

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

**САМАРҚАНД ДАВЛАТ
ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

А.Д.Фаязов, А.И.Ахмедов, Т.Д.Дехқонов

**ОҒИР КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИДАГИ
ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИ
ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ**

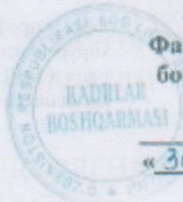
Услубий тавсиянома



Тошкент-2022

617
Ф 340

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ**



«ТАСДИКЛАЙМАН»

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

[Signature]
Ў.С.Неманлов
« 30 » / 12 2021 й.

Фаязов А.Д., Ахмедов А.И., Дехконов Т.Д.

**ОГИР КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ
АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ**

(Услубий тавсиянома)

Эрсеб

Sam DTI
axborot-resurs markazi
9321 8P

Тошкент - 2021

«Тасдиқланди»
ЎзР Соғлиқни сақлаш
вазирлиги илмий фаолиятини
мувофиқлаштирувчи Бўлими
30. 12 2021 й.
x 2H-p/1387

Муаллифлар:

Фаязов А.Д.

Ахмедов А.И.

Дехканов Т.Д.

Республика шонилиш тиббий ёрдам илмий
маркази комбустиология бўлими раҳбари, т.ф.д.
СамДТИ Педиатрия факультети хирургик
касаликлари кафедраси ассистенти
СамДТИ гистология, эмбриология ва цитология
кафедраси профессори, т.ф.д.

Такрирчилар:

Эгамов Ю.С.

Абдуллаев С.А.

т.ф.д., проф. АмДТИ Педиатрия факультети
хирургик касаликлари кафедраси муdiri
т.ф.д. СамДТИ Педиатрия факультети хирургик
касаликлари кафедраси профессори

Аннотация: услубий тавсияномада оғир куйини жароҳатларида гастродуоденал асоратлар келиб чиқишидаги хавфли омилларни аниқлаш мезонлари, гастродуоденал асоратларнинг клиник кечиви ва диагностикаси замонавий ёндошувлар асосида ёритилган бўлиб, бу амалиётдаги охириги маълумотлар билан тўлдирилган. Шунингдек куйини жароҳатида гастродуоденал соҳадаги адренергик ва диффуз эндокрин тизимнинг морфологик ўзгаришлар келтирилган. Бу куйини жароҳатидаги гастродуоденал асоратларнинг патогенетик концепциясини бир мунча кенгайтиради. Куйинидаги эндокрин дисфункция ва Н.Рiлог активлигини аниқлаш ва уларни коррекция қилиш, куйини жароҳатидаги гастродуоденал асоратларни даволаш натижаларини яхшилади ва амалиётга жориш клиник жиҳатлари келтириб ўтилган. Бундан ташқари, клиник ва диагностика ёндошувлар асосида куйини жароҳатларида гастродуоденал асоратларни 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 куре талабалари, магистрлар ва клиник ординаторлар учун мўлжалланган.

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

«27» октябрь 2021 йил. 3-сон баёнинома

Илмий котиб, т.ф.д., о.и.н. **Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти** Илмий Котиб **Т. Насретдинова**



МУНДАРИЖА

КИРИШ	4
ЎТКИР СТРЕССЛИ ЯРАЛАР ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА	5
ОҒИР КУЙИШЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ СТРЕССЛИ АСОРАТЛАРНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИНING УМУМИЙ МЕХАНИЗМЛАРИ	5
ОҒИР КУЙИШДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ СОҲАДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР	6
ОРҚА МИЯ НЕРВ ТУГУНЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ	10
ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК АДРЕНЕРГИК ВА ДИФФУЗ ЭНДОКРИН АППАРАТЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ	11
ОҒИР КУЙИШ ФОНИДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ	15
ОҒИР КУЙИШ ЖАОҲАТИДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИНГ ПАТОГЕНЕТИК ХАВҒЛИ ОМИЛЛАРИНИНГ АНИҚЛАШДА ЭНДОТЕЛИАЛ ДИСФУНКЦИЯ ВА H. PYLORI- SAGA-АНТИТЕЛАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ	17
ПРОФИЛАКТИК АНИТИСЕКРЕТОР ТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	22
ХУЛОСА	26
ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	28

КИРИШ

Куйиш касаллигида оғир асоратлардан бири гастродуоденал стрессли ўткир яралар ва уларнинг оқибатидаги қон кетишлардир. Бу умумий асоратлар орасида 75-90% ни ташкил қилади. 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.

Гастродуоденал асоратларнинг келиб чиқишида овқат ҳазм қилиш аъзоларнинг шиллиқ каватида ҳимоя омиллари ва трофик бузилишларнинг заифлашуви муҳим рол ўйнайди, асосан агрессия омилларини фаоллаштириш натижасида ривожланади. Клиникада бу бўлиниш анча шартли кўринади, чунки оғир куйишда бу жараёнлар биргаликда содир бўлади ва бир-бирлари билан чамбарчас боғлиқ ҳисобланади. Шунинг учун даволаш касаллик патогенезининг барча муҳим бўлган йўналишларига қаратилиши керак.

Куйишдаги гастродуоденал асоратларэкзоген ва эндоген омиллар таъсирида стрессли яралар клиникасининг яширин кечиши натижасида ўз вақтида диагностика қилинмаганлиги сабабли юз бермоқда. Айниқса бу куйиш жароҳатида ошқозон-ичак трактидаги стрессли эрозив яралар асоратларнинг хавфли омилларини ўз вақтида профилактика қилинмаганлиги ва жадал терапияни етарлича олиб борилмаслиги билан боғлиқдир, ҳамда айни вақтда уни коррекция қилишда ҳам бир қанча хатоликларнинг мавжудлигидандир. 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.

Куйиш жароҳатларида кузатиладиган гастродуоденал асоратларни келтириб чиқарадиган хавфли омиллар, уларни ўз вақтида аниқлаш ва профилактика қилиш тўғрисидаги муаммолар, айниқса қон томирлар эндотелиал дисфункцияси, профилактик

анитисекретор терапияўтказиш тартибининг гастродуоденал асоратларга таъсири ва натижалари тиббиётнинг охиригача ҳал қилинмаган масалаларидан ҳисобланади. Оғир куйишдаги гастродуоденал асоратлар ривожланишида кон томирлар эндотелиал дисфункциядеярли ўрганилмаган. Буларнинг барчаси оғир куйган беморларда гастродуоденал асоратларнинг хавфли омилларини аниқлаш ва уларни олдини олиш ва даволашнинг самарали патогенетик асосли усулларини ишлаб чиқишга ва шу асосда алгоритмни яратишга қаратилган кенг қамровли тадқиқотлар зарурлигини кўрсатди.

ЎТКИР СТРЕССЛИ ЯРАЛАР ТЎҒРИСИДА ТУШУНЧА

Стрессли симптоматик яралар эрозив ўзгаришлар гастродуоденал соҳада одатда ўткир, кўпинча юзаки ва кўплаб ошқозон-ичак шиллик пардасининг жиддий шикастланишларига сабаб бўлиб, оғир стресс ҳолатларда шу жумладан оғир куйишлар, бош мия жароҳатлари, сепсис, кўп аъзолар етишмовчилиги, геморрагик шок ва бошқа критик ҳолатларда пайдо бўлади.

1823 йилда J.Swan оғир куйишлар натижасида вафот этган болаларнинг ошқозон шиллик қаватида жойлашган чуқур ва бутунлай қорамтир доғсимон парда ва қопламаларни таърифлаган. Кейинчалик В.Curling (1842) оғир куйган 12 та беморларда гастродуоденал яраларни аниқлаган. Шу вақтдан бери (1867 йилда) ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакдаги яралари Курлинг яралари деб атала бошланган. Ушбу гастродуоденал яралари кўпинча ошқозонда, ўн икки бармоқ ичакнинг проксимал қисмларида жойлашган бўлиб, қон кетиши ёки перфорация асоратларга мойиллиги билан мураккаб патологик жараён ҳисобланади.

ОҒИР КУЙИШЛАРДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ СТРЕССЛИ АСОРАТЛАРНИНГ КЕЛИБ ЧИҚИШИНING УМУМИЙ МЕХАНИЗМЛАРИ

Куйган беморлар аҳволининг оғирлиги термик агентнинг температура даражасига, куйиш майдони ва жойига беморнинг ёшига, термик агент билан бўлган контакт вақтига, бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш тезлигига боғлиқдир. Термик агент куйиш юзасида эфферент импульсация чақиради, марказлашган бошқарувни

шикастлайди ва терининг функционал фаолияти бузилишига олиб келади.

