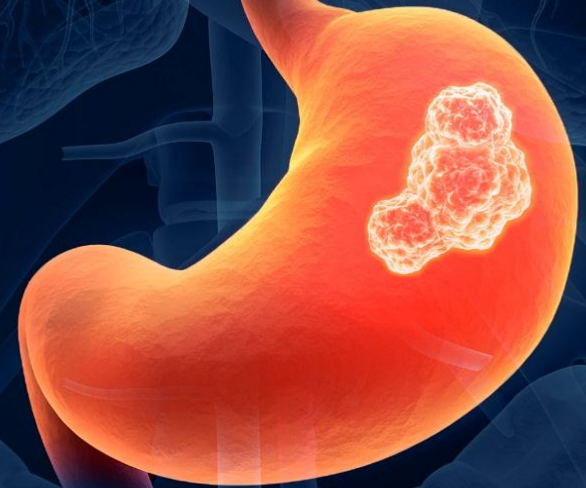


**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

Nazarov Feruz Yusufovich

**HAZM A'ZOLARI QIZIL O'NGACH
VA ME'DA KASALLIKLARI BOR
BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI**

O'quv uslubiy qo'llanma



**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI
SAQLASH VAZIRLIGI
SAMARQAND DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI**

NAZAROV F.Y.



**HAZM A'ZOLARI QIZIL O'NGACH VA ME'DA KASALLIKLARI
BOR BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI**



Mualliflar:

Nazarov Feruz Yusufovich - Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ichki kasalliklar rpopedevtikasi kafedrası katta o'qituvchisi, PhD.;

Taqrizchilar:

Islamova K.A. – Samarqand davlat tibbiyot universiteti Dotsent N.A.Abdullayev nomidagi 1-son Ichki kasalliklar kafedrası dotsenti, PhD;

Sapayeva Z.A. – **Urganch** davlat tibbiyot instituti, Ichki kasalliklar va dermatovenerologiya kafedrası katta o'qituvchisi, PhD;

O'quv uslubiy qo'llanmada sog'liqni saqlashda kasallikni tekshirish va tog'ri tashxislash to'g'risida zamonaviy ma'lumotlar mavjud. Sog'liqni saqlashni boshqarish tizimini rivojlantirishning asosiy yo'nalishlari ko'rib chiqilgan va tibbiy tekshirish bo'yicha ishlar natijalarini baholash taklif etilgan. Tibbiy tekshirish sifati standartlarini ishlab chiqish, ularni o'lchash va yaxshilashga qaratilgan o'zgarishlarni boshqarish bo'yicha ma'lumotlar taqdim etilgan. Sifatni oshirish vositalari va sifatni oshirish faoliyatida keng tarqalgan muammolarni tahlil qilishga alohida e'tibor qaratilgan.

O'quv uslubiy qo'llanma 2-3 kurs pediatriya fakulteti talabalari uchun mo'ljallangan.

O'quv uslubiy qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Markaziy o'quv-uslubiy Kengashi yig'ilishida ko'rib chiqildi.

2026 yil " ___ " _____ Bayonnoma raqami _____

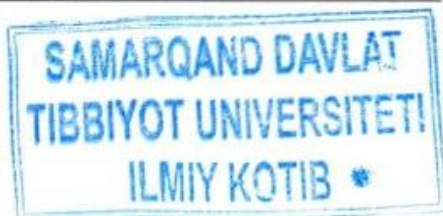
O'quv qo'llanma Samarqand davlat tibbiyot universiteti Ilmiy Kengashi tomonidan ko'rib chiqilgan va tasdiqlangan

2026 yil " 25 " mart Bayonnoma raqami 8

Ilmiy Kengash kotibi _____



U.U. Ochilov



Annotatsiya

Ushbu o'quv-uslubiy qo'llanma qizilo'ngach va oshqozon kasalliklari bilan og'riqan bemorlarni tekshirishning zamonaviy usullariga bag'ishlangan. Qo'llanmada oshqozon-ichak traktining yuqori bo'limlari patologiyasini tashxislashning asosiy tamoyillari, shuningdek klinik, laboratoriya va instrumental tadqiqot usullarini qo'llash ketma-ketligi ko'rib chiqilgan.

Anamnez yig'ish, bemorlarning shikoyatlarini tahlil qilish, fizikal tekshiruv usullari, shu jumladan ko'zdan kechirish, palpatsiya va perkussiyaga alohida e'tibor qaratildi. Diagnostikaning laboratoriya usullari, shuningdek, endoskopik tadqiqotlar, rentgenologik usullar, ultratovush diagnostikasi va qizilo'ngach va oshqozon patologiyalarini aniqlashning boshqa usullari kabi zamonaviy instrumental tadqiqot usullari batafsil tavsiflangan.

Qo'llanma tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari va yosh mutaxassislarda qizilo'ngach va oshqozon kasalliklarini tashxislashda tizimli yondashuvni shakllantirish, klinik fikrlash va tekshirish usullarini to'g'ri tanlash ko'nikmalarini rivojlantirishga qaratilgan. Material tushunarli va tizimlashtirilgan shaklda bayon etilgan bo'lib, bu nazariy bilimlarni samarali o'zlashtirishga va ularni amaliy tibbiy faoliyatda qo'llashga yordam beradi.

Qo'llanmadan tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, internlar, ordinatorlar va umumiy amaliyot shifokorlari gastroenterologiya va ichki kasalliklarni o'rganishda foydalanishlari mumkin.

Аннотация

Данное учебно-методическое пособие посвящено современным методам обследования больных с заболеваниями пищевода и желудка. В пособии рассматриваются основные принципы диагностики патологии верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также последовательность применения клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Особое внимание уделено сбору анамнеза, анализу жалоб пациентов, физикальным методам обследования, включая осмотр, пальпацию и перкуссия. Подробно описаны лабораторные методы диагностики, а также современные инструментальные методы исследования, такие как эндоскопические исследования, рентгенологические методы, ультразвуковая диагностика и другие способы выявления патологий пищевода и желудка.

Пособие направлено на формирование у студентов медицинских вузов и молодых специалистов системного подхода к диагностике заболеваний пищевода и желудка, развитие клинического мышления и навыков правильного выбора методов обследования. Материал изложен в доступной и систематизированной форме, что способствует эффективному усвоению теоретических знаний и их применению в практической медицинской деятельности.

Пособие может быть использовано студентами медицинских вузов, интернами, ординаторами и врачами общей практики при изучении гастроэнтерологии и внутренних болезней.

Abstract

This textbook is devoted to modern methods of examining patients with diseases of the esophagus and stomach. The manual examines the main principles of diagnosing the pathology of the upper gastrointestinal tract, as well as the sequence of application of clinical, laboratory, and instrumental research methods.

Particular attention was paid to collecting medical history, analyzing patients' complaints, physical examination methods, including examination, palpation, and percussion. Laboratory diagnostic methods, as well as modern instrumental research methods such as endoscopic examinations, radiological methods, ultrasound diagnostics, and other methods for detecting pathologies of the esophagus and stomach, are described in detail.

The manual is aimed at forming a systematic approach to diagnosing diseases of the esophagus and stomach in medical students and young specialists, developing clinical thinking and skills in correctly choosing examination methods. The material is presented in an accessible and systematized format, which contributes to the effective assimilation of theoretical knowledge and its application in practical medical practice.

The manual can be used by medical university students, interns, residents, and general practitioners in the study of gastroenterology and internal diseases.

MUNDARIJA

Muqaddima.....	6
Hazm qilish sistemasi.....	7
Tekshirish usullari	7
Fizik tekshirish usullari	10
Instrumental va laboratoriya tekshirish usullari.....	10
Ezofagoskopiya	11
Qizilo‘ngach raki.....	14
Fizik tekshirish usullari	23
Laboratoriya va asboblar bilan tekshirish usullari	26
Xususiy patologiya.....	44
Gastritlar	44
Yara kasalligi.....	49
Oshqozon raki.....	56
Xulosa.....	59
Foydalanilgan adabiyotlar	60

MUQADDIMA

Soʻnggi yillarda Oʻzbekistonda Prezidenti Shavkat Mirziyoyev tashabbusi bilan sogʻliqni saqlash tizimini tubdan yaxshilash, tibbiy xizmatlar sifati va ulardan foydalanish imkoniyatlarini oshirish, shuningdek, samarali tibbiy yordam koʻrsatish uchun shart-sharoitlar yaratishga qaratilgan keng koʻlamli sogʻliqni saqlash islohotlari amalga oshirilmoqda. Ushbu islohotlarning eng muhim jihatlaridan biri reproduktiv yoshdagi ayollar, homilador ayollar va bolalarga tibbiy xizmat koʻrsatish sifatini oshirishdir. 2019 yilda Oʻzbekiston Respublikasi Prezidentining 08.11.2019 yildagi PP-4513-son qarori qabul qilindi. Mazkur qarorga muvofiq, ayollar va bolalarni tibbiy yordam bilan qamrab olishni yanada kengaytirish konsepsiyasi ishlab chiqilib, amalga oshirildi va bu aholi salomatligini yaxshilash boʻyicha davlat dasturining muhim qismiga aylandi. Sogʻliqni saqlash tizimidagi tizimli oʻzgarishlar butun sogʻliqni saqlash tizimini modernizatsiya qilish, tibbiy xizmatlar sifatini yaxshilash, tibbiyot kadrlari tayyorlashni yaxshilash hamda diagnostika va davolashning innovatsion usullarini joriy etishni maqsad qilgan 2019-2025 yillarga moʻljallangan Oʻzbekiston Respublikasi sogʻliqni saqlash tizimini rivojlantirish konsepsiyasida ham oʻz ifodasini topgan. Ushbu konsepsiya doirasida fuqarolarning hayot sifatini oshirish boʻyicha milliy strategiyaning ajralmas qismi boʻlgan zamonaviy texnologiyalarni yanada joriy etish va profilaktika dasturlarini kuchaytirish rejalashtirilgan.

Mamlakatimizning bir necha viloyatlarida boshlanib, kelajakda butun Oʻzbekiston hududini qamrab oladigan davlat tibbiy sugʻurtasi tizimini joriy etish eng muhim qadamlardan biridir. Bu islohot sogʻliqni saqlash tizimining moliyaviy barqarorligini yaxshilash va aholining keng qatlami uchun tibbiy xizmatlardan foydalanish imkoniyatini oshirishga qaratilgan. Shuningdek, «Elektron poliklinika», «Elektron shifoxona» va boshqa axborot tizimlari joriy etilgani bemorlarning tibbiy xizmatlardan foydalanishini sezilarli darajada tezlashtiradi va soddalashtiradi, ularning sifatini oshiradi. Lekin islohotlar shu bilan tugamaydi. Ilgʻor oʻzgarishlar infratuzilmani doimiy takomillashtirishni, yangi malakali kadrlar tayyorlashni, telemeditsina kabi zamonaviy texnologiyalarni joriy etishni, shuningdek, farmatsevtika nazorati tizimini yaxshilashni taqozo etmoqda. Mazkur oʻquv qoʻllanmasi ushbu islohotlar sharoitida tibbiy yordam sifatini oshirishning asosiy jihatlarini qamrab oladi. Biz nafaqat sogʻliqni saqlash sifatini yaxshilashning nazariy asoslarini, balki ushbu oʻzgarishlarni amalga oshirishda qoʻllaniladigan amaliy vositalarni ham koʻrib chiqmoqdamiz.

O'quv uslubiy qo'llanma 2-3 kurs pediatriya fakulteti talabalariga foydali bo'ladi. Ishonchimiz komilki, ushbu islohotlarni amalga oshirishga tizimli yondashuv, shuningdek, sifatni oshirishga qaratilgan faoliyatni doimiy takomillashtirish aholi ehtiyojlarini qondiradigan va har bir O'zbekiston fuqarosi uchun munosib hayot sifatini ta'minlaydigan barqaror va samarali sog'liqni saqlash tizimini yaratishga yordam beradi.

HAZM QILISH SISTEMASI

QIZILO'NGACH

Qizilo'ngach kasalliklari bilan og'rikan bemorlar terapevt va jarroh amaliyotida tez-tez uchraydi. Bu kasalliklarning eng ko'p uchraydiganlariga rivojlanish anomaliyalari, funksional kasalliklar (qizilo'ngach diskineziyalari), diafragmaning qizilo'ngach teshigi churralari, qizilo'ngach shilliq pardasining yallig'lanish kasalliklari (ezofagitlar), qizilo'ngachning peptik yarasi, kardial axialaziya (kardiospazm), divertikullar, qizilo'ngachning xavfsiz va xavfli o'smalari kiradi.

TEKSHIRISH USULLARI

So'rab surushtirish

Shikoyatlar. Qizilo'ngach kasalliklari bilan og'rikan bemorlar ovqatning qizilo'ngachdan qiyin o'tishi (disfagiya), og'riq, qusish, qayt qilish, kekirish, jig'ildon qaynashi, so'lak oqishi va boshqalardan shikoyat qilishlari mumkin.

Disfagiya (yunoncha dys - qiyinchilik, funksiyaning buzilishi, phagein - yemoq) ovqatning qizilo'ngachdan normal o'tishining buzilishi bo'lib, ko'pincha uning kasalliklarida yetakchi belgi bo'lib xizmat qiladi. Bunda bemorlar ovqat luqmasining qizilo'ngachda ushlanib qolishini, ovqatlanish vaqtida qizilo'ngachda (to'sh orqasida) og'riq va shishish hissini sezadilar. Qizilo'ngach kasalliklarida disfagiya doimiy yoki vaqtinchalik (paroksizmal) bo'lishi mumkin.

Doimiy, turg'un disfagiya qizilo'ngachning organik shikastlanishlarida (yangi hosilalar, qizilo'ngachning chandiqli torayishlarida) kuzatiladi. Avvaliga qattiq ovqatning qizilo'ngachdan o'tishi qiyinlashadi. Bunda bemorlar, odatda, yaxshilab maydalangan ovqat, ayniqsa bemor uni ko'p miqdorda suv bilan ichsa, bemalol o'tishini qayd etadilar. Keyinchalik, qizilo'ngachning torayishi kuchayib borishi bilan yumshoq va hatto suyuq ovqatning o'tishi qiyinlashadi.

Paroksizmal disfagiya ko‘pincha qizilo‘ngachning funksional kasalliklarida (masalan, ezofagospazmda) uchraydi va ko‘pincha shoshilinch ovqatlanish, hayajonlanish natijasida kelib chiqadi. Bunda ba‘zan asosan yumshoq va suyuq ovqatning qizilo‘ngachdan o‘tishi kechikadi, qattiq ovqatning o‘tishi esa kamroq darajada zarar ko‘radi (paradoksal disfagiya).

Ovqat luqmasi yutilgan paytdan to disfagiya paydo bo‘lguncha o‘tgan vaqtga qarab, ko‘pincha qizilo‘ngachning zararlanish darajasini aniqlashga muvaffaq bo‘linadi. Chunonchi, qizilo‘ngach bo‘yin bo‘limi kasalliklarida disfagiya yutishdan keyin 1-2 s o‘tgach, qizilo‘ngachning o‘rta uchdan bir qismi darajasida to‘siq bo‘lganida 4-5 s o‘tgach, kardiya zararlanganida esa yutishdan keyin 6-8 s o‘tgach paydo bo‘ladi. Qizilo‘ngachning yuqori uchdan bir qismi darajasida ovqat o‘tishining buzilishi traxeya va qalqonsimon bezning katta o‘smalarida, o‘rta uchdan bir qismi darajasida ko‘ks oralig‘ining xavfli o‘smalarida, mediastinal limfa tugunlarining kattalashishi, aorta anevrizmasida, pastki uchdan bir qismi darajasida - kardiya axialaziyasida (yutish paytida kardiyaning reflektor ravishda ochilmasligi bilan bog‘liq kasallik), peptik strikturalarda va qizilo‘ngach o‘smalarida kuzatilishi mumkin.

Qizilo‘ngach kasalliklaridagi og‘riqlar doimiy, simillovchi yoki xurujsimon xarakterga ega bo‘lib, ko‘pincha to‘sh orqasida joylashadi va yelka, bo‘yin, ko‘krak qafasining chap yarmiga tarqalishi mumkin, ba‘zan stenokardiya xurujidagi og‘riqqa o‘xshaydi. Funksional kasalliklar (diskineziyalar) da og‘riqlar ko‘pincha qizilo‘ngach devorining vaqti-vaqti bilan spastik qisqarishi bilan bog‘liq bo‘ladi. Ezofagitlar qizilo‘ngach shilliq pardasidagi yallig‘lanishga aloqador o‘zgarishlarga bog‘liq bo‘ladi. Bunday hollarda og‘riq paydo bo‘lishiga qizilo‘ngachga me‘daning nordon suyuqligi (gastro-ezofageal reflyuks) tushib turishi sabab bo‘ladi, bunday reflyuks me‘yoridan ortiq ovqatlanganda, gavda oldinga engashtirilganda, gorizontal holatda turganda kuchayadi. Xavfli o‘smalarda bemorlar qizilo‘ngach seroz pardasida o‘sma o‘sishi bilan bog‘liq bo‘lgan deyarli doimiy azob beruvchi og‘riqlardan shikoyat qiladilar.

Qizilo‘ngach qusishi qizilo‘ngachning keskin torayishida (masalan, chandiqli yoki o‘smali strikturalarda) uchraydi. Oshqozon va o‘n ikki barmoq ichak kasalliklarida qusishdan farqli o‘laroq, qizilo‘ngach qusishi ovqatning qizilo‘ngachda ushlanib qolishi bilan qo‘zg‘atiladi, ko‘pincha oldingi ko‘ngil aynishisiz paydo bo‘ladi, qorin old devori mushaklarining ishtirokisiz sodir bo‘ladi. Qizilo‘ngach qusishida qusuq massalari, odatda, tarkibida xlorid kislota va pepsin bo‘lmagan, so‘lak aralashgan, kam

o'zgargan, hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlaridan iborat bo'ladi. Qizilo'ngachning parchalanayotgan saratonida qusuq massalari chirigan hidga ega bo'ladi, tarkibida uzoq vaqt qabul qilingan ovqat qoldiqlari, ko'p miqdorda shilliq, qon aralashmasi bo'ladi.

Qusish qabul qilingan ovqatning kichik bir qismining og'iz bo'shlig'iga qaytishi (regurgitatsiya) bo'lib, ovqatning qizilo'ngachdan o'tishiga to'sqinlik bo'lganda ham ko'proq kuzatiladi. Uyqu vaqtida yuzaga keladigan qizilo'ngachdagi dimlangan suyuqlikning tungi regurgitatsiyasi ("ho'l yostiq simptomi") ko'pincha kardiya axialaziyasida uchraydi.

Jig'ildon qaynashi (pyrosis) - to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasi sohasida achishish hissi ko'pgina qizilo'ngach kasalliklarining (ezofagit reflyuksi, diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi, kardiya yetishmovchiligi va boshqalar) ko'p uchraydigan simptomi hisoblanadi. Jig'ildon qaynashi paydo bo'lish mexanizmi qizilo'ngach distal qismi shilliq pardasining me'dadan otilib chiqadigan nordon suyuqlik bilan ta'sirlanishiga bog'liq.

Yuqorida sanab o'tilgan shikoyatlardan tashqari, qizilo'ngach kasalliklari bilan og'rigan bemorlarda so'lak oqishi (gipersalivatsiya), havo yoki kislotali oshqozon tarkibi bilan kekirish, og'izdan yoqimsiz hid kelishi, hiqichoq va boshqa shikoyatlar kuzatilishi mumkin.

Qizilo'ngach kasalliklarida diagnostik va prognostik jihatdan qon ketishi jiddiy simptom hisoblanadi. Uning sabablari peptik yara va qizilo'ngachning xavfli o'smalari, qizilo'ngach devorining yot jism bilan shikastlanishi, qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarining yorilishi (jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarda), qattiq qusish fonida, masalan, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qiladigan bemorlarda (Mallori-Veyss sindromi) yuzaga keladigan kardiya sohasida qizilo'ngach shilliq qavatining chiziqli yorilishlari bo'lishi mumkin. Me'da kasalliklarida paydo bo'ladigan qon ketishlardan farq qilib, arterial qizilo'ngachdan qon ketishi (masalan, peptik yaradan, parchalanayotgan o'smadan qon ketishi) qusuq massalarida o'zgarmagan qon aralashmasining paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketganda qusuq massalari bilan ajraladigan qon ko'pincha to'q olcha rangida bo'ladi.

Kasallik tarixi. Qizilo'ngach kasalliklarida kasallikning boshlanish xarakteri turlicha bo'lishi mumkin. Masalan, kardial axialaziya bilan og'rigan bemorlarda disfagiya ba'zan to'satdan paydo bo'ladi va ba'zi bemorlar hatto psixogen omillarning ta'siri tufayli kasallikning boshlanish sanasini aniq ayta oladilar. Qizilo'ngachning ko'pgina kasalliklarida

(reflyuks-ezofagit, kardiya axialaziyasi va b.) kasallikning to'liqsimon kechishi qayd etiladi, bunda qo'zish davrlari ozmi-ko'pmi uzoq davom etadigan o'zini yaxshi his qilish davrlari bilan almashinadi. Aksincha, xavfli o'smalar, qizilo'ngachning peptik torayishlarida kasallik odatda zo'rayib boradigan tarzda o'tadi.

Hayot tarixi. Hayot anamnezini yig'ishda keyinchalik qizilo'ngachda chandiqli o'zgarishlar rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin bo'lgan qizilo'ngachning o'tkazilgan kuyishlari (termik va kimyoviy) va jarohatlariga e'tibor qaratish lozim. Chekish va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, shuningdek, parhezdagi xatolar (qo'pol, achchiq, haddan tashqari issiq ovqat iste'mol qilish) ko'pincha reflyuks-ezofagitning paydo bo'lishi va rivojlanishiga yordam beradi. Ba'zi kasalliklar, masalan, sistema sklerodermiyasi qizilo'ngach devorining o'ziga xos tarzda zararlanib, disfagiya boshlanishiga olib keladi.

FIZIK TEKSHIRISH USULLARI

Ob'ektiv tekshirish usullari (ko'zdan kechirish, palpatsiya, perkussiya, auskultatsiya) qizilo'ngach kasalliklarini aniqlashda nisbatan kam ahamiyatga ega. Umumiy ko'rikda qizilo'ngachning o'sma yoki chandiqli strikturalari bo'lgan bemorlarda tana vaznining sezilarli darajada yo'qolishi (kaxeksiya rivojlanishiga qadar), ba'zan suvsizlanish va vitamin yetishmovchiligi holatlarini qayd etish mumkin. Kardiya axialaziyasida, shuningdek qizilo'ngach o'smasi uning bo'shlig'ini to'sib qo'yganda perkussiyada ba'zan Traube bo'shlig'ining yo'qolishi kuzatiladi.

INSTRUMENTAL VA LABORATORIYA TEKSHIRISH USULLARI

Qizilo'ngach kasalliklarini aniqlashda rentgenologik, endoskopik, morfologik, ezofagotonokimografik va boshqa tekshirish usullari keng qo'llaniladi.

Rentgenologik tekshirish

Rentgenologik tekshirish qizilo'ngachning holati, shakli, kattaligi va konturlarini baholashga, uning shilliq qavati relefining xarakterini aniqlashga, motorikaning turli buzilishlarini topishga imkon beradi. Aniqroq tashxis qo'yish maqsadida hozirgi vaqtda turli xil rentgenologik tekshiruv usullari (oddiy rentgenoskopiya va bariy sulfat suspenziyasini qo'llash bilan rentgenografiya, ikki tomonlama kontrastlash usuli, rentgenokinematografiya va rentgentelevidenie, pnevmomediastinografiya,

kompyuter tomografiyasi, yadro magnit rezonansi va boshqalar) qo'llaniladi, bu qizilo'ngachning shikastlanish manzarasi bilan kechadigan ko'ks oralig'i a'zolaridagi o'zgarishlarni (limfa tugunlarining kattalashishi, o'smalar, aorta anevrizmasi va boshqalar) aniqlash imkonini beradi. Eng to'liq ma'lumotlarni bemorlarni turli holatlarda turli proeksiyalarda rentgen suratlarini olish orqali olish mumkin.

EZOFLAGOSKOPIYA

Qizilo'ngachning endoskopik tekshiruvi yon yoki yon optika bilan jihozlangan maxsus fibroezofagoskop yordamida amalga oshiriladi. Ezofagoskopiya qizilo'ngach kasalliklarini tashxislashda yordam beradi, zarur hollarda zararlangan joydan biopsiya olish va olingan materialni keyinchalik gistologik tekshirish imkonini beradi, bir qator davolash muolajalarini o'tkazish imkonini beradi: qizilo'ngachni kengaytirish (bujlash), qonayotgan tomirni elektrokoagulyatsiya qilish (masalan, peptik yarada), qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarini skleroterapiya qilish.

Boshqa tekshirish usullari

Qizilo'ngachning xavfli o'smalarini tashxislashning qo'shimcha usuli sitologik tekshiruv bo'lib, bunda qizilo'ngachning yuvindi suvlari yoki shilliq qavatdan qirib olingan materialdan foydalaniladi. Qirindi g'adirbudur yuzali balloncha bilan jihozlangan maxsus zond yordamida olinadi.

Ezofagotonokimografiya qizilo'ngach turli bo'limlarining harakat faolligini qayd etish, shuningdek, pastki qizilo'ngach sfinkteri tonusini o'lchash imkonini beradi va qizilo'ngach diskineziyalari, kardiya axialaziyasi, diafragmaning qizilo'ngach teshigi churralarini tashxislashda qo'llaniladi. Gastroezofageal reflyuksni aniqlash uchun qizilo'ngach ichidagi rN-metriya usuli qo'llaniladi. Bunda aniqlangan qizilo'ngach ichidagi rN ning 4,0 dan pasayishi qizilo'ngachga kislotali oshqozon tarkibining tashlanishi mavjudligidan dalolat beradi.

Qizilo'ngach kasalliklarini tashxislashda so'nggi yillarda ezofagoskopiya qizilo'ngachga ultratovush datchigini kiritish orqali amalga oshiriladigan ultratovush tekshiruvi endosonografiya keng tarqaldi. Bu usul qizilo'ngach o'smalarini (ayniqsa shilliq osti qavatida joylashgan) aniqlashda yordam beradi va regionar limfa tugunlarining holatini baholashga imkon beradi, bu esa jarrohlik davolash masalasini hal qilishda ayniqsa muhimdir.

Ba'zi hollarda qizilo'ngachning funksional va organik torayishlarini qiyosiy tashxislash uchun turli farmakologik sinamalar qo'llaniladi. Shunday qilib, pastki qizilo'ngach sfinkteri tonusini pasaytiruvchi nitroglitserin kardial axialaziya bilan og'rigan bemorlarda qizilo'ngach orqali ovqat o'tkazuvchanligini yaxshilaydi va organik tabiatli qizilo'ngach shikastlanishi bo'lgan bemorlarda bunday ta'sirni keltirib chiqarmaydi.

XUSUSIY PATOLOGIYA

EZOFLAGIT

Ezofagit (oesophagitis) qizilo'ngachning yallig'lanishi bo'lib, odatda uning shilliq qavatiga ta'sir qiladi, ammo og'ir hollarda uning chuqurroq qatlamlarining shikastlanishi kuzatiladi. O'tkir, yarim o'tkir va surunkali ezofagitlar tafovut qilinadi.

Etiologiyasi va patogenezi. O'tkir ezofagitlar qizilo'ngach shilliq pardasining odatda issiq ovqat va ichimliklar bilan ta'sirlanishi (kuyish), ba'zi kimyoviy moddalar (yod nastoykasi, kuchli kislotalar, ishqorlar) bilan kuyishi natijasida paydo bo'ladi - korroziv ezofagitlar. O'tkir ezofagit qizilo'ngach devoriga tasodifan yutib yuborilgan yot jism - tovuq yoki baliq suyagi, shisha parchasi va boshqalarning kirib qolishi natijasida yuzaga kelishi mumkin. O'tkir osti va surunkali ezofagitlar qizilo'ngach shilliq pardasiga haddan tashqari issiq va achchiq ovqat, o'tkir spirtli ichimliklar, havoda chang ko'rinishida bo'ladigan, og'izga tushib, keyin yutiladigan ba'zi ishlab chiqarishdagi zaharli moddalar va hokazolarning takroriy ta'siri natijasida paydo bo'ladi. Lekin o'rtacha o'tkir va surunkali ezofagitning eng ko'p uchraydigan sababi qizilo'ngach shilliq pardasiga hazm qiluvchi ta'sir ko'rsatadigan va uning yallig'lanishiga sabab bo'ladigan faol me'da shirasining qizilo'ngachga muntazam ravishda oqib yoki tushib turishidir. Bu qizilo'ngachning distal bo'limlari va me'daning kardial bo'limidagi operatsiyalardan keyin kardial sfinkter yetishmovchiligi tufayli, ayniqsa keksa yoshda, tizimli sklerodermiyada (bu kasallikda ovqat hazm qilish traktining silliq mushaklarida, shu jumladan kardial sfinkterda atrofik-sklerotik o'zgarishlar sodir bo'ladi) va umuman boshqa kasalliklar va holatlarda tez-tez uchraydigan diafragmaning qizilo'ngach teshigining aksial churralari deb ataladigan holatlarda kuzatiladi. Bu peptik ezofagit (yoki reflyuks-ezofagit) deb ataladi. Reflyuks-ezofagit gastroezofageal reflyuks kasalligining asosiy (endoskopik jihatdan ijobiy deb ataladigan) shaklidir.

Patologoanatomik manzarasi. O'tkir ezofagitlarda kataral, kamroq hollarda yiringli va flegmonoz yallig'lanish kuzatiladi; yarim o'tkir

surunkali ezofagitlarda kataral yoki eroziv-yarali yallig'lanish, o'ta og'ir hollarda qizilo'ngachning surunkali peptik yaralari paydo bo'ladi, uning chandiqli torayishi (qizilo'ngach stenozi) shakllanadi. Reflyuks ezofagitda yallig'lanish, eroziv va yarali o'zgarishlar asosan qizilo'ngachning distal qismida joylashadi.

Klinik manzarasi. O'tkir ezofagitlar uchun to'sh orqasida o'rtacha yoki kuchli og'riqlar xarakterlidir. Yutish paytida og'riqlar kuchliroq bo'ladi. Ba'zida og'riqlar tufayli yutish mumkin bo'lmay qoladi.

O'tkir osti va surunkali ezofagitlarda bemorlar jig'ildon qaynashiga, yutinganda og'riqqa shikoyat qiladilar. Kardiya yetishmovchiligi bilan bog'liq reflyuks-ezofagitlarda, tananing egilishi, yotgan holatda jig'ildon qaynashi kuchayadi. Ba'zan bunday hollarda kislotali me'da suyuqligi bilan qusish yoki kekirish, to'sh orqasida og'riq paydo bo'ladi. Yallig'langan qizilo'ngach shilliq pardasining ovqat luqmasi bilan qo'shimcha ta'sirlanishi natijasida ham, ezofagospazm (dysphagia dolorosa) natijasida ham ovqat yoki suyuqlik yutilganda og'riqlar paydo bo'lishi mumkin. Me'da axiliyasida, odatda, jig'ildon qaynashi bo'lmaydi, iste'mol qilingan ovqatdan kekirish, ayniqsa gavda oldinga egilganda (etik bog'ichlarini bog'lash, polni yuvish va boshqalar) asosiy alomat bo'lishi mumkin.

Ezofagit tashxisini tasdiqlash va uning og'irlik darajasini aniqlash uchun ezofagoskopiya yordam beradi (o'tkir ezofagitlarda ezofagoskopiya taqiqlanadi).

Uzoq davom etadigan reflyuks ezofagit va qizilo'ngachning peptik yaralari uning chandiqli torayishiga olib keladi, bunda disfagiya doimiy bo'lib qoladi. Sezilarli torayishlarda hatto yarim suyuq ovqat va suyuqlik ham toraygan joy ustida ushlanib qoladi va qiyinchilik bilan me'daga o'tadi, natijada ozib ketish rivojlanadi. Qizilo'ngachning eroziv yarali ezofagitlari va peptik yaralarida qizilo'ngachdan qon ketishi mumkin. Uzoq davom etadigan eroziv reflyuks ezofagitning asorati Barret qizilo'ngachi rivojlanishidir (qizilo'ngach yassi hujayrali epiteliysining ichak epiteliysi bilan almashinishi), bu rak oldi holati sifatida qaraladi.

Davolash. O'tkir ezofagitlarda bir necha kun ochlik, parenteral oziqlantirish va suyuqlik (natriy xloridning izotonik eritmasi) yuborish buyuriladi.

O'tkir osti va surunkali ezofagitlarda, ayniqsa reflyuks ezofagitda avaylovchi parhez (yaraga qarshi turdagi), gellar yoki kukunning suvdagi suspenziyasi ko'rinishidagi antatsid dori vositalari (almagel, maaloks va boshqalar), pastki qizilo'ngach sfinkterining tonusini oshiradigan dorilar

(motilium), shuningdek, oshqozon sekresiyasini susaytiradigan dorilar (ranitidin, famotidin, omeprazol va boshqalar) ko'rsatilgan. Qizilo'ngachning shakllangan torayishida bujlash yoki jarrohlik yo'li bilan davolash o'tkaziladi.

Ezofagitlarning profilaktikasi ratsional ovqatlanishdan, haddan tashqari issiq ovqat, issiq choy, kofe, o'tkir spirtli ichimliklar iste'mol qilmaslikdan iborat. Surunkali ezofagitlarda antatsid va antisekretor dori vositalari bilan profilaktik davolash kurslari o'tkaziladi.

QIZILO'NGACH RAKI

Saraton qizilo'ngachning eng ko'p uchraydigan va jiddiy kasalliklaridan biridir. Ovqat hazm qilish traktining xavfli o'smalari tarkibida u 20% ni tashkil qiladi. Qizilo'ngach raki bilan asosan 55 yoshdan oshgan erkaklar kasallanadi.

Etiologiyasi. Noma'lum. Moyillik tug'diruvchi omillarga alkogolizm, chekish, qizilo'ngach shilliq qavatining haddan tashqari issiq ovqat va suyuqlik bilan surunkali ta'sirlanishi, qizilo'ngach kuyishidan keyin chandiqlarning mavjudligi kiradi.

Patologoanatomik manzarasi. O'sma aksari qizilo'ngachning fiziologik toraygan joylarida bo'ladi. Odatda, qizilo'ngach raki uning shilliq pardasini qoplab turgan ko'p qavatli yassi epiteliydan rivojlanadi. U yassi hujayrali rak jumlasiga kiradi. Qizilo'ngach rakining uch xili tafovut qilinadi: 1) ekzofit yoki tugunli rak, yara bo'lib ketishga moil bo'ladigan, hammadan ko'p uchraydigan rak; 2) endofit yoki yarali rak; qizilo'ngach rakiga uchraydigan barcha kasalliklarning 30 foizini tashkil etadi; o'sma sirkulyar tarzda joylashib, tez orada disfagiya olib boradi; 3) sklerozlanuvchi (sirkulyar formasi) - hammadan kam uchraydi. Qizilo'ngach xavfli o'smalarining umumiy tuzilishida so'nggi yillarda qizilo'ngach adenokarsinomasi solishtirma og'irligining sezilarli o'sishi kuzatilmoqda, bu gastroezofageal refluks kasalligi va shunga mos ravishda Barret qizilo'ngachi chastotasining oshishi bilan izohlanadi.

Qizilo'ngach rakining metastazlanishida ma'lum qonuniyatlar bor. Bo'yin bo'limi raki o'mrov usti sohalari va ko'ks oralig'iga, ko'krak bo'limi raki ko'ks oralig'idagi limfa tugunlariga metastazlar beradi. O'rta va pastki bo'limlar raki uchun kichik charvi limfa tugunlariga metastazlar berish xarakterlidir. Qizilo'ngach rakida metastazlar bilan taxminan 20 foiz hollarda jigar, 10 foiz hollarda o'pka zararlanadi. Chap o'mrov ustidagi Virxov metastazlari o'tib ketgan rak uchun xarakterlidir.

Klinik manzarasi. Kasallikning yetakchi belgisi asta-sekin zo'rayib boradigan disfagiya. Dastlab u qattiq ovqatni yutganda, keyinchalik esa suyuq ovqatni yutganda paydo bo'ladi. Keyin bevosita ovqatdan keyin qusish qo'shiladi. Erta alomati to'sh orqasida, epigastral sohada va kuraklar orasida og'riqlar bo'lishi mumkin. Ko'pincha bemorlar ko'p so'lak oqishidan, og'izdan qo'lansa hid kelishidan shikoyat qiladilar. Stenoz zo'rayib borganida bemorlar tez ariqlab ketadi, kaxeziya boshlanadi. Bo'yinda limfa tugunlari kattalashgan. Qizilo'ngachning yuvindi suvlarida atipik saraton hujayralarini topish mumkin. Rentgenologik tekshiruvda toraygan joylar ko'rinadi, qizilo'ngach atrofidagi kattalashgan a'zolar tomonidan siqilishi istisno qilinadi, qizilo'ngach va nafas yo'llari o'rtasida oqmalar aniqlanadi. Noaniq hollarda ezofagoskopiya va nishonli biopsiyaga murojaat qilinadi, bu esa tashxisni aniqlashtirishga imkon beradi.

Kechishi va asoratlari. Kasallikning kechishi progressiv. Qizilo'ngachning yorilishi, qon ketishi, o'smaning atrofidagi to'qimalarga, masalan, ko'ks oralig'iga, o'pkaga tarqalishi, qizilo'ngach bilan traxeya yoki bronxlar o'rtasida oqmalar hosil bo'lishi kuzatiladi. O'sma ko'ks oralig'iga o'sib kirganida hiqildoqning bir yoki ikki tomonlama falajlanishi ro'y berishi mumkin.

Davolash. Jarrohlik yoki nur terapiyasi.

ME'DA TEKSHIRISH USULLARI

So'rab surushtirish

Shikoyatlar. Oshqozon kasalliklarining yetakchi belgilariga og'riqlar, dispeptik hodisalar (yunoncha dys - qiyinchilik, funksiyaning buzilishi, pepsis - ovqat hazm qilish), turli xil alomatlarining katta guruhini o'z ichiga oladi (ko'ngil aynishi, qusish, jig'ildon qaynashi, kekirish, ishtahaning buzilishi va boshqalar), gastroduodenal qon ketishi kiradi.

Og'riqlar. Oshqozon kasalliklarini o'z vaqtida aniqlashda og'riqlarni to'g'ri baholash juda muhim ahamiyatga ega. Biroq, shuni nazarda tutish kerakki, "barcha og'riqlarning uchrashadigan joyi" bo'lgan epigastral sohadagi og'riqlar ovqat hazm qilish organlarining boshqa kasalliklarida (qizilo'ngach, jigar va o't pufagi, me'da osti bezi va boshqalar zararlanganda) ham ko'pincha kuzatiladi. O'tkir appenditsit o'z rivojlanishining dastlabki soatlarida vissero-visseral refleks tufayli epigastral sohada og'riqlar bilan ham namoyon bo'lishi mumkin. Bu sohadagi og'riqlar qorin bo'shlig'idagi boshqa organlar kasalliklarida (masalan, taloq infarktida), qorin oldingi devori patologiyasida, mezenterial

tomirlar aterosklerozida, yurak-tomirlar sistemasi kasalliklarida (miokard infarkti, perikardit, aortaning qavatlariga ajratuvchi anevrizmasi), nafas organlari kasalliklarida (krupoz pnevmoniya, diafragmal plevrit), endokrin kasalliklarda (masalan, diabetik ketoatsidoz), biriktiruvchi to'qimaning diffuz kasalliklarida (tugunchali periarteriit), qovurg'alararo nevralfiyada va hokazolarda ham qayd qilinadi.

Oshqozon shilliq qavatida og'riq retseptorlari mavjud emas va shuning uchun u teginishga, bosimga, biopsiya olishga sezgir emas. Me'da kasalliklarida og'riqlar avvalo shu organning motor funksiyasi buzilgan hollarda paydo bo'ladi (uning silliq muskul tolalari spazmga uchraydi yoki cho'ziladi). Bunday og'riqlar visseral og'riqlar deb ataladi. Paydo bo'lish mexanizmi qorin pardasining parietal varag'i ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'lgan og'riqlar (masalan, me'daning teshilgan yarasida) parietal (yoki somatik) deb ataladi. Bu og'riqlar odatda o'tkir, doimiy bo'lib, harakat va nafas olishda kuchayadi, qorin old devori mushaklarining taranglashishi bilan kechadi.

Epigastral sohada og'riqlar uchraydigan kasalliklarning xilma-xilligi ularni sinchkovlik bilan tahlil qilish va detallashtirishni, lokalizatsiya va irradiatsiya, og'riqlar paydo bo'lishining ovqatlanish bilan bog'liqligi, xususiyati va intensivligi kabi belgilarni aniqlash va aniqlashtirishni talab qiladi.

Oshqozon kasalliklarida eng ko'p uchraydigan og'riq lokalizatsiyasi epigastral sohadir. Bunda, odatda, me'da tanasining shikastlanishi bilan bog'liq og'riqlar o'rta chiziqning chap tomonida, pilorik qism shikastlanganda esa uning o'ng tomonida proeksiyalanadi. Oshqozon kasalliklarida og'riqning tarqalishi turlicha bo'lishi mumkin. Me'daning kardial qismi patologiyasida og'riqlarning ko'krak qafasining chap yarmiga, umurtqa pog'onasining ko'krak qismiga tarqalishi kuzatiladi. Antral bo'lim va pilorik kanal zararlanganda og'riqlarning o'ng qovurg'a osti sohasiga tarqalishi kuzatiladi.

Ovqatlanish bilan aniq bog'liqlik oshqozon kasalliklarida og'riq sindromining eng xarakterli belgilaridan biridir. Ovqatlanish vaqtidan to og'riq paydo bo'lguncha o'tgan vaqtga qarab, odatda, erta, kechki va ochlik og'riqlari tafovut qilinadi. *Erta og'riqlar* ovqatdan 30-60 daqiqa o'tgach paydo bo'ladi, 1-2 soat davom etadi va oshqozondan evakuatsiya qilingan sari kamayadi. Odatda, me'da tanasining o'rta va pastki uchdan bir qismi zararlanganda erta og'riqlar paydo bo'ladi. Patologik jarayon (yara, o'sma) oshqozonning subkardial bo'limida yoki tanasining yuqori uchdan bir

qismida joylashganda, ovqat iste'mol qilgandan so'ng darhol og'riq hissi paydo bo'lishi mumkin.

Kechki og'riqlar ovqatdan 2 - 3 soat o'tgach paydo bo'lib, o'n ikki barmoqli ichakka nordon oshqozon tarkibi kirishi bilan kuchayadi va duodenit va o'n ikki barmoqli ichak piyozchasida joylashgan yara kasalligining o'ziga xos belgisi hisoblanadi. Bunday bemorlarda ko'pincha ovqatdan 6-7 soat keyin paydo bo'ladigan va ovqat qabul qilgandan keyin yo'qolib ketadigan ochlik og'riqlari ham kuzatiladi. Tungi og'riqlar ko'pincha yara kasalligida ham kuzatiladi: ular kechqurun soat 11 dan ertalab soat 3 gacha bo'lgan davrda paydo bo'ladi va kelib chiqishi jihatidan ochlik og'riqlariga yaqin turadi. Ovqat qabul qilgandan so'ng ma'lum vaqt o'tgach og'riq paydo bo'lishining ko'rsatilgan qonuniyati, birinchi navbatda, shikastlanishning tabiati (yallig'lanish, yara), uning lokalizatsiyasi, xlorid kislota sekresiyasi darajasi, uning oziq-ovqatning bufer komponentlari bilan bog'lanishi, oshqozon tarkibining evakuatsiya tezligi bilan izohlanadi.

