страдающих множественными заболеваниями, проведения ранней профилактики возможных осложнений и формирования благоприятного прогноза. В качестве одного из примеров коморбидной патологии рассмотрены симптоматические гастродуоденальные язвенные поражения, поздняя диагностика и отсутствие ранней профилактики которых могут становиться причинами возникновения у пациентов желудочно-кишечных кровотечений и связанных с ними летальных исходов. В статье отражены определение коморбидности, существующие синонимы, её основные виды, методы оценки. Проанализированы причины и факторы развития коморбидных заболеваний, их распространённость в популяции. Акцентировано внимание на правилах формулировки клинического диагноза коморбидного пациента, необходимости учёта коморбидности при выборе алгоритма комплексной диагностики и рационального лечения заболевания. Подчёркнута важность оценки риска лекарственного взаимодействия при фармакотерапии коморбидных заболеваний и возможных осложнений. Подробно разобраны эпидемиология симптоматических гастродуоденальных язв, их патогенез, общая клиническая картина и её особенности в зависимости от конкретного вида, трудности диагностики.

Ключевые слова: коморбидность, симптоматические гастродуоденальные язвы, желудочно-кишечное кровотечение, межлекарственное взаимодействие.