

ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРАСИДАН ҚОН КЕТИШДАГИ ФАКТОРЛАР.

Махманазаров О.М.

Хусенов И.Х.

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

Хулоса. Ҳозирги вақтда айниқса катта ёшдагилар ва қарияларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси сабабли қон кетишлар икки баробарга ошди. Ошқозон ичак тизимидан яралар сабабли ўткир қон кетишлардан ўлим ҳолати 5-20 % ни ташкил қилса, шошилиш операциялардан кейин 4-73%, қарияларда эса ушбу кўрсаткич 80% дан юқори.

Калит сўзлар: яра касалликлар; НПВС, қон кетишлар.

Яра касаллиги (ЯК) ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг чегараланган чуқур нуқсони билан ифодаланувчи, сурункали кечувчи, мавсумий ҳолда такрорланиб, яъни қўзғалиб ва сокинлашувчи касаллик ҳисобланади.

Дунё аҳолиси эркакларининг 11-14%, аёлларнинг 8-11% ҳаёт давомида яра касаллиги билан касалланиши аниқланган. АҚШ аҳолисида ҳар йили 500000 кишида 1- марта яра касаллиги ва 4 млн дан кўпроқ кишиларда яра касаллигининг қўзғалиши аниқланади [125; p.613-24, 126; p. 102-13, 135; p. 1005-12]. ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ошқозон яраларига нисбатан 4-5 баробарга кўпроқ учрайди. Дуоденал яралар аёлларга нисбатан эркакларда кўпроқ учрасада, ошқозон танаси яралари ҳар иккала жинсда бир хил кўрсаткичда учрайди.

Ҳозирги кеча кундузда нафақат Ўрта Осиё ҳудуди, балки Россия ва бир қанча хорижий муаллифларнинг маълумотларича чет мамлакатларда ҳам асоратланмаган яра касаллиги билан беморларни касалхонага ётқизиш сезиларли даражада камайган. Яра касаллигини тарқалиши кўрсаткичини таҳлил қилиш борасида РФ соғлиқни сақлаш вазирлиги статистик маълумотларига қараганда 2006-2017 йилларда яра касаллигининг учраши 100000 кишига 128,7 дан 79,5 тагача камайганлиги қайд этилган. Лекин шу билан биргаликда бутун жаҳонда яра касаллигининг асорати айниқса қон кетиши ва перфорация кўпайганлиги қайд этилиб, бунинг асосий сабаби ЯҚНДВ ни қўллаш билан ифодаланади [23; 49-70-б., 126; p. 102-13].

ЯКнинг келиб чиқишида, унинг пайдо бўлиш патогенезида ошқозон таркибидаги агрессия(кислота, пепсин) омили билан шиллик қаватдаги химоя омилининг номуносивлиги яъни мувозанатининг бузилишидир.

Яра пайдо бўлишидаги агрессив муҳит, ушбу ҳудудда қопловчи тўқималарнинг кўпайиши сабабли гастриннинг гиперпродукцияси, ошқозонда кислота ажралишининг асаб ва гуморал бошқарилишининг бузилиши, пепсин ва пепсиногеннинг ишлаб чиқарилишини ошиши, гастродуоденал моториканинг бузилиши (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда эвакуациянинг ошиши ёки пасайиши) шиллик қаватнинг *Helicobacter pylori* микроорганизмлари билан зарарланиши каби омилларни ўз ичига олади.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қавати химоя қобилятининг пасайишига эса ошқозон шиллик суюқлигининг камайиши ёки таркиби, сифатининг ўзгариши, бикарбонатлар ажралишининг камайиши, эпителий хужайралари регенератор хусусияти фаоллигининг пасайиши, ошқозон шиллик қавати қон айланишининг бузилиши, ошқозон деворида простогландинлар миқдорининг пасайиши (масалан яллиғланишга қарши ностероид дори воситаси қўлланилганда) сабаб бўлиши мумкин.

Ҳозирги вақтда яра касаллигининг келиб чиқишида 1983 й Австралия олимлари Маршал Б. ва Уоррен Дж. томонидан кашф этилган, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватида тарқалган - *Helicobacter pylori* нинг ўрни муҳим ҳисобланмоқда.

Helicobacter pylori нинг ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватига зарарли таъсирининг турли хил усуллари аниқланган. Ушбу микроорганизмлар ҳаёт жараёнида шиллик қаватни химоя қобилятини ва бутунлигини бузувчи цитотоксинлар ҳамда уреаза, протеаза, фосфолипаза каби бир қанча ферментларни ишлаб чиқаради. Микроорганизмлар ичида патоген хусусияти юқори бўлган *Vac A*-штам *H. Pylori* бўлиб, бу ўзидан вакуолизацияловчи цитотоксин ажратиб бу эса эпителиал хужайраларнинг некрозига олиб келади. *H. Pylori* ошқозон шиллик қаватида интерлейкинларни, некроз ва ўсмалар омили бўлган лизосомал энзимларни ажратиб, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватида яллиғланиш жараёнини чақиради.