Oshqozon kasalliklarini aniqlashda og'riqlarning tananing ma'lum bir holati va jismoniy zo'riqish bilan bog'liqligi ma'lum rol o'ynaydi. Chunonchi, me'da pastga tushganida (gastroptoz) og'riqlar ko'pincha vertikal holatda zo'rayadi. Oshqozon va qo'shni a'zolar o'rtasida bitishma jarayoni rivojlanganda, og'riqlar tana holatini o'zgartirganda, og'ir narsalarni ko'targanda kuchayadi.

Og'riqlarning tabiati va ularning intensivligi muhim diagnostik ahamiyatga ega. Oshqozon kasalliklarida og'riq ko'pincha simillovchi xarakterga ega bo'ladi. O'tkir gastritda va pilorus spazmi kuzatiladigan boshqa kasalliklarda og'riqlar to'lg'oqsimon xarakterga ega bo'lishi mumkin. Oshqozon kasalliklaridagi og'riqlar odatda o'rtacha intensivlik bilan ajralib turadi. Eng o'tkir ("xanjarsimon") og'riqlar me'da yarasi teshilganda paydo bo'ladi. Yara penetratsiyasida, me'da flegmonasida ham kuchli og'riqlar kuzatiladi.

Og'riq sindromining muhim xususiyati og'riq paydo bo'lishining davriyligi hisoblanadi. Bunday davriylik, bir necha hafta yoki oy davom etadigan og'riq sezgilari va yaxshi kayfiyat davrlarining almashinuvini o'z ichiga oladi, yara kasalligining o'ziga xos belgisi bo'lib, ko'pincha bahorkuz mavsumida og'riqning kuchayishi va yoz mavsumida kayfiyatning yaxshilanishi bilan namoyon bo'ladigan xurujlarning mavsumiyligi bilan birga keladi.

Oshqozon kasalliklarini aniqlashda og‘riqni kamaytiradigan u yoki bu dori vositalarining samaradorligini baholash ham yordam beradi. Chunonchi, yara kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda ishqorlovchi preparatlar (antatsidlar), antisekretor vositalarni qabul qilish og‘riqning kamayishiga yordam beradi. Me‘da rakining o‘tib ketgan hollarida narkotik analgetiklar qo‘llanilgandagina vaqtincha yengillik paydo bo‘ladi.

Og‘riq sindromini sinchiklab tahlil qilishga katta ahamiyat berar ekanmiz, me‘daning ba‘zi kasalliklarida ko‘pincha og‘riq bo‘lmasligini ham esdan chiqarmaslik kerak. Chunonchi, surunkali gastritda kasallikning og‘riqsiz o‘tishi ko‘p uchraydi. Yara kasalligining og‘riqsiz turlari, me‘da rakining boshlang‘ich davrlari og‘riqsiz o‘tishi mumkin. Bu oshqozon kasalliklarining boshqa belgilarini ham batafsil baholash zarurligini ko‘rsatadi.

Qusish (vomitus, emesis) me‘da ichidagi narsalarni qizilo‘ngach, halqum, og‘iz bo‘shlig‘i, burun yo‘llari orqali beixtiyor chiqarib tashlashdan iborat murakkab reflektor aktdir. Qusish mexanizmi uzunchoq miyada joylashgan tegishli qusish markazi tomonidan boshqariladi. Qusish markazining ta’sirlanishi me‘da shilliq pardasi, qorin pardasi, buyrak, labirintning afferent tolalari retseptorlaridan keladigan impulslar tufayli yuzaga chiqadi.

Qusish turli xil kasalliklarda kuzatilishi mumkin. Chunonchi, markaziy qusish (miya qusishi) kalla ichi bosimi ko‘tarilganida (masalan, bosh miya o‘smalari, gipertonik krizda), labirint apparati zararlanganida va dengiz hamda havo kasalliklarida labirint apparati haddan tashqari qo‘zg‘alganida paydo bo‘ladi. Gematogen toksik qusish turli ekzogen intoksikatsiyalar (alkogol, niktin, ba‘zi dori vositalari), endogen intoksikatsiyalar va metabolik buzilishlar (surunkali buyrak yetishmovchiligi, diabetik ketoatsidoz, homiladorlikning birinchi yarmidagi homiladorlar toksikozi) da yuzaga keladi.

Klinik amaliyotda ko‘pincha visseral kelib chiqadigan qusish kuzatiladi, u oshqozon shilliq qavatini bakterial toksinlar, kimyoviy moddalar bilan qitiqlashda, oshqozonning turli kasalliklarida (yara kasalligi, oshqozon saratoni), o‘t pufagida (o‘tkir va surunkali xolesistit, o‘t-tosh kasalligi), oshqozon osti bezida (o‘tkir va surunkali pankreatit), ichakda (o‘tkir appenditsit), qorin pardasida (tarqalgan peritonit) paydo bo‘ladi. Har qanday juda kuchli og‘riq, masalan, buyrak sanchig‘ida reflektor yo‘l bilan qusishga sabab bo‘lishi mumkin (reflektor qusish deb shuni aytiladi). Qusish uchraydigan turli kasalliklarning ko‘pligi ushbu alomatning barcha belgilarini sinchkovlik bilan tahlil qilishni talab qiladi.

Xususan, qusishning paydo bo'lish vaqtini aniqlab olish zarur. Och qoringa paydo bo'ladigan ertalabki shilimshiqli qusish surunkali alkogolizmida kuzatiladi. Ertalab kislotali oshqozon tarkibi bilan qusish xlorid kislotasining yuqori tungi sekresiyasidan dalolat beradi. Ovqat qabul qilgandan so'ng darhol paydo bo'ladigan qusish o'tkir gastritda, shuningdek, oshqozonning kardial qismi zararlanganda qayd etiladi. Ovqatdan 1 - 2 soat keyin qusishning paydo bo'lishi oshqozon tanasi sohasidagi organik jarayonni (yara, o'sma) ko'rsatishi mumkin.

Oshqozon kasalliklarida qusishning o'ziga xos xususiyati shundaki, u odatda bemorlarga yengillik keltiradi, shuning uchun ular og'riqni kamaytirish maqsadida uni sun'iy ravishda keltirib chiqarishlari mumkin.

Qusuq massalarining hajmi, ularning hidi, rangi, konsistensiyasi, reaksiyasi, ovqat qoldiqlarining xarakteri, patologik aralashmalarning mavjudligi kabi belgilar katta diagnostik ahamiyatga ega.

Shunday qilib, katta hajmdagi qusuq massalari (bir necha litrgacha) pilorus stenozini mavjudligini ko'rsatishi mumkin. Neytral kimyoviy reaksiyaga ega bo'lgan hazm bo'lmagan ovqat qoldiqlari me'da axiliasida uchraydi. Kecha yeyilgan ovqatdan qusish, ba'zan ammiak hosil bo'lishi tufayli ishqoriy reaksiya pilorusning dekompensatsiyalangan stenozida kuzatiladi. O'n ikki barmoqli ichak katta so'rg'ichi distal qismida duodenal o'tkazuvchanlik buzilganda (Fater so'rg'ichi), shuningdek, oshqozon rezeksiyasidan keyingi buzilishlarda (yaqinlashtiruvchi qovuzloq sindromi) ko'p miqdorda safro bilan qusish qayd etiladi. Qonli qusish gastroduodenal qon ketishning alomati bo'lib xizmat qiladi. Me'daning xavfli o'smasi parchalanganda qusuq massasining chirigan, qo'lansa hidi paydo bo'ladi. Axlat qusish juda jiddiy simptom bo'lib, ichak tutilishi, tarqalgan peritonit yoki me'da-chambar ichak oqmasi borligidan dalolat beradi.

Tez-tez va ko'p qusish organizmda og'ir buzilishlar: dehidratatsiya, gipovolemiya, elektrolitlar siljishi rivojlanishiga olib keladi, bu esa yurak faoliyatining buzilishi, buyraklar faoliyatining buzilishi bilan kechishi mumkin va intensiv davolash choralarini talab qiladi.

Ko'ngil aynishi (nausea) deb turli vegetativ buzilishlar (holsizlik, bosh aylanishi, terlash, teri qoplamlarining oqarishi) bilan kechadigan qusishning yaqinlashishi kabi o'ziga xos og'ir hissiyotga aytiladi. Ko'ngil aynishining paydo bo'lishi asosida qusish markazining bo'sag'a osti (qusish uchun yetarli bo'lmagan) qo'zg'alishi yotadi.

Ko'pincha ko'ngil aynishi qusishdan oldin paydo bo'ladi va xuddi shu sabablarga bog'liq bo'ladi. Shuning uchun markaziy, reflektor, toksik kelib

chiqishga ega bo'lgan ko'ngil aynishini ajratish qabul qilingan. Ko'ngil aynishi kalla ichi bosimi oshganda, meningitda, vestibulyar apparat ta'sirlanganda, ekzogen va endogen intoksikatsiyalarda uchraydi. Ko'ngil aynishi ko'pincha surunkali gastrit, yara kasalligi bilan og'rikan bemorlarda kuzatiladi, ko'pincha parhezidagi xatolardan keyin paydo bo'ladi.

Kekirish (eructatio) me'dadan og'iz bo'shlig'iga beixtiyor ravishda gazlar (havo bilan kekirish) yoki oz miqdorda ovqat ajralishidir.

Havo bilan kekirish ba'zan sog'lom odamlarda ortiqcha ovqatlanganda, gazli ichimliklar ichganda, jismoniy mashqlar ovqatdan keyin darhol bajarilganda kuzatiladi. Havoning odatdagi yutilishi tufayli qattiq kekirish (aerofagiya) nevrozlarda uchraydi. Me'dada bijg'ish jarayonlari kuchayganda (masalan, sekretor yetishmovchilik fonida) va buning natijasida organik kislotalar hosil bo'lganda achigan yog' hidi keladigan kekirish paydo bo'ladi. Xlorid kislota sekresiyasi kuchaygan bemorlarda ko'pincha nordon kekirish kuzatiladi. Me'daga o'n ikki barmoq ichak suyuqligi safro aralashmasi bilan tushganda achchiq kekirish kuzatiladi. Chirigan kekirish ("chirigan tuxum") tarkibida vodorod sulfid va ammiak bo'lgan moddalarning chirishi natijasida oshqozonda oqsillardan hosil bo'lganda paydo bo'ladi va pilorusning dekompensatsiyalangan stenozi bo'lgan bemorlarda oshqozonda tarkibning uzoq vaqt ushlanib qolishini ko'rsatishi mumkin.

Yuqorida aytib o'tilganidek, jig'ildon qaynashi ko'pgina qizilo'ngach kasalliklarining ko'p uchraydigan alomatidir. Shu bilan birga, yara kasalligi va surunkali gastroduodenit bilan og'rikan bemorlarda xlorid kislota sekresiyasi ko'payganda, ba'zan yara og'rig'i paydo bo'lishidan oldin (initsial jig'ildon qaynashi) jig'ildon qaynashi tez-tez uchraydi. Me'daning kislota hosil qilish funksiyasi pasaygan surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarda jig'ildon qaynashi ancha kam kuzatiladi, bu me'dada yog', sut va boshqa organik kislotalar bijg'ishi natijasida yuzaga keladi.

Ishtahaning buzilishi oshqozon kasalliklarining tez-tez uchraydigan belgisi bo'lib, boshqa organlar va tizimlarning kasalliklarida ham uchrashi mumkin. Chunonchi, yuqumli kasalliklar, turli intoksikatsiyalar, avitaminozlarda ishtaha pasayishi kuzatiladi. Ishtahaning oshishi sog'ayib kelayotgan bemorlarda, qandli diabetda uchraydi. Ko'mir, bo'r va boshqalar kabi yeb bo'lmaydigan moddalarga o'rganib qolish bilan ishtahaning buzilishi homiladorlik, kamqonlik, ruhiy kasalliklarda kuzatiladi.

Ishtahaning pasayishi ko'pincha sekretor funksiyasi pasaygan surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarda kuzatiladi. Ishtahaning butunlay yo'qolishi (anoreksiya) va ba'zi mahsulotlardan (xususan, go'shtdan)

nafratlanish oshqozon saratoni bilan og'riq bemorlarda uchraydi. Yara kasalligi bilan og'riq bemorlarda uchraydigan sitofobiya (keyinchalik og'riq paydo bo'lishi yoki kuchayishidan qo'rqib ovqatlanishdan qo'rqish) ishtahaning pasayishidan farqlash kerak.

Ishtahaning kuchayishi (ayniqsa tez-tez ovqatlanishga bo'lgan ehtiyoj ko'rinishida) yara kasalligida o'n ikki barmoqli ichak piyozchasida yara joylashganda kuzatiladi. Ba'zida postgastrorezeksion buzilishlarda (gipoglikemik sindrom) darhol yotish va ovqatlanish istagi bilan og'riqli ochlik hissi kuzatiladi.

Me'da kasalliklarida boshqa dispeptik hodisalar ham uchraydi. Chunonchi, surunkali gastrit bilan og'riq kasallarning og'zida ko'pincha yoqimsiz ta'm bo'ladi. Me'daning kardial qismi rakida so'lak oqishi va disfagiya topiladi. Diafragma nervining ta'sirlanishi bilan bog'liq bo'lgan doimiy hiqichoq oshqozonning yuqori qismi saratonida, peritonitda, oshqozon operatsiyalaridan keyin qayd etiladi. Me'daning to'lib ketish hissi va tez to'yinish hissi me'da tonusi va peristaltikasi pasayganda, shuningdek, uning o'sma bilan zararlanishida kuzatiladi. Me'da kasalliklarining ko'p uchraydigan simptomlari ichak funksiyasining buzilishidir: qabziyat (gastroptozda, yara kasalligida), ich ketishi (me'da axiliyasida). Ko'pincha me'da kasalliklari (me'da raki, yara kasalligi) bilan og'riq bemorlar umumiy tartibdagi shikoyatlar (holsizlik, charchash, ish qobiliyatining pasayishi) bildiradilar. Ovqatlangandan 10-15 daqiqa o'tgach paydo bo'ladigan kuchli vegetativ buzilishlar (bosh aylanishi, yurak urishi, terlash) ko'pincha gastrorezeksiyadan keyingi buzilishlar (demping sindromi) bo'lgan bemorlarda aniqlanadi.

Me'dadan qon ketishini turli me'da kasalliklarining eng og'ir asoratlaridan biri deb qarash qabul qilingan. Biroq, ko'pincha u yoki bu me'da kasalliklarining muhim diagnostik ahamiyatga ega bo'lgan yetakchi simptomi bo'lib chiqadi. Me'dadan qon ketishi yara kasalligida, me'daning xavfli o'smalarida, eroziv gastritda, me'da venalarining varikoz kengayishida hammadan ko'ra ko'proq uchraydi. Me'dadan qon ketishining kamroq uchraydigan sabablari poliplar, divertikullar va me'daning xavfsiz o'smalari, sil va me'da zaxmi, tomirlar va qon ivish tizimi kasalliklaridir.

Me'dadan qon ketishining asosiy belgilari (bevosita belgilari) qon aralash qusish (haematemesis) va qoramoysimon qora najas (maelena) hisoblanadi. Qon aralash qusish, odatda, qon yo'qotish hajmi 500 ml dan ortiq bo'lgan hollarda kuzatiladi. Bunda qusuq massalarining rangi xlorid kislota sekresiyasining holati va qon ketish tezligi bilan belgilanadi.

Oshqozon kislotasi saqlanib qolgan bemorlarda qusuq kofe quyqasi ko‘rinishini oladi, bu xlorid kislotali gematin hosil bo‘lishi bilan bog‘liq. Xlorid kislotasi sekresiyasi past bo‘lgan bemorlarning qusuq massalarida o‘zgarmagan qon aralashmasi bo‘lishi mumkin. Massiv qon ketish va uning tez rivojlanishida kislotasi mahsulotlari saqlanib qolganda ham o‘zgarmagan qizil qon bilan qusish kuzatiladi.

Melena ko‘pincha qon aralash qusish bilan birga keladi, lekin qon aralash qusishsiz ham paydo bo‘lishi mumkin va odatda qon ketgandan keyin 8-12 soat o‘tgach paydo bo‘ladi. Bunda najas massalarining qora rangda bo‘lishiga temir sulfid, shuningdek ichakdagi fermentativ jarayonlar ta‘sirida gemoglobindan hosil bo‘ladigan proto- va deyeroporfirinlar sabab bo‘ladi. Ba‘zan me‘dan qon ketishlarda (hatto profuz) qonli qusish va melena belgilari bo‘lmaydi va bunda klinik manzarada turli umumiy simptomlar (holsizlik, bosh aylanishi, hushdan ketish, arterial bosimning pasayishi, taxikardiya) birinchi o‘ringa chiqadi. Oshqozondan qon ketishining keyingi davrida boshqa a‘zo va tizimlarning shikastlanish belgilari qo‘shilishi mumkin (isitma, jigar yoki buyrak yetishmovchiligining kuchayishi, qon aylanishi yetishmovchiligi hodisalarining kuchayishi va boshqalar).

Kasallik tarixi. Kasallikning rivojlanish tarixini baholashda, avvalo, uning boshlanishini baholash muhimdir. U ham o‘tkir (o‘tkir gastritda, me‘daning dorili yaralarida), ham asta-sekin bo‘lishi mumkin. Kasallikning keyinchalik zo‘rayish va remissiya davrlarining almashinib turishi surunkali gastrit, yara kasalligida kuzatiladi. Kasallikning to‘xtovsiz zo‘rayib borishi me‘da rakiga xosdir.

Kasallik uzoq davom etganda shikoyatlar xarakterining o‘zgarishi ma‘lum diagnostik ahamiyatga ega. Yara kasalligi bilan og‘rigan bemorlarda og‘riqning ovqat bilan odatdagi aloqasining yo‘qolishi yara penetratsiyasining rivojlanishidan dalolat berishi mumkin. Oshqozonning nordon suyuqligi bilan qusishga bir kun oldin iste‘mol qilingan ovqat qusishining qo‘shilishi pilorusning chandiqli stenozining rivojlanishini ko‘rsatadi. Surunkali anatsid gastrit bilan og‘rigan bemorda ishtahaning pasayishi, sababsiz holsizlikning paydo bo‘lishi oshqozon saratonining dastlabki belgilaridan biri bo‘lishi mumkin.

Hayot tarixi. Oilaviy anamnezni aniqlash ma‘lum diagnostik rol o‘ynaydi. Yara kasalligi, oshqozon saratoni kabi kasalliklar genetik kasalliklar qatoriga kirmaydi, ammo bemorning qarindoshlarida ularning mavjudligi unda ushbu kasalliklarning paydo bo‘lish xavfini oshiradi. Ba‘zi yo‘ldosh kasalliklarga (masalan, temir va V12 tanqisligi anemiyasi, buyrak

usti bezi yetishmovchiligi) e'tibor berish kerak, bunda ko'pincha me'da zararlanishi, ulserogen ta'sirga ega bo'lgan dori preparatlari (atsetilsalitsil kislota, indometatsin va boshqalar) qabul qilish aniqlanadi. Ovqatlanish rejimi va xarakterining buzilishi, chekish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish ham surunkali gastrit, yara kasalligining paydo bo'lishi va avj olib borishiga olib boradigan omillardir.

FIZIK TEKSHIRISH USULLARI

Ko'zdan kechirish

Oshqozon kasalliklari bilan og'rikan bemorlarni umumiy ko'rikdan kechirish bemorlarning ahvoliga e'tibor beriladi, bu qoniqarli (surunkali gastritda, asoratlanmagan yara kasalligida), shuningdek og'ir va o'ta og'ir (oshqozon saratonining o'tib ketgan bosqichlarida) bo'lishi mumkin.

Bemorlarning holati ko'pincha faol bo'lib qoladi, ammo ba'zi hollarda majburiy bo'lishi ham mumkin. Chunonchi, yara kasalligi qo'zigan ba'zi bemorlar qorinda (me'da orqa devorining yaralarida) yoki oyoqlarini qorniga tortib chalqancha yotishni afzal ko'radilar. Yaraning teshilishida bemorlar odatda qimirlamay, qat'iy chalqancha yotadilar, chunki ozgina harakat og'riqning keskin kuchayishiga olib keladi.

Teri qoplamlari ko'zdan kechirilganida ba'zan ularning oqarganini ko'rish mumkin, bu me'da-ichakdan qon ketishi munosabati bilan anemiya boshlanishiga bog'liq bo'ladi. Oshqozon saratonining kechki bosqichlari bilan og'rikan bemorlarda terining mumsimon yoki tuproqsimon rangi paydo bo'ladi. Oshqozon kasalliklari bilan og'rikan ko'plab bemorlarda teri osti yog' qatlamining rivojlanish darajasi qoniqarli bo'lib qolmoqda. Sezilarli darajada ozib ketish (kaxeksiya boshlanishiga qadar) pilorusning chandiq-yarali yoki o'smaga aloqador stenozida kuzatiladi. Me'da raki bilan og'rikan bemorlarda limfa sistemasini tekshirganda to'sh-o'mrov-so'rg'ichsimon muskul oyoqchalari o'rtasidagi chap o'mrov usti sohasida ba'zan yuzasi notekis bo'lgan zich limfa tugunini (Virxov metastazi) aniqlashga muvaffaq bo'linadi.

Oshqozon kasalliklari bilan og'rikan bemorlarning og'iz bo'shlig'ini ko'zdan kechirishda ko'pincha tishlarda turli xil o'zgarishlar (karies, parodontoz va boshqalar) aniqlanadi. Til toza bo'lib qolishi mumkin (masalan, yara kasalligi bilan og'rikan bemorlarda). Bunda ba'zan ipsimon va zamburug'simon so'rg'ichlar gipertrofiyasi ham kuzatiladi. Surunkali gastritda tilda ko'pincha oqish sarg'ish rangdagi karash aniqlanadi. Atrofik gastritda, me'da rakida til so'rg'ichlari ko'pincha tekislanib qoladi, bunday

hollarda til xuddi loklangandek bo‘lib qoladi. Tilning yaqqol quruqligi yara teshilganda qayd etiladi. Oshqozonning xavfli o‘smasi parchalanganda og‘izdan badbo‘y hid keladi.