Терининг фукионал фаолиятининг кучсизланиши ва дезорганизацияси, яъни барьерлик қобилияти нафас олиши, ажратиш фаолияти, гемодинамик ва микроциркулятор бузилишларнинг ошиши, ҳаётий муҳим аъзо ва системаларда чуқур патологик жараёнларнинг генерализациясига сабаб бўлади.

Куйиш травмасидаги даслабки вақтларда нерв охирларининг таъсирланиши марказий асаб тизимининг функционал фаолиятига эрта ва чуқур ўзгаришларга сабаб бўлади ва бу марказий бошқарув ва периферик нерв системасининг боғлиқлиги ўртасидаги функционал мувозанатни бузади.

Нейроген регуляция аппарати функционал қайтарилиш жараёни компенсатор-адаптив ҳарактерга эга бўлиб, марказий асаб тизимлари патологик ўзгарувчанлигининг олдини олишга қаратилгандир.

Шу жараён давомида стресс чақирувчи гомонларнинг фаоллашиши кузатилади.

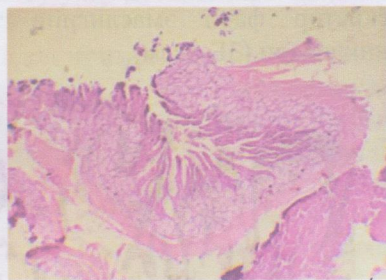
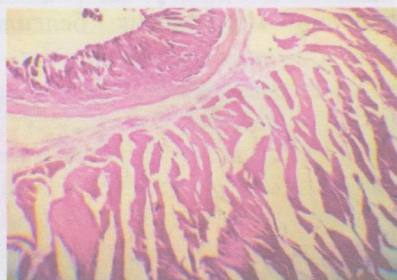
Куйган беморларнинг 10% ҳажмдаги тери сатҳининг куйиши, болаларда эса 5-7% тери сатҳининг куйиши куйиш шок ривожланиши учун етарли ҳисобланади. Куйиш шоки метаболик бузилишлар билан бошланиб куйиш токсемия даврида янада ривожланади ва натижада чуқур парчаланиш тенденциясининг ортишига сабаб бўлади. Бунинг оқибатида тўқималарда микроциркулятор гипоксия кузатилиб натижада ички аъзоларда оғир функционал морфологик ўзгаришларни келтириб чиқаради. Бу ўзгаришлар ва клиник белгиларнинг пайдо бўлиши куйиш касаллигини асорати сифатида оғир бўлиб, эрта пневмония, ривожланиб борувчи ўпка-юрак етишмовчилиги, меъда-ичак трактида эрозив ярали ўзгаришлар ва кон кетишлар, меъда-ичак тракти яраларининг перфорацияси, сепсис ва бошқа каби асоратларнинг пайдо бўлишига олиб келади.

ОҒИР КУЙИШДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ СОҲАДАГИ МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР

Ошқозон туби, танаси, кардиал ва пилорик қисмлари тафовут қилинади. Унинг пилорик қисмининг деворида 4 та парда мавжуд: шиллик, шиллик ости, мушак ва сероз пардалар. Шиллик парда мироорганизмлар ва ошқозон махсулотлари таркибидаги

моддаларнинг таъсирига учрайдиган ва уларга қарши тўсик вазифасини ўтайдиган туғма иммун тузилма ҳисобланади. У Эта тўқима қаватидан ташкил топган: ички эпителий, хусусий ва мушак пластинкалари. Эпителий бир қаватли призматик шаклда, хусусий пластинка сийрак шаклланмаган бириктирувчи тўқимадан ва мушак пластинкаси 3 қават силлиқ мушак тўқимасидан иборат. Эпителий хусусий пластинкага ботиб кириб ошқозон чуқурчаларини ҳосил қилади ва уларга пилорик безларнинг чиқариш найлари очилади (1А-расм). Ўн икки бармоқ ичак девори 4 та пардадан ташкил топган: шиллиқ, шиллиқ ости, мушак ва ташқи (сероз ва қисман адвентициал). Шиллиқ пардаси криптлар ва ворсинкалар ҳосил қилади.

Шиллиқ ости қаватида дуоденал безларнинг катта тўдалари аниқланади. Бу безларнинг секретор қисмлари шиллиқ модда ишлаб чиқарувчи хужайралардан (мукоцитлардан) ташкил топган (1Б-расм).



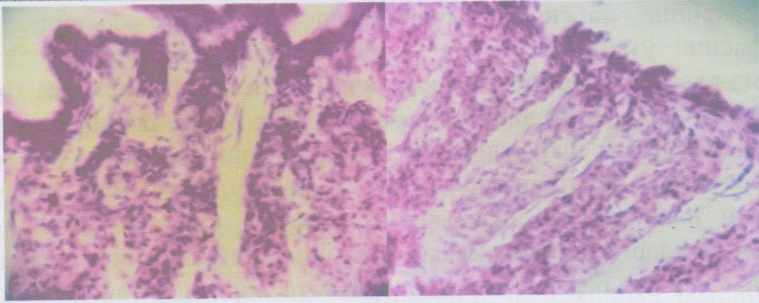
А

Б

1-расм. А. Ошқозони пилорик қисмининг умумий морфологияси. Б. Ўн икки бармоқ ичакнинг умумий морфологияси. Гематоксилин-эозин услубида бўйланган. Об.10, ок.4.

Оғир куйиш натижасида ошқозон шиллиқ пардасида дистрофик ўзгаришлар аниқланади. Эпителиоцитларнинг цитоплазмасида оксифиллик кучаяди, улар кўпчилигининг ядросида пикноморфлик аниқланади. Эпителий хужайраларининг қисман десквамацияси кузатилади.

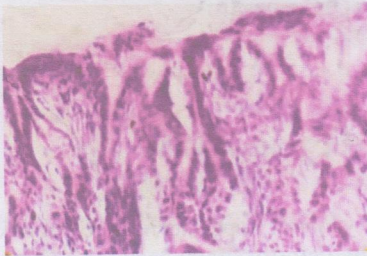
Шунингдек, эпителий остида шишиш ва бу соҳаларда эпителийнинг юқалашуви ҳам аниқланди. Аксарият хусусий безлар таркибида гиперхром ҳолдаги ядроларга эга бўлган секретор хужайралар аниқланади. (2-расм)



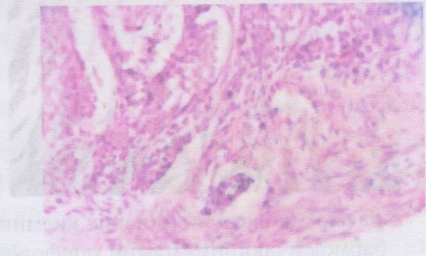
2-расм. Шиллик парда эпителий ости хусусий пластинканинг шишиши. Ошқозон фундал қисми. Гематоксилин-эозин услубида бўялган. Об.40,ок.10.

Эпителий остида шишиш пайдо бўлиши туфайли хусусий пластинкада катта бўшлиқлар пайдо бўлади(3А-расм).

Пилорик безлар секретор қисмлари glandулоцитларининг кўпчилигида кариопикноз ҳодисаси кузатилади. Glandулоцитларнинг секретор фаол эмаслигини тасдиқловчи морфологик белгилар аниқланади (3Б-расм).



А

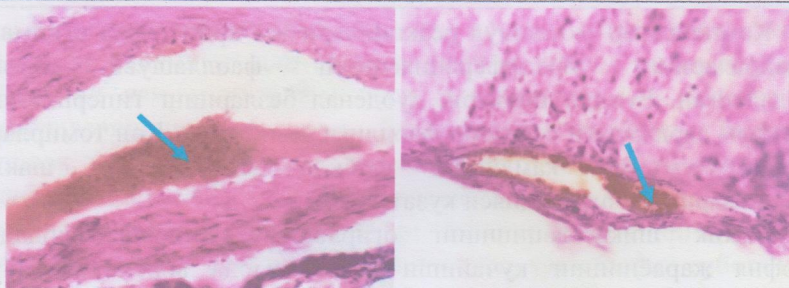


Б

3-расм. Шиллик парда эпителияси тузилишининг бузилиши, эпителиоцитлар десквамацияси, эпителиоцитлар кариопикнози, хусусий пластинканинг шишиши. Гематоксилин-эозин услубида бўялган. Об.10, ок.10.

Қон томирларнинг ичида қон миқдори кам, кўпчилигида умуман йўқ. Ичида қон тутган томирларда эритроцитлар сладжи ҳодисаси кузатилади. Бунда уларнинг зич тўпламлари ҳосил бўлади ва эритроцитларнинг чегараси кўринмай қолади.