Ошқозон шиллик қаватида *Helicobacter pylori* (*H. Pylori*) нинг тарқалиши юзаки антрал гастрит ва дуоденит билан кечиб, бу эса гастрин миқдорининг ошишига, кейинчалик хлорид кислотанинг ажралишини кўпайишига олиб келади. Катта миқдордаги хлорид кислота ўн икки бармоқли ичак бўшлиғига ошқозон ости беги бикарбонатлари бўлмаган шароитда дуоденитнинг ривожланишига туртки бўлади. Ундан ташқари ушбу жараён ўн икки бармоқли ичакда ўчоқли ошқозон метаплазияси, яъни ўн икки бармоқли ичак шиллик қавати эпителийсининг ошқозон турига қайта қурилиши намоён бўлиб бу эса

ушбу ҳудудда *Helicobacter pylori* (H. Pylori) тарқалишини таъминлайди. Кейинчалик эса давом этувчи ноқулай муҳит ва қўшимча омилларнинг, яъни ирсий берилувчанлик, зарарли одатлар, руҳий тушкунлик ва ҳ.к. нинг қўшилиши натижасида шиллиқ қаватнинг метаплазияга учраган соҳасида яра нуқсони шаклланади [125; p. 613-24].

Яра касаллигининг келиб чиқиши ва кечишида *Helicobacter pylori* (H. Pylori) нинг тутган ўрни ушбу касалликни тавсифлашда инобатга олинади. H. Pylori нинг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб яра касаллиги H. Pylori билан инфекцияланган ва инфекцияланмаган турларга ажратилади. Шунингдек мустақил эссенциал яралар (ЭЯ), ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак симптоматик яралари (дорилар сабабли, руҳий тушкунлик, эндокрин бузилишлар ва бир қанча бошқа касалликлар натижасида) тафовут қилинади.

Ошқозон деворининг айнан маълум бир чегараланган ҳудудида шаклий ўзгаришларнинг пайдо бўлишига сабаб нима? Сурункали гастритнинг турли кўринишлари: *Helicobacter pylori* (H.P), билиар гастродуоденал рефлюкс-гастрит, лимфоцитар гастрит, аутоиммун гастритларнинг келиб чиқишидаги омилларнинг тутган ўрни ва сабаби нимадан иборат деган савол қолиб келмоқда. Масалан *Helicobacter pylori* соғлом кишиларнинг 60% да учрайди, яра касаллиги эса 0,20% ни ташкил қилади [78; p. 2811-2817]. Ушбу ҳолат яра касаллиги билан H.p ўртасидаги боғлиқлик тўғрисидаги назариялар устида ишлашга ундайди [134; p. 8683]. Ҳозирги вақтда олимлар ошқозон шиллиқ қавати микроциркуляциясининг ўзгаришларига катта эътибор қаратмоқда. Ўз вақтида Вирхов ва Ашоффлар ошқозон деворидаги гемодинамик ўзгаришлар яранинг келиб чиқишида асосий рол ўйнашини асослаб беришган. Уларнинг назарияси ҳозирги вақтда ошқозон деворидаги яраларнинг шакли ва жойлашган жойи ҳақида тушунча бера олади [78; p. 2811-2817]. Уларнинг ушбу соҳадаги илмий изланишлари шиллиқ ости томир тўрлари деворий қон айланишнинг функционал пасайишида ошқозон деворида кичик чегараланган инфаркт зоналари ва ушбу соҳада яраланиш ҳамда фибриноид некроз пайдо бўлишини аниқлади.

Руҳий зўриқиш сабабли келиб чиқадиган яралар кўпинча кўп сонли бўлиб эрозиялар билан кечади ва ошқозон деворининг маълум бир жойида марказлашади. Улар шиллиқ қават чегарасидан чиқмайди. Стресс яралари биологик руҳий зўриқишлардан, ўткир орган етишмовчиликларидан ёки турли хилдаги шок ҳолатларидан кейин келиб чиқади. Ўткир яраларнинг тешилиши (перфорация) эса ўта кам ҳолатларда учраб яранинг диаметри 1 см дан кичик бўлади. Бу яралар атрофи қаттиқлашмаган, юмшоқ, эластик ва инфильтратсиз бўлиб яллиғланиш реакцияси белгилари кузатилмайди. Ҳозирги вақтда ўткир

стресс яралар учраш кўрсаткичи профилактика муложалари натижасида 50% га камайган [142; p. 176-97].

