

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ  
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

**А.Д.Фаязов, А.И.Ахмедов**

**ОҒИР КУЙИШДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ  
ҚОН КЕТИШЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ**

**Услубий тавсиянома**



**Тошкент-2022**

617  
P 340

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ  
ВАЗИРЛИГИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Фан ва таълим бошқармаси  
бошлиғи, т.ф.д., профессор



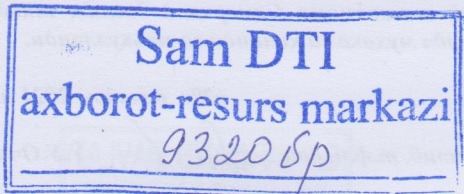
У.С.Исмаилов

«18» 01 2022 й.

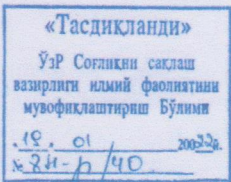
Фаязов А.Д., Ахмедов А.И.

ОҒИР КУЙИШДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАР  
ПРОФИЛАКТИКАСИ

(Услубий тавсиянома)



Тошкент – 2022



**Муаллифлар:**

**Фаязов А.Д.**

**Ахмедов А.И.**

Т.ф.д, Республика шошлиянч тиббий ёрдам илмий  
маркази комбустиология бўлими раҳбари  
СамДТИ Педиатрия факультети хирургик  
касаликлари кафедраси ассистенти

**Тақризчилар:**

Акилов Х.А

Хақимов Э.А.

т.ф.д., проф. Тиббий ходимларнинг касбий  
малакасини ривожлантириш маркази директори  
т.ф.д. РШТЁИМ Самарқанд филиали  
комбустиология бўлими бошлиғи

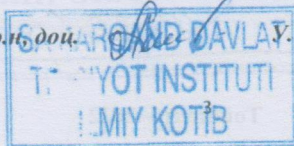
**Аннотация:** услубий тавсияномада оғир куйиш жароҳатларида гастродуоденал қон кетишлар келиб чиқишидаги ҳавfli омилларни аниқлаш мезонлари, гастродуоденал қон кетишларнинг клиник кечиши ва диагностикаси замонавий ёндошувлар асосида ёритилган бўлиб, бу амалиётдаги охириги маълумотлар билан тўлдирилган. Куйиш жароҳатидаги гастродуоденал қон кетишларни даволаш натижаларини яхшилаш ва амалиётта жориш қилиш жиҳатлари келтириб ўтилган. Бундан ташқари, клиник ва диагностика ёндошувлар асосида куйиш жароҳатларида гастродуоденал қон кетишларни келиб чиқишини эрта аниқлаш ва профилактика қилиш бўйича алгоритмлар тузилган ва бу амалиётдаги врачлар учун муҳим дастур бўлиб хизмат қилади.

Услубий тавсиянома ўқув адабиёти сифатида умум амалиёт шифокорлари, комбустиологлар, хирурглар ва тиббиёт олийгоҳларининг юқори курс талабалари, магистрлар ва клиник ординаторлар учун мўлжалланган.

*Услубий тавсиянома Самарқанд давлат тиббиёт институти Илмий кенгашида муҳокама қилинди ва маъқулланди.*

*«29» декабрь 2021 йил. №5-сонли баённома*

*Илмий котиб, т.ф.н. доц. У. У. Очилов*



МУНДАРИЖА

Кириш	4
1 Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг анатомияси ва физиологияси	5
2 Оғир куйишда гипоталамо-гипофизар-буйрак усти бези тизимидаги ўзгаришлар	6
3 Оғир куйишда гастродуоденал қон кетишлар клиникаси ва диагностикаси	7
4 Оғир куйишда гастродуоденал қон кетишларнинг даволаш натижалари	13
5 Термик жароҳат олган беморларда стрессли яра фонида гастродуоденал қон кетишини прогнозлаш дастури	18
6 Хулоса	21
7 Фойдаланилган адабиётлар	23

## КИРИШ

Куйишдаги гастродуоденал асоратлар экзоген ва эндоген омиллар таъсирида стрессли яралар клиникасининг яширин кечиши натижасида ўз вақтида диагностика қилинмаганлиги сабабли юз бермоқда. Шунинг учун ҳам куйиш касаллигидаги оғир асоратлардан бири ҳисобланган гастродуоденал стрессли ўткир яралар ва уларнинг оқибатидаги қон кетишлар тиббиётнинг долзарб муаммоларидан саналади. Куйишдаги гастродуоденал стрессли яралардан қон кетишлар ҳозирги кунда 20-25% ташкил қилади. Стрессли яралардан қон кетишнинг ривожланиши ўлим кўрсаткичини реанимация бўлимларида 55-70%га, куйиш бўлимларида 2,7%-7%га ва умумий даволанган беморлар орасида 4,4%-10% га етмоқда.

Стресс билан боғлиқ бўлган гастродуоденал қон кетишлар олинган жароҳатининг 5- ва 7- кунлари ривожланиши мумкин, баъзида эса эртароқ бўлиши мумкин. Одатда ўткир стрессли эрозив яраларда қон кетиш интенсив бўлмайди ва кўпгина ҳолларда ривожланиб ҳаётга хавф солувчи даражагача етиши мумкин.

Меъда ва ўн икки баомоқ ичак сурункали яра касаллиги билан оғриган беморларда, айниқса қон кетиш асорати кузатилган беморларнинг аҳволи қон йўқотиш миқдори билан аниқланса, куйиш касаллигида эса биринчи навбатда шок фонидаги кўп аъзолар етишмовчиги токсемия, септикотоксемия билан аниқланади. Шу билан бирга, ўткир эрозив яралардан қон кетиши, шунингдек шиллик пардаларда янги дефектларнинг ҳосил бўлиши травматик равишда боғламаларни алмаштириш ва операциялар ўтказиш билан ҳам боғлиқдир.

Барчага маълумки, ҳар қандай стресс симпатоадренал системанинг активлашиши ва натижада адреналин ишлаб чиқишининг миқдори ошиши билан узвий боғлиқ. Бу эса қон томирларининг адренергик нерв аппаратида морфологик ўзгаришларни келтириб чиқариши табиийдир. Бу ўз навбатида стресс ҳолатидаги ички аъзолар нерв трофикаси ва ангиогенезнинг бузилишларига олиб келиши ва стресс жароҳатлари пайдо бўлишига ва кўпинча гастродуоденал қон кетишларга сабаб бўлади.

Бугунги кунда стресс фонидаги критик ҳолатларда гастродуоденал қон кетишларни даволаш ва профилактика қилиш схемалари ишлаб чиқилган бўлиб, оғир куйишдаги гастродуоденал қон кетишларда ҳам қўлланилмоқда. Бу куйиш касаллигини даволаш принципларига ҳамма вақт ҳам тўғри келмайди. Шунинг учун оғир куйиш жароҳатларида гастродуоденал қон кетишларни даволаш ва профилактика қилиш бир мунча ўзига хос бўлиб, куйиш касаллигининг умумий кечиш хусусиятларини ҳам ҳисобга олиш зарурлигини кўрсатмоқда.

## 1. ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАКНИНГ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ошқозон қорин бўшлиғининг юқори қисмида интраперитонеал жойлашган аъзо бўлиб, унда қуйидаги қисмлар фарқланади: кардиал, гумбаз ёки туб қисми, танаси, антрал ва пилорик қисмлар. Пилорик қисм пилорик канал билан тугалланади ва шундан сўнг ўн икки бармоқ ичак бошланади. Меъда қорин юқори қисмида, кўпроқ чап ярмида жойлашади. Қорин олди деворида унинг проекцияси чап коворга ости ва камроқ тўш ости сохаларига тўғри келади. Меъда кичик эгрилиги жигар дарвозаси билан *L. hepatoduodenalis* боғлам, талок билан эса *L. gastrolienalis* боғлам ва кўндаланг чамбар ичак билан *L. gastrocolica* ёрдамида боғланган.

Ошқозоннинг артериал қон билан таъминланиши бир неча артериялар ёрдамида амалга оширилади: чап ва ўнг меъда артериялари кичик эгрилик бўйича (*a. gastrica dextra et sinistra*) улар ўзак артерияси ва умумий жигар артерияси тармоқлари ҳисобланади. Катта эгрилиги бўйича эса *a. lienalis* артерияси ва *a. pancreaticoduodenalis* тармоғи бўлган чап ва ўнг *a. gastroepiploica dextra et sinistra* жойлашади. Ундан ташқари меъданинг туб қисмини артериал қон билан таъминлашда талок артерияси тармоғи бўлмиш *a. brevis* иштирок этади. Бу ошқозон катта ва кичик эгриликлари бўйлаб жойлашган катта артериялардан меъданинг орқа ва олди деворларига майда тармоқлар тарқалиб, катта ва кичик эгрилик артериялари меъда деворида анастомозлар ҳосил қилади.