Gastroptoz bilan og‘rigan bemorlarda qorinni ko‘zdan kechirishda (ko‘rikni bemor yotgan va tik turgan holatda o‘tkazish maqsadga muvofiq) uning shakli o‘zgarganligini ("osilgan qorin") aniqlash mumkin. Epigastral sohada qorin devorining bo‘rtib chiqishi katta o‘lchamli oshqozon o‘smalari bo‘lgan bemorlarda qayd etiladi. Sezilarli darajada ozishda ba‘zan me‘da konturlari vizual aniqlanadi, me‘da chiqish qismining stenozi rivojlanganda esa me‘da peristaltikasining kuchayishi tufayli qorin old devorini ko‘taradigan davriy to‘lqinsimon harakatlarni kuzatish mumkin. Bu harakatlar epigastral sohada qorin devori oldindan yengil urib ko‘rilgandan so‘ng yaqqolroq namoyon bo‘ladi.

Palpatsiya Oshqozonni paypaslash bemorlarning ham gorizontol, ham vertikal holatida amalga oshiriladi, chunki oxirgi holatda oshqozonning kichik egriligi jigarning chap bo‘lagi ostidan chiqadi va ba‘zan palpatsiya qilish mumkin bo‘ladi.

Yuzaki palpatsiyada oq chiziq sohasida qorin to‘g‘ri mushaklarining ajralishini, qorin old devori mushaklarining og‘riqliligi va tarangligini, qorin pardasining ta’sirlanish simptomlarini aniqlash mumkin.

Oshqozonning chuqur palpatsiyasi Obrazsov va Strajesko usuli bo‘yicha o‘tkaziladi. O‘ng qo‘lning bukilgan to‘rtta barmog‘i bilan qorin terisi biroz yuqoriga tortiladi va bemorning har bir nafas chiqarishi paytida paypaslovchi barmoqlar asta-sekin qorin bo‘shlig‘iga botiriladi. Oshqozonning paypaslanayotgan qismi yoki o‘smasi topilgach, uni qorinning orqa devoriga biroz bosiladi. So‘ngra bukilgan barmoqlar bilan yuqoridan pastga qarab sirpanma harakat qilinadi. Bunday harakatda me‘daning paypaslab ko‘riladigan qismi barmoqlar ostidan "chiqib ketadi." "Sirpanish" paytida paypaslanayotgan hosilaning o‘lchamlari, shakli, yuzasi, konsistensiyasi, harakatchanligi, og‘riqliligi haqida tasavvurga ega bo‘lish mumkin.

Me‘daning katta egriligi normada (tajribali shifokorlar tomonidan) 45-60 foiz hollarda paypaslanadi va 10-12 sm davomida aniqlanadi. U tananing o‘rta chizig‘idan ikki tomonda kindikdan 2-3 sm yuqorida joylashgan bo‘lib, palpatsiyada valik (pog‘ona yoki zinapoya) shaklida seziladi. Katta egrilikni topishning to‘g‘riligi oshqozonning pastki chegarasini aniqlashning boshqa usullari bilan tasdiqlanadi. Bundan tashqari, nazorat qilish maqsadida qo‘shni a‘zolarining, birinchi navbatda, ba‘zan me‘daning

katta egriligi deb noto'g'ri qabul qilinadigan ichakning ko'ndalang pardasining holatini paypaslab aniqlash maqsadga muvofiqdir.

20-25 foiz hollarda, ko'pincha me'da pastga tushganda, pilorusni paypaslashga muvaffaq bo'linadi. Pilorus o'rta chiziqdan o'ng tomonda jigarning pastki qirrasini, tananing o'rta chizig'i va kindikdan 3-4 sm yuqorida (ya'ni deyarli o'ng qorin to'g'ri mushagi ostida) o'tkazilgan gorizontaldan hosil bo'lgan uchburchakda joylashgan. Anatomik jihatdan pilorus qiyshiq yo'nalishga ega bo'lganligi sababli (pastdan va chapdan - yuqoriga va o'ngga), uni paypaslaganda paypaslovchi barmoqlar yuqoridan va chapdan - pastga va o'ngga siljiydi. Paypaslab ko'rilganida pilorus diametri 1-1,5 sm keladigan kichkina kalta silindr ko'rinishida bo'lib, goh paydo bo'lib, goh yo'qolib turadi (galma-gal qisqarib va bo'shashib turishi natijasida), paypaslab ko'rilganida g'uldirab turadi. Uzoq muddatli spastik holatda, shuningdek, chandiqli o'zgarishlarda pilorusning xususiyatlari o'zgaradi va u yanada zichlashadi.

Me'da o'smalari asosan me'daning distal bo'limlarida (antral va pilorik) joylashgan va diametri bir necha santimetr ("olxo'ri" kattaligida) yetadigan hollarda aniq paypaslanadi. Kichik egrilikdagi o'smalar juda katta bo'lganida yoki me'da pastga tushib turganidagina paypaslab topiladi.

Perkussiya Oshqozon perkussiyasi bemorning gorizontaldan holatida o'tkaziladi. Oshqozon va ichak timpaniti xarakteridagi farqlar asosida (birinchisi odatda pastroq bo'ladi) sekin perkussiya yordamida ko'pincha oshqozonning pastki chegarasini aniqlash mumkin. Me'da subkardial qismining katta o'smalarida Traube yarimoysimon bo'shlig'ining kichrayganligi perkutor aniqlanadi. Aksincha, me'da timpani zonasining kattalashishi (uning o'ng chegarasi o'ng o'rta o'mrov chizig'idan tashqariga siljishigacha) me'daning keskin kengayishidan dalolat berishi mumkin. Yara kasalligining qo'zg'alishini aniqlashda ilgari ma'lum rol o'ynagan Mendelning musbat simptomining topilishi (bukilgan o'rta barmoq uchi bilan epigastral sohani chertib ko'rilganda og'riq paydo bo'lishi) hozirgi vaqtda uncha katta diagnostik ahamiyatga ega emas, chunki bu simptom qat'iy spesifik emas.

Me'daning pastki chegarasi holatini aniqlash uchun chayqalish shovqinini aniqlash usuli ham qo'llaniladi. Ko'rsatilgan usulni bajarishda chap qo'l kaftining qirrasini bilan oldingi qorin devori mushaklari to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasi asosiga mahkamlanadi. O'ng qo'lning bukilgan va biroz ochilgan to'rtta barmog'i bilan (qorin yuzasidan uzmasdan) qo'lning xanjarsimon o'simtadan asta-sekin pastga harakatlantirib,

qisqa turtkisimon harakatlar qilinadi. Bu turtkilar me'dadagi suyuqlik va havo orqali yaxshi o'tadi va uzoqdan aniq eshitiladigan chayqalish shovqinini keltirib chiqaradi. Chayqalish shovqini saqlanib qolgan eng past nuqta oshqozonning pastki chegarasiga to'g'ri keladi. Me'yorda chayqalish shovqini faqat ovqatdan keyin aniqlanadi, shuning uchun me'daning pastki chegarasini aniqlashda ba'zan bemordan oldindan 1-2 stakan suv ichishni so'rashga to'g'ri keladi. Kechki (ovqatdan 7-8 soat o'tgach) chayqalish shovqinining paydo bo'lishi oshqozon tarkibining evakuatsiyasi kechikishidan (pilorus stenozida) yoki oshqozonning sezilarli gipersekresiyasidan dalolat beradi. Tananing o'rta chizig'idan o'ng tomonda kechki chayqalish shovqinining aniqlanishi oshqozonning prepilorik qismi kengayishining belgisidir (Vasilenko simptomi).

Auskultatsiya Palpatsiya bilan birga o'tkaziladigan auskultatsiya (stetakustik palpatsiya deb ataladigan) me'daning pastki chegarasini aniqlashning qo'shimcha usullaridan biri sifatida qo'llaniladi. Bunda stetoskop (fonendoskop) chap qovurg'a yoyi ostiga Traube bo'shlig'idan sal pastroqqa qo'yiladi. Eshitish bilan bir vaqtda epigastral sohada erkin qo'l barmog'i bilan xanjarsimon o'simtadan pastga gorizontal yo'nalishda "ishqaluvchi" harakatlar bajariladi. Barmoq oshqozon proeksiyasida turganda fonendoskop orqali o'ziga xos "shitirlash" tovushlari eshitiladi. Ularning yo'qolish payti oshqozonning qorin old devoriga proeksiyasi chegaralarini ko'rsatadi.

LABORATORIYA VA ASBOBLAR BILAN TEKSHIRISH USULLARI

Sekretor funksiyani o'rganish Oshqozon sekresiyasini tekshirish oshqozon shilliq qavatining funksional holatini kompleks tashxislashning ajralmas qismidir. Me'da sekresiyasi to'g'risidagi eng ishonchli ma'lumotlarni me'da shirasini o'rganishda olish mumkin.

Tekshirish uchun me'da shirasini olish usullari. Ko'p yillar davomida oshqozon sekresiyasini tekshirish yo'g'on zond bilan zondlash orqali amalga oshirilgan. Hozirgi vaqtda klinik amaliyotda qo'llanilmaydigan ushbu usulning asosiy kamchiliklari oshqozon tarkibini sinov nonushtasi bilan aralashmada noma'lum nisbatlarda bir vaqtning o'zida ajratib olishdir. Natijada me'da sekresiyasining sifat va miqdoriy tomonlari to'g'risida ishonchli ma'lumotlar olish mumkin bo'lmay qoladi.

Zond yordamida tekshirish. Bunday tadqiqot sof me'da shirasini olish, sekretor siklning turli davrlarida sekresiyani uzoq vaqt o'rganish, me'da shirasining nafaqat sifat, balki miqdoriy tarkibini baholash, ya'ni

me'da shilliq qavatining holati haqida maksimal ma'lumot olish imkonini beradi. Sharbat ajratish stimulyatori tadqiqotning vazifalari va maqsadlariga javob berishi kerak.

Me'da sekresiyasini uning xarakteri to'g'risida anchagina ma'lumot bera oladigan ko'p momentli tekshirish uchun hozir ingichka zond bilan zondlash qo'llaniladi.

Yupqa zond - tashqi diametri 4-5 mm va ichki diametri 2-3 mm bo'lgan elastik rezina naycha. Oshqozonga kiritilgan ko'r uchi ikkita yon teshikka ega. Zond yumshoq bo'lgani va uni qizilo'ngachga faol kiritishning iloji bo'lmagani sababli, bemor uni asta-sekin yutishi kerak. Qusish harakatlari paydo bo'lganda zondni burun orqali kiritish mumkin. Me'daga yuborilgan ingichka zond qusish refleksini keltirib chiqarmaydi va u yerda 1 - 2 soat va undan ko'proq vaqt qolishi mumkin. Bu oshqozon tarkibini uzoq vaqt so'rib olish va uning sekretor funksiyasini nafaqat ma'lum bir vaqtda baholash, balki uni vaqt bo'yicha kuzatish imkonini beradi. Zondning og'izdan chiqib turgan erkin uchiga shpris ulanadi, u bilan me'dadagi suyuqlik so'rib olinadi.

Odatda och qoriga shira olishdan boshlanadi. Shundan so'ng, ba'zi usullarga ko'ra, darhol sekresiya stimulyatori kiritiladi, boshqalariga ko'ra, yana to'rtta (ikkita bo'lishi mumkin) 15 daqiqalik porsiyalarni chiqarib, "och oshqozon"ni tekshirish davom ettiriladi. Bu bazal sekresiya deb ataladigan nom bo'lib, ishning mohiyatini unchalik aniq aks ettirmaydi, chunki olinadigan sekretning qay darajada o'z-o'zidan ajralib chiqishini va qay darajada - zondning ta'sirlanishiga, yutish aktiga va hokazolarga javoban ajralib chiqishini aniqlash qiyin.

Tajriba shuni ko'rsatadiki, yarim soatlik ekstraksiya bazal sekresiya haqida bir soatlik ekstraksiya bilan bir xil ma'lumot beradi.

Bazal sekresiyaning to'rtinchi porsiyasini olgandan so'ng (ya'ni 60 daqiqadan keyin) bemorga zond orqali sekresiya stimulyatori - sinov nonushtasi - 300 ml hajmdagi iliq suyuqlik ko'rinishida yuboriladi. Me'da sekresiyasini parenteral yo'l bilan yuboriladigan stimulyatorlar - gastrin, gistamin, insulin bilan ham chaqirish mumkin. Bu jihatdan me'da sekresiyaning fiziologik qo'zg'atuvchilari jumlasiga kiradigan pentagastrin (sintetik preparat) va gistamin hammadan ko'ra ko'proq naf beradi. Gistaminni yurak-qon tomir tizimining organik o'zgarishlarida, allergik kasalliklarda, yuqori qon bosimi, feoxromotsitoma, yaqinda (2-3 hafta) oshqozon-ichakdan qon ketishida qo'llash mumkin emas. Gistamin dozasi bemorning tana vazniga qarab hisoblanadi (0,01 mg/kg gistamin

gidrokslorid yoki 0,008 mg/kg fosfat kislotali gistamin). Oshqozon sekresiyasining bunday stimulyatsiyasi submaksimal hisoblanadi; gistaminning optimal (maksimal) dozasi ham mavjud bo‘lib, uning oshishi oshqozon sekretor javobining yanada kuchayishiga olib kelmaydi (1 kg ga 0,04 mg gistamin gidrokslorid). Gistaminning maksimal dozasi sekresiyasini rag‘batlantirish uchun qo‘llanilganda (Key testi), oldindan antigistamin vositalarni yuborish kerak.

Gistamin yoki pentagastrin yuborilgandan keyin me‘da shirasi 1 soat davomida, odatda, 15 minut oralatib yig‘ib olinadi.

Oshqozon sekresiyasining enteral stimulyatorlari arsenali juda xilma-xil qo‘zg‘atuvchilar bilan ifodalanadi: bu go‘sht sho‘rvasi, 5% alkogol eritmasi, kofein eritmasi (300 ml suvga 0,2 g), quruq karamning 7% qaynatmasi va gistaminni kiritishga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lganda qo‘llanilishi mumkin bo‘lgan boshqa ko‘plab vositalar.

Oshqozon sekresiyasi stimulyatorlarini og‘iz orqali qabul qilishda N. I. Leporskiy bo‘yicha oshqozon shirasini olish usuli keng qo‘llaniladi. To‘rt porsiya bazal sekret chiqarib olingandan keyin zond orqali kislotaliligi 20 ya‘ni (titratsion birlik) bo‘lgan 300 ml karam qaynatmasi yuboriladi, 10 minutdan keyin 10 ml, yana 15 minutdan keyin esa oshqozondagi hamma narsa so‘rib olinadi. Bunday so‘rish har 15 minutda yana 4 marta takrorlanadi. Oxirgi to‘rtta porsiyada toza oshqozon shirasi mavjud bo‘lib, u allaqachon olib tashlangan stimulyatorga javoban ajralib chiqadi (ketma-ket sekresiya). Sanab o‘tilgan porsiyalarning har biri alohida idishga yig‘iladi va uning miqdori belgilanadi. Sog‘lom odamlarning me‘dasida och qoringa 50 ml gacha, ba‘zan undan ham ko‘proq suyuqlik bo‘ladi. Soatiga 30-150 ml (o‘rtacha 50 ml) bazal sekresiya ajraladi. Sinov nonushtasidan 25 daqiqa o‘tgach, oshqozon tarkibining hajmiga qarab, uning oshqozondan evakuatsiya qilinish tezligini (ya‘ni motor funksiyasini) baholash mumkin; me‘yorda bu hajm o‘rtacha 75 ml ni tashkil qiladi. Oxirgi to‘rt porsiya hajmini qo‘shib, sekresiyaning soatlik kuchlanishi aniqlanadi. 15 daqiqalik ekstraksiyada bu kattalik unchalik aniq emas, chunki shiraning uzlukli aspiratsiyasida uning qandaydir qismi o‘n ikki barmoqli ichakka ketadi. Shuning uchun sharbatni to‘liqroq ajratib olish uchun uni uzluksiz ravishda har 15 daqiqada porsiyalarga bo‘lib so‘rib olish kerak. Sekresiyaning normal soatlik kuchlanishi uzlukli aspiratsiyada o‘rtacha 60 ml atrofida, uzluksiz aspiratsiyada esa 1,5-2 baravar ko‘p bo‘ladi. Parenteral stimulyatorlardan foydalanilganda, ular kiritilgandan so‘ng bevosita oshqozon shirasi 60 daqiqa davomida aspiratsiya qilinadi.

Olingan me'da suyuqligi porsiyalarini ko'zdan kechirishda ularning rangi, konsistensiyasi, aralashmalar borligi va hidi aniqlanadi. Me'da shirasi deyarli rangsiz bo'ladi. O't aralashmasi (me'daga o'n ikki barmoq ichak suyuqligi tashlanganda) unga sariq yoki yashil rang beradi, qon aralashmasi - qizil yoki ko'pincha jigarrang-qora; zondlash paytida ko'p miqdorda qizil qon paydo bo'lishi uni darhol to'xtatishni talab qiladi. Normal sharbatning konsistensiyasi suyuq bo'ladi; unda shilimshiq qancha ko'p bo'lsa, u shuncha yopishqoq, cho'ziluvchan bo'ladi, ba'zan shu qadar cho'ziluvchan bo'ladiki, butun massadan tekshirish uchun biror qismini ajratib olish qiyin bo'ladi. Ko'p miqdordagi shilimshiq gastrit borligidan dalolat beradi. Yuzada suzib yurgan shilliq nafas yo'llaridan keladi. Yuqorida sanab o'tilgan aralashmalardan tashqari, och qoringa oshqozon tarkibida ba'zan kechagi ovqat qoldiqlari topiladi, bu uning bo'shatilishining buzilishini ko'rsatadi.

Kimyoviy tekshirish. Sharbatning tashqi belgilari ta'riflangandan so'ng uni kimyoviy tekshirishga kirishiladi. Har bir porsiyada erkin xlorid kislota, umumiy kislotalik, bog'langan xlorid kislota, sut kislota, maksimal kislotali porsiyada pepsin miqdori aniqlanadi.

Me'da shirasining kislotaliligi indikatorlar ishtirokida 0,1 mmol/l o'yuvchi natriy (NaOH) eritmasi bilan titrlab aniqlanadi. Kislotalilik ko'pincha 100 ml sharbatni neytrallash uchun zarur bo'lgan millilitr NaOH miqdori bilan ifodalanadi. Keyingi vaqtlarda xlorid kislota miqdorini ko'proq milligrammlarda yoki milliekvivalentlarda ifodalamoqdalar. Titrlash 5 yoki 10 ml sharbatda olib borilib, unga 2 tomchidan indikatorlar: dimetilaminoazobenzolning 0,5% li spirtli eritmasi va fenolftaleinning 1% li spirtli eritmasi qo'shiladi (so'nggi vaqtlarda fenol qizilining eritmasidan ko'proq foydalanilmoqda). Erkin xlorid kislota ishtirokida dimetilaminoazobenzol qizil rangga bo'yaladi. Byuretkadagi NaOH miqdorini ko'rib, undan tomchilatib sharbatli stakanga NaOH quyiladi, bunda suyuqlik pushti-to'q sariq rangga (semga rangiga) bo'yaladi, bu rang erkin xlorid kislota neytrallanish paytiga to'g'ri keladi. NaOH meniskining yangi holatiga e'tibor berib, titrlash davom ettiriladi. Suyuqlik avval sariq, so'ngra yana qizil rangga kiradi: kislota neytrallangandan keyin fenolftalein qizaradi. Byuretkaning ko'rsatishi yana qayd qilinadi: titrlashning birinchi bosqichida sarflangan NaOH millilitrlari sonining 20 ga ko'paytmasiga teng bo'lgan son erkin xlorid kislota miqdoriga to'g'ri keladi. Barcha titrlashga sarflangan NaOH miqdoriga teng bo'lgan son (qizil rangdan yana qizil ranggacha) ham 20 ga ko'paytirilsa,

umumiy kislotalik qiymatiga to'g'ri keladi. U oshqozondagi barcha nordon mahsulotlar: erkin va bog'langan xlorid kislota, organik kislotalar, nordon fosfatlar yig'indisini ifodalaydi. Oshqozon shirasining oqsil-xlorid kislota molekulalarining dissotsiatsiyalanmagan xlorid kislotasi bog'langan deb ataladi. Me'da shirasida oqsillar bir qadar miqdorda bo'ladi va normada ham shunday bo'ladi (pepsin, gastromukoprotein); gastrit, qonab turgan yara, o'sma parchalanib ketgan mahallarda me'dada oqsillar miqdori ko'payadi, shu bilan birga bog'langan xlorid kislota miqdori ham ortib boradi. U har qanday erkin kislotalar ishtirokida sariq rangga ega bo'lgan alizarinsulfonat natriy ishtirokida sharbatning alohida qismlarini (5 ml dan) titrlash orqali bilvosita yo'l bilan aniqlanadi; ularni neytrallashtirishda rang binafsha rangga o'tadi. Umumiy kislotalikdan alizarin bilan titrlashga sarflangan millilitr NaOH miqdorini (20 ga ko'paytirilgan) ayirib, bog'langan xlorid kislota miqdorini bilib olamiz. O'nlab yillar davomida me'yor sifatida qabul qilingan kislotalik ko'rsatkichlari so'nggi paytlarda qayta ko'rib chiqildi. Masalan, sog'lom odamlarda och qoringa erkin xlorid kislota yo bo'lmaydi, yoki uning miqdori 10-20 dan oshmaydi, ya'ni 10-20 dan oshmaydi, deb hisoblangan. Sinov nonushtasidan keyin kislotalik normasi 20-40 ga teng, ya'ni erkin xlorid kislota uchun va 40-60 ga teng, ya'ni umumiy kislotalik uchun hisoblangan. Sog'lom odamlarda o'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, ularning faqat 50 foizida kislotalik ko'rsatilgan raqamlarga to'g'ri keladi, qolgan 50 foizida esa u past yoki yuqori bo'lib chiqadi, bu ularning konstitutsiyaviy xususiyatidir. Umumiy kislotalikning 20 dan past, ya'ni 100 dan yuqori ko'rsatkichlari gipoatsid, 100 dan yuqori ko'rsatkichlari esa giperatsid deb qaralishi kerak. Xlorid kislotaning butunlay yo'qligini aniqlash diagnostik jihatdan muhimdir. Maksimal dozada gistamin yuborilganidan keyin me'da shirasida erkin xlorid kislotaning bo'lmasligi *gistaminga chidamli axlorgidriya* deb ataladi va me'da shilliq pardasida atrofik jarayon borligidan darak berishi mumkin.

Kislotalik (kislota konsentratsiyasi) ko'rsatkichlari oshqozonning kislota hosil qilish funksiyasiga to'liq xarakteristika bermaydi. Kislota hosil bo'lishi to'g'risida to'liqroq tasavvurga ega bo'lish uchun xlorid kislota debiti-soatini - xlorid kislota ishlab chiqarish ko'rsatkichi (me'dada bir soatda ishlab chiqarilgan kislota miqdori) ni hisoblash kerak. Debit-soatni hisoblash uchun me'da shirasidagi kislota konsentratsiyasi ko'rsatkichini sekresiyaning soatlik hajmiga ko'paytirish va kislota konsentratsiyasi ko'rsatilgan songa bo'lish kerak: agar kislota konsentratsiyasi mg% da ifodalangan bo'lsa, 100 ga, mekv/l da ifodalangan bo'lsa, 1000 ga bo'linadi.

Titrlash birliklaridagi kislotalilikni kislota konsentratsiyasi mg% ko'inishida yozish mumkin, agar kislotalilik ko'rsatkichini 3.65 ga ko'paytirilsa, chunki massa bo'yicha titrlash birligining og'irlik qiymati 3,65 mg xlorid kislotasi yoki 100 ml sharbatdagi 0,1 mekv ni tashkil qiladi. Shunday qilib, masalan, kislotalilik 60 ga teng, ya'ni (3,65-60) mg% yoki 60 mekv/l, yoki 60 mmol/l xlorid kislota ko'inishida ifodalash mumkin. Turli fazalarda va turli stimulyatorlar qo'llanilganda oshqozon sekresiyasi ko'rsatkichlari 1-ilovada keltirilgan.

Hamma bemorlarga ham zond kiritish mumkin bo'lmaganligi sababli (qarshi ko'rsatmalar: oshqozon o'smasi, qizilo'ngach stenozi, aorta anevrizmasi va boshqalar) va hamma ham uni yutib yubora olmaganligi sababli, kislotalilikni zondsiz aniqlash usuli uzoq vaqtdan beri izlanmoqda. 1905 yildayoq Sali oddiy usulni taklif qilgan edi, bu usul quyidagilardan iborat: bemorga 0,1 g metilen ko'ki solingan va ketgut ip bilan bog'langan yupqa rezinadan yasalgan kichkina xaltachani yutishga beriladi. Shundan so'ng bemor odatdagi tushlikni yeydi. Oshqozonda xlorid kislota bo'lsa, ketgut hazm bo'ladi, metilen ko'ki oshqozonda eriydi va biroz vaqt o'tgach siydikni bo'yaydi. So'nggi o'n yillikda ion almashinuvchi smolalardan foydalanishga asoslangan bir qator sinovlar taklif etildi. Bu smolalardan tayyorlangan dorilarga shunday modda qo'shiladiki, u dori tarkibidan me'da xlorid kislotasi bilan siqib chiqariladi, so'ngra siydik bilan chiqariladi. Xininli, azur-1 bo'yog'i qo'shilgan va boshqa dorilar ishlatiladi. Bu usullar ancha ishonchli, lekin faqat me'dada xlorid kislota borligini yoki deyarli butunlay yo'qligini aniqlash imkonini beradi va uni miqdoriy aniqlash o'rnini bosmaydi. Bu usullarni faqat buyrak faoliyati me'yorida bo'lgan bemorlarda qo'llash mumkin.

So'nggi yillarda me'da shirasining kislotaliligini (aniqrog'i rN) o'rganish uchun yangi va juda istiqbolli bo'lgan radiotelemetrik usul (endoradiozondlash) qo'llanilmoqda. Oshqozon shirasini o'rganishdagi ikkinchi muhim masala uning hazm qilish qobiliyatini, asosan, oqsilning hazm bo'lish darajasiga qarab aniqlashdir.

Me'da shirasi (agar unda erkin xlorid kislota bo'lmasa, nordonlashtirilgan) solingan probirkaga denaturatsiyalangan tuxum oqsili bilan to'ldirilgan ingichka shisha naychalar tushiriladi va termostatga qo'yiladi. Bir sutkadan keyin oqsildan bo'shagan naychanning balandligi (mm hisobida) chizg'ich bilan o'lchanadi. Pepsin miqdori normal bo'lganda nayning ikkala uchidagi uzunlik yig'indisi 6-12 mm bo'lishi kerak. Hozirgi vaqtda aniqroq natijalar beradigan V. N. Tugolukovning unifikatsiyalangan

metodi keng qo'llanilmoqda. Ikkita sentrifuga probirkasiga (pastki qismi aniq va mayda graduировка qilingan) quruq plazmaning 2% li eritmasi quyiladi va 1:100 nisbatda suyultirilgan tekshirilayotgan me'da shirasi quyiladi (probirkalardan biriga oldindan qaynatilgan shira quyiladi). Ikkala probirka 20 soatga termostatga qo'yiladi. Shundan keyin ikkala probirkaga uchxlorsirka kislota eritmasi quyiladi va yaxshilab aralashtirilib, sentrifugalanadi. Tushgan oqsil hajmining kamayishiga qarab me'da shirasining hazm qilish qobiliyati to'g'risida fikr yuritiladi. Olingan kattaliklar va shunga o'xshash tajribalar natijalarini toza quruq pepsinning turli xil suyultirmalari bilan taqqoslab, oshqozon shirasidagi pepsin miqdorini milligrammlarda ifodalash mumkin.

Oshqozonning pepsinogen hosil qilish funksiyasini aniqlash zarur bo'lsa, zondlash usulini qo'llamasdan, siydikdagi pepsinogeni (uropepsinogen) aniqlashga murojaat qilinadi. Aniqlanishicha, pepsinogen oshqozonga to'liq ajralmaydi, uning kam qismi (taxminan 1%) qonga o'tadi va siydik bilan ajraladi, bu uning oshqozonda ishlab chiqarilishidan dalolat beradi. Uropepsinogeni aniqlash me'da shirasidagi pepsinni aniqlash singari yo sutni ivitish yo'li bilan, yoki V. N. Tugolukov usuli bilan aniqlanadi.

Oshqozon shirasida sut kislotasini aniqlash ba'zi diagnostik ahamiyatga ega. U me'dada yo sut kislotali bijg'ish tayoqchasining hayot faoliyati natijasida paydo bo'ladi, u me'dada faqat xlorid kislota bo'lmaganda vegetatsiyalanadi, yoki me'daning xavfli o'smasi mavjud bo'lganda, uning hujayralarida glikoliz anaerob tipda sut kislotasi hosil bo'lishi bilan sodir bo'ladi. Demak, uning bo'lishi o'sma uchun patognomonik emas, lekin uni istisno qilish maqsadida bemorni sinchiklab tekshirishni talab qiladi. Sut kislotasini aniqlash usullaridan biri Uffelman reaksiyasidir. Probirkaning 2/3 qismiga 1-2% li fenol eritmasidan quyung va 2-3 tomchi 10% li temir xlorid eritmasidan qo'shing. Reaktiv to'q binafsha rangga kiradi. Probirkani qiyshaytirib, uning devoriga asta-sekin 2-3 tomchi me'da shirasi tomiziladi. Sut kislotasi bo'lganda probirka tubiga tushgan sharbat tomchilari sut kislota temiri ta'sirida och sariq rangga bo'yaladi.

Mikroskopik tekshirish. Tindirish yoki sentrifugalash yo'li bilan olingan cho'kmadan nativ preparatlar tayyorlanadi. Sog'lom odamda ularda asosan og'iz bo'shlig'i hujayralari, yassi epiteliy va leykotsitlar topiladi. Oziq-ovqat qoldiqlari mushak tolalari, yog', yog' kislotalari, kletchatkaning mavjudligi oshqozondan oziq-ovqat evakuatsiyasining buzilishini ko'rsatadi. Turib qolgan sharbat kislotali bo'lsa, unda sarsinlar topiladi, kislotalilik bo'lmasa sut kislotali bijg'ish tayoqchalari topiladi. Kam

miqdordagi eritrotsitlarning mavjudligi diagnostik ahamiyatga ega emas, chunki bu zondni kiritish paytida kichik shikastlanish yoki qusish harakatlarida zo'riqish natijasi bo'lishi mumkin. Eritrotsitlarning ko'pligi yara, o'sma yoki eroziv gastritga shubha uyg'otadi.

Eksfoliativ sitologiya. Me'da rakining boshlang'ich davrini, ya'ni o'sma hali paypaslanmagan va rentgenologik tekshiruvda aniq topilmagan davrini aniqlash katta qiyinchiliklar tug'diradi. Oshqozon o'smasi mavjudligini yuqori ehtimollik bilan aniqlashga imkon beradigan mavjud usullardan biri eksfoliativ sitologiyadir. Uning asosida rak to'qimasining o'ziga xos xususiyati yotadi, bu xususiyat shundan iboratki, o'sma hujayralari bir-biri bilan mustahkam bog'lanmagan bo'ladi, shu munosabat bilan ular birmuncha oson ko'chib tushadi va me'da suyuqligida topiladi. Ular me'da shirasi cho'kmasidan yoki me'daning yuvindi suvlaridan topiladi. Bu hujayralarning ko'chib tushishini kuchaytirish uchun shishiriladigan ballonlari bo'lgan, yuzasi g'adir-budur, rak hujayralarining ko'chib tushishiga yordam beradigan maxsus me'da zondlari ishlatiladi. Hosil bo'lgan shira o'sma hujayralarining yemirilishiga yo'l qo'ymaslik uchun tez ishlov berishni talab qiladi. U sentrifugalanadi, cho'kma flyuoroxromlar bilan bo'yalgandan so'ng oddiy yoki faza-kontrast mikroskopda nativ preparatlarda yoki Romanovskiy - Gimza, Papanikolau yoki gematoksilin va eozin bilan bo'yalgan quruq surtmalarda tekshiriladi. O'sma hujayralarining differentsiatsiyasi katta tajribani talab qiladi. Ularning asosiy xususiyatlari o'smaning boshqa joylaridagi tegishli hujayralardagidek bo'ladi ("Balg'amni tekshirish"ga qarang). Sitologik tekshirish uchun gastroskopiya vaqtida olingan biopatlardan ham foydalaniladi.

Me'da ichi pH-metriyasi. So'nggi o'n yilliklarda klinik amaliyotda oshqozon ichi rN-metriya usuli keng tarqaldi. Ushbu tadqiqot davomida ushbu muolajaning maqsadiga qarab oshqozon-ichak trakti bo'shlig'ida turli darajadagi vodorod (N+) ionlarining konsentratsiyasi aniqlanadi. Oshqozon tarkibini aspiratsion tekshirish usullaridan farqli o'laroq, oshqozon shirasini olib tashlash uning ishlab chiqarilishining reflektor ko'payishiga olib kelganda va kislotalilik raqamlarini oshirganda, oshqozon ichidagi pH -metriya aniqroq ma'lumot beradi. rN-metriyaning kamchiligi shundaki, bu usul faqat vodorod ionlarining konsentratsiyasini baholaydi va sekresiya hajmi haqida ma'lumot bermaydi.

pH-metrik zondning elektrodlari (odatda ular 3 ta, kamroq 2 yoki 5 ta) o'n ikki barmoqli ichakda, antral bo'limda va oshqozon tanasida joylashgan.

Elektrodlarning bunday joylashuvi oshqozon tanasida kislota ishlab chiqarish darajasini, antral bo‘lim va o‘n ikki barmoqli ichakda ishqorlanish darajasini, duodenogastral reflyuks mavjudligini baholash imkonini beradi. Radiokapsula usuli kamroq qo‘llaniladi, u oshqozon-ichak trakti bo‘shlig‘idagi muhit haqidagi ma’lumotlarni radiosignallarga aylantiradi. Radiokapsula oshqozon devorlarining mexanik ta’sirlanishini zondga nisbatan sezilarli darajada kamaytiradi, bu esa ko‘proq fiziologik sharoitlarni yaratadi, ammo usulning muhim kamchiligi radiokapsula holatini aniq nazorat qilishning iloji yo‘qligidir. 2-soatlik rN-metriya eng keng qo‘llaniladi, bunda bazal sharoitlarda pH birinchi soat davomida va keyinchalik stimulyatorlar (gistamin, pentagastrin va boshqalar) kiritilgandan so‘ng baholanadi. Bazal sharoitda va stimulyatsiyadan keyin oshqozonga zondning maxsus kanali orqali natriy gidrokarbonat eritmasi yuborilganda ishqoriy test o‘tkazish qo‘shimcha ma’lumot beradi. Keyin ishqoriy vaqt va boshlang‘ich qiymat va maksimal pH darajasi o‘rtasidagi farq baholanadi. So‘nggi yillarda 24 soatlik pH-metriya (yupqa plastik zond bemorga transnazal ravishda kiritiladi) tobora keng qo‘llanilmoqda. U bemorning tana holatiga (bu gastroezofageal reflyuksda juda muhim), ovqat iste’moliga, dori-darmonlarga pH ning bog‘liqligini baholashga imkon beradi.

Zamonaviy uskunalarda pH ni qayd etish bilan bir vaqtda oshqozon-ichak trakti bo‘shlig‘idagi bosimni o‘lchash imkonini beradi, bu esa harakat buzilishlarini aniqlashda katta ahamiyatga ega.

Qon zardobidagi gastrin konsentratsiyasini tekshirish

Gastrin polipeptid tabiiatli gastrointestinal gormon bo‘lib, u asosan oshqozon antral bo‘limi, o‘n ikki barmoqli va och ichakning proksimal qismi, oshqozon osti bezi shilliq qavatining G-hujayralarida sintezlanadi. U me‘da shilliq pardasining parietal hujayralari tomonidan xlorid kislota sekresiyasiga kuchli rag‘batlantiruvchi ta’sir ko‘rsatadi. Zollinger-Ellison sindromini (asosan oshqozon osti bezida joylashgan va odatda oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakda qiyin chandiqli yaralar bilan birga keladigan gastrin ishlab chiqaruvchi o‘sma) aniqlashda zardobdagi gastrin miqdorini o‘rganish katta ahamiyatga ega. Bu sindromda zardobdagi gastrin konsentratsiyasi me‘yoriy ko‘rsatkichlardan bir necha barobar yuqori bo‘ladi. O‘rtacha ifodalangan gipergastrinemiya pilorus stenozida, V12 tanqisligi anemiyasida, surunkali buyrak yetishmovchiligida va ba’zi boshqa kasalliklarda ham kuzatiladi. Zardobdagi gastrin miqdorini aniqlash radioimmun usulda olib boriladi.

Usul shunga asoslanganki, antigen vazifasini bajaruvchi tekshirilayotgan gastrin radioaktiv 125I bilan nishonlangan standart reaktiv gastrin bilan tanlab raqobatlashadi va uni immun kompleksdan siqib chiqaradi. Bunda yuzaga keladigan radioaktivlikning o'zgarishi tekshirilayotgan gastrinning qon zardobidagi konsentratsiyasi haqida fikr yuritish imkonini beradi.

Shilliq ishlab chiqarish funksiyasini o'rganish

Me'da shillig'ining tarkibi va uning ajralish xarakteri, odatda, me'da shirasida shilliq glikoproteinlari: shilliqning yopishqoqligini ta'minlovchi fukoza va shilliqning xlorid kislota va pepsinning proteolitik ta'siriga chidamliligini ta'minlovchi N-atsetilneyramin kislota konsentratsiyasi va umumiy ishlab chiqarilishini aniqlash yordamida o'rganiladi. Shilimshiq ishlab chiqarishning kamayishi yara kasalligining patogenetik omillaridan biri bo'lib xizmat qilishi mumkin. Me'da shilimshiq hosil bo'lishining sezilarli darajada buzilishi surunkali gastritda ham kuzatiladi. Oshqozonning shilliq ishlab chiqarish funksiyasining holatini baholash uchun hozirgi vaqtda oshqozon shilliq qavatining epitelial hujayralariga tutashgan shilliq qavatni bevosita tahlil qilish, xususan, uning qalinligini aniqlash qo'llaniladi.

Me'da shilliq pardasi himoya to'sig'ining holatini o'rganish uchun transmural potentsiallar farqini (me'da shilliq pardasi bilan uning seroz pardasi o'rtasidagi elektr potentsiallar farqini) o'lchash ham qo'llaniladi. O'lchash endoskopning biopsiya kanali orqali oshqozonga yuboriladigan maxsus potensiol o'lchagich yordamida amalga oshiriladi. Me'yoriy sharoitda shikastlanmagan me'da shilliq pardasi uning seroz pardasiga nisbatan manfiy zaryadga ega bo'ladi. Oshqozon shilliq qavatining himoya to'sig'i shikastlanganda (masalan, yarali shikastlanishlarda) transmural potentsiallar farqi ko'rsatkichlari sezilarli darajada o'zgaradi va musbat bo'lishi mumkin.

Harakat funksiyasini o'rganish

Oshqozon motorikasini o'rganishning zamonaviy usullari oshqozon mushak devorining tonusini, uning och qoringa va ovqatdan keyingi peristaltik faolligini, oshqozon ichidagi bosimni, oshqozon tarkibining evakuatsiya xususiyatini baholashga imkon beradi.

Bu maqsadda ko'pincha ballon-kimografik usuldan foydalaniladi. Ushbu usul ingichka bir yoki ko'p kanalli zondlarni qo'llashni nazarda tutadi, ularning har bir kanali zondning proksimal uchida ingichka rezinadan yasalgan kichik ballonchalar bilan bog'langan. Har bir zondning distal

uchlari manometrik tizimga ulanadi. Eng sodda ko‘rinishda manometrik sistema qisman suv bilan to‘ldirilgan U-simon shisha naychadan iborat: naychanning bir uchiga yozuv stoli mahkamlangan "po‘kak" qo‘yilgan. Ro‘yxatga olish kimografning harakatlanuvchi qog‘oz lentasida amalga oshiriladi. Manometrik sistema o‘rniga rezina membranaga mahkamlangan yozuv stoli o‘rnatilgan Marey kapsulalari ham ishlatiladi.

Och qoringa o‘tkazilgan tekshiruv natijasida olingan gastrogrammalar me‘daning davriy motor faolligini aks ettiradi. Oshqozonning 10-40 daqiqa davom etadigan "ish" davrlari 40 daqiqadan 2 soatgacha davom etadigan nisbiy tinchlik davrlari bilan almashtiriladi. Kimograf lentasida qayd etilgan to‘lqinlarning balandligi 3 dan 5 sm gacha o‘zgarib turadi, qisqarishlar soni esa (oshqozon tanasi sohasidagi harakatlarni yozib olishda) daqiqasiga o‘rtacha 1-2 tani tashkil etadi. Me‘daning pilorik bo‘limida ko‘proq (minutiga 2-3 marta) qisqarishlar kuzatiladi, to‘lqin balandligi katta bo‘ladi. Alohida to‘lqinlarning amplitudasi va davomiyligini baholash, shuningdek, "ish" va nisbiy tinchlik davrlarining davomiyligini aniqlash oshqozonning motor faolligi haqida fikr yuritish imkonini beradi.

Elektrogastrografiya usuli oshqozonning bioelektrik faolligini o‘rganishga asoslangan bo‘lib, u tana yuzasidan aniqlanadi. Bunda me‘da harakat funksiyasining buzilishi olinadigan elektrogastrogrammaning turlicha o‘zgarishlari: yuqori va past voltajli tez-tez, notekis va tartibsiz tishchalar, atipik to‘lqinlar paydo bo‘lishi va hokazolar bilan xarakterlanadi.

So‘nggi yillarda oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak bo‘shlig‘ida joylashgan maxsus zond (endoradiozond) uchiga mahkamlangan uzatkich (radiokapsula) signallarini qayd etishga asoslangan oshqozon motorikasini o‘rganishning radiotelemetrik usullari (endoradiozondlash) keng qo‘llanilmoqda. Hozirgi vaqtda ishlab chiqilgan ko‘p kanalli apparatlar bir vaqtning o‘zida ovqat hazm qilish traktining uchta nuqtasida pH, harorat va bo‘shliq ichidagi bosimni qayd etish va natijalarni kompyuterda qayta ishlash imkonini beradi.

Tadqiqotning radiotelemetrik usullari bo‘shliq ichi bosimining tebranish amplitudasi va chastotasini aniqlash va ularning natijalari bo‘yicha ovqat hazm qilish traktining turli qismlarining qisqarish xarakterini baholash imkonini beradi. Bo‘shliq ichidagi bosimni bir vaqtning o‘zida bir-biridan uncha uzoq bo‘lmagan masofada (5-10 sm) joylashgan ikkita yoki bir nechta datchiklar bilan qayd etilganda, peristaltika holati aniqlanadi, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak devorining spastik qisqarishlari qayd etiladi. O‘n ikki barmoqli ichak bo‘shlig‘ida ikki yoki uchta yaqin joyda pH ni o‘rganish oshqozon tarkibining evakuatsiyasi va

uning o'n ikki barmoqli ichak bo'ylab o'tishi haqida bilvosita fikr yuritish imkonini beradi.

Rentgenologik tekshirish

Rentgenoskopiya va rentgenografiya me'dani tekshirishning eng ko'p tarqalgan usullaridan bo'lib, statsionar va ambulatoriya sharoitlarida keng qo'llaniladi. Bu usullar oshqozonning holati va shaklini, shilliq qavat relefining xarakterini, oshqozon devorining konturlari va elastikligini, uning evakuator funksiyasining holatini baholashga imkon beradi.

Me'daning rentgenologik tekshiruvini och qoriga 200 ml suvga 100 - 150 g kontrast modda hisobidan tayyorlangan bariy sulfatning suyuq suvli suspenziyasidan foydalanib o'tkaziladi. Me'daning evakuator funksiyasi buzilganda va unda ovqat qoldiqlari bo'lganda, shuningdek me'da shirasining tungi gipersekresiyasi yaqqol namoyon bo'lganda me'dani oldindan yuvish yoki uning tarkibini ingichka zond yordamida so'rib olish maqsadga muvofiqdir. Dastlab ko'krak qafasi va qorin bo'shlig'i a'zolarining holatini taxminiy baholash uchun umumiy rentgenoskopiya o'tkaziladi. Keyin bemorga bariy suspenziyasidan bir qultum ichish taklif qilinadi, shundan so'ng uning qizilo'ngach-oshqozon o'tish yo'lidan o'tishiga e'tibor beriladi. Palpatsiya yoki maxsus tubus-kompressor yordamida oshqozonning ichki yuzasi bo'ylab kontrast moddaning bir tekis taqsimlanishiga erishiladi va shilliq qavat burmalarining holatini (ularning yo'nalishi, qalinligi va hokazo) aniqlashga imkon beradigan bir nechta suratlar olinadi. Bariy suspenziyasining qolgan qismini qabul qilgandan so'ng, tadqiqot oshqozonning qattiq to'ldirilishi deb ataladigan holatda davom ettiriladi. Nishonli suratlar seriyasi bilan to'ldiriladigan rentgenoskopiya bir necha proeksiyada va bemorning turli holatlarida o'tkaziladi. Oshqozonning holati, kattaligi va shakli, uning siljishi, peristaltikaning tabiati, pilorusning funksiyasi, kontrast massaning evakuatsiyasi o'rganiladi.

Oshqozon shilliq qavati relefining o'zgarishi har doim qandaydir patologik jarayondan darak beradi. Chunonchi, me'da shilliq pardasi burmalarining uzilib ketishi uning rak o'smasi bilan infiltrlanishi uchun xarakterlidir.

Me'da zo'r berib to'ldirilganida shakli jihatidan qarmoqqa o'xshab ketadi va qorinning yuqori yarmida, ko'proq o'rta chiziqdan chap tomonda joylashadi. Faqat me'daning chiqish qismi uning o'ng tomonida bo'ladi. Diafragma churralarida me'daning bir qismi diafragmaning qizilo'ngach

teshigi orqali ko'krak qafasiga siljiydi. Oshqozonning keskin kengayishi pilorusning o'smali yoki chandiqli stenozida qayd etiladi.

Oshqozon soyasining konturlari organning ichki yuzasini aks ettiradi. Me'da yarasi bo'lsa, unga bariy sulfat aralashmasi tushadi. Bu holda konturda xarakterli bo'rtiq hosil bo'lib, u tokcha deb ataladi. Aksincha, o'sayotgan o'sma me'daning notekis konturlari paydo bo'lishiga olib keladi, bular rentgen tasvirida "to'lish nuqsoni" manzarasini beradi. Xavfli o'smalar me'da siljishining kamayishiga, me'da devorining peristaltikaga uchramaydigan joylari paydo bo'lishiga ham olib keladi.

200 ml bariy sulfat suspenziyasining me'dadan evakuatsiyasi 2 - 3 soat ichida sodir bo'ladi, bunda 30 daqiqadan so'ng me'dada qabul qilingan kontrast moddaning faqat yarmiga yaqini qoladi. Pilorik stenozda bariy sulfat suspenziyasining katta qismi dastlabki tekshiruvdan 24 soat o'tgach oshqozonda saqlanib qolishi mumkin.

Hozirgi vaqtda rentgenologik tekshirishning ancha takomillashgan metodlari, masalan, ikki marta kontrastlash metodikasi (bariyli suspenziya + havo) qo'llanilmoqda. Farmakologik sinamalardan foydalanish (atropin sulfat, metatsin, butilskopolamin bilan) oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning chandiqli deformatsiyalari va ularning spastik qisqarishlarini qiyosiy tashxislashda yordam beradi. Oshqozonning turli shikastlanishlarini rentgenologik tashxislash aniqligi elektron-optik kuchaytirgichlar, televizion tizim, video yozuv qurilmalari bilan jihozlangan apparatlardan foydalanganda sezilarli darajada oshadi. Maxsus ko'rsatmalarga ko'ra, masalan, o'sma shikastlanishida oshqozon devoridagi o'zgarishlarni aniqlash va saratonning mintaqaviy limfa tugunlariga metastazlarini aniqlash imkonini beruvchi kompyuter tomografiyasi, shuningdek Zollinger-Ellison sindromini (oshqozonning qiyin chandiqli yaralari paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladigan oshqozon osti bezining gastrin ishlab chiqaruvchi adenomasi) aniqlashga yordam beradigan angiografiya qo'llaniladi.

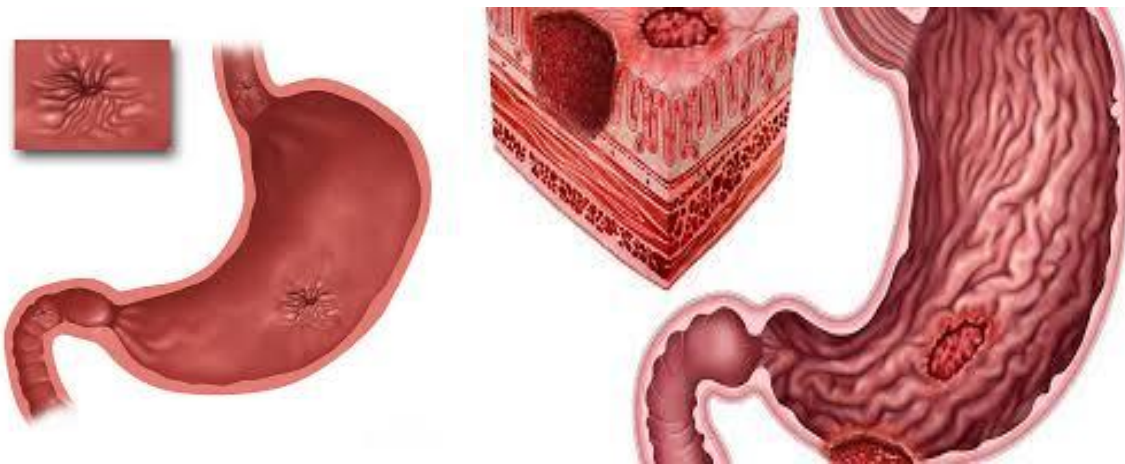
Ba'zi hollarda radionuklid tadqiqot usullaridan ham foydalaniladi. Shunday qilib, ^{99}Tc -pertexnetat bilan gastrossintigrafiya oshqozonning sekretor funksiyasini to'liqroq baholash imkonini beradi. Izotoplar qo'shilgan maxsus "nonushta"larni qo'llash va keyinchalik bemorni gamma-kamera yordamida tekshirish oshqozonning evakuator funksiyasini aniqlashga imkon beradi.

Aholini dispanserizatsiya qilishda va keyinchalik yanada chuqurroq tekshirish uchun bemorlarni tanlashda maxsus gastroflyuorografik

qurilmalarda amalga oshiriladigan oshqozonning tekshiruv rentgenologik tekshiruvlari deb ataladigan usullardan foydalaniladi.

Gastroskopiya

Gastroskopiya oshqozon shilliq qavatini maxsus moslashuvchan apparatlar (gastroduodenoskopl) yordamida vizual tekshirishdan iborat bo'lib, unda oshqozonning ichki yuzasi tasviri ko'plab shisha elastik tolalardan iborat yorug'lik o'tkazgich orqali uzatiladi (1-rasm). Gastroskop (gastrokamera) ga ulangan maxsus fotografiya moslamasining borligi shilliq pardaning turli joylarini suratga olish imkonini beradi (2-rasm).



Gastroskopiya hozirgi vaqtda oshqozon kasalliklarini tashxislashning asosiy usullaridan biri bo'lib, uning shilliq qavatidagi o'zgarishlarni baholash (surunkali gastrit, eroziv-yarali shikastlanishlar, o'smalar va boshqalarning tabiati va tarqalishini aniqlashtirish), turli xil harakat buzilishlarini (gastroezofageal va duodenogastral reflyuks, evakuatsiya buzilishlari) aniqlash imkonini beradi. Gastroskopning yon kanali orqali me'daga kiritiladigan biopsiya qisqichlari yordamida, zarur bo'lganda, keyinchalik morfologik tekshirish uchun to'qima bo'laklarini (yara, o'sma va boshqalardan) olish mumkin. Yara kasalliklarini qiyosiy tashxislashda endoskopik



tekshiruvning turli modifikatsiyalari qoʻllaniladi: gematoporfirin va tetratsiklindan foydalangan holda endoskopik lyuminessent tahlil, metilen koʻki bilan xromatogastroskopiya va boshqalar.

Qon ketish manbaini (yara, eroziya, xavfli oʻsma va boshqalar) aniqlashda endoskopik tekshirish usuli katta rol oʻynaydi. Bunday hollarda qon ketayotgan tomirni elektrokoagulyatsiya qilish yoki lazer yordamida koagulyatsiya qilish ham mumkin boʻladi.

Soʻnggi yillarda gastroskopiya yara kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarni davolashda yara nuqsoni sohasiga mahalliy dori-darmonlarni yuborish, yarani geliy neon yoki argon lazeri bilan nurlantirish, shuningdek, oshqozon poliplarini maxsus qovuzloq yordamida olib tashlash uchun ham keng qoʻllanila boshlandi.

Gastroskopiya tayyorgarlik (shoshilinch holatlardan tashqari) ertalab och qoringa oʻtkaziladi. Tekshirishdan 30 min oldin teri ostiga 1,0 ml 0,1% li atropin sulfat eritmasi yuboriladi va 1% li dikain eritmasi bilan halqum ogʻriqsizlantiriladi.

Gastroskopiya oʻtkazishga qarshi koʻrsatmalar qiziloʻngachning keskin torayishi, aorta anevrizmasi, oʻtkir miokard infarkti va ogʻir yurak yetishmovchiligi, miya qon aylanishining oʻtkir buzilishi, kuchli kifoskolioz, ruhiy kasalliklar hisoblanadi.

Gastroskopiya oʻtkazishdagi asoratlar koʻpincha qoʻllaniladigan anestetikga yuqori sezuvchanlik bilan bogʻliq allergik reaksiyalarni, shuningdek (juda kamdan-kam hollarda) halqum, qiziloʻngach yoki oshqozon devorining teshilishini oʻz ichiga oladi.

Oshqozonni tekshirishning endoskopik usuli rentgenologik usul bilan hech qanday raqobatlashmaydi, aksincha, uni toʻldiradi. Bu usullarning har biri oʻzining afzalliklari va kamchiliklariga, oʻzining diagnostik imkoniyatlari chegarasiga ega. Shu bilan birga, oshqozon kasalliklarini

tashxislashning eng yuqori aniqligiga ikkala tadqiqot usulini mohirona birlashtirish orqali erishiladi.

Morfologik tekshirish

Me'da shilliq pardasini tiriklik vaqtida morfologik tekshirish hozirgi vaqtda me'daning turli kasalliklarini aniqlashda katta ahamiyatga ega. Zarur materialni olishning ikkita asosiy usuli mavjud: aspiratsion (ko'r) biopsiya yordamida va gastrokopik (nishonli) biopsiya yordamida.

Aspiratsion biopsiyada shilliq qavat bo'lakchalari oshqozonga maxsus biopsiya zondini kiritish, shilliq qavat bo'lagini aspiratsiya qilish (so'rish) va keyinchalik aspiratsiya qilingan joyni biopsiya pichog'i bilan kesish orqali olinadi. Aspiratsion biopsiya shilliq qavatning diffuz o'zgarishlarini (masalan, surunkali gastrit) aniq tashxislash imkonini beradi va o'choqli shikastlanishlarni aniqlash uchun deyarli hech narsa bermaydi. Shuning uchun hozirgi vaqtda u kam qo'llaniladi va o'z o'rnini gastrokopik biopsiyaga bo'shatib beradi.

Gastrokopik biopsiyaning (endoskopik tekshiruvda amalga oshiriladigan) ahamiyati zararlanishning xavfli xususiyatini aniqlashda, masalan, oshqozonda yara paydo bo'lganda juda muhimdir. Morfologik tekshiruvning mumkin bo'lgan soxta salbiy natijalarini hisobga olgan holda, hech qachon faqat bitta to'qima bo'lagini bir marta olish bilan cheklanib qolmaslik kerak. Gastrobiopsiya albatta takroriy bo'lishi kerak, har safar kamida 4-6 bo'lak olinadi. Me'da shilliq pardasidagi struktura o'zgarishlarini baholash uchun odatdagi gistologik tekshirishdan tashqari, me'da bezlari hujayra elementlarining miqdoriy nisbatlarini aniqlashga imkon beradigan *morfometrik usul* ham qo'llaniladi.

Me'da shilliq pardasi epitelial hujayralari regeneratsiyasining xarakterini aniqlash uchun *gistoavtoradiografiya usulidan* foydalanish mumkin. U shunga asoslanganki, organizmga 3N-timidin yuborilganda DNKni sintezlaydigan hujayralar nishonlangan bo'ladi. Radioaktiv tritiy bilan nishonlangan oshqozon shilliq qavatining epitelial hujayralari fotoemulsiyani yorituvchi va bu hujayralarda o'ziga xos qora granularning paydo bo'lishiga olib keladigan γ -nurlari manbai hisoblanadi. 3N-timidin yuborilgandan so'ng turli muddatlarda nishonlangan epitelial hujayralarning taqsimlanishini baholash oshqozon shilliq qavatining regeneratsiya jarayonlarining tabiati haqida fikr yuritish imkonini beradi.

Ultratovushli tekshirish

So'nggi yillarda oshqozon kasalliklarini tashxislashda ultratovush tekshiruvi qo'llanila boshlandi. Oshqozon exografiyasi och qoringa,

bemorning turli holatlarida (yotgan, o'tirgan, turgan va burilgan) o'tkaziladi. Oshqozon devoridagi o'zgarishlar (o'sma, poliplar, yarali shikastlanishlar) da ultratovush tekshiruv oshqozon devorining mahalliy qalinlashuvini aniqlash, uning ko'ndalangligini, shuningdek, oshqozon uzunligi bo'ylab patologik jarayonning davomiyligini baholash imkonini beradi. Bemorlar 200-400 ml suv qabul qilgandan so'ng oshqozonni ultratovush tekshiruvidan o'tkazishni davom ettirish oshqozon tonusi, uning peristaltikasi, evakuator funksiyasini baholash imkonini beradi. Oshqozon exografiyasi yordamchi tekshiruv usuli hisoblanadi. Uning yordamida aniqlangan barcha o'zgarishlar albatta boshqa tadqiqot usullari bilan tasdiqlanishi kerak. Hozirgi vaqtda bir vaqtning o'zida ultratovush va endoskopik tekshiruvlarni o'tkazish imkonini beruvchi apparatlar yaratilgan. Bunda ultratovush datchigi bevosita endoskopga montaj qilinadi va u bilan birga oshqozonga kiritiladi.

Helicobacter pylori tekshirish usullari

Ba'zi kasalliklarni davolash (birinchi navbatda yara kasalligi) majburiy komponent sifatida bemorlarda oshqozon shilliq qavatida Helicobacter pylori (HP) aniqlanganda eradikatsion terapiyani o'tkazishni o'z ichiga oladi. Bu bemorlarda ushbu mikroorganizmlarni aniqlash maqsadida dastlabki tekshiruvni o'tkazishni o'z ichiga oladi. Hozirgi vaqtda HP infeksiyasini tashxislashning turli xil yuqori sezgir va o'ziga xos usullari mavjud bo'lib, ular o'z ko'rsatmalariga ega (jadvalga qarang).

Jadval-1

Helicobacter pylori infeksiyaning asosiy diagnostik usullari qo'llanishga ko'rsatma

Diagnostika usullari	Qo'llanishga ko'rsatma	Sezgirlik %	O'ziga xoslik %
Serologik	NR infeksiyasining skrining diagnostikasi	90	90
Mikrobiologik	NRning antibiotiklarga sezgirligini aniqlash	80-90	95
Marfologik	Yara kasalligi bor bemorlarda NR infeksiyasining birlamchi diagnostikasi	90	90
Tezkor kesish testi	Yara kasalligi bor bemorlarda NR infeksiyasining birlamchi diagnostikasi	90	90

Nafast testi	eradikatsiyaning to'liqligini nazorat qilish	95	100
--------------	--	----	-----

Serologik usul HPga qarshi antitanachalarni aniqlovchi serologik usul (hozirda ko'pincha immunoferment tahlil usuli qo'llaniladi) asosan aholining turli guruhlarining infeksiyalanganligini aniqlash maqsadida skrining tadqiqotlari uchun qo'llaniladi. Ushbu usul eradikatsion terapiya samaradorligini nazorat qilish uchun yaroqsiz, chunki antigelikobakter antitanalar titrining o'zgarishi eradikatsiyadan bir necha oy o'tgach sodir bo'ladi.

Mikrobiologik usul HP kulturasini olishning afzalligi shundaki, uning yordamida mikroorganizmlarning u yoki bu antibakterial preparatga sezgirligini aniqlash mumkin. Biroq, bu usul ancha qimmat. Bundan tashqari, u maxsus muhitlar, maqbul harorat, namlik, atmosfera havosi sifati va boshqalarning mavjudligi zarurati bilan bog'liq bo'lgan muayyan qiyinchiliklar bilan bog'liq. Bu shunga olib keladiki, mikroorganizmlar koloniyalarining o'sishi har doim ham amalga oshmaydi. Usulning noqulayligi uning natijalarini, odatda, kamida 10-14 kun kutishga to'g'ri kelishi bilan ham bog'liq. Klinik amaliyotda u asosan an'anaviy antigelikobakter terapiya sxemalariga chidamli HP infeksiyasi holatlarida qo'llaniladi.

Morfologik usul hozirgi vaqtda tez ureaz testi bilan bir qatorda NR infeksiyasini birlamchi tashxislashning eng keng tarqalgan usullari qatoriga kiradi. Oshqozon shilliq qavati bioptatlarini turli xil bo'yoqlar (akridin to'q sariq, Gimza bo'yog'i, Vartin-Starri bo'yicha kumushlash) yordamida o'rganish nafaqat HP mavjudligini yuqori ishonchlilik darajasi bilan aniqlashga, balki urug'lanish darajasini miqdoriy jihatdan ham aniqlashga imkon beradi.

HP infeksiyasini birlamchi tashxislashda biokimyoviy usullar eng ommabop bo'lib, ulardan tezkor ureaza testi eng ko'p qo'llaniladi. Tezkor ureaza testi (klinik amaliyotda keng qo'llaniladigan CLOtest, Campy-test) bakteriyalar ureazasi tomonidan mochevinaning parchalanishi natijasida ammiakning ajralib chiqishi natijasida indikatorning rangi bo'yicha muhitning pH o'zgarishini aniqlashga asoslangan. Ushbu test natijalari oshqozon shilliq qavatining bioptatlari olinganidan bir soat o'tgach ma'lum bo'ladi. Bundan tashqari, ureaza testi HP infeksiyasini tashxislashning barcha usullari orasida eng arzon hisoblanadi (ushbu testdan arzonroq faqat surtma bosma usulida HPni tashxislash usuli bo'lib, u hozirda sezgirligi pastligi sababli qo'llanilmaydi). Usulning kamchiliklariga bioptatdagi HP

mikroorganizmlari soni $<10^4$ bo'lganda uning natijalari soxta manfiy bo'lib qolishi kiradi, shu munosabat bilan u eradikatsiyaning to'liqligini nazorat qilishda xato xulosalar berishi mumkin.

Radionukleid usullar, ulardan eng mashhuri ^{13}C yoki ^{14}C izotoplari bilan nishonlangan mochevinadan foydalangan holda nafas olish testi hisoblanadi, bu izotoplarni chiqarilgan havoda ushlab turish uchun mass-spektrografni qo'llashni o'z ichiga oladi. Xorijda nafas olish testi eradikatsion terapiyaning to'liqligini nazorat qilishning "oltin standarti" hisoblanadi, chunki u noinvaziv va yuqori sezgirligi bilan ajralib turadi.

Bugungi kunda HP infeksiyasini tashxislashning eng aniq usuli bo'lgan polimeraza zanjir reaksiyasi yordamida HP DNKsini (oshqozon shilliq qavatida, najasda, so'lakda) aniqlash tobora keng tarqalmoqda, ayniqsa bakteriyalar kokksimon shaklga ega bo'lganda (masalan, antibakterial terapiya kursidan keyin) va boshqa diagnostika usullari (ishtirok etish, tez ureaza testi) yolg'on manfiy natijalar berganda.

HP diagnostikasining endoskopik usullaridan foydalanganda, oshqozon tanasidan kamida 2 ta bioptat va antral bo'limdan 1 ta bioptat olinadi. Agar bitta bemorda bir emas, ikkita diagnostika usuli (masalan, morfologik usul va tezkor ureaza testi) qo'llanilsa, natijalarning ishonchliligi ortadi.

XUSUSIY PATOLOGIYA

Me'da kasalliklarining keng guruhiga rivojlanish anomaliyalari, uning harakat va sekretor funksiyalarining turli funksional buzilishlari (diskineziyalar, funksional me'da gipersekresiyasi va axiliyasi), yallig'lanish tabiatli kasalliklar (o'tkir va surunkali gastrit), yara kasalligi, poliplar, xavfsiz va xavfli o'smalar, me'da divertikullari kiradi. Sil, zaxm kasalliklarida me'daning spesifik zararlanishlari ham uchrashi mumkin. Me'daning eng ko'p uchraydigan kasalliklariga gastrit, yara kasalligi, me'da raki kiradi.

GASTRITLAR

Gastrit (gastritis) yallig'lanish jarayoni bo'lib, bunda asosan me'da shilliq qavati zararlanadi. Kasallikning kelib chiqishi va kechish xususiyatlariga qarab o'tkir va surunkali gastritlarni ajratish qabul qilingan.

O'tkir gastrit (gastritis acuta) oddiy (kataral), korroziv va flegmonoz bo'lishi mumkin.

Etiologiyasi va patogenezini. O'tkir gastritning ko'pgina etiologik omillari ekzogen va endogen omillarga bo'linadi. Ekzogen sabablarga tarkibida ko'p miqdorda ziravorlar (xantal, qalampir) bo'lgan juda issiq, dag'al ovqatlarni iste'mol qilish, ko'p miqdorda alkogol va uning surrogatlarini qabul qilish, turli mikroorganizmlar (stafilokokklar, salmonellalar) bilan zararlangan sifatsiz ovqatlarni iste'mol qilish, ba'zi dori vositalarini (atsetilsalitsil kislotasi, indometatsin, kortikosteroid gormonlar) qabul qilish kiradi. Infeksion kasalliklar (gripp, qizamiq, skarlatina), kuyish kasalligi, surunkali buyrak yetishmovchiligi bilan og'riq bemorlarda o'tkir gastrit boshlanishi endogen sabablarga bog'liq. Ba'zi hollarda ba'zi oziq-ovqat mahsulotlariga (shokolad, krablar, qulupnay) yuqori sezuvchanlik tufayli allergik gastrit deb ataladigan kasallik rivojlanishi mumkin.

Korroziv gastritga (gastritis corrosiva) kuchli kislota va asoslarni qabul qilish (xato yoki o'z joniga qasd qilish maqsadida), shuningdek, oshqozonga mishyak, fosfor, yod va boshqa birikmalarning tushishi sabab bo'ladi. Me'da flegmonasi deb ham ataladigan o'tkir flegmonoz gastrit (gastritis phlegmonosa) kamdan-kam uchraydi va me'da devoriga o'ta virulent mikroflora (masalan, gemolitik streptokokk, tillarang stafilokokk) o'tgan mahallarda boshlanadi, me'da yot jism bilan zararlanganida, qo'shni organlarda yiringli infeksiya o'choqlari paydo bo'lganida, sepsis mahalida kuzatilishi mumkin.

Klinik manzarasi. O'tkir kataral gastritning simptomatikasi ko'p jihatdan etiologik omilning xususiyatlariga va uning ta'sirining davomiyligiga bog'liq. Kasallikning dastlabki alomatlari (ko'ngil aynishi, shilimshiq va o't aralash ovqat bilan qusish, epigastral sohada og'riq, subfebril harorat, holsizlik) odatda oshqozon shilliq qavatiga patogen omil ta'sir qilgandan 6-8 soat o'tgach paydo bo'ladi. Infeksion qo'zg'atuvchilar chaqirgan kasalliklarda kasallikning klinik manzarasi yaqqolroq namoyon bo'ladi. Bunday hollarda yuqori isitma (39°S gacha va undan yuqori) qaltirash bilan kuzatiladi, intoksikatsiya hodisalari qo'shiladi, bir necha marta qusish natijasida organizmning suvsizlanish belgilari kuchayishi mumkin. Ajraladigan siydik miqdori kamayadi, qon tahlilida eritrotsitlar va gemoglobin miqdorining ortishi kuzatiladi. Bemor tekshirilganda teri qoplamlarining oqarganligi va quruqligi, tilning karash bilan qoplanganligi va og'izdan noxush hid kelishi, qorinning dam bo'lishi, epigastral sohada paypaslaganda og'riq seziladi. Asoratlanmagan hollarda bir necha kundan keyin sog'ayish boshlanadi.

O'tkir korroziv gastritda zaharli kimyoviy moddalarni qabul qilgandan so'ng darhol og'iz bo'shlig'ida, halqumda, qizilo'ngach bo'ylab, shuningdek epigastral sohada kuchli og'riqlar, yengillik keltirmaydigan doimiy qusish paydo bo'ladi. Qusuq massalarida shilimshiq va qon aralashmasi, ba'zan qizilo'ngach va me'da shilliq pardasining bo'laklari topiladi. Korroziv gastritning kechishi og'ir, noxush oqibat shokning rivojlanishi yoki peritonit hodisalarining zo'rayishi bilan bog'liq bo'lishi mumkin.

Flegmonoz gastritning klinik manzarasi qaltirash bilan kechuvchi yuqori isitma, to'xtovsiz qusish, ba'zan yiring aralash qusish, epigastral sohada kuchli og'riqlar, qorin pardasining ta'sirlanish simptomlari paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi. Flegmonoz gastritning o'tishi me'da teshilib, qorin bo'shlig'ida abscesslar paydo bo'lishi, yiringli peritonit, mediastenit, sepsis boshlanishi bilan asoratlanishi mumkin.

Davolash. O'tkir kataral gastritda patogen qo'zg'atuvchini me'dadan olib tashlash ko'rsatilgan. Buning uchun bir necha stakan iliq suv yoki natriy gidrokarbonatning kuchsiz eritmasidan so'ng sun'iy ravishda qusish chaqiriladi, shuningdek, oshqozon zond yordamida yuviladi. 1-2 kun davomida ochlik buyuriladi, keyinchalik asta-sekin parhez kengaytiriladi, o'rab oluvchi va burishtiruvchi dorilar (masalan, vismut nitrat asosiy) buyuriladi. Organizmda suvsizlanish hodisalari paydo bo'lganda venaga ko'p miqdorda 5% li glyukoza eritmasi va 0,9% li natriy xlorid eritmasi tomchilab yuboriladi.

Infeksion etiologiyali o'tkir gastritda (ovqat toksikoinfeksiyalarida) antibakterial preparatlar qo'llaniladi. O'tkir korroziv gastritda me'da iloji boricha tezroq yuviladi. O'tkir flegmonoz gastrit bilan og'riqan bemorlar jarrohlik yo'li bilan davolanishi kerak.

O'tkir gastritning oldini olish avvalo to'g'ri ovqatlanish tartibini tashkil etish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga qarshi kurashish, ovqat tayyorlashning texnologik jarayonlarini, uni saqlash va sotish muddatlarini puxta sanitariya-gigiena nazoratidan o'tkazishni nazarda tutadi.

Surunkali gastrit (gastritis chronica) hazm a'zolarining eng ko'p tarqalgan kasalliklari qatoriga kiradi. Ko'p sonli tadqiqotlar ma'lumotlariga ko'ra, uning u yoki bu shakllari barcha katta yoshli aholining 50-80% da aniqlanadi.

Etiologiyasi va patogenezini. Hozirgi vaqtda surunkali gastritning etiologiyasi va patogenezini yetarlicha o'rganilmagan. Zamonaviy tasavvurlarga ko'ra, surunkali gastrit rivojlanishining ikkita asosiy mexanizmi mavjud. A turdagi surunkali gastritning paydo bo'lishi me'da shilliq pardasining

qoplovchi hujayralariga spesifik autoantitelolar ishlanib chiqishiga bog'liq bo'lib, me'da shilliq pardasining asosan fundal bo'limida atrofiyaga uchrashiga olib keladi. Yuqorida aytib o'tilgan autoantitelolarning nima sababdan ishlanib chiqishi hali to'la-to'kis aniqlangan emas: bir qancha kasallarda bular irsiy omillarga bog'liq bo'lishi mumkin.

Ko'pchilik bemorlarda V tipdagi surunkali gastrit deb ataladigan surunkali gastritning paydo bo'lishi autoimmun mexanizmlarga bog'liq emas. Uning rivojlanishiga moyillik tug'diruvchi omillar sifatida odatda alimentar xatoliklar, chekish va spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish, duodenogastral safro reflyuksi, ichki a'zolarining turli kasalliklarida me'da funksiyalarining nerv va gumoral boshqarilishining buzilishlari ko'rib chiqiladi. Surunkali gastritning kelib chiqishida sanab o'tilgan omillarning aniq ishtiroki hali to'liq aniqlanmagan.

So'nggi yillarda V tipdagi surunkali gastritning rivojlanishi va rivojlanishida *Helicobacter pylori* (HP) mikroorganizmlari muhim rol o'ynaydi, ular bunday bemorlarda hujayralararo birikmalar sohasidagi epitelial hujayralar yuzasida devor shillig'i ostida aniqlanadi. Shu munosabat bilan surunkali gastrit V hozirgi vaqtda "NR bilan bog'liq surunkali gastrit" deb atala boshlandi.

Patologoanatomik manzarasi. Me'da shilliq pardasining nechog'lik chuqur zararlanganiga qarab yuza gastrit, bezlar zararlanib, atrofiyaga uchramaydigan gastrit, atrofik gastrit, ichak yoki pilorik tipda qayta tuzilgan atrofik gastrit, atrofik-giperplastik gastrit tafovut qilinadi.

Klassifikatsiya. Surunkali gastritning ko'pgina turli tasniflari taklif etilgan, biroq ular umum tomonidan tan olinmagan. Amaliy nuqtai nazardan tashxis qo'yishda gastritning morfologik shakli (yuzaki, atrofik), uning tarqalganligi (antral, fundal, diffuz), me'daning kislota va pepsin hosil qiluvchi funksiyasining xarakteri (me'yorida, oshgan, pasaygan), kechish bosqichi (qo'zish, remissiya), shuningdek, aniqlangan deb hisoblanishi mumkin bo'lgan hollarda etiologik omilni ko'rsatish katta ahamiyatga ega (masalan, surunkali alkogolli gastrit). Bundan tashqari, surunkali gastritning ba'zi alohida turlari ham tafovut qilinadi (jumladan, gigant gipertrofik gastrit yoki Menetrie kasalligi, rigid antral gastrit va boshqalar).

Klinik manzarasi. Surunkali gastrit o'ziga xos klinik ko'rinishga ega emas. Ko'pincha kasallik simptomsiz o'tadi va endoskopik tekshirishdagina ma'lum bo'ladi. Shunga qaramay, ko'pchilik bemorlarda, ayniqsa surunkali gastrit qo'zigan davrda, odatda turli shikoyatlar aniqlanadi, bu shikoyatlar

surunkali gastritning morfologik shakli va me'dadan kislota ajralishi darajasi bilan belgilanishi mumkin.

Oshqozonning kislota hosil qilish funksiyasi normal yoki yuqori bo'lgan surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarda, odatda yoshlarda, ko'pincha "ochlik," ovqatdan keyin tungi va kechki og'riqlar, jig'ildon qaynashi, nordon kekirish, qabziyatni o'z ichiga olgan yaraga o'xshash alomatlar kuzatiladi.

Odatda o'rta va keksa yoshda uchraydigan sekretor yetishmovchilik bilan kechuvchi surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarda ko'pincha epigastral sohada og'irlik hissi, to'lib ketish va to'mtoq og'riqlar, ishtahaning pasayishi, havo bilan kekirish, meteorizm va qorin quldirashi, ko'pincha ich ketishga moyillik bilan beqaror ich kelishi kuzatiladi. Surunkali axilogastrit bilan og'rikan ba'zi bemorlarda uzoq vaqt davomida ovqat hazm qilish va so'rilish jarayonlarining buzilishi tana vaznining kamayishiga, gipovitaminoz belgilarining paydo bo'lishiga olib kelishi mumkin (og'iz burchaklarida chuqurchalar, terining ko'chishi, tirnoqlarning mo'rtlashishi).

Surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarni *ob'ektiv tekshirishda* ko'pincha hech qanday o'zgarishlarni aniqlab bo'lmaydi. Palpatsiyada epigastral sohada biroz og'riq faqat kam sonli bemorlarda aniqlanadi.

Surunkali gastrit diagnostikasida va uning shakliga aniqlik kiritishda oshqozonni fraksion zondlash yoki oshqozon ichi rN-metriyasi yordamida o'tkaziladigan oshqozonning kislota va pepsin hosil qilish funksiyasini tekshirish qo'llaniladi. Me'da fundal qismi shilliq pardasida atrofik o'zgarishlarning zo'rayib borishi xlorid kislota sekresiyasining susayishi va pepsin ishlanib chiqishining kamayishi bilan birga davom etib boradi.

Me'dani rentgenologik tekshirish surunkali gastritni aniqlashning asosiy usuli emas, lekin shunga qaramay, ba'zi hollarda shilliq qavat relefining o'zgarishini (burmalarning tekislanishi yoki aksincha, gipertrofiyasini) aniqlashga imkon beradi, shuningdek, surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarda tez-tez uchraydigan me'da motorikasining turli xil buzilishlarini aniqlashga imkon beradi.

Surunkali gastritni tashxislashda endoskopik tekshiruv yetakchi rol o'ynaydi, ayniqsa u me'daning fundal va antral qismlari shilliq qavatining biopsiyasi va keyinchalik biopatlarni gistologik baholash bilan birga bo'lsa.

Surunkali gastritga diagnoz qo'yishda shuni nazarda tutish kerakki, unga xos simptomlar me'da (me'da yarasi kasalligi, raki), me'da osti bezi (pankreatitlar), o't pufagi (xolesistit), ichak (enterit, kolit) ning boshqa kasalliklarida ham uchrashi mumkin. Bundan tashqari, surunkali gastrit ko'pincha ovqat hazm qilish a'zolarining sanab o'tilgan kasalliklari bilan birga uchraydi. Ko'rsatilgan holatlar surunkali gastrit bilan og'rikan va og'riq

hamda dispeptik holatlardan shikoyat qilgan bemorlarni har tomonlama tekshirishni talab qiladi.

Kechishi. Surunkali gastrit uzoq davom etadigan, ko'p yillarga cho'ziladigan, ko'pincha qo'zish va remissiya davrlari bilan almashinib turadigan, struktura o'zgarishlari asta-sekin zo'rayib boradigan bo'lishi bilan ta'riflanadi. Xlorid kislota sekresiyasi susayib, me'da axiliyasi boshlanishiga olib boradigan surunkali atrofik gastrit, ayniqsa epiteliyning sezilarli darajada displaziyaga uchrashi bilan birga davom etsa, rak oldi kasalliklari jumlasiga kiradi. Bunday patologiya bilan og'rikan bemorlar dispanser kuzatuviga olinadi va muntazam ravishda endoskopik tekshiruvdan o'tkaziladi.

Davolash. Surunkali gastritni davolashda parhez ovqatlanish muhim o'rin tutadi. Kasallik qo'zigan davrda uzoq vaqt hazm bo'lishini talab qiladigan va me'da shilliq pardasiga qitqlovchi ta'sir ko'rsatadigan mahsulotlarni (go'shtli sho'rvalar, ziravorlar, qovurilgan go'sht, qiyin eriydigan yog'lar va boshqalar) iste'mol qilmaslik maqsadga muvofiqdir. Xlorid kislota sekresiyasi saqlangan va oshgan bemorlar og'riq sindromi mavjud bo'lganda antisekretor vositalar, antatsid va o'rab oluvchi dori vositalarini buyurishlari kerak. NR aniqlanganda eradikatsion antigelikobakter terapiya o'tkaziladi. Sekretor yetishmovchiligi bo'lgan surunkali gastrit bilan og'rikan bemorlarga o'rinbosar preparatlarni (atsidin-pepsin tabletkalari, abomin va boshqalar) uzoq vaqt qabul qilish tavsiya etiladi. Surunkali gastritning remissiya davrida sanator-kurortda davolanish ko'rsatilgan.

Oldini olish. Surunkali gastritning paydo bo'lishi va rivojlanishining oldini olish to'g'ri ovqatlanish tartibiga rioya qilishni, chekish va spirtli ichimliklarni iste'mol qilishga qarshi kurashishni, og'iz bo'shlig'ini o'z vaqtida sanatsiya qilishni, ovqat hazm qilish organlarining boshqa kasalliklarini aniqlash va davolashni o'z ichiga oladi.

YARA KASALLIGI

(morbus ulcerosus) deganda me'da yoki o'n ikki barmoq ichak devorida nuqson (yara) hosil bo'lishi asosiy ko'rinishi bo'lgan qo'zish va remissiya davrlarining xarakterli almashinuvi bilan kechadigan surunkali qaytalanuvchi kasallik tushuniladi.

Yara kasalligi ovqat hazm qilish a'zolari kasalliklarining umumiy tuzilishida yetakchi o'rinlardan birini egallaydi. Katta yoshdagi aholi orasida uning tarqalishi hozirgi kunda 7-10 foizni tashkil etadi. Erkaklar bu kasallik bilan ayollarga nisbatan ko'proq kasallanadilar. O'n ikki barmoq ichak yarasi me'da yarasiga qaraganda taxminan 4 baravar ko'proq uchraydi.

Etiologiyasi va patogenezini. Yara kasalligining etiologiyasi va patogenezini hozirgi vaqtda ham yetarli darajada aniq emasligicha qolmoqda. Ushbu kasallikning kelib chiqishiga olib keladigan omillar ovqatlanish tartibi va xususiyatining buzilishi (ovqatlanish o'rtasidagi uzoq tanaffuslar, quruq ovqatlanish, dag'al va achchiq ovqatlarga moyillik va boshqalar), asabiy-ruhiy zo'riqish va jismoniy zo'riqish, chekish va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, konstitutsiyaviy va genetik omillar (tana tuzilishining astenik turi, yara kasalligiga irsiy moyillik, O (I) qon guruhi va boshqalar), ulserogen xususiyatlarga ega bo'lgan dorilarni qabul qilish (salitsilatlar, glyukokortikoidlar va boshqalar). So'nggi yillarda kasallikning rivojlanishi *Helicobacter pylori* mikroorganizmlari bilan bog'liqligi isbotlangan: bu bakteriyalar o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan og'rikan bemorlarning 90-95% da va oshqozon yarasi bilan og'rikan bemorlarning 70% da aniqlanadi.

Yara kasalligining patogenezini ancha murakkab. Umuman olganda, bu me'da shirasining agressiv xususiyatlari va me'da hamda o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatining himoya qobiliyatlari o'rtasidagi muvozanatning buzilishiga olib keladi. Yara hosil bo'lishining agressiv omillariga xlorid kislotasi va pepsinning gipersekresiyasi, me'da va o'n ikki barmoqli ichak motorikasining buzilishi (me'dadan evakuatsiyaning tezlashishi yoki, aksincha, uning antral qismida kislotali tarkibning ushlanib qolishi, duodenogastral safro reflyuksi) kiradi. O'n ikki barmoqli ichak piyozchasida joylashgan yara kasalligining rivojlanishida kislotasi-peptik agressiya omillarining kuchayishi hal qiluvchi rol o'ynaydi.

Me'da va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavati turg'unligining pasayishi me'da shillig'i ishlab chiqarilishining kamayishi va uning sifat tarkibining buzilishi, pankreatik bikarbonatlar ajralishining kamayishi, me'da va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavati epitelial hujayralarining regeneratsiya jarayonlarining buzilishi, uning qon bilan ta'minlanishining yomonlashuvi bilan yuzaga keladi. Me'dada joylashgan yara kasalligining paydo bo'lishida shilliq pardasi himoya xususiyatlarining susayib qolishi asosiy ahamiyatga ega.

Yara kasalligi patogenezida gormonal omillar (jinsiy gormonlar, buyrak usti bezi po'stlog'i gormonlari, gastrointestinal peptidlar), prostaglandinlar, biogen aminlar (katexolaminlar, gistamin, serotonin) hamda immun mexanizmlar ishtirok etishi mumkin.

Patologoanatomik manzarasi. Yara me'da devorida har xil chuqurlikka tarqalib, ba'zan seroz pardasigacha yetib boradi. Kasallik qo'zigan davrda yaraning tubi va chetlarida fibrinoid nekroz zonasi paydo bo'ladi. Kasallik qo'zishi susayib borgan sari nekrotik massalar ko'chib

tushib, granulyatsion to'qima paydo bo'ladi. Yaraning bitishi dag'al tolali chandiqlik hosil bo'lishi bilan tugaydi.

Klassifikatsiya. Yara kasalligining umum e'tirof etilgan tasnifi hozircha mavjud emas. Joylashuviga qarab, kardial va subkardial bo'limlar, oshqozon tanasi va burchagi, antral bo'lim va pilorik kanal, o'n ikki barmoqli ichak piyozchasi va postbulbar bo'lim yaralari, qo'shma va ko'p sonli gastroduodenal yaralarni ajratish qabul qilingan. Tashxisni shakllantirishda kasallikning kechish bosqichini ham qayd etish kerak: qo'zish, chandiqlanish ("qizil" va "oq" chandiqlik) va remissiya. Tashxisda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yaralardan keyingi deformatsiyalari va kasallikning asoratlari mavjudligi ham aks ettiriladi.

Yara kasalligidan tashqari, me'da va o'n ikki barmoqli ichakning simptomatik yaralari tafovut qilinadi, bularning paydo bo'lish mexanizmi alohida etiologik va patogenetik omillarga bog'liq. Simptomatik yaralarga "stress" (tarqalgan kuyishlarda, neyroxirurgik operatsiyalarda, o'tkir miokard infarktida), dori-darmonlar (atsetilsalitsil kislotasi, kortikosteroidlar qabul qilgandan keyin), endokrin (Zollinger-Ellison sindromi, giperparatireozda), shuningdek, ichki a'zolarining ba'zi kasalliklari: surunkali nospesifik o'pka kasalliklari, surunkali gepatit va jigar sirrozi (gepatogen yaralar), surunkali pankreatit (pankreatogen yaralar) va boshqalarda paydo bo'lgan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yaralari kiradi.

Klinik manzarasi. Yara kasalligi qo'zishining asosiy belgisi o'rta chiziqdan chapda (oshqozon tanasi yaralarida) yoki o'ngda (pilorik kanal va o'n ikki barmoqli ichak piyozchasi yaralarida) epigastral sohada joylashgan og'riqlardir. Oshqozonning subkardial qismi yaralarida og'riqlar to'sh suyagining xanjarsimon o'simtasi sohasida, piyozchadan tashqari yaralarda esa (o'n ikki barmoqli ichakning postbulbar qismi yaralari) o'ng qovurg'a osti sohasida joylashishi mumkin. Og'riqlar ko'pincha ko'krak qafasining chap yarmiga, umurtqa pog'onasining ko'krak yoki bel qismiga tarqaladi.

Yara kasalligining qo'zishidagi og'riqlar odatda ovqatlanish bilan aniq bog'liq bo'ladi. Oshqozonning subkardial qismi yaralarida ular ko'pincha ovqat qabul qilgandan so'ng darhol paydo bo'ladi, oshqozon tanasi yaralarida - ovqatdan 30 daqiqadan 1 soat o'tgach. Pilorik kanal va o'n ikki barmoqli ichak piyozchasi yaralarida ovqatdan 2-3 soat keyin paydo bo'ladigan kechki og'riqlar, ochlik va tungi og'riqlar eng ko'p uchraydi. Yara kasalligida bo'ladigan og'riqlar odatda antatsidlar, antisekretor preparatlar, grelka qo'llanganidan keyin kamayishi xarakterlidir.

Yara kasalligi ko‘pincha mavsumiy tarzda (bahor va kuzda) qo‘zib turadigan bo‘lsa, ko‘pincha dispeptik hodisalar ham kuzatiladi. Ko‘pgina bemorlarda og‘riq cho‘qqisida kislotali oshqozon tarkibi bilan qusish paydo bo‘ladi, bu yengillik keltiradi, shuning uchun bemorlar uni sun‘iy ravishda keltirib chiqarishlari mumkin. Jig‘ildon qaynashi, ko‘ngil aynishi, kekirish, qabziyatdan shikoyatlar ham ko‘p uchraydi. Yara kasalligi qo‘ziganda ko‘pincha tana vaznining kamayishi kuzatiladi, chunki bemorlar ishtaha saqlangan yoki hatto oshgan bo‘lishiga qaramay, og‘riq kuchayishidan (sitofobiya) qo‘rqib, ongli ravishda ovqatlanishni cheklaydilar.

Yara kasalligi zo‘rayishining yuqorida tasvirlab o‘tilgan tipik klinik manzarasi hamma bemorlarda ham kuzatilavermaydi. Ba‘zi bemorlarda (ayniqsa, simptomatik yaralar bilan) og‘riq sindromi bo‘lmasligi mumkin ("soqov" yara), shunda kasallik to‘satdan o‘z asoratlari bilan namoyon bo‘ladi (qon ketishi yoki yaraning teshilishi).

Yara kasalligi qo‘zigan bemorlarda qorinni paypaslaganda mahalliy og‘riq va qorin old devori mushaklarining o‘rtacha qarshiligi kuzatilishi mumkin, ba‘zi hollarda o‘sha joyda (epigastral yoki pilorobulbar sohalarda) perkutor og‘riqning cheklangan sohasi aniqlanadi (Mendel simptomi).

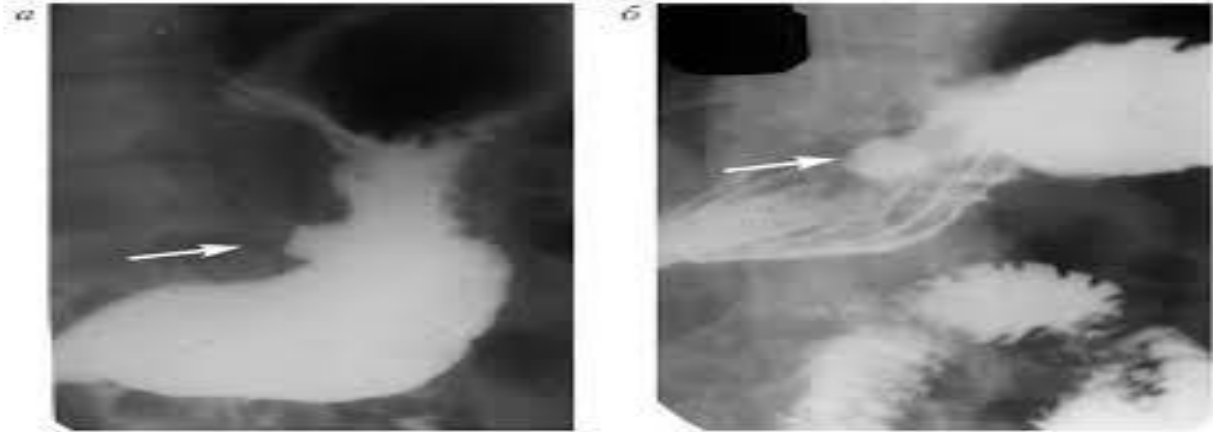
Ko‘pchilik bemorlarda qonning klinik tahlili o‘zgarishsiz qoladi. Faqat ba‘zi bemorlarda qonda gemoglobin va eritrotsitlar miqdorining ko‘payishi kuzatiladi. Ko‘pincha anemiya aniqlanadi, bu aniq yoki yashirin qon ketishlarning belgisi bo‘lib xizmat qiladi.

Axlatni yashirin qonga tekshirish ma‘lum diagnostik ahamiyatga ega. Gregersen yoki Veberning takroriy musbat reaksiyalari, agar ular to‘g‘ri qo‘yilgan va boshqa qon yo‘qotish manbalari istisno qilingan bo‘lsa, kasallikning kuchayishini ko‘rsatishi mumkin.

Yara kasalligini aniqlashda me‘daning kislotasi hosil qilish funksiyasini tekshirish katta ahamiyatga ega. O‘n ikki barmoqli ichak yaralarida asosan bazal va stimullangan xlorid kislotasi sekresiyasi ko‘rsatkichlari oshganligi, subkardial bo‘lim va oshqozon tanasi yaralarida normal yoki pasayganligi aniqlanadi. Gistamininga chidamli axlorgidriyani aniqlash odatda o‘n ikki barmoqli ichak yarasi tashxisini istisno qiladi va oshqozon yarasining xavfsiz tabiatiga shubha uyg‘otadi.

Yara kasalligini tashxislashda yetakchi o‘rinni ko‘pincha bir-birini to‘ldiradigan rentgenologik va endoskopik tekshiruv usullari egallaydi. Rentgenologik tekshiruvda (3-rasm) yaraning bevosita belgisi - me‘da va o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavati konturi yoki relefida chuqurcha aniqlanadi, shuningdek, kasallikning turli bilvosita belgilari: me‘da yarasiga qarama-qarshi devorida "ko‘rsatkich barmoq" ko‘rinishidagi silliq mushak tolalarining

mahalliy sirkulyar spazmi, shilliq qavat burmalarining chuqurchaga konvergentsiyasi, me'da va o'n ikki barmoqli ichakning chandiqli-yarali deformatsiyasi, och qoringa me'da shirasining gipersekresiyasi, gastroduodenal motorikaning buzilishi aniqlanadi.



Endoskopik tekshiruvda yaraning mavjudligi tasdiqlanadi, uning joylashuvi, shakli, chuqurligi va o'lchamlari aniqlanadi, yara tubi va chetlarining holati baholanadi, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatidagi yondosh o'zgarishlarning tabiati aniqlanadi. Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi aniqlanganda, yuqorida ko'rsatilgan usullardan biri bilan *Helicobacter pylori* infeksiyasi mavjudligi albatta aniqlanadi.

Oshqozonda yara aniqlanganda, albatta, xavfsiz yaralar va oshqozon saratonining infiltrativ-yarali (birlamchi-yarali) shakli o'rtasida qiyosiy tashxis o'tkazish kerak, bu erta bosqichlarda xavfsiz lezyonlar "niqobi" ostida bo'lishi mumkin. Yaraning kattaligi (ayniqsa yosh bemorlarda), eritrotsitlar cho'kish tezligining oshishi va gistaminga chidamli axlorgidriya yaraning xavfli ekanligidan dalolat beradi. Me'da rakining infiltrativ-yarali xili rentgenologik va endoskopik jihatdan tekshirib ko'rilganida me'da devorining noto'g'ri shaklda bo'lib, chetlari notekis va g'adir-budur bo'lib turishi, shu joyda me'da devori rigidligi bo'lishi bilan ta'riflanadi. Yara bioptatlarini qayta gistologik tekshirishdan so'ng zararlanish xarakteri to'g'risida yakuniy xulosa chiqariladi.

Kechishi va asoratlari. Yara kasalligining asorat bermagan hollari uchun, odatda, kasallikning qat'iy davriy ravishda o'tib borishi xarakterlidir. Kasallikning qo'zish davrlari (3-4 haftadan 6-8 haftagacha va undan ortiq davom etadigan) ko'proq yoki kamroq davom etadigan (bir necha oydan bir necha yilgacha) o'zini yaxshi his qilish davrlari bilan almashinib turadi. Bemorlar tomonidan tegishli parhezga rioya qilinganda, mehnat va dam olishning to'g'ri rejimi tashkil etilganda, tizimli profilaktik residivga qarshi davolash o'tkazilganda, yara kasalligining remissiyasi yetarlicha barqaror

bo'lishi mumkin va kasallikning kuchayishi kamdan-kam hollarda sodir bo'ladi. Aksincha, turli noqulay omillar (jismoniy zo'riqish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish) ta'sirida turli asoratlarning rivojlanishi mumkin.

Yarali qon ketishi 15-20% bemorlarda (ayniqsa, simptomatik oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarda) paydo bo'ladi va "qahva quyqasi" kabi tarkib bilan qusish, yoki qora qatronli najas (melena) shuningdek, bir qator umumiy alomatlar (holsizlik, bosh aylanishi, taxikardiya, qon bosimining pasayishi, hushini yo'qotish) bilan namoyon bo'ladi.

Perforatsiya (teshilish) - oshqozon devorida yarali shikastlanish joyida teshib o'tuvchi nuqsonning paydo bo'lishi 5-15% bemorlarda, ko'pincha erkaklarda kuzatiladi. Klinik jihatdan olganda yaraning teshilishi epigastral sohada juda qattiq ("xanjarsimon") og'riqlar paydo bo'lishi, kollaptoid holat boshlanishi bilan ifodalanadi. Qorinni paypaslaganda epigastral sohada keskin og'riq va qorin old devori mushaklarining yaqqol ("taxtasimon") taranglashuvi, qorin pardasining ta'sirlanish simptomlari (Shchetkin - Blyumberg) aniqlanadi. Keyinchalik tarqoq peritonit manzarasi zo'rayib boradi.

Me'da yoki o'n ikki barmoq ichak yarasining atrofdagi to'qimalarga (me'da osti bezi, kichik charvi va boshqalarga) o'tishi *penetratsiya* deb ataladi. Yara penetratsiyasining paydo bo'lishi doimiy og'riqlarning paydo bo'lishi (masalan, yara oshqozon osti beziga penetratsiya qilganda bel sohasida), og'riqlarning ovqatlanish bilan avvalgi aloqasining yo'qolishi, haroratning subfebril raqamlargacha ko'tarilishi, EChTning oshishi bilan tavsiflanadi. Yara penetratsiyasining mavjudligi rentgenologik va endoskopik tekshiruvlarda tasdiqlanadi.

Me'da bilan o'n ikki barmoq ichak o'rtasida va qo'shni organlar (me'da osti bezi, jigar, o't pufagi va boshqalar) o'rtasida bitishma jarayoni boshlangan hollarda perivisserit (perigastrit, periduodenit) to'g'risida gapirish qabul qilingan. Perivisserit paydo bo'lganida birmuncha kuchli og'riqlar paydo bo'ladi, bu og'riqlar mo'l-ko'l ovqat yegandan keyin, jismoniy ish qilganda, gavda vaziyatini o'zgartirganda zo'rayadi. Rentgenologik va endoskopik tekshirishda me'da va o'n ikki barmoq ichakning sezilarli darajada deformatsiyaga uchrab, ularning harakatchanligi cheklanganligi ma'lum bo'ladi.

Pilorik kanal va o'n ikki barmoq ichakning boshlang'ich qismi yaralarining chandiqlanishi, shuningdek, ushbu sohadagi teshilgan yarani tikish operatsiyasi pilorusning chandiqli-yarali stenoz rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Pilorik stenozning birinchi belgilari ovqatdan keyin epigastral sohada og'irlik va to'lib ketish hissi hisoblanadi. Pilorik stenoz zo'rayib

borganida yuqorida aytib o'tilgan shikoyatlarga "chirigan tuxum" kekirish, bir kun oldin yeyilgan ovqatdan qusish ham qo'shiladi. Bemorlarni epigastral sohada tekshirganda ko'pincha kechki chayqalish shovqinini (Vasilenko simptomi) aniqlashga muvaffaq bo'linadi. Oshqozon evakuator funksiyasining buzilishi rentgenologik tekshiruvda aniqroq aniqlanadi.

Me'da xavfsiz yarasining malignizatsiyasi (xavfli o'sma) ilgari kasallikning nisbatan kam uchraydigan asorati deb hisoblangan. Hozirgi vaqtda me'da yarasining malignizatsiyaga uchrash ehtimoli ancha oshirib ko'rsatilayotgani aniqlangan. Me'da rakining o'z vaqtida aniqlanmay qolgan infiltrativ-yarali xili hozir ham ko'pincha yaraning malignizatsiyasi deb hisoblanadi. Yara kasalligining bu asoratini aniqlash ba'zan ancha qiyin bo'ladi. Ba'zi hollarda yara kasalligining dastlabki kechishidagi o'zgarishlarni, xususan, qo'zish davriyligining yo'qolishini, og'riq paydo bo'lishining ovqat iste'mol qilish bilan bog'liqligini aniqlash mumkin. Yaraning malignizatsiyasi mavjudligi to'g'risida yakuniy xulosa (oshqozon saratonining birlamchi yarali shakli emas) faqat butun yaraning gistologik tekshiruvidan so'ng chiqarilishi mumkin, bu faqat jarrohlik aralashuvidan keyin mumkin.

Davolash. Yara kasalligi asoratsiz o'tgan bemorlar konservativ yo'l bilan davolanadi, bu muolaja ma'lum bir prinsip asosida olib boriladi. Kasallik qo'ziganda bemorlarni terapevtik yoki gastroenterologik bo'limga yotqizish va keyinchalik rehabilitatsiya bo'limga o'tkazish yoki ambulator davolanishni davom ettirish maqsadga muvofiqdir. Yaraga qarshi kompleks terapiya me'da shilliq qavatini mexanik, kimyoviy va termik ehtiyotlash tamoyillariga asoslangan parhez ovqatlanishni, dori vositalarini (antatsidlar, proton nasosi blokatorlari, N2-retseptorlari blokatorlari) buyurishni o'z ichiga oladi. NR aniqlanganda majburiy eradikatsion antigelikobakter terapiya o'tkaziladi.

Yaraning qo'zish va chandiqlanish belgilari yo'qolgach, bemorlar dispanser kuzatuvda bo'lishlari kerak. Kasallikning eng ehtimoliy zo'rayish davrida (bahor va kuzda) 1,5-2 oy davom etadigan profilaktik residivga qarshi davolash kurslari o'tkaziladi, bu keyingi zo'rayishlarning chastotasi va davomiyligini kamaytirishga imkon beradi. Kasallikning remissiya davrida sanatoriy-kurortda davolanish ham ko'rsatilgan.

Jarrohlik davolash uchun mutlaq ko'rsatmalar yaraning teshilishi, malignizatsiya, pilorusning chandiqli-yarali stenozi hisoblanadi. Nisbiy ko'rsatmalar bo'lib penetratsiyalanuvchi va takroran qonaydigan yaralar, shuningdek, konservativ davolash yetarlicha samara bermaganda yara kasalligining og'ir, doimiy, tez-tez qaytalanuvchi kechishi xizmat qiladi.

Hozirgi vaqtda postgastrorezeksion buzilishlarni kamroq beradigan organlarni saqlab qoluvchi operatsiyalarga ustunlik berilmoqda.

Yara kasalligining oldini olish to'g'ri ovqatlanish, mehnat va dam olish tartibini tashkil etish, chekish va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilishga qarshi kurashish, yara kasalligi rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan shaxslarni (irsiy moyilligi bo'lgan, oshqozonning funksional gipersekresiyasi, yuqori kislotali ishlab chiqarish bilan gastroduodenit) aniqlash va davolashni o'z ichiga oladi.

OSHQOZON RAKI

(*ancer ventriculi*) uchrashi jihatidan me'da-ichak yo'lining barcha xavfli o'smalari orasida ikkinchi o'rinda turadi. Bu kasallik asosan 50-70 yashar kishilarda uchraydi, lekin birmuncha yoshroq kishilarda ham bundan mustasno emas.

Etiologiyasi va patogenezini. Ular oxirigacha aniqlanmagan. Irsiy moyillik, A (II) qon guruhining mavjudligi, kanserogen moddalar, masalan, go'sht va baliq mahsulotlarini dudlashda ajralib chiqadigan 3,4-benzpirenlar, shuningdek, ovqat bilan ko'p miqdorda nitratlar tushganda oshqozonda oqsillardan hosil bo'ladigan nitrozaminlar, *Helicobacter pylori* infeksiyasi ma'lum rol o'ynaydi.

Me'da rakining paydo bo'lishida ba'zi rak oldi kasalliklari: diffuz atrofik gastrit, ayniqsa epiteliy displaziyasi hodisalari bilan o'tadigan atrofik gastrit, me'da cho'ltog'ining atrofik gastriti, bir talay adenomatoz poliplar, V12 tanqis anemiya, goho yara kasalligi ahamiyatga ega bo'lishi mumkin.

Patologoanatomik manzarasi. Me'da raki ko'pincha antral va pilorik bo'limlarda (50-60%), goho me'da tanasining kichik egriligi sohasida (15-25%), subkardial bo'limda (8-10%) joylashadi. Avvaliga rak o'smasi faqat me'da shilliq pardasi bilan chegaralanadi (erta rak bosqichi). Keyinchalik o'sma ekzo- yoki endofit tarzda rivojlanishi mumkin. O'smaning tashqi ko'rinishiga qarab 4 ta asosiy shakli tafovut qilinadi: polipoz (zamburug'simon), likopchasimon, infiltrativ-yarali va diffuz rak. O'smaning gistologik tuzilishiga qarab adenokarsinoma (papillyar, tubulyar, shilimshiq va uzuksimon hujayrali rak), bezsimon yassi hujayrali, yassi hujayrali, tabaqalashmagan va tasniflanmaydigan rak tafovut qilinadi. Me'da rakining metastazlari gematogen va limfogen yo'l bilan yuzaga chiqadi. Ko'pincha regionar limfa tugunlari, chap o'mrov usti limfa tugunlari (*Virxov metastazi*), kindik, pararektal kletchatka (*Shnitsler metastazi*), tuxumdonlarga metastazlar kuzatiladi.

Klinik manzarasi. Ko'p hollarda kasallik sekin va yashirin rivojlanadi, shuning uchun kasallikning dastlabki bosqichlarida bemorlar hech qanday shikoyat qilmaydilar yoki bu shikoyatlar bemorlarda uzoq yillar davomida mavjud bo'lgan surunkali gastritga xos bo'lgan shikoyatlarga mos keladi. Me'da rakining dastlabki simptomlari ko'pincha A. I. Savitskiy tasvirlab bergan va sababsiz umumiy darmonsizlik, charchash, ish qobiliyatining pasayishi, ishtaha yo'qolishi, epigastral sohada og'irlik va to'lib ketish sezgisining paydo bo'lishi, sababsiz ozib ketish, anemiya, atrofdagi narsalarga qiziqishning yo'qolishini o'z ichiga oladigan kichik belgilar sindromiga to'g'ri keladi.

Oshqozon saratonidagi og'riqlar uning dastlabki belgilari qatoriga kirmaydi va odatda kasallikning allaqachon rivojlangan bosqichidan dalolat beradi. Og'riqlar ko'pincha doimiy xarakterga ega bo'ladi, biroq me'da rakining infiltrativ-yarali shaklida ular ovqat qabul qilish bilan bog'liq bo'lishi mumkin (kechki, ochlik, tungi), shu tariqa xavfsiz yara manzarasini simulyatsiya qiladi. Me'da raki qo'shni organlarga (me'da osti beziga) o'sib kirganida, suyakka metastazlar berganida haddan tashqari kuchli, azob beradigan og'riqlar paydo bo'lishi mumkin.

Me'da rakining klinik ko'rinishlari o'smaning olgan joyiga va qanday shaklda o'sib borayotganiga ham bog'liq. Me'daning kardial qismi rakida disfagiya, ko'p so'lak oqishi, hiqichoq tutishi, qizilo'ngachdan qusish kuzatilishi mumkin. Antral bo'lim va pilorik kanal zararlanganda me'dadan evakuatsiyaning buzilishi bilan bog'liq simptomlar (epigastral sohada og'irlik va to'lib ketish hissi, kun davomida va bir kun oldin iste'mol qilingan ovqatni qusish) yetakchi bo'ladi. Me'da katta egriligining ekzofit tarzda o'sib boradigan o'smalari asosan umumiy simptomlar bilan namoyon bo'ladi, endofit o'smalar (rakning infiltrativ-yarali xili) uchun og'riqlar va dispeptik hodisalarning birmuncha barvaqt boshlanishi xarakterlidir. O'sma tugunlarining parchalanishi va infeksiyalanishiga aloqador isitma me'da rakining ko'p uchraydigan simptomi bo'lib xizmat qiladi.

Bemor ko'zdan kechirilganida ko'pincha bir qancha o'zgarishlar topiladiki, bular