Эсенциал яралар (ЭЯ) ташхислашда ва унинг кечишида босқичларга ажратилади: кўзғалиш даври, битиш, чандикланиш, сокинлик ва шунингдек ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак чадиқли деформацияси қайд этилади [23; 49-70-б.]. Шундай қилиб адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар ва уни ўз вақтида ташхислаш ҳамда тўхтатишга бағишланган кенг қамровли илмий ва амалий ишлар бажарилганлигига қарамасдан консерватив, миниинвазив даво усуллари ва операциядан кейинги асоратлар, ҳамда ўлим кўрсаткичи юқорилигича қолмоқда. Кўп жиҳатдан эса ушбу асоратларнинг кўплиги беморда мавжуд бўлган қўшимча касалликларга, хавф омилларига, қон кетишининг давомийлиги ва беморнинг аҳволини ўз вақтида баҳолашдаги ҳамда даво усулини танлашдаги хато камчиликларга боғлиқ бўлиб қолмоқда.

Шу билан бирга охирги йилларда олиб борилган тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатдики, муаллифлар патологик жараённинг кечишини муқобиллаштириш мезонлари сифатида қон кетишининг хавф омиллари информатсион аҳамиятига эътибор қаратмоқдалар. Бизга маълум бўлган маҳаллий ва хорижий адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики ошқозон ичак тизимининг юқори қисмидан ўткир қон кетишлар, айниқса қўшимча касалликлар ва хавф омиллари билан кечишида уларни ўз вақтида ташхислаш ва даво усулларига қараб натижаларини башоратловчи ҳамда баҳолаш тўғрисида маълумотлар йўқлигини кўрсатди.

Юқоридагиларни инобатга олган ҳолда тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлган ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар ва уни ўз вақтида ташхислаш ҳамда тўхтатишнинг тўлалигича ҳал қилинмаган муаммолари мавжуд бўлиб, беморларда ЯҚНДВ қўллашга кўрсатма, қўллаш тартиби, қарши кўрсатма, қўллаш муддати, эҳтиёт чоралари ва. ҳ.к. ишлаб чиқиш анчагина илмий изланишларни талаб қилади. Биз шуғулланган илмий тадқиқот жарроҳликнинг айнан ушбу муаммосига қаратилган.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Абдуллаев А.Н., Литвинова Д.В. Оценка влияния факторов риска на развитие желудочно-кишечных кровотечений //Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. – 2018. - №2. - С. 33-33.
2. Барская Л.О., Храмых Т.П., Полуэктов В.Л. Острое повреждение желудка после расширенной гемигепатэктомии //Вестник уральской медицинской академической науки. – 2012. – С.85.
3. Вялов С.С. Восстановление слизистой желудочно-кишечного тракта или снижение кислотности желудка. Приоритеты в лечении. Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. - 2016. - №1(15). - С.45-48

4. Гельфанд Б.Р., Мартынов А.Н., Гурьянов В.А., Оганесян Е.А., Базаров А.С., Черниенко Л.Ю. Профилактика стресс-повреждения верхнего отдела желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. РАСХИ. Методические рекомендации. - Москва. - 2004. - 18с.
5. Джаббарова А. М. Особенности классификации и клинического течения язвенной болезни желудка // Интер наука. – 2020. – №44. – С. 43-44.
6. Еремеев А.Г. Острые желудочно-кишечные кровотечения (ОЖКК) в начале 21 века // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2018. – №2. – С. 64-64а.
7. Заривчацкий М. Ф., Кравцова Т. Ю. Плазменные факторы гемостаза при сочетанном течении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и артериальной гипертензии // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2018. – №8 (156). – С. 45-49.
8. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А., Баранская Е.К. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки, вызванных нестероидными противовоспалительными препаратами // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. - №24(6). -С.89-94.
9. Кубышкин В.А., Шишин К.В. Эрозивно-язвенное поражение верхних отделов желудочно-кишечного тракта в раннем послеоперационном периоде. Журнал консилиум медикум. -2002. - №2. - С.33-39
10. Леонченко С.В., Петюшкин В.Н., Мотин А.П., Дёмин А.А., Боботина Н.А. Клинический случай хирургического лечения пептической язвы гастроэнтерологоанастомоза. Наука молодых. - 2021. – Том 9. - №1. - С.101-106
11. Михайлов А.П., Данилов А.М., Напалков А.Н., Шулгин В.Л. Острые язвы и эрозии пищеварительного тракта. Учебное пособие. СПб.из-во С.Петербург. - 2004. - 96 с.
12. Низов А.А. Клинический случай сложности дифференциальной диагностики инфаркта миокарда и язвенной болезни двенадцатиперстной кишки //Одышка и ассоциированные синдромы. – 2018. – С. 172-174.
13. Олевская Е.Р., Тарасов А.Н., Долгушина А.И., Микуров А.А. Анализ эффективности различных способов гемостаза и профилактики кровотечения при портальной гипертензии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2016. - №7. - С.95-99
14. Петров Ю.В. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в зависимости от вида кровотечения. Автореферат дисс. на соискании ученой степени канд. мед. наук. - 2016. - 24 с.