Ошқозоннинг веноз системаси артериялар системасини тузилиши такрорлайди ва меъданинг қоранар веналари қизилўнгач веналари орқали юқори ковак венаси системаси билан боғланади. Ошқозоннинг веналари портал вена системаси билан ҳам боғлиқ. Шу сабабли меъда ва қизилўнгач веноз системаси портал гипертензия ҳолларида кенгайиши ва қон кетишга сабаб бўлиши мумкин.

Ошқозон нерв иннервацияси куёш чигалидан чиқувчи симпатик тоналар ва адашган нерв тармоқларидан парасимпатик иннервацияни олади. Ошқозон лимфатик тугунлари меъданинг кичик ва катта эгриликлари бўйлаб, ҳамда талок дарвозаси ва ўзак артерияси атрофида жойлашган бўлиб, лимфатик томирлар орқали бир-бири билан боғлиқдир.

Ошқозон девори 4 қаватдан ташкил топган бўлиб, уларнинг ташқи қаватини сероз қавати ташкил қилади. Сероз қаватининг ўзи бу вицерал қорин пардадан иборатдир. Кейинги қаватини 3 қаватдан иборат бўлган мушак қавати ташкил қилади: мушаклар бунда бўйлама, циркуляр ва кийшик йўналишга эгадир. Мушак қавати остида шиллиқ қавати ости қавати жошлаган бўлиб, бунда ёғ клетчаткаси ва қон томирлари жойлашади. Охирги 4 қаватини шиллиқ қавати ташкил қилиб, бунда кўплаб эндокрин ва экзокрин хужайралар жойлашади. Жумладан, бош хужайралар, яъни оксилларни аминокислоталарга парчаловчи пепсиноген ишлаб чиқарувчи хужайралар, хлорид кислотаси ишлаб чиқарувчи – париетал хужайралар ва мукоид секрет ишловчи – қўшимча хужайралар жойлашади. Бундан ташқари

меъданинг антрал қисмида гастрин ишлаб чиқарувчи G-хужайлари жойлашади. Бу хужайра секретри – гастрин қонга тушган ҳолда париетал хужайраларни рағбарлантирган ҳолда хлорид кислота ишлаб чиқариши стимуляция қилади.

Меъда бўшлиғига тушган озиқ овқатлар меъда шиллик қавати хужайралари секретлари ёрдамида бирламчи химик ва меъда девори перистальтикаси ёрдамида механик ишловдан ўтади.

Меъда секрецияси 2 даврдан: базал ва стимуляцияланган даврдан ташкил топган бўлиб, охиргисининг ўзи эса нерв-рефлектор ёки вагус (цефалик), нейро-гуморал ёки меъда ва ичак даврларидан иборат бўлади.

Меъда мотор ва эвакуатор функциялари унинг девори мушаклари қаватининг фаолияти ҳисобига амалга оширилади. Меъдадан унинг сақламалари эвакуацияси тезлиги сақлама миқдори, консистенцияси ва таркиби билан белгиланади. Меъда сақламаси ўн икки бармоқ ичакка пилорик жомнинг вақти-вақти билан очилиш ва ёпилиш ҳаракатлари ёрдамида порцион шаклда амалга оширилади. Меъданинг нордан мухитга эга бўлган луқмасининг ўн икки бармоқ ичакка тушиши, унинг хеморецепторлари таъсирланишига ва пилорик жомнинг рефлектор ёпилишига сабаб бўлади. Бу меъда луқмасининг сафро, меъда ости беши секретлари ёрдамида ишқорий ҳолатга ўтиши эса яна пилорик жомнинг очилишига ва кейинги меъда овқат луқмасининг ўн икки бармоқ ичакка эвакуациясини таъминлайди. Ўн икки бармоқ ичак бўшлиғига тушадиган сафро ва панкреас секретлари ёрдамида углеводлар, оксиллар ва ёғлар парчланади ва кейинги овқатнинг ингичка ичакда ҳазм бўлишига тайерланади.

## 2. ОГИР КУЙИШДА ГИПОТАЛАМО-ГИПОФИЗАР-БУЙРАК УСТИ БЕЗИ ТИЗИМИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Оғир куйишларда катехоламинлар, глюкокортикоидлар, дофамин ва глюкагон секрециясининг ошиши гиперметаболик реакциянинг асоси ҳисобланади. (Jeschke M.G., 2014). Кучли ва узок муддатли метаболик ва яллиғланиш реакциялари, шунингдек, гормонал регуляциянинг узок муддатли ўзгаришлари жиддий клиник асоратларга олиб келади.

Оғир куйишда организмнинг жавоб реакцияси сифатида плазмада адренкортикотроп гормони (АКТГ) ва кортизол миқдорининг тезликда ошиши кузатилади(Brown N.J.,2014). Ҳозирги вақтда оғир куйишда гиперкортицизмнинг давомийлиги бўйича аниқ далиллар мавжуд эмас.

Қон зардобдаги кортизол миқдори стресснинг сезгир кўрсаткичи бўлиб, унинг ошиши куйиш травмасининг оғирлигига тўғри пропорционал. Яъни куйиш жароҳатларининг оғирлиги билан кортизол концентрациясининг қон зардобда ошиши кузатилади. Оғир куйишда гиперкортицизм 3 йилгача сақланиш мумкинлиги адабиётларда келтирилган. (Rojas Y., 2012). Кўпгина тадқиқотлар куйиш касаллигининг ижобий ва салбий оқибатлари бўлган

беморларда кортизол даражасида фарқ йўқлигини кўрсатди, аммо охириги йилларда бу ўз тасдиғини топмади(Graves К.К., 2012).

Балким, бу қарма-қарши фикрларнинг келиб чиқиши кортизолнинг тўқимадаги активлиги ҳамма вақт ҳам номоён бўлмаси билан боғлиқ бўлиши мумкин. Дарҳақиқат, яқинда ўтказилган тадқиқот шуни кўрсатдики, микродиализ орқали тўқималарда ўлчанган кортизол даражаси, плазмада ўлчанган умумий ёки эркин кортизолга боғлиқ эмас экан.

Шундай қилиб, буйрак усти безининг узок муддат стимуляцияси натижасида жиддий асоратларнинг ривожланиши унинг функцияси сусайиши оқибатида юзага келади. Бу асорат, камдан-кам (<0,1%) бўлса-да, куйиш касаллигида ўлим эҳтимолининг юқори бўлишига олиб келади. Шундай қилиб, куйган беморларда кортизолнинг миқдорий ўзгаришлари асосида, буйрак усти безлари функционал фаолияти билан боғлиқ бўлган жиддий асоратларнинг келиб чиқишида, шу жумладан гастродуоденал асоратлар ривожланганда беморларни диққат билан кузатиш ва текшириш керак.

### 3. ОҒИР КУЙИШДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАР КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Узоқ вақт оғир куйган беморларнинг критик ҳолатда интенсив терапия олиб борилиши фонида ошқозон-ичак трактида эрозив ярали асоратлар келиб чиқиши ва натижада кўпинча гастродуоденал қон кетиш(ГДҚК) ларга сабаб бўлмоқда.

ГДҚК лар хавфли омиллари тўғрисида 1994 йилда The New England Journal of Medicine журналида эълон қилинган мақолада критик ҳолатларда келиб чиқиши мумкин бўлган 25та фактор кўрсатиб ўтилган. Яъни уларнинг аоссий қисми стресс билан боғлиқ бўлган ҳолатлардир.

Кўпгина тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, 48 соат ёки ундан кўпроқ вақт давомида суъний нафас аппарати орқали ўпка вентеляциясини таъминлаш ГДҚК учун хавфли омили сифатида қабул қилинади. Шу муносабат билан, суъний нафас олишни аппаратида бўлган беморларда хавф омилларини ўрганиш бўйича кўплаб тадқиқотлар ўтказилди. D. J. Cook (1994) бошчилигидаги бир гуруҳ муаллифлар буйрак дисфункцияси ва узок муддатли энтерал озиклантириш эҳтиёжи ва суъний нафас аппарати фонида бўлган беморларда ГДҚК учун бевосита прогностик омиллар эканлигини аниқладилар.

Бундан ташқари, суъний нафас аппаратидаги беморларда буйрак ва юрак-кон томир тизимидаги дисфункционал ҳолатлар ва тромбоцитопениянинг  $<100 \times 10^9 / \text{л}$  бўлиши статистик тахлилларга кўра ГДҚКлар учун муҳим хавфли омил эканлигини такидлайди.

Y.F. Chu et al. (2010) ўтказган таҳлилларига кўра, суъний нафас аппаратидаги босимнинг 30 мм.суб.уст.дан баланд бўлиши, буйрак дисфункцияси ва тромбоцитопения $<50 \times 10^9 / \text{л}$  ёки актив протромбин вақтининг нормага нисбатан 10 секундга чўзилиши ГДҚКлар хавфини



ошириши аниқланган. Кўпчилик муаллифлар ушбу мавзу бўйича ўтказган тадқиқотлар юзасидан кенг қамровли қуйишни ўта оғир ҳолатлардан бири ҳисоблаб, у шунга мос равишда ГДҚК учун ҳавф омили деб баҳолайди. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, ГДҚК ҳавфи мавжуд бўлган минимал қуйиш майдони 20% ни ташкил қилади деган фикрда.

Қуйиш жароҳатидан ташқари, шокка қарши терапияни кечиктириб бошлаш, профилактик антисекретор терапияни ўз вақтида ўтказмаслик, ингалацион травма ва қуйиш сепсислари сифат жиҳатдан ГДҚК учун ҳавфли омил сифатида қараш керак деб ҳисобланмоқда.

Бундан ташқари, оғир қуйишларда шока қарши терапиянинг кучайтириш фонида қорин ички босимининг ошиши ва унинг натижасида келиб чиққан абдоминал компартмент синдром(АКС)и ҳам ГДҚК лар учун ҳавфли омил саналади.

Шундай қилиб, оғир қуйишлардаги критик ҳолатлар доимий равишда ГДАлар учун ҳавфли омил исобланиб, бугунги кунда бу борадаги илмий изланишларда мужассам фикрларнинг йўқлиги ва охиригача ечилмаган муаммоларнинг борлигини кўрсатмоқда.

Гастроудоденал асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш критик ҳолатдаги беморларда гастроудоденал қон кетишларнинг энг самарали профилактикасини таъминлаб беради. Одатда ўткир стрессли эрозив яраларда қон кетиш интенсив бўлмайди ва камдан-кам ҳолларда ривожланиб ҳаётга ҳавф солувчи даражагача етиши мумкин.

Оғир қуйишида 48та беморлар кузатилганда улардан 18(37,5%)тада гастроудоденал қон кетишлар назогастрал зонддан қусиш ёки кофе қуйқаси кўринишида кузатилди. 14(29,2%)та беморларда мелена кўринишида кузатилди. Иккала симптомнинг биргаликда учраши 16(33,3%) беморларда кузатилди.

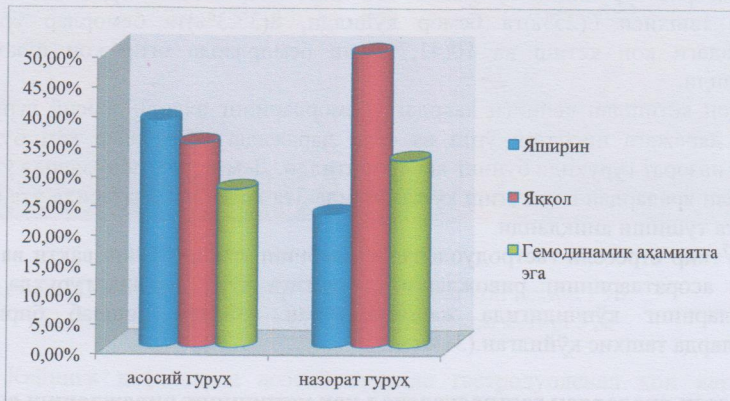
Гастроудоденал қон кетиш кузатилганларнинг орасида кўзгалувчанлик (1та беморда) тормозланиш (4 беморда), чанқоклик ёки очлик хисси(7та беморда) кузатилди. Барча беморларда - тахикардия (115-120 марта 1 минутда), гипотония 31 (90-100 мм рт.ст.), тахипноэ (24-28 марта 1 минутда) кузатилди. Клиник ва эндоскопик маълумотлар диагностика ва даволаш тактикасини аниқлаш учун асос бўлди. Беморларни икки гуруҳга: асосий(п=26) ва назорат(п=22) гуруҳларига ажратдик.

D.J. Cook ҳаммуаллифлар (1994) таснифига мувофиқ яширин, яққол ва гемодинамик аҳамиятга эга қон кетишларни турларга ажратилди.

15 (31,3%) та беморларда гастроудоденал қон кетишлар яширин кўринишида бўлди. Бу беморлар нажасини яширин қон кетишга текшириш орқали аниқланди. 9 беморларда Грегерсен бензидин реакцияси, 6 беморда Вебер реакцияси ижобий натижалли бўлди. (1-расм).

**Д.Ҷ. Соқ таснифи бўйича қон кетишларнинг характериға кўра беморларнинг тақсимланиши**

1-расм

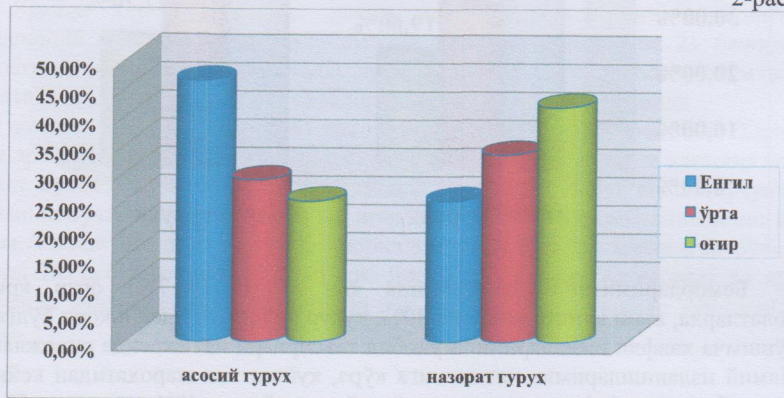


Диаграммадан кўриниб турибдики, асосий гуруҳда аниқ ва гемодинамик аҳамиятли гастродуоденал қон кетишлар қиёсий жихатдан назорат гуруҳига нисбатан камроқ кузатилади.

Гастродуоденал қон кетиш фониди келиб чиққан қон йўқотишнинг оғирлиги А.И. Горбашко таснифиға мувофиқ лаборатория, клиник ва инструментал маълумотларни таққослаш асосида баҳоланди(2-расм).

**А.И. Горбашко таснифи бўйича беморларнинг тақсимланиши**

2-расм



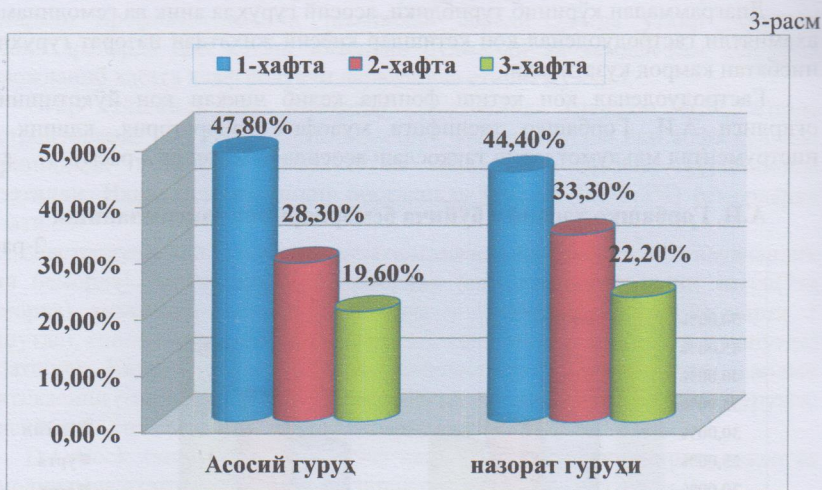
Асосий гуруҳда куйиш тан жароҳатини олганларда энгил қон кетиш таъхиси 13(46,3%)га беморга қўйилди, 8(28,7%)га беморлар ўртача даражадаги қон кетиш ва 7(25%) та беморларда оғир қон йўқотиш аниқланди

Назорат гуруҳида эса куйиш тан жароҳатини олганларда энгил қон кетиш таъхиси 6(25%)га бемор қўйилди, 8(33,3%)га беморлар ўртача даражадаги қон кетиш ва 10(41,7%) та беморларда оғир қон йўқотиш аниқланди.

Қон кетишдан кейинги даврдаги беморларнинг аҳволи асосий гуруҳда энгил даражага нисбатан ўрта ва оғир даражадаги беморлар кам бўлган бўлса, назорат гуруҳида бунинг акси кузатилди. Демак, гастродуоденал ўткир стрессли яралардан қон кетиш кузатилганда 3та ҳолатдан биттасида ўта оғир аҳволга тушиши аниқланди.

Ўткир стрессли гастродуоденал яраларнинг пайдо бўлиш вақти ва қон кетиш асоратларининг ривожланиш тезлигига кўра, иккала гуруҳда ҳам беморларнинг кўпчилигида жароҳат олган пайтдан бошлаб биринчи ҳафталарда таъхис қўйилган.(3-расм).

### Стрессли яралардан гастродуоденал қон кетишнинг ривожланиш вақти



Беморларимизнинг аксариятида қон кетиш (48,7%) оғир критик ҳолатларда, яъни куйиш майдони 40%, чуқур куйиш 20%дан юқори бўлганда қўшимча хавфли омилларнинг муқобил таъсирлари натижасида ривожланди. Илмий изланишларимиз натижасига кўра, куйиш тан жароҳатидан кейинги дастлабки икки ҳафта ичида умумий куйиш майдони 40%дан юқори бўлган беморлар орасидаги 54,3%ни ва чуқур куйганлар орасидаги умумий куйиш майдони 20% бўлган беморлар орасида эса 81,4% ҳолатларда гастродуоденал қон кетишлар кузатилди. (4-расм).



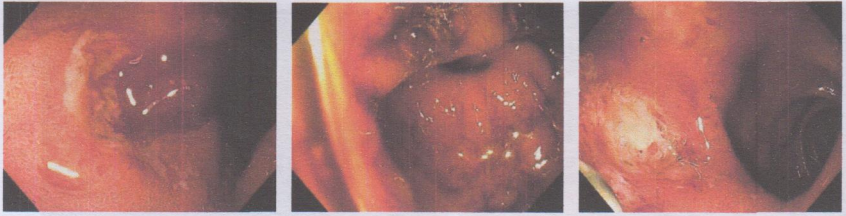
А) Ошкозондаги ўткир стресли ярадан қон кетиш F1b.  
 Б) Ошкозондаги ўткир стресли ярадан қон кетиш F2a

Кейинги ҳафталарда асосий гуруҳда гастродуоденал қон кетишлар назорат гуруҳига нисбатан сезиларли даражада яъни 2- ва 3- ҳафталарда 5% ва 2,6% га камайди. Демак, беморларга стационарга тушган вақтида бошлаб профилактик ва даволаш стандартига ярага қарши даволаш ўтказилиши керак деб ҳисоблади.

Оғир куйган беморларда гастродуоденал қон кетиш учун эндоскопик гемостазнинг турли усуллари 32(66,7%)га беморда қўлланилди. Эндогемостазнинг асосий усули аргоноплазмали коагуляцияси бўлиб, 21 (65,6%) ҳолатда қўлланилган. Инфилтрация усули кичикроқ улушга тўғри келди - 6(18,7%) ҳолатда ва радиотўлқин коагуляцияси 5(15,6%) ҳолатда қўлланилди.

Ярадан қон кетишининг давом этишини тўхтатишга қаратилган эндоскопик манипуляциялар 27 беморда амалга оширилди ва 21 беморда гемостазга эришилди. Шунга қўра, ярадан қон кетишни тўхтатиш воситаси сифатида эндогемостазнинг самарадорлиги 77,8% ни ташкил қилди.

Қон кетишларда J.Forrest(1974) классификациясидан фойдаланилди. Бунга қўра артериал қон кетиш давом этаётган бўлса Forrest Ia, агарда капиляр қон кетиш бўлса Forrest Ib, агар яра тубида қон тромбланиб энгил кўчувчи эҳтимоли бўлган ҳолатда Forrest IIa, агар қон яра тубига тромбланиб ёпишган бўлса, Forrest IIb, агар яра туби хлоридли гематин билан қопланган бўлса, Forrest IIc деб диагностика қилинди. Ярада қон кетиш бўлмаганда ва яра атрофида эпителизация кузатилганда эса Forrest III деб ташхис қўйилди(5-расм).



А

Б

В

**5-расм.** Куйиш жарохати фониди ошқозон антрал қисми яраси(А). Қон кетиш Forest II а. Б) Қон кетиш Forest II в В) Қон кетиш Forest II с

Қон кетиши бўлган беморларда Forrest IA қон кетиши 66,7% ҳолларда (9 бемордан бтасида) тўхтатилди. Forrest IB қон кетиши бўлган беморларда гемостаза 76,9% ҳолларда эришилди (13 бемордан 10 тасида).

FIA қон кетиши кузатилган бир беморда эндоскопик гемостаз амалга оширилмади (техник қийинчиликлар туфайли). Эндогемостаз самарасиз бўлганда, беморлар шошилиш операция қилинди. Эндогемостазнинг самарадорлигини қон кетишининг давом этиши билан солиштирганда, 1 беморда (FIA билан) аргон плазмаси коагуляциясидан фойдаланиш муваффақиятсиз бўлди(1-жадвал).

**Қон кетиш активлигининг диагностикаси**  
(Forrest таснифи бўйича 1974)

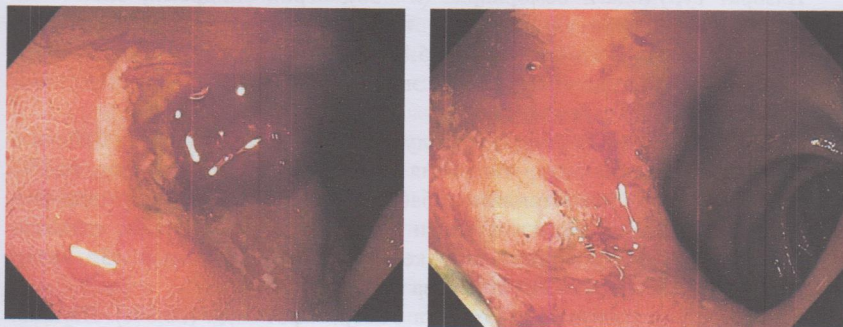
1-жадвал

Forrest	Қон кетиш таснифи	Сони		Частотаси %
		Асосий n=26	Назорат n=22	
F Ia	Давом этувчи актив қон кетиш	5	4	18,8
F Ib	Давом этувчи капилляр қон кетиш	6	7	27,0
F IIa	Яра тубида томирнинг кўриниши	3	2	10,4
F IIб	Яра тубига ёпишган тромб	7	5	25,0
F IIс	Яра тубида хлорид кислотали гематин	5	4	18,8
F III	Қон кетиш белгилари йўқ		0	0

Периульцероген зонанинг инфильтрацияси пайтида 1 беморда қон кетиш тўхтамади (FIB билан). Аргон плазмаси ва радиотўлқин коагуляциясидан фойдаланганда FIB қон кетишида салбий натижа кузатилмади.

Рецидив қон кетишлар 8(16,7%)га беморларда кузатилди. Асосий гуруҳда 3(11,5%)га назорат гуруҳида 5(22,7%)гани ташкил қилди. Шундан 5(10,4%)га беморда барқарор гемостаз таъминланди. Рецидив эҳтимолини

камайтиришга қаратилган профилактик эндогемостаз 14та (ушбу эндоскопикдаги кўринишга эга бўлган барча беморларнинг 43,8%) беморда амалга оширилди. 16 (33,3%) та беморда эндогемостаз бажарилмади, чунки барқарор гемостаз эришилди ва мумкин бўлган рецидив хавфи паст деб баҳоланди. (6-расм).



А) Ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир яраси, геморрагия асорати, F-IV. Б) Аргоноплазмали коагуляциядан кейинги қон кетишнинг тўтаган ҳолати

#### 4. ОҒИР КУЙИШДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАРНИНГ ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Асосий гуруҳдаги беморларимизга стрессли ГДАларни профилактика қилишда қуйидагиларга қаратилди: 1.Гастроудоденал гипоперфузияни ва маҳаллий ишемиyani коррекция қилиш; 2. Шиллиқ парданинг ҳимоя хусусиятини мустаҳкамлаш ва реператив потециалини ошириш; 3. Ошқозон секретациясини ингибирлаш[Б.Р.Гельфанд 2004]. Шу асосда профилактик антисекретор терапия гастропротекторлар, H<sub>2</sub>-гистамин блокаторлари III авлоди ва протон насоси ингибиторлари қўлланилди.

Асосий гуруҳдаги беморларга протон насоси ингибиторларидан кумулятив хусусияти кам ва самарали таъсир доирасига эга пантопрозол қўлланилди. Бунда схема тарзида пантопрозол болос терапия яъни 80мг вена ичига бирданига, базис терапия 8мг/соат вена ичига 72 соат давомида инфузия қилинди. Ушлаб турувчи дозада 40мг суткасига инфузия 7 кун давомида амалга оширилди. 7 кундан беморнинг аҳолига қараб, рег ос давом эттирилди. Бундан ташқари, H<sub>2</sub> гистамин блокаторларидан квамател 20мг дан в/ига 2 маҳал+ амоксиклав - 50 мг/кг/сут +тинидазол - 50 мг/кг/сут. 7 кун давомида парентрал қилинди.

Асосий гуруҳдаги беморларда (n = 26), 2-3 кунлик даволанишдан сўнг, эпигастрал соҳада оғриқнинг сезиларли даражада камайиши кузатилди, ошқозонда дискамфорт, кўнгил айнаши, жиғилдон кайнаши йўқолди.

ошқозон-ичак трактининг парези камайди. Диаметри 1-3 мм гача бўлган эрозияларнинг ўртача 8-10 кун ичида битганлиги кузатилди. Ўткир яралардан яққол қон кетиш 9(26тадан 34,6%)та беморда аниқланган, бу эндоскопик гемостаздан кейин тўхтади. Бир бемор иккинчи куни рецидив кузатилди.

Назорат гуруҳидаги беморларда (n= 38), оғрик синдроми, ошқозонда дискамфортик, кўнгил айнаши 7-10 кун давом этди, базиларида еган овқатини қайт қилиш кузатилди. 11(45,8%)та беморда яққол ошқозон-ичак трактдан қон кетиш аниқланди, улар эндоскопик усулда тўхтатилди, аммо учта ҳолатда рецидив қайт қилинди.

Ўрганишлар даврида ўткир гастродуоденал ярадан қон кетиши бўйича 6 нафар оғир куйган беморлар операция қилинди, шундан 3 нафар (6,3%) бемор қон кетиши давом этганлиги сабабли, 3 нафар (6,3%) бемор такрорий қон кетиши билан. Қуйидаги турдаги операциялар бажарилди: ошқозон резекцияси - 1; гастротомия, қон кетиш ярасини тикиш - 3; ярани пилоропластика ва стволли ваготомия ва ярани тикиш - 2.

Жарроҳлик аралашувидан сўнг 2та бемор вафот этди (33,3%). Шундан аъзоларни сақловчи операцияларни ўтказишда ўлим даражаси 16,7% ни ташкил этди (6 бемордан 1 нафари вафот этди) (p> 0,05).

Шундай қилиб, ўткир стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиш учун аъзони сақловчи операциялар, қон кетаётган томирни тикиш билан гастротомия ёки ярани тикиш билан пилоропластика ва ваготомия қилиш мақсадга мувофиқ деган фикрга келдик.

Умумий ўлим кўрсаткичи 22,9% ни ташкил қилди (48та бемордан 11 нафари вафот этди). Асосий гуруҳда 3(11,5%)та, назорат гуруҳида 8(36,4%)тани ташкил қилди. Ўткир стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиши кузатилган 2 нафар (барча ўлимларнинг 18,2%) беморнинг бевосита ўлимига ўткир қон йўқотиш ва постгеморрагик анемия сабаб бўлди. Қолган 8 (81,8%)та беморлар ўлимга кўп аъзолар етишмовчилиги сабаб бўлди.

Шундай қилиб, қон кетишини тўхтатишнинг замонавий эндоскопик усулларида (аргон плазмаси коагуляцияси) ва замонавий антисекретор препаратлардан фойдаланиш ўткир гастродуоденал қон кетиши билан оғриган беморларни консерватив даволашни мувоффақиятли амалга оширишга имкон беради, беморлар аҳволини оғирлашишга олиб келадиган даражадаги рецидив қон кетиш эҳтимолини камайтирди (рецидив қон кетиш частотаси 22,7% дан 11,5% гача камайди).

Шундай қилиб, оғир куйишда гастродуоденал қон кетишларда кофе куйкаси кўринишида қусиш, қориндаги оғрик бўлиши, мелена кўринишидаги қон кетиш, тахикардия, тахипноэлардан ташқари, беморларда қўзғалувчанлик, тормозланиш, чанқоклик ва очлик хисси каби белгилар ҳам кузатилади. Шунингдек оғир куйган беморларда стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиш куйиш шок ва гиповолемик ҳолат фонида гипотонияга мойиллиги юқорилиги билан ажралиб туради. Шунинг учун анамнез

йиғишда ва келтирилган клиник белгиларга эътибор қаратиш лозим деб ҳисоблаймиз.

31,3% беморлар яширин қон кетишлар кузатилди. Шуни инобатга олиб, гастродуоденал қон кетиш эҳтимоли бўлган беморларга Греггерсен ва Вебер реакциялари назорат остида ўтказилиши оғир куйишдаги гастродуоденал яширин қон кетишларни ўз вақтида аниқлаш имконини берди.

Беморлар орасида оғир куйишда гастродуоденал қон кетишлар кузатилганда 3та бемордан биттасининг аҳолиги оғирлиги аниқланди.

Шу билан бирга, ташхис қўйилган стресс яраларнинг аксарияти куйиш тан жароҳатининг дастлабки ҳафталарда ривожланди.

Гастродуоденал эрозив ва ярали асоратларнинг ривожланиш ҳавф даражаси, шу жумладан гастродуоденал қон кетиш билан асоратланишлар ҳавфи, куйиш жароҳатланишининг умумий майдонининг ошиши билан, айниқса 40% шундан 20% чуқур куйиш ва ундан юқори сатҳдаги куйиш жароҳатларида ортади. Шу учун, 40% дан ортик куйишлар билан шифохонага ётқизилган беморларда ЭГДФСни ўтказиш керак, бу гастродуоденал эрозив ва ярали асоратларни ўз вақтида аниқлаш, уларни даволаш ва гастродуоденал қон кетишининг олдини олиш имконини беради.

ГДҚҚда даволаш мезони тўлиқ гемостазга эришиш ва рецидив геморрагиянинг кузатилмаганлиги билан баҳоланади. Шундай экан оғир куйишда ўткир гастродуоденал қон кетишлар рецидиви 48 (16,7%) та бемордан 8 та сида кузатилди.

Аргоноплазмали коагуляцияси билан 13,7% ҳолларда инеъкцион гемостазга 24% ҳолларда, диатермокоагуляцион гемостаздан кейин 23% ҳолларда рецидив қон кетиш содир бўлди. ( $p > 0,05$ ).

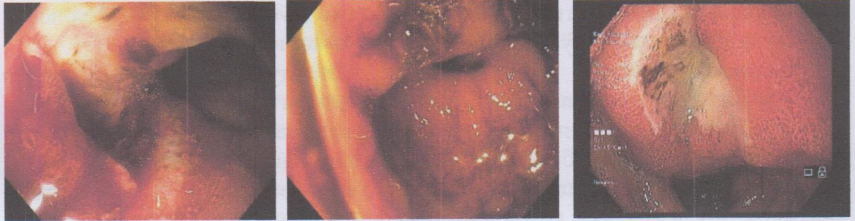
Шундай қилиб, биз аргоноплазмали коагуляция усули оғир куйган беморларда ўткир стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиш учун инеъкцион ва диатермокоагуляцион гемостаз қараганда самаралироқ гемостаз усули эканлиги аниқлади.

Ўткир гастродуоденал ярадан қон кетишида антисекретор дориларнинг даволаш таъсири самарадорлиги рецидив қон кетишининг йўқлиги ва барқарор гемостаз ҳолати билан баҳоланади. Асосий гуруҳда антисекретор терапия фониди 3 (11,5%) беморда, назорат гуруҳида эса 5 (22,7%) беморда рецидив қон кетиш кузатилди.

**Клиник мисол:** Бемор Б. 41 ёшда куйганларни даволаш бўлимига 18.09.2019 йил куни 1соат олдин куйиш тан жароҳати олиб тушди. Дастлабки ташхис: Қайноқ сувдан куйиш 55% (22%) I-II-IIIAB даражали кўкракнинг орқа қисми, кўл ва оёқларнинг куйиш жароҳати. Шок 3 даражаси. Бемор госпитализация қилингандан 1 суткада профилактик антисекретор терапия бошланди, яъни квамател 20мг х 2 маҳал вена ичига инеъкция қилинди. Даволаш билан биргаликда жадаллашган хирургик тактика олиб борилди. 7 суткага келиб куйган тери қопламаларининг бир қисми тиклангандан кейин бемор умумий куйганлар бўлимига ўтказилди. Квамател тўхтатилди. 11 суткага келиб беморда аниқ қон кетиш белгилари кузатилди. ЭФГДС



килинганда меъданинг антрал қисмида ўткир яра борлиги, асорати қон кетиш Forest II а аниқланди. Бемор реанимация бўлимига қайтариб ўтказилди. Электрокогуляция қилиб қон тўхтатилди(6-расм).



А

Б

В

**7-расм.** Куйиш жарохати фонида ошқозон антрал қисми яраси  
 А) Қон кетиш Forest II а. Б) Қон кетиш Forest II в В) Қон кетиш Forest II с

Беморни даволашга қўшимча протон насоси ингибитори қўшилди ва қайта эндоскопия қилинганда яранинг чандиклиниши аниқланди.

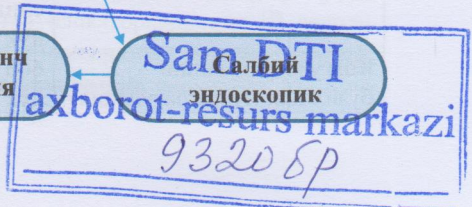
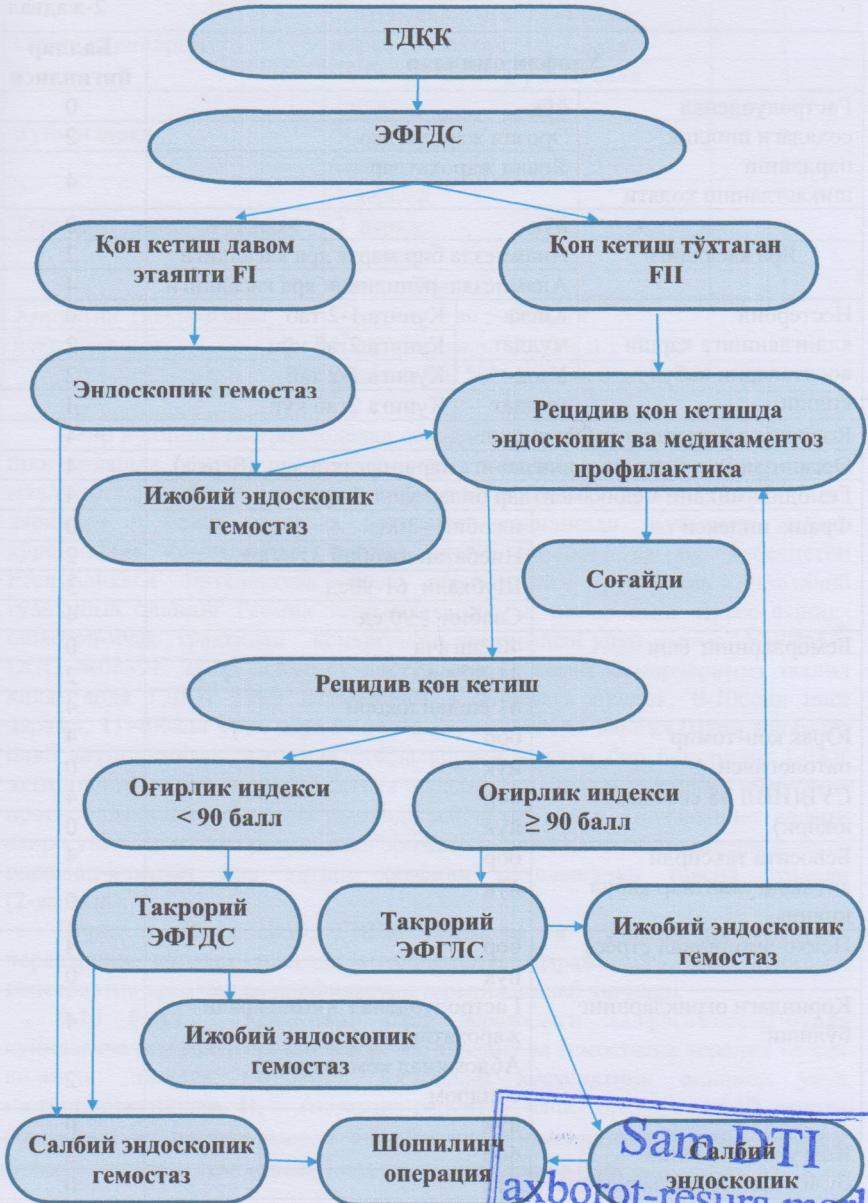
Оғир қуйган беморларда ўткир гастродуоденал яралардан қон кетиш пайтида барқарор гемостаз назорат гуруҳида антисекретор терапия фонида 77,8% ҳолларда фақат  $H_2$ -рецептор блокаторлари билан эришилди. Асосий гуруҳдаги антисекретор терапия схемага Дофамин  $D_2$  рецептор блокаторлари (домперидон) ва L-аргинин қўшилиши 88,1% ҳолларда барқарор гемостаз эришилди.

Сўнгги йилларда далилларга асосланган тиббиёт тамойилларига мувофиқ олиб борилган кўплаб тадқиқотлар натижалари турли хил патологиялар, шу жумладан ошқозон-ичак тракти касалликлари учун L-аргининни клиник амалиётда самарали ва хавфсиз қўллаш имкониятини кўрсатади. Айниқса, протон насоси ингибиторлари билан қўлланилганда ярага қарши терапияни кучайтириши адабиётларда келтирилган[].

Дофамин  $D_2$  рецептор блокаторлари (домперидон) ва L-аргинин қўшилиши билан антисекретор дориларни қўллаш натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатадики, оғир қуйган беморларда ўткир яралардан қон кетиш учун энг самарали барқарор гемостазга эришишни таъминлади ( $p > 0,05$ ).

Сўнгги йилларда қуйиш жароҳатларида гастродуоденал асоратларнинг этиопатогенетик хусусиятларини ўрганишда жиддий ютуқларга эришишда бир қанча диагностика ва даволаш алгоритмлари тузилди. Бу эса бундай асоратлар сонини сезиларли даражада камайтирди. Айниқса, қуйган беморларда гастродуоденал эрта қон кетишининг олдини олишда сезиларли ютуқларга эришишда асос бўлди. Шуни инобатга олган ҳолда биз қуйишдаги ГДКК ларда тактик даволашда қуйидаги алгоритмни тавсия қилдик(8-расм).

ГДҚКларда давлолаш ва профилактика қилиш алгоритми



## 5. ТЕРМИК ЖАРОХАТ ОЛГАН БЕМОРЛАРДА СТРЕССЛИ ЯРА ФОНИДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШИНИ ПРОГНОЗЛАШ ДАСТУРИ

2-жадвал

Хавфли омиллар		Баллар йигиндиси	
Гастродуоденал соҳадаги шиллик парданинг шикастланиш ҳолати	йўк	0	
	Эрозив жароҳатлар	2	
	Ярали жароҳатлар	4	
Яра касаллиги	йўк	0	
	Анамнезда бир марта яра касаллиги	2	
	Анамнезда рецидивли яра касаллиги	4	
Нестероид яллиғланишга қарши воситаларни қабул қилиш	Қисқа муддат	Кунига 1-2 таб	0
	Узоқ муддат	Кунига 2таб кўп	2
	Қисқа муддат	Кунига 1-2 таб	2
	Узоқ муддат	Кунига 2таб кўп	4
Кортикостероидлани қабул қилиш		4	
Организмнинг тизимли яллиғланига қарши реакцияси (Sepsis)		4	
Гемодинамикани медикаментлар билан ушлаб туриш		4	
Франк индекси	ижобий $\leq 30$ ед	0	
	Нисбатан ижобий 31-60ед	2	
	Шубҳали 61-90ед	3	
	Салбий $\geq 90$ ед	4	
Беморларнинг ёши	40 ёшгача	0	
	41-60 ёш	2	
	61 ёшдан юқори	4	
Юрак қон-томир патологияси	бор	4	
	йўк	0	
СУВ(ИВЛ 48 соатдан юқори)	бор	4	
	йўк	0	
Бевосита таъсирли антикоагулянтлар қабул қилиш	бор	4	
	йўк	0	
Психо-эмоционал стресс	бор	4	
	йўк	0	
Қориндаги оғриқларнинг бўлиши:	Гастродуоденал эрозив ярали жароҳатлар	4	
	Абдоминал компартмент синдром	2	
	йўк	0	
	бор	2	
Коагулограмманинг бузилиши (гипокоагуляция)	бор	2	
	йўк	0	

Панкреатит, буйрак ва жигар етишмовчилиги	йўқ	0
	сурункали	2
	ўткир	4
Оғриқли синдром	Интенсивлигига	1-4 балл
	қараб (субектив	5-7 балл
	10 балли шкала)	8-10 балл
Куйиш шоки	Енгил	1
	Ўрта	2
	Оғир	4
Термоингалаяцион травма	1 даража	1
	2 даража	2
	3 даража	4
Хирургик (некротомия, некрэктомия)	Кичик 5%п.т	1
	Чегараланган 5-10% п.т	2
	Кенг камровли 10-20% п.т	3
	Масштабли 20% п.т дан юқори	4

Оғир куйишда гастродуоденал соҳадаги асоратларнинг келиб чиқишини прогностлашда беморларнинг стационарга келгандан кейинги 1-2 суткадаги маълумотларни йиғиб, экспертлар фикри ўрганилиб, ҳар бир ҳавfli омил даражаси 4 балли шкалада баҳолашга келишилди. Куйидаги жадвал кўринишида компьютерли дастур ишлаб чиқилди ва бу Ўзбекистон Республикаси интеллектуал мулк агентлигидан руйхатдан ўтказилиб гувоҳнома олинди (“Термик травмалари бўлган беморларда стресс фониди ошқозон-ичак трактидан конкетишни прогностлаш учун дастур” ЎзРИМА. DGU №08391. 23.06.2020й). Бу дастур орқали барча беморларимиз тахлил қилинганда ГДҚК ҳавф даражасини 3 даражага бўлдик. 0-10балл паст даража, 11-40балл ўрта даража ва 41-76балл юқори даража. Шунининбатга олиб айтмочимизки, дастурда фойдаланувчи маълум бир беморнинг ГДҚК эҳтимоли ва тегишли профилактика чораларини қўллаш зарурлиги тўғрисида прогност шаклида автоматик равишда маълумот олади. Прогностнинг сифати оғир куйганларда гастродуоденал эрозив ва ярали шикастланишлари фониди ошқозон-ичакдан кон кетиш ҳавфини баҳолашучун тавсия этилади (2-жадвал).

Шунининбатга олиб, ГДҚК эҳтимоли ва тегишли профилактика чораларини қўллаш мақсадида аниқланган даражаларга мос куйидаги консерватив даволаш ва профилактик терапия ишлаб чиқилди.

**0-10 балл** - ГДҚКнинг паст даражадаги ҳавфи(ижобий)–бунда куйидагича профилактик антисекретор терапия ва гемостатик терапия тавсия қилинди: шиллиқ парданинг химоялаш хусусиятини ошириш учун гастропротекторлар, H<sub>2</sub> - гистамин рецептор блокаторларининг III авлоди (кватател) ва протон насоси ингибиторлари (омепразол) одатдаги дозада. Бундан ташқари, гемостатик мақсадда менадион натрий бисульфит 1% 1 мл

м/о 2 маҳал кунига, этамзилат 12,5% 2 мл м/о 2 марта кунига ўртача 7 кун давомида барча медикаментлар одатдаги миқдорда қилинди.

**11-40 балл** - ГДҚКнинг ўртача даражадаги ҳавфи(Шубҳали)–бунда куйидагича профилактик антисекретор терапия ва гемостатик терапияларга қўшимча гастродуоденал соҳа шиллик пардасидаги микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида антигипоксантлар ва ангиопротекторлар тавсия қилинди:гастропротекторлар,  $H_2$  - гистамин рецептор блокаторларининг III авлоди (квamatел20мг дан кунига 3 маҳал вена ичига) ва протон насоси ингибиторлари (омепразол ёки пантопрозол 40мг кунига 2 маҳал) ўртача терапевтик дозада. Бундан ташқари, гемостатик мақсадда менадион натрий бисульфит 1% 1 мл м/о 3 маҳал кунига, этамзилат 12,5% 2 мл м/о 2 марта кунига, транексам кислота 15мг/кг тана вазнига вена ичига ҳар 12 соатда ўртача 7 кун давомида барча медикаментлар одатдаги миқдорда қилинди.

**41-76 балл** - ГДҚКнинг юкори даражадаги ҳавфи(Салбий)–бунда куйидагича профилактик антисекретор, гемостатик терапия ва антихиликобактериал терапия ҳамда қўшимча гастродуоденал соҳа шиллик пардасидаги микроциркуляцияни яхшилаш мақсадида антигипоксантлар ва ангиопротекторлар тавсия қилинди:гастропротекторлар,  $H_2$  - гистамин рецептор блокаторларининг III авлоди (квamatел 20мг дан кунига 3 маҳал вена ичига) ва протон насоси ингибиторлари (омепразол ёки пантопрозол большос дозада 80мг бемор тушгандан 30минут кейин) 72 соат давомида соатига 8мгдан вена ичига инфузия базис дозада. Кейин ахволига кўра ўртача ва одатдаги дозаларга ўтказилади. Бундан ташқари, гемостатик мақсадда викасол 1% 1 мл м/о 3 маҳал кунига, этамзилат 12,5% 2 мл м/о 3 марта кунига, транексам кислота 15мг/кг тана вазнига вена ичига ҳар 8 соатда ўртача 7 кун давомида барча медикаментлар одатдаги миқдорда қилинди.Аминокарон кислота - 100 мггача 50 мг/мл эритмаси минутига 50-60 томчидан 30-45 мин давомида. Дастлабки соатда 4-5г(80-100мл), кейин соатига1г(20мл) 8соат давомида вена ичига инфузия қилиб турилади. Суткалик ЭФГДС назорати. Керак бўлганда эндоскопик гемостаз қилинади.

## 6. ХУЛОСА

Оғир куйишда гастродуоденал қон кетишларда кофе куйкаси кўринишида қусиш, кориндаги оғрик бўлиши, мелена кўринишидаги қон кетиш, тахикардия, тахипноэлардан ташқари, беморларда кўзгалувчанлик, тормозланиш, чанқоқлик ва очлик хисси каби белгилар ҳам кузатилади. Оғир куйган беморларда гастродуоденал қон кетишининг клиник кўриниши переулсероген соҳанинг ҳолати ва давомийлигига, эрозия характериға, яранинг чуқурлиги ва ҳажмиға, эпителизация жараёниға ва функционал ўзгаришларға (деформация) боғлиқ эканлиги кўрсатилиб ўтилди. Шунингдек оғир куйган беморларда стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиш куйиш шок ва гиповолемик ҳолат фонида гипотонияға мойиллиги юқорилиги билан ажралиб туради. Шунинг учун анамнез йиғишда ва келтирилган клиник белгиларға эътибор қаратиш лозим деб ҳисоблаймиз. Оғир куйган беморларда аъзоларнинг дисфукцияси ва анамнезда гастродуоденал асоратларнинг мойиллиги юқори бўлганларда ўткир гастродуоденал яралардан қон кетиши хавфи ортади(26,2%). Гастродуоденал ярадан қон кетиши кузатилган беморларнинг ўлимиға 72,7% ҳолларда кўп аъзолар етишмовчилиги сабаб бўлади.

31,3% беморлар яширин қон кетишлар кузатилди. Шунинг билан олиб, гастродуоденал қон кетиш эҳтимоли бўлган беморларға Грегерсен ва Вебер реакциялари назорат остида ўтказилиши оғир куйишдаги гастродуоденал яширин қон кетишларни ўз вақтида аниқлаш имконини берди.

Беморлар орасида оғир куйишда гастродуоденал қон кетишлар кузатилганда 3та бемордан биттасининг аҳолиги оғирлиги аниқланди.

Шу билан бирға, ташхис қўйилган стресс яраларнинг аксарияти куйиш тан жароҳатининг дастлабки ҳафталарда ривожланди.

Гастродуоденал эрозив ва ярали асоратларнинг ривожланиш хавф даражаси, шу жумладан гастродуоденал қон кетиш билан асоратланишлар хавфи, куйиш жароҳатланишининг умумий майдонининг ошиши билан, айниқса 40% ва ундан юқори сатҳдаги куйиш жароҳатларида ортади. Шу учун, 40% дан ортиқ куйишлар билан шифохонаға ётқизилган беморларда ЭГДФСни ўтказиш керак, бу гастродуоденал эрозив ва ярали асоратларни ўз вақтида аниқлаш, уларни даволаш ва гастродуоденал қон кетишининг олдини олиш имконини беради.

ГДҚҚда даволаш мезони тўлиқ гемостазға эришиш ва рецидив геморрагиянинг кузатилмаганлиги билан баҳоланади. Шундай экан оғир куйишда ўткир гастродуоденал қон кетишлар рецидиви 48 (16,7%) та бемордан 8 та сида кузатилди.

Аргоноплазмали коагуляцияси билан 13,7% ҳолларда инеъкцион гемостазда 24% ҳолларда, диатермокоагуляцион гемостаздан кейин 23% ҳолларда рецидив қон кетиш содир бўлди. ( $p > 0,05$ ).

Шундай қилиб, биз аргоноплазмали коагуляция усули оғир куйган беморларда ўткир стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиш учун

инъекцион ва диатермокоагуляцион гемостаз караганда самаралироқ гемостаз усули эканлиги аниқлади.

Ўткир стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиш учун аъзони сақловчи операциялар, қон кетаётган томирни тикиш билан гастротомия ёки ярани тикиш билан пилоропластика ва ваготомия қилиш мақсадга мувофиқ деган фикрга келдик.

Оғир куйган беморларда ўткир гастродуоденал яралардан қон кетиш пайтида барқарор гемостаз назорат гуруҳида антисекретор терапия фониди 77,8% ҳолларда фақат  $H_2$ -рецептор блокаторлари билан эришилди. Асосий гуруҳдаги антисекретор терапия схемага Дофамин  $D_2$  рецептор блокаторлари (домперидон) ва L-аргинин қўшилиши 88,1% ҳолларда барқарор гемостаз эришилди. Дофамин  $D_2$  рецептор блокаторлари (домперидон) гастродуоденал шиллиқ пардаларида ҳимоя таъсирига эга ва ошқозон-ичак трактининг тонуси ва перстальтикасига ижобий таъсир кўрсатади. Ўткир гастродуоденал ярадан қон кетишида антисекретор дориларнинг даволаш таъсири самарадорлиги рецидив қон кетишининг йўқлиги ва барқарор гемостаз ҳолати билан ҳам баҳоланади. Асосий гуруҳда антисекретор терапия фониди 3 (11,5%) беморда, назорат гуруҳида эса 5 (22,7%) беморда рецидив қон кетиш кузатилиди. Оғир куйган беморларда ўткир гастродуоденал эрозия ва ошқозон яраси профилактикасини тўғри ўтказиш қон кетиш эҳтимоли 1,8 марта камаяди.

Сўнгги йилларда куйиш жароҳатларида гастродуоденал асоратларнинг этиопатогенетик хусусиятларини ўрганишда жиддий ютуқларга эришишда бир қанча диагностика ва даволаш алгоритмлари тузилди. Бу эса бундай асоратлар сонини сезиларли даражада камайтирди. Айниқса, куйган беморларда гастродуоденал эрта қон кетишининг олдини олишда сезиларли ютуқларга эришишда асос бўлди.

## 7. ФҶИДАЛАНИЛҶАН АДАБИЁТЛАР

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта при ожоговой травме. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2020;(12):38-45.
2. Бобровников А.Э., Крутиков М.Г. Анализ эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и кровотечений из них у пострадавших с ожогами. Мат. Всерос. научн. практ. конф. с международным участием «Термические поражения и их последствия». Ялта. 2016:43-46.
3. Воздвиженский С.И., Королева О.Э., Будкевич Л.И. и др. Профилактика и лечение эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта у детей с тяжелой ожоговой травмой. Желудочно-кишечные кровотечения у тяжелопострадавших: Материалы городской научно-практической конференции. М 1999; С.10-12.
4. Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Мамонтова О.А. и др. Профилактика и лечение стресс-повреждений ВО ЖКТ у больных в критических состояниях // Методические рекомендации. - Москва. - 2010. - 34 с.
5. Дарвин В.В., Краснов Е.А. Кровотечение из острых гастродуоденальных язв: факторы риска, особенности диагностики и лечения// Материалы X (юбилейной) Всероссийской конференции общих хирургов с международным участием и конференцией молодых ученых-хирургов / под ред. д.м.н. акад. В.К. Гостищева; РязГМУ им. акад. И.П. Павлова 2018.С. 47-50
6. Забродин О. Н., Страшнов В. И. Роль симпатической нервной системы в развитии и предупреждении эрозивно-язвенных повреждений слизистой оболочки гастродуоденальной зоны// Вестник нестезиологии и реаниматологии 2016. Т. 13, № 2.С.50-56.
7. Пиров, У. М., Курбонов К. М., Назирбоев К. Р. Профилактика и лечение синдрома острого повреждения желудка у пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой//Здравоохранение Таджикистана. – 2017. – № 3. – С. 61–65
8. Савченко С.В., Ощепкова Н.Г., Новоселов В.П., Грицингер В.А., Тихонов В.В., Кузнецов Е.В. Экспертная оценка морфологических изменений при ожоговом шоке // Journal of Siberian Medical Sciences. 2018. № 2. С. 10–18.
9. Туляганов Д.Б., Фаязов А.Д, Камилов У.Р Шукуров, С.И. Организация неотложной помощи пострадавшим с электротермическими поражениями// Журнал Неотложная хирургия им. ИИ Джанелидзе, 2021.№1.С.61-62



10. Фаязов А.Д., Ахмедов А.И., Бабажанов А.С. и соавт. Усовершенствование лечения тяжелообожженных на фоне хронических гастродуоденальных язв. Вестн. науки и обр. 2021;4(107):18-26.
11. Эргашев О.Н., Зиновьев Е.В., Виноградов Ю.М. Возможности математического прогнозирования развития острых эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у тяжелообожжённых//«Вестник хирургии» 2017.Том 176.№ 2.С.51-56.
12. Akhmedov A.I., Fayazov A.D., Babajanov A.S. et al. The possibility of predicting the development of acute gastroduodenal complications in severely burned patients // XXII international correspondence scientific specialized conference «international scientific review of the problems of natural sciences and medicine». Boston. USA. 2021;10-15.
13. Audra C, Imran J, Madni T, Wolf SE. Nutrition and metabolism in burn patients. Burns & Trauma. 2017;5:11.
14. Cook, D.J. Risk factors for gastrointestinal bleeding in critically ill patients / D.J. Cook, H.D. Fuller, G.H. Guyatt, J.C. Marshall, D. Leasa, R. Hall, T.L. Winton, F. Rutledge, T. Todd, P. Roy, J. Lacroix, L. Griffith, A. Willan // N. Engl. J. Med. - 1994. - Vol.330. -№6. - P.377-381.
15. Fayazov Abdulaziz, Babajanov Akhmadjon, Akhmedov Adkham, Toirov Abdukhamid, Djalolov Davlatshokh. (2021). Risk Factors for Complications of the Upper Gastrointestinal Tract in Thermal Injuries. Annals of the Romanian Society for Cell Biology, 373-379.Retrieved from <http://annalsofrscb.ro/index.php/journal/article/view/118>
16. Huang YL, Feng YH, Wang Y, Wang P, Wang FJ, Ren H. Severe burn-induced intestinal epithelial barrier dysfunction is associated with endoplasmic reticulum stress and autophagy in mice. Front Physiol. 2018;9:441.
17. Brown, N.J. Biological markers of stress in pediatric acute burn injury / N.J. Brown [et al.] // Burns. – 2014. – №5 (40). – P. 887–895.
18. Graves, K.K. Identification of risk factors associated with critical illness related corticosteroid insufficiency in burn patients / K.K. Graves, I. Faraklas, A. Cochran // J. of Burn Care and Research. - 2012. -№3 (33). - P. 330–335.
19. Jeschke, M.G. Survivors versus nonsurvivors postburn: Differences in inflammatory and hypermetabolic trajectories / M.G. Jeschke [et al.] // Ann. of Surg. – 2014. – №4 (259). – P. 814–823.
20. Rojas, Y. Burns: an update on current pharmacotherapy / Y. Rojas [et al.] // Expert Opin. Pharmac. – 2012. – № 17 (13). – P. 2485–2494
21. Shengmin Sang, Junsheng Fu, Yingdong Zhu, Aaron Yerke, Mitchell Wise, Jodee Johnson, Yi. Fang Chu. Oat Avenanthramides Induce Heme Oxyengase-1 Expression via Nrf2-mediated Signaling in HK-2 Cells// The Federation of American Societies for Experimental Biology The FASEB Journal 2015.P.390.

А.Д.Фаязов, А.И.Ахмедов

## ОҒИР КУЙИШДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ ҚОН КЕТИШЛАР ПРОФИЛАКТИКАСИ

Услубий тавсиянома

Теришга берилди: 19.01.2022 йил. Босишга рухсат этилди: 21.01.2022 йил.

Бичими 60x84 <sup>1/16</sup>, «Times New Roman» гарнитураси.

Шартли босма табоғи 1,75. Адади: 100 нусха. Буюртма № 2022/05

Ноширлик лицензияси: № 18-4178

---

Самарқанд вилояти халқ таълими ходимларини қайта тайёрлаш ва уларнинг  
малакасини ошириш ҳудудий маркази босмахонасида чоп этилди