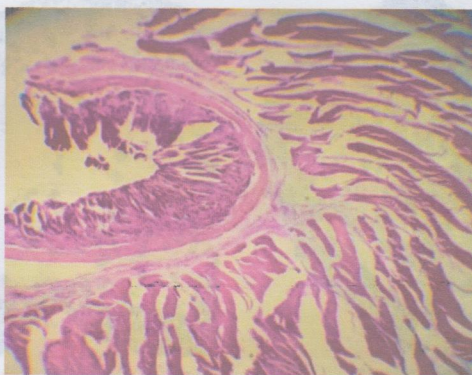
Қон тутувчи қон томирлар ичида эритроцитларнинг агрегацияси кузатилади. Артерияларда эритроцитларнинг эндотелийга ёпишиш (адгезияси) ва қон стази, яъни қон шакли элементлари ва плазманинг алоҳида ажралиши кузатилади. (4-расм).



4-расм. Қон стази.Эритроцитларнинг эндотелийга ёпишиши, Ошқозон фундал қисми. Гематоксилин-эозин услубида бўялган. Об.40,ок.10.

Шиллиқ парданинг стромасида кенгайган капиллярлар мавжуд. Бу капиллярлар эндотелий қаватида ядроси гиперхром ва гипохром бўлган ҳужайралар алмашиб жойлашиши кузатилди. Ядроси гипохром бўлган эндотелиоцитларнинг ўлчами катта бўлиб, улар капиллярлар бўшлиғида жойлашган ва бу улар десквамация ҳолатида эканлигидан дарак беради.

Ўн икки бармоқ ичак ички томондан призматик эпителий билан қопланган, эпителиоцитларнинг ҳошияси заиф ифодаланган, цитоплазмаси ўта оксифиллашган. Баъзи эпителиоцитларнинг десквамацияси (узилиб ажралиши) кузатилади. Юқори даражада ингичкалашган ворсинкаларнинг учида қопловчи эпителий ҳужайраларининг елпиғичсимон тарзда жойлашуви ва у ерда эпителиоцитлар десквамацияси кучли ифодаланганлиги кузатилади (5- расм).



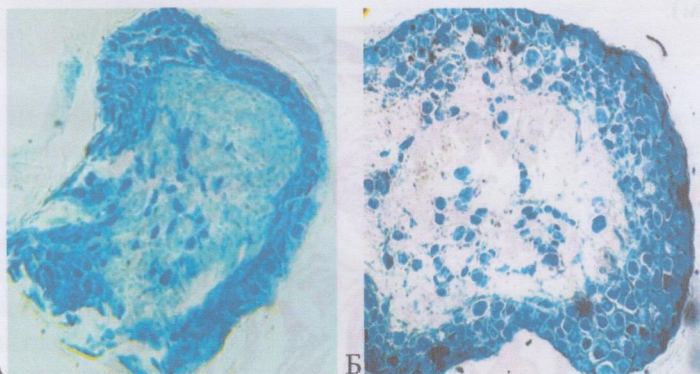
5- расм. Термик жароҳатнинг 5 суткаларида ўн икки бармоқ ичак ворсинкаларида эпителиоцитларнинг елпиғичсимон жойлашуви ва уларнинг кучли ифодаланган десквамацияси. Гематоксилин –эозин услубида бўялган. Об.10, ок.10.

Компенсатор–мослашув реакциялари эса криптларда етилмаган хужайраларнинг пролиферациясининг фаоллашуви тарзида ифодаланган. Бундан ташқари, дуоденал безларнинг гиперплазияси ва юқори даражадаги секретор фаоллиги аниқланди. Қон томирларда қоннинг умумий камайиши фонида уларда қон шаклли элементларининг агрегацияси кузатилди.

Темик шикастланишнинг оғирлашуви шиллиқ пардадаги атрофия жараёнининг кучайиши ва бу парда ворсинкаларининг ингичкалашуви, калтариши, криптларнинг кегайиши тарзида ифодаланади. Қопловчи эпителийда диссоциация, яъни тартибсиз жойлашув кузатилади. Булардан ташқари эпителийнинг яссиллашуви кузатилади, айниқса криптларда, дуоденал безларда ҳам дистрофик ўзгаришлар кузатилади, секретор хужайраларида ядронинг гиперхромияси ва баъзан кариолизис ҳодисаси кузатилади.

ОРҚА МИЯ НЕРВ ТУГУНЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ

Орқа мия нерв тугунлари ташқи томондан бириктирувчи тўқимадан иборат капсула билан ўралган. Капсула ичида униполяр сезувчи нерв хужайралари, уларнинг ўсимталари ва нейроглия элементлари жойлашган. Хужайраларнинг танаси асосан тугуннинг периферик қисмида гуруҳ-гуруҳ ҳолда жойлашган. Тугунлар орасида нерв толаларининг тутамлари мавжуд (6-расм).



6-расм. Орқа мия нерв тугунининг умумий кўриниши (А) ва хужайралари (Б).
А- Ласки услубида бўялган; Б-Ниссел услубида бўялган. А-об.8, ок.7; Б- об. 20, ок.7.

Тугуннинг марказий қисмида асосан нерв толаларининг тутамлари ташкил қилади ва улар орасида сийрак ҳолда якка-якка жойлашган кам миқдордаги нерв хужайралари ҳам мавжуд. Бу хужайраларининг ўлчамлари бошқаларига нисбатан бирмунча каттароқ ва уларнинг цитоплазмасида тигроид модда лахта-лахта бўлиб жойлашган. Тугун хужайраларининг танасининг марказида уларнинг юмолоқ шаклдаги ядроси жойлашган. Шунингдек тироид модданинг (Ниссл моддаси, базофил модда, хромотофил субстанция) цитоплазмада кўриниши ҳам бу хужайраларда бошқаларидан бирмунча фарқ қилади.

ОШҚОЗОН ВА ЎН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК АДРЕНЕРГИК ВА ДИФФУЗ ЭНДОКРИН АППАРАТЛАРИНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ

Ошқозони ва ўн икки бармоқ ичак қон томирларининг адренергик нерв элементлари уларнинг атрофини ўраб олувчи периваскуляр ва ўрта қаватида жойлашган интраваскуляр адренергик нерв чигалларидан ташкил топган бўлиб, улар таркибида катехоламинлар ва серотонин мавжуд. Глиоксил кислотаси билан ишлов берилганда улар люминесцент микроскопда яшил зумрад рангида товланиб кўринади. Катехоламинлар кўпайса товланишда яшиллик, серотонин кўпайганда эса сарғишлик ортади (7-расм).

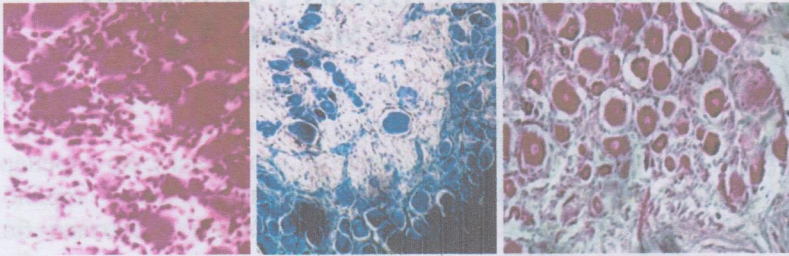


7-расм. Ўн икки бармоқ ичак (А) ва ошқозон (Б) қон томирлари девори бўйлаб жойлашган адренергик нерв толалари. В- ошқозон деворидаги адренергик нерв толалари ва флюоресценцияланувчи эндокриноцит (ЕС- хужайра). Глиоксил кислотаси билан ишлов бериш услуби. Об.20, гомаль 3.

Адренергик нерв толалари асосан артериал қон томирлари атрофида периваскуляр адренергик тўр ҳосил қилиб филоф тарзида жойлашган. Бу тўр айниқса артерия кетма-кет тармоқланган жойларда яхши кўринади. Артериянинг асосий ўзани бўйлаб

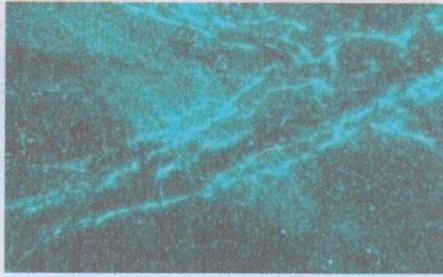
жойлашган периваскуляр адренергик гилоф ҳам артерия тармоқланишини такрорлайди ва унинг толалари артерия тармоқларига ўтиб, улар атрофида майда халқали адренергик периваскуляр тўр ҳосил қилади ва артерияларнинг энг кичик тармоқлари бўлган артериолаларгача етиб боради.

Куйиш жароҳатининг кейинги муддатларида (10 суткалар) орқа мия нерв тугунлари хужайраларининг морфологик ўзгаришлари чуқурлашади. Уларда тигролиз ҳодисаси кузатилади. Баъзи хужайраларнинг танасида пикнотик ўзгариш (бужмайиш) юз бериши натижасида улар танаси атрофида рангсиз перицеллюляр халқа пайдо бўлади. Айрим хужайралар танаси атрофида сателлитоз ҳодисаси ҳам кузатилади(8-расм).



8-расм. Орқа мия нерв тугунларининг экспериментал термик жароҳатдаги морфологияси .А- сателлитоз (гематоксилин – эозин); Б-перицеллюляр рангсиз халқа (Ласки услуби); В-иронинофилия ва перицеллюляр халқалар (Браше услуби).

Огир куйиш жароҳатларида ички аъзоларнинг, хусусан ўн икки бармоқ ичак ва ошқозон деворининг қон томирлари адренергик (симпатик) иннервациясидаги ўзгаришларни аниқлаш муҳим аҳамиятга эга, чунки куйиш стрессада симпато-адренал системаси фаолиятининг ўзгариши натижасида қонда адреналин, норадреналин, серотонин ва бошқа биоген аминларнинг мувозанати ўзгариши юз бериши натижасида симпатик нерв системасида ўзгаришлар вужудга келади. Чунки катехоламинлар симпатик нерв системасининг медиатори бўлганлиги туфайли бу дисбаланс қон томирлари иннервациясида акс этади.



9-расм. Ўн икки бармоқ ичак деворидаги қон томирлари адренергик нерв толаларининг куйиш жароҳати таъсиридаги варикоз ўзгаришлари. Глюксил кислотаси эритмаси билан ишлов бериш услуби. Об.20, гомал 3.

↓ Томирлар атрофидаги яшил-зумрад рангида товланувчи нерв толарида медиаторларнинг тўпланиши ва нотекис тарқалиши натижасида бу нерв толаларнинг ҳар жой-ҳар жойида локал шишиш ҳодисаси туфайли нерв толаларининг варикоз кенгаймалари кўпайиши ва уларнинг ўлчамларининг ортиши кузатилади (9-расм).

Бу аъзоларнинг вена қон томирлари деворида эса адренергик нерв толалари онда-сондагина учрайди. Бизнинг бу маълумотларимиз артериялар асосан симпатик (адренергик) нерв толалари билан иннервация қилинади деган фикрни маълум даражада тасдиқлайди.

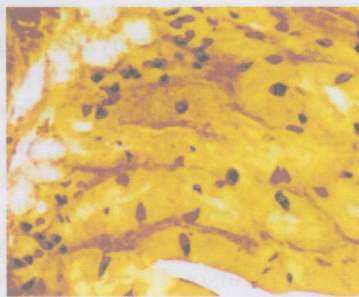
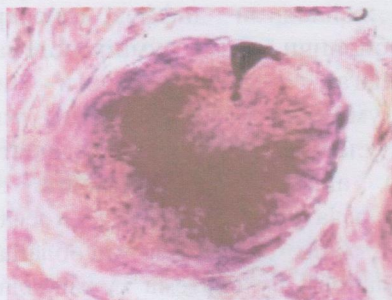
Ҳазм аъзоларининг функциясини маҳаллий бошқарувчи ситеманинг яна бири бу аъзолар девори шиллиқ пардасининг эпителияси таркибида якка-якка жойлашган диффуз (дисперс) эндокрин хужайралар бўлиб уларни биринчи марта умумий системага – яъни APUD –ситемасига тўплаган инглиз гистологи Пирс томонидан бу хужайраларнинг умумий хоссаси -яъни улар преаминларни ўзига қабул қилиб, уларни декорбоксиллаб пептид гормонларга (биоген аминларга) айлантириш хоссасига эга эканлигини аниқлади. APUD аббревиатураси ана шу хоссани таърифловчи инглизча сўзларнинг бош ҳарфлари ҳисобланади (Amines Precursor Uptake Decarboxylation). Бу система хужайралари очик ва ёпиқ типларга бўлиниб очик типларининг апикал учи ҳазм аъзоларининг ички томондан қоплайдиган эпителийнинг юзасига етиб боради(10А-расм). Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрича улар ўз учига ноғора таёқчасининг учига ўхшаш кенгайма ҳосил қилади ва эпителий (Т.Д.Дехқонов) юзасига бўртиб чиқади ва улар бу аъзолар ичига тушган махсулотлар таркиби ҳақидаги хеморецептор ахборотни дастлаб қабул қилади ва нерв аппаратиغا ўтказади ва бу икки система ҳамкорликда аъзо фаолиятининг адаптив ва

компенсатор хоссаларини бошқаради. Очiq типдаги эндокрин хужайралар ҳам цитоплазмасида катехоламинлар ва серотонин тутади. Бу моддаларнинг нисбий миқдорига боғлиқ ҳолда уларнинг товланиши ҳар хил бўлади. Агар катехоламинлар кўпайса яшил ранг, серотонин кўпайса эса сарғиш ранг орта боради. Ошқозони ва ўн икки бармоқ ичагининг эпителиясида ва безларида бу хужайраларнинг иккала типни ҳам аниқланди. (10Б-расм).

10-расм. А. Ошқозони пилорик бези тубида жойлашган очiq типдаги эндокриноцит. Бильшовский-Гросс услубида импрегнация. Об.20, ок.7.

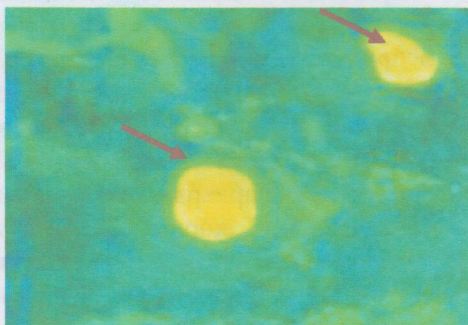
Б. Ўн икки бармоқ ичаги крипт ва ворсинкалари эпителияси таркибидаги очiq ва ёпиқ типдаги эндокрин хужайралар. Гримелиус услубида импрегнация. Об.10, ок.10.

Куйиш жароҳати туфайли юзага келадиган стрессга жавобан ўн икки бармоқ ичаги ва ошқозони диффуз эндокрин аппаратининг очiq типдаги эндокриноцитларида ҳам морфологик ўзгаришлар вужудга келади. Зеро бу хужайралар стресс гормонларининг (адреналин, норадреналин, серотонин) продуцентларидан бири ҳисобланади. Термик таъсирнинг дастлабки даврида бу хужайраларда эктрузия блоклануви (секрет ажратилишининг тўхташи) вужудга келиши натижасида уларнинг гиперимпрегнацияси (кумуш нитрат тузини қабул қилишининг кучайиши) натижасида бу хужайралар



А популяциясининг барчаси намоён бўлади, гўёки уларнинг миқдори ортиб кетгандай туюлади. Аслида эса оддий ҳолатда бу хужайраларнинг импрегнация даражаси улар секретор циклининг қайси фазасида препаратга тушганлиги билан боғлиқ ҳолда ҳар хил бўлади, секретини тўлиқ ажратган хужайралар деярли кўрнмайди.

Хужайраларда секретнинг тўпланиб қолиши шу даражага етадики, хатто уларнинг ядроси кўринмасдан қолади (11-расм).



11-расм. Цитоплазмаси таркибида серотонин миқдори кўпайганлиги туфайли сарғиш товланувчи эндокриноцитлар ҳамда катехоламинлар тутувчи ва яшил товланувчи нерв толалар. Глиоксил кислотаси эритмаси билан ишлов бериш услуби (об.10,гомал 5).

Бу хужайраларда серотонин миқдори ошиши туфайли улар люмиенсцент микроскопда сариқ рангда флюоресценцияланиб (товланиб) кўринади. Ошқозон деворида ва безлари таркибида кўп учрайдиган ЕС-хужайралар (энтерохромаффин хужайралар) эса цитоплазмасидаги катехоламинлар ва серотонин миқдори билан боғлиқ ҳолда сарғиш-яшил рангдан оқ ранггача товланади. Уларда катехоламинлар кўпайганда эса яшиллиги ортади.

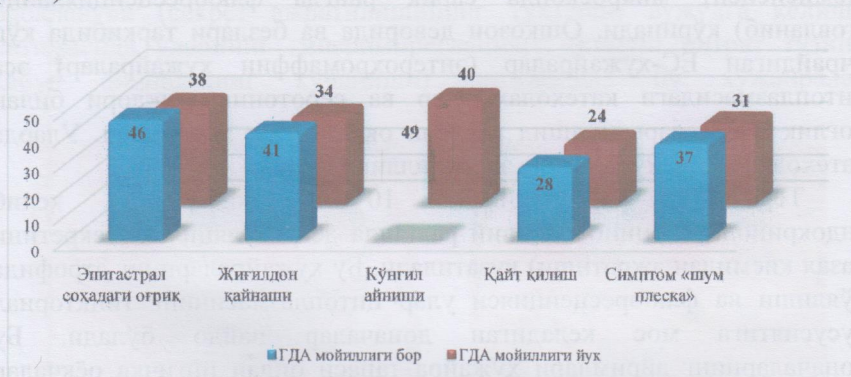
Термик жароҳатнинг 10 суткаларига келиб эндокриноцитларнинг оммавий равишда дегрануляцияси (секретини базал қисмидан ажратиши) кузатилади. Бу хужайраларнинг атрофида бўялиши ва флюоресценцияси улар цитоплазмасининг тинкториал хусусиятига мос келадиган доначалар пайдо бўлади. Бу доначаларнинг айримлари хужайра танаси билан ингичка оёқчалар билан туташган ва бу ҳодиса хужайралар атрофидаги доначалар айнан хужайрадан ажралаётганлигини тасдиқлайдиган аргумент ҳисобланади.

ОҒИР КУЙИШ ФОНИДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Оғир куйишлардаги 56 -75% беморларнинг ошқозон-ичак тизимидаги эрозив ярали асоратлари симптомсиз кечади, айниқса

гастроудоденал асоратлар (ГДА) - куйиш касаллигининг энг ёмон асорати бўлиб, II-IIIa,б-IV даражали 20% тери сатҳидаги куйишларнинг 20-25%ида учрайди. Кўпинча бу қон кетиш ёки перфорация билан асоратланганда сезиб қолинади.

Куйиш фонидаги гастроудоденал асоратларда нафақат қон кетиш белгилари кузатилади, балки улар бошқа клиник белгилар билан ҳам кечиши-мумкин. А.Д.Фаязов айтишича куйиш травмасидан кейин дастлабки соатларда беморларда тез-тез диспептик белгилар пайдо бўлиб, баъзида эса қоринда оғриқлар кузатилади. Беморлардаги куйишдан кейинги оғриқ интенсивлигининг пасайиш динамикаси, диспептик белгилар(кўнгил айнаши қайт қилиш, жиғилдон қайнаши, оғиздаги таъм бузилиши ва ёқимсиз ҳид пайдо бўлиши, аппетитнинг йўқолиши каби белгилар, ЭФГДСда переулцероген соҳанинг ҳолати ва муддатига, яъни эрозияларнинг ҳарактерига, яраларнинг чуқурлиги ҳажми ва қирраларидаги эпителизация жараёнининг кечишига, ҳамда гастроудоденал соҳадаги функционал ўзгаришлар(деформациялар ва маторикаси)га боғлиқ(12-расм).



12-расм. Оғир куйишда гастроудоденал асоратларнинг клиник белгиларининг учраш даражаси

Беморлар икки гуруҳга: 1.ГДАларга мойиллиги борбеморлар. 2.ГДАларга мойиллиги бўлмаган беморлар солиштириб таҳлил қилинди. ГДА ларга мойиллиги бўлган (анамнезида охириги 5 йилдан бери сурункали гастроудоденал касаллиги бор ёки улцероген дори воситаларини қабул қилган) ва куйиш тан жароҳати олган беморлар киритилди.

Беморларимизда ГДАларнинг максимал даражада учраш 3-14 суткага тўғри келди. Куйиш касаллигида гастродуоденал асоратларни диагностика қилиш қийинчилик туғдиради. Чунки куйиш касаллиги ва унинг асоратлари клиник жиҳатдан ҳар хил клиник кўринишда кечади. Бунга сабаб, оғриққолдирувчи, седатив, антибиотиклар ва кортикостероид дори воситаларини кўп миқдорда қўллаш ёки уларни тартиб билан қўлламаслик асоратларнинг клиник белгиларини яширин ҳолатда кечишини таъминлайди.

Оғир куйишдаги ГДА ларнинг нисбий салмоғи куйидаги параметрлар асосида ўрганилди: куйиш майдони ва чуқур куйиш ҳажми, оғриқ синдромининг давомийлиги, этиологик сабаблари, ахволининг оғирлик кўрсаткичлари: жигар ва буйрак етишмовчилигининг ривожланиш даражаси, гипокоагуляция, анемия, абдоминал компартмент синдроми, гиповолемия. Ихтисослашган тиббиёт муассасасига 12 соатдан кўпроқ вақт ўтгач госпитализация қилиши ва интенсив даволашни кеч бошланиши. Бунда таҳлилларга кўра 57,8% беморларда ўткир ГДАлар кузатилди. Шундан куйишнинг умумий майдони 40% дан кам бўлган беморлар гуруҳида ўткир ГДАларнинг ривожланиши 42,2% ташкил қилди. 20% дан ортиқ чуқур куйиш майдонини бўлган беморларда, ўткир ГДАлар 1,5 барабар кўпроқ ривожланди. Франк индекси 130 бирликдан ортиқ бўлган беморларда гастродуоденал ўткир асоратлар ушбу кўрсаткич 70 бирликдан кам бўлган жабрланганларга қараганда 9 маротаба кўпроқ кузатилди.

Шундай қилиб, ушбу мезонларни ҳар томонлама таҳлил қилиш, уларнинг юқори ишончлилиги ўткир ГДАларни ривожланишини башорат қилиш ва ўз вақтида профилактика қилиш чораларини кўриш имконини яратади.

ОҒИР КУЙИШ ЖАОҲАТИДАГИ ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИНГ ПАТОГЕНЕТИК ХАВФЛИ ОМИЛЛАРИНИНГ АНИҚЛАШДА ЭНДОТЕЛИАЛ ДИСФУНКЦИЯ ВА Н. PYLORI-SAGA- АНТИТЕЛАЛАРНИНГ АҲАМИЯТИ

ОҚда цитокининларнинг гиперпродукцияси томирлар эндотелийсининг тизимли шикастланишига, микроциркуляция ва транскапилляр метаболизмнинг бузилишига олиб келади. Қон-томирларнинг тизимли эндотелийсининг дисфункцияси куйишдаги

Sam DTI
axborot-resurs markazi
9321 6p

стрессли ГДАларнинг ривожланишида патогенетик жиҳатдан муҳим омил саналади. Шу нуқтаи назардан оғир куйишдаги ГДАларнинг патогенетик жиҳатларини ўрганиш учун қон томирлар эндотелиал дисфуқция(ЭД)сини ва унинг коррекцияси муаммоларига охиригача ўрганилмаган. ЭДСининг характерли жиҳати васкулогенез, ангиогенез жараёнларининг фаоллашуви ва вазоактив моддалар ҳосил бўлиши оқибатида микроциркуляциянинг бузилиши, гипоксия, реперфузия ҳисобланади. Ушбу жараёнда (Vascular endothelial growth factor)VEGF муҳим ўрин тутати. VEGF васкулогенезни (эмбрионал қон-томир тизимини шакллантириш) ва ангиогенезни (қон томир тизимида янги томирларнинг ўсишини) рағбатлантириш учун хужайралар томонидан ишлаб чиқарилган оқсил. VEGF оқсили қон айланиши етишмовчилигида тўқималарга кислород етказиб беришни тиклаш учун масъул бўлган тизимнинг бир қисми ҳисобланади. VEGF асосий вазифаси қон томир етишмовчилигида янги томирларни шакллантириш ва коллатерал қон билан таъминланишни кучайтиришдан иборат. Бундан ташқари, ангиогенез жараёни учун керакли шароитлардан бири эндотелий ўтказувчанлигининг ошиши ва гуморал вазоактив моддалар ҳисобланган VEGF вазоконстриктор хусусияти бор.

Тадқиқотларимизда шу маълум бўлдики, ГДА мойиллиги бўлган беморларда VEGF концентрациясининг ГДА мойиллиги бўлмаган беморларга нисбатан турғун юқорилиги аниқланди(1-жадвал).

1-жадвал

VEGF мЕ/млва Н.Pylori-CagA-Антитела титри кўрсаткичлари

	3 сутка	7 сутка	14 сутка
ГДАга мойиллиги бор(I)	642/0,374	1060,4/0,822	1146/1,446
ГДАга мойиллиги йўқ (II)	434/0,691	566,6/0,982	844,3/1,722
Ўртача	538/0,530	813,5/0,902	995,1/1,389
Назорат	67,2 мЕ/мл/0,665		

ОП $\geq 0,419$ - мусбат (+) ; ОП $\leq 0,419$ - манфий (-) .

Гастроудоденал касалликлар ривожланишида Н. Pylori инфекцияси роли юқорилиги бугунги кунда фанга маълум. Яъни Н. Pylori инфекциясининг кўпайиши ГДА ривожланишида яллиғланиш вариациясини кучайтириши адабиётларда келтирилган. Аммо оғир куйишдаги стрессли гастроудоденал патологияларда Н. Pylori инфекциясининг активлиги ва уларнинг қон томирлар ЭДСи билан

боғлиқлик жиҳатлари деярли ўрганилмаган. *H. Pylori* нинг патоген кўплаб штаммлари мавжуд бўлиб, шулар ичида кенг тарқалгани *CagA* ҳисобланади.

CagA (cytotoxin-associated gene) – *H.pylori CagPAI* (pathogenicity associated island, *CagPAI*) нинг генетик белгисидир, чунки *H.pylori* дан бошқа бактерияларнинг ҳеч бирида шунга ўхшаш тузилишга эга ген топилмаган. Бу ген 120-140 килодальтон молекуляр массага эга бўлган мос оксилни кодлади ва цитотоксик хусусиятга эга. *CagA*-мусбат штамми эпидермал ўсиш омили рецепторлари(epidermal growth factor receptor, EGFR)ни фаоллаштириш орқали патологик жараённинг кечилишига таъсир қилади. *CagA* ген махсулотлари IV типдаги секреция тизимини ҳосил қилади, унинг вазифаси *H. pylori* эффектор оксилларини ошқозон шиллиқ пардасининг эпителиал хужайраларига етказишдир. Эффектор оксиллар ворсинкалар орқали киради, *CagA* митоген -фаол протеинкиназа орқали хужайрадаги фосфорилланиш жараёнига таъсир қилади ва шиллиқ парда эпителий хужайраларининг цитоскелетининг ўзгаришига олиб келиб, бу *H. pylori* адгезиясига сабаб бўлади.

CagA оксили *H. pylori* нинг асосий патоген омилларидан бири. У ошқозон шиллиқ пардасидаги эпителий хужайраларидаги генлар экспрессиясига таъсир кўрсатиб, яллиғланиш реакциясини келтириб чиқаради. Яллиғланиш келтириб чиқаруви цитокинларнинг секрециясини кучайтиради. Бу эса ошқозон шиллиқ пардасида яллиғланиш жараёнларининг ривожланишига ва натижада эрозив ярали жароҳатланишларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Бундан ташқари, *CagA* оксили ошқозон шиллиқ пардасидаги эпителийнинг пролиферациясини шикастлаб, эрозив ярали жароҳатларнинг регенерациясига тўсқинлик қилади. Шунингдек эпителий хужайраларининг апоптозига олиб келиб, кислота ишлаб чиқарувчи париетал хужайраларнинг гиперплазиясига олиб келади. Бу хлорид кислота ва пепсиннинг гиперсекрециясини кучайтиради

CagA-позитив штамми бошқа штаммларга караганда вирулентлиги ва агрессивлиги юқори бўлиб, 72 % ҳолатларда эрозив гастрит, 88,8% ҳолларда ўн икки бармоқли ичакда ярали асоратларни келтириб чиқаради.

Шундай қилиб, *H.pylori CagA*-позитив штамми билан инфицирланиш гастродуоденал шиллиқ пардада ўткир асоратлар

келиб чиқишида хавф даражаси юқори. Республикамизда бу патоген шамм билан инфицирланиш даражаси 84%ни ташкил қилади.

H.pylori нинг ошқозон шиллиқ пардадаги зичлиги ортганлиги гастродуоденал соҳадаги шиллиқ парданинг яллиғланиш активлигини янада кучайтириб, агрессив таъсир кўрсатади. Бундан ташқари турғун яллиғланиш фонида узоқ муддатли сақланиб қолади. Натижада гастродуоденал соҳада ўткир яллиғланишларни келтириб чиқаради.

Шундай қилиб, куйиш жароҳатларида VEGF концентрациясининг ва *H.pylori*-CagA-Антитела титрининг ошиши гастродуоденал шиллиқ парданинг химоя омиллари пасайиб кетганлигидан ва гастродуоденал шиллиқ пардада яллиғланиш активлигининг кучайишига яхшигина шароит яратилганлигини кўрсатиб берди.

Бунинг аниқ далили сифатида ЭФГДС қилинганда ГДА куйидаги 3 гуруҳга бирлаштириб ўрганилди.

1) Ўткир гастродуоденал яллиғланишлар(катарал ва геморрагик гастродуоденит);

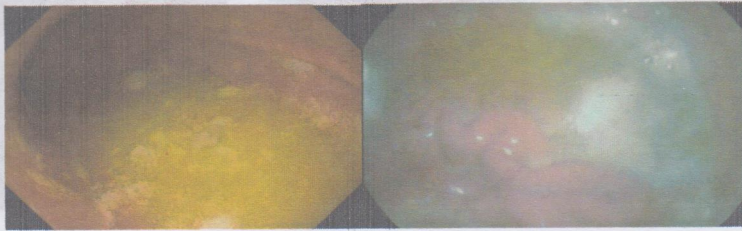
2)Ўткир гастродуоденал эрозив ярали патологиялар;

3)Гастродуоденал мотор- эвакуатор бузилишлар;

Ўткир гастродуоденал яллиғланишлар келиб чиқиши 2 ҳафтагача давом этди. Беморларда яллиғланиш жараёнининг кечиши 7 суткадан кейин ошқозон танаси ва тубида камайиш кузатилган бўлса, плороантрал соҳа ва ўн икки бармоқ ичакда шиллиқ қаватида тескари динамика кузатилди.

Чуқур жойлашган яралар 3 суткада 0,4-0,6см ярали деффектлар аниқланди. Яра қирралари ўткирлашган, атрофида яллиғланиш ўчоқлар кўплаб эрозиялар кўринишида қопланганлиги аниқланди. Яранинг ҳажми ва қирраларининг марказга эмас, периферияга қараб миграцияси ва бурмаларнинг бир-бирига нисбатан узоқлашиши туфайли яранинг кенгайиши кузатилди.

Мотор-эвакуатор фаолиятнинг бузилишиоғир куйиш фонида ГДАлар ривожланиши учун хавфли омил бўлиб, унинг узоқ муддатли сақланиши гастродуоденал шиллиқ пардаларга турғун таъсир кўрсатиб, жиддий асоратлар ривожланишига сабаб бўлиши аниқланди(13-расм).

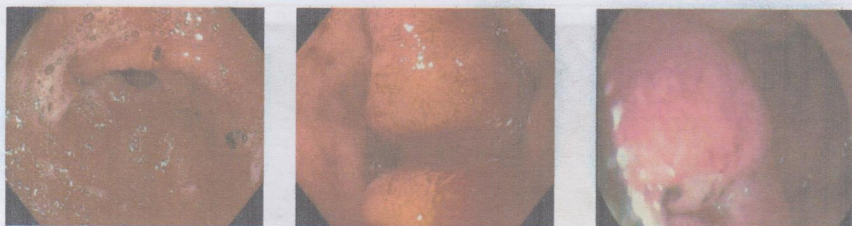


13-расм. Куйиш касаллигида мотор-эвакуатор фаолиятнинг бузилиш асорати: дуодено-гастрал рефлюкс ўтли гастростаз билан

Профилактик ва даволаш мақсадида антисекретор ва антихеликобактер терапия билан ва эндотелиал дисфункция камайтириш учун L-аргинин сақловчи препарат қўлланилганда ГДА мойиллиги бўлган беморларда барча суткаларда VEGF концентрациясининг пасайиш кузатилди. Бу шуни кўрсатадики, гастродуоденал сурункали касалликлари фонида қон томирларнинг ўсиши ва янги қон томирларининг шаклланишини таъминловчи эндотелиоцитларнинг пролиферацияси активлашганлиги билан боғлиқ.

Шунингдек, ярага қарши антисекретор ва антихеликобактер терапияни кучайтирган ҳолда гастродуоденал мотор-эвакуатор бузилишларнинг коррекция қилиш мақсадида дофамин D₂ -рецептор блокатори-домперидон 10 млдан 3 маҳал назогастррал зонд ёки ичиш учун тавсия қилинганда қуйидагилар аниқланди. Беморлар ЭФГДС қилганда шиллиқ пардаги катарал ўзгаришлар 7 суткагача чуқурлашиб борди. Бу агрессиянинг кучайиши натижасида шиллиқ пардаги катарал ўзгаришлар эрозия ва ярали эрозияларга айланиши билан боғлиқ. ГДА мойиллиги бор беморларда катарал ўзгариш чуқурлашиб геморрагик гастродуоденитга айланди.

Шиллиқ парданинг бир оз кўтарилиши кузатилиб, марказида диффуз майда калибрли 0,1-0,2ммли эрозияли ўчоқлар аниқланди. 7 суткада аниқланган эрозиялар ҳажм жиҳатдан бир оз кичирайганлиги, ва шиллиқ парданинг тотал гиперемиялашганлиги кузатилди. Эрозив оролчаларнинг 10-15%гача қисқарганлиги аниқланди. Ошқозон гумбаз ва тана қисмларида ва ўн икки бармоқ ичакнинг пиёзча қисмида кўплаб майда калибрли ўчоқли эрозия борлиги аниқланди(14-расм).



А

Б

В

14-расм. Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичкадаги эрозив-ярали жароҳатларнинг эндоскопик тасвири. А) Ошқозон антрал қисмидаги кўп сонли эрозиялар. Қон кетиш тўхтатилган асорати. Б) Ўн икки бармоқ ичак сурункали яраси қон кетиш асорати; В) Ўн икки бармоқ ичак сурункали яраси, қон кетиш тўхтатилган

14 суткага келиб перифокал шиш ва гиперемияларнинг камайиши ва бурмаларнинг бир-бирига яқинлашиши туфайли кичирайди. Гастроудоденал юзаки диффуз эрозиялар профилактик терапия дастлабки кунлардан олиб борилганлиги сабабли 14 суткага келиб 1,5 баробарга қисқарди.

Меъда-ичак трактининг мотор эвакуатор фаолиятини тиклаш чоралари дастлабки куйиш тан жароҳати олган кунлардан олиб борилиши ва симултан антисекретор профилактикани қўллаш ГДАларнинг камайишига эришиш мумкинлиги тадқиқотларимиз натижасида яққол намоён бўлди. Шунингдек, патогенетик жиҳатдан ўйлаганда меъда-ичак трактида мотор эвакуатор фаолияти қанча тез тикланса, шиллиқ пардаларда қон айланиши яхши бўлиб, ГДАлар кам учрашига олиб келар экан.

VEGF нинг юқори концентрацияси гастродуоденал шиллиқ парданинг трофик бузилишига ва Н.Pylori билан инфидирланишнинг ошишига олиб келди. ГДАларга мойил бўлган беморларда эндотелиал дисфункциянинг келиб чиқиши ва Н.pylori нинг ошқозон шиллиқ пардадаги зичлиги ортганлиги ҳамда яллиғланиш фонида узок муддатли сақланиб қолганлиги сурункали гастродуоденал яра касаллигининг ва сурункали эрозив гастритнинг кўзишига олиб келади. Амалиётга VEGF ни киритиш оғир куйишларда гастродуоденал асоратларни тахмин қилиш, даволаш ва профилактикасини таъминлашда диагностик аҳамиятга эга.

ПРОФИЛАКТИК АНТИСЕКРЕТОР ТЕРАПИЯНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ

Бугунги кунга келиб, Н. pylori билан боғлиқ бўлган гастродуоденал касалликларни даволаш учун хелиобатерга қарши дори воситаларининг турли хил вариантлари ва схемалари қўлланилади. Сўнги йилларда "классик" учлик терапия схемаси протон насоси ингибитори, тинидазол ва амоксициллинни ўз ичига олган терапия кенг миқёсда ишлатилмоқда. Шундан протон насоси ингибитори ошқозон секрециясининг рН даражасини ошириш, эрадикация схемасига киритилган антибактериал дориларнинг микробларга қарши таъсирини кучайтириш орқали антихелиобатер таъсирини амалга ошириш учун шароит яратади. Эрадикация схемаси учун антибактериал препаратларни танлаш асосий аҳамиятга эга.

Н. Pylori ни йўқ қилиш режимларида қўлланиладиган микробларга қарши препаратларга қўйиладиган асосий талаблар: 1.Хеликобатерга қарши юқори фаолликнинг мавжудлиги 2.Юқори хавфсизлик даражаси 3.Қабул қилишнинг оптимал частотаси кабилардир. Клиник амалиётда кенг қўлланиладиган кларитромицин ва амоксициллин ушбу талабларга жавоб беради.

Амоксициллин β-лактам антибиотиклари ва аминопенициллинлар кичик гуруҳига кирувчи кенг спектрли антибактериал препаратдир.

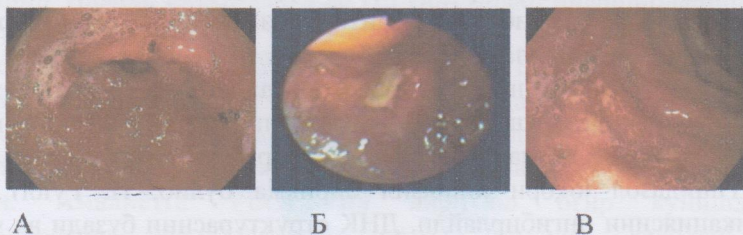
Амоксициллин Н. pylori га бактериоцид таъсир кўрсатади, Хеликобактер хужайра деворининг асосий компоненти бўлган пептидогликан биосинтезида иштирок этадиган пенициллинни боғловчи ферментлар синтезини ингибирлаш орқали бактерия хужайра мембранасининг шаклланишини бузади, бунинг натижасида микроблар хужайра осмотик градиентга бардош бериш қобилиятини йўқотади, шишади ва парчаланаяди. Н.pylori нинг амоксициллинга чидамлилиги паст бўлиб, уни пасайтирувчи минимал концентрацияси 0,03 мг/лни ташкил килади.

Амоксициллиннинг бактериоцид таъсири нейтрал муҳитда сезиларли даражада ошади, шунинг учун протон насоси ингибитори билан биргаликда қўлланганда юқори самарадорликка эга.

Тинидазол юқори липофил бирикма бўлиб, Н. Pylori нинг репликациясини ингибирлайди. ДНК структурасини бузади ва унинг синтезини пасайтиради. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти, шунингдек, хорижий тадқиқотлар маълумотлари кўра, тинидазолни хелиобатерга қарши фаол дорилар деб ҳисоблайди. Антимикроб компонент сифатида тинидазол 1996 йилда Маастрихт консенсус конференцияси томонидан Н. Pylori йўқ қилиш схемаларига

киритилган. Шундай қилиб, Н. Рүлоги ни муваффақиятли йўқ қилиш кўп жиҳатдан ишлатиладиган дориларга боғлиқ, аммо даволаниш режимини танлашда ишлаб чиқилган алгоритмлар ҳам натижага ижобий таъсир қилади.

Оғир куйишлардаги гастродуоденал асоратларни профилактика қилиш борасидаги тадбирларда аниқ мезонларга асосланмаган. Шу жумладан адабий маълумотларга кўра, баъзилар агрессияни камайтиш ва патогенетик консерватив даволашнинг тарафдори бўлса, баъзилар ошқозондаги кислота ишлаб чиқаришни пасайтириш шиллиқ пардани ҳимоя қилишнинг асосий усули деб билади. Ҳозирги кунда оғир куйишларни замонавий даволаш тенденция илгарилаб кетаётган бир даврда ўткир гастродуоденал асоратлар етарлича профилактика қилинмаслиги сабаб, беморлар аҳволининг яхшилаб бораётган бир вақтда бирданига қутилмаганда оғир асоратлар (ўткир қон кетиш, перфорация) ни келтириб чиқариб, хатто ўлим даражасигача етмоқда. Профилактик антисекретор терапия гастропротекторлар, Н₂-гистамин блокаторлари III авлоди ва протон насоси ингибиторлари қўлланилди. Протон насоси ингибиторларидан кумулятив хусусияти кам ва самарали таъсир доирасига эга пантопрозол қўлланилди. Бунда схема тарзида пантопрозол болуос терапия яъни 80мг вена ичига бирданига, базис терапия 8мг/соат вена ичига 72 соат давомида инфузия қилинди. Бундан ташқари, стандарт даволаш олиб борилди. Даволаш натижалари таъсири ўрганилганда гастродуоденал асоратларни эндоскопик динамик кўрсаткичи сифатида шартли 3та босқичга бўлдик. 1.Яллиғланишнинг чегараларниши 2.Гануляциянинг шаклланиши 3.Жароҳат эпителизация(15-расм).



15-расм. Куйиш жароҳати бўлган беморда ошқозоннинг ўткир яраси фонидаги ЭФГДС кўриниши. II босқич фазаси А) Яллиғланиш эгатининг йўқолиши; Б) Яра деффекти тубидаги фибриннинг кўчиши В) Гануляциянинг шаклланиши ва эпителизациянинг бошланиши

Гастродуоденал яллиғланишнинг чегараланиши ўртача $4 \pm 1,62$ суткада кузатилиб, перифокал шиш ва гиперемияларнинг камайиши, бурмали яллиғланиш эгатларининг ҳосил бўлиши, жароҳат қирраларининг текисланиши кузатилди. Гануляциянинг шаклланиши ўртача $6 \pm 1,15$ суткани ташкил қилди. Яра деффекти қирралари грануляцияланган чизиксимон чандиқ кўринишида шаклланди. Гастрит ва дуоденитга хос оғриқлар йўқолди.

Эпителизация босқичида эрозия ва яраларнинг маркази фибрин қопламадан тозаланди.



А

Б

В

16-расм. Куйиш жароҳати бўлган беморда ошкозоннинг антрал соҳаси ўткир яраси фонидagi ЭФГДС кўриниши. А) Ўткир яранинг эрозияга ўтиши; Б) Чизиксимон чандиқ кўринишида шаклланиш В) Эпителизация

Ҳажми қирраларининг марказга миграцияси ва бурмаларнинг бир-бирига яқинлашиши туфайли кичирайди.

Тадқиқот натижаларига кўра, куйишдаги гастродуоденал стрессли эрозия ва яраларнинг бир босқичдан иккинчи босқичга ўтишидаги яллиғланиш трансформацияси даволаш ва профилактик антисекретор терапия ўтказилганларда 2-3 баравар тез бўлиши аниқланди.

Бундан ташқари, даволаш ва профилактик антисекретор терапия ўтказилмаган беморлардан 12тасида рецидив янги юзаси фибрин билан қопланган юзаки эрозияларнинг пайдо бўлиши аниқланди. Демак, бу гуруҳдаги беморларга қайта квадратотерапия ва клиник тавсиялар берилиши керак.

Шундай қилиб, ўткир эрозия ва яраларнинг регенерацияси учун ўртача рН 3-5гача эканлиги аниқланди. Даволаш ва профилактик антисекретор терапия ўтказилмаган беморларда 44,7% ҳолатларда 7 суткадан кейин эрозия ва яраларнинг қайтадан пайдо бўлаётганлиги аниқланди.

ХУЛОСА

Оғир куйиш жароҳати туфайли юз берадиган стресс патгенезида асосий стресс гормонларидан бири бўлган адреналин муҳим ўрин эгаллайди. Бу эса қон томирларининг адренергик нерв аппаратида морфологик ўзгаришларни келтириб чиқариб стресс ҳолатида ички аъзолар нерв трофикаси ва ангиогенезнинг бузилишларига олиб келиши ва стрессли гастродуоденал асоратлар пайдо бўлишигасабаб бўлади.

Оғир куйиш жароҳатида гастродуоденал асоратлар клиник белгилари переулцероген соҳанинг ҳолати ва муддатига, яъни эрозияларнинг ҳарактерига, яраларнинг чуқурлиги ҳажми ва кирраларидаги эпителизация жараёнининг кечишига, ҳамда гастродуоденал соҳадаги функционал ўзгаришлар(деформациялар ва маторикаси)га боғлиқлиги аниқланди.

Оғир куйиш касаллигининг кечишида беморлар аҳволини баҳолашдаасосий прогностик мезонлардан фойдаланиб ўрганиш яхши самара берди. Ушбу мезонларни ҳар томонлама таҳлил қилиш, уларнинг юқори ишончилиги ўткир ГДАларни ривожланишини башорат қилиш ва ўз вақтида профилактика қилиш чораларини кўриш имконини яратади.

Шу билан бирга, куйиш жароҳатларида эндотелиал дисфункция маркери бўлган VEGF концентрациясининг ва *H.pylori-CagA*-Антитела титрининг ошиши гастродуоденал шиллик парданинг ҳимоя омиллари пасайиб кетганлигидан ва гастродуоденал шиллик пардада яллиғланиш активлигининг кучайишига яхшигина шароит яратилганлигини кўрсатиб берди.

Профилактик ва даволаш мақсадида антисекретор ва антихиликобактер терапия ўтказилган ва эндотелиал дисфункцияни коррекция қилиш учун L-аргинин сақловчи препарат қўлланилганда ГДА мойиллиги бўлган беморларда барча суткаларда VEGF концентрациясининг пасайиш кузатилди. Шунингдек,гастродуоденал мотор-эвакуатор бузилишларни коррекция қилиш мақсадида дофамин D₂ -рецептор блокатори-домперидон 10 млдан 3 маҳал назогастррал зонд ёки ичиш учун тавсия қилиш гастродуоденал яллиғланишнинг чегараланишига, перифокал шиш ва гиперемияларнинг камайиши, бурмали яллиғланиш эгатларининг

ҳосил бўлиши, жароҳат қирраларининг текисланиш муддатларининг қисқаришига олиб келди.

Гастроудоденал асоратларни ўз вақтида аниқлаш ва самарали даволаш критик ҳолатдаги беморларда гастроудоденал қон кетишларнинг энг самарали профилактикасини таъминлаб беради. Куйиш жароҳатларида гастроудоденал асоратларнинг этиопатогенетик хусусиятларини ўрганишда жиддий ютуқларга эришишда диагностика ва даволаш алгоритмлари тузилди. Бу эса бундай асоратлар сонини сезиларли даражада камайтирди. Айниқса, куйган беморларда гастроудоденал эрта қон кетишининг олдини олишда сезиларли ютуқларга эришишда асос бўлди.

ФЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Алексеев, А.А., Попов С.В. Принципы организации и оказания медицинской помощи пострадавшим от ожогов //Сборник тезисов конференции «Актуальные вопросы лечения термической травмы». - 2016. - № 55. - С. 13-14
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. Вагнер Д. О., Шлык И. В., Юрина В. Н. Факторы риска эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших с тяжелой термической травмой//Вестник анестезиологии и реаниматологии 2016. Т. 13, № 2.С.13-20.
4. Глуткин А. В., Ковальчук В. И. Термический ожог кожи у детей раннего возраста (опыт эксперимента и клиники): монография /– Гродно: ГрГМУ, 2016. – 180 с
5. Даминов Ф.А., Хакимов Э.А., Карабаев Х.К., Ахмедов А.И. Профилактика эрозивно-язвенных гастродуоденальных поражений у больных с тяжелой термической травмой // Всероссийская конф. с межд. участием “Актуальные вопросы комбустиологии” – Сочи. 2019. С. 39-41
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. Мизиев И. А., Мусукаева А. Б., Ахкубеков Р. А., Жигунов А. К., Эльгарова Л. В., Маржохова М. Ю., Белимготов Б. Х. Особенности патогистологических изменений в слизистой гастродуоденальной зоны в зависимости от этиологических факторов развития острых гастропатий// Медицинский вестник Северного Кавказа. 2017. Т. 12. № 4.С.451-455.
8. Орипов Ф. С., Дехканов Т. Д., Блинова С. А. Функциональная морфология апудоцитов тощей кишки кроликов при антенатальном воздействии пестицидом. // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. - 2015. -№ 4. - С. 41-42

9. 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
10. 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.
11. Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С. Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста. // Скорая медицинская помощь. России. 2020; 21(3):54-57.
12. 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.
13. Хаджибаев А.М., Шукуров Б.И. Служба экстренной медицинской помощи в Республике Узбекистан: достижения и пути развития // Мат. IV съезда ассоциации врачей экстренной медицинской помощи. Узбекистана. Ташкент, 2018. С. 3-5
14. Шустова Т.И., Юрков А. Ю., Самотокин М. Б. Андренергическая и холинергическая иннервация глоточной миндалины у детей с хроническим аденоидитом // Морфология. - 2016. - Том 149, N 2. - С. 16-20.
15. Эргашев О.Н., Зиновьев Е.В., Виноградов Ю.М. Возможности математического прогнозирования развития острых эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у тяжелообожженных // «Вестник хирургии» 2017. Том 176. № 2. С. 51-56.
16. 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.
17. Audra C, Imran J, Madni T, Wolf SE. Nutrition and metabolism in burn patients. Burns & Trauma. 2017; 5:11.
18. Muschitz GK, Fochtmann A, Keck M, Ihra GC, Mittlbock M, Lang S, et al. . Non-occlusive mesenteric ischaemia: the prevalent cause of

gastrointestinal infarction in patients with severe burn injuries. *Injury* 2015;46:124–30

19. 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.

20. 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>

ФАЯЗОВ А.Д., АХМЕДОВ А.И.

ОҒИР КУЙИШ ЖАРОҲАТЛАРИДА
ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИ ДАВОЛАШ
ВА ПРОФИЛАКТИКА ҚИЛИШ

Услубий тавсиянома

Самарқанд давлат тиббиёт институтини бошқарувчиларнинг раёси
Пошта кассаси 140160. Самарқанд шаҳри
Алишер Навоий кўчаси, 18-йў.
Бинонинг 27.10.2021 йилдаги ҳисоб китоби. Раёсатнинг 3
Бинонинг 60x84^{1/2} "Times New Roman" қариндаси. 1.86 бошма рақам.
Адрес: 70 йиллик. Ўзбекистон Республикаси 1 / 2022
Телефон: 0306)2332412, e-mail: zangina@mail.ru, www.zangina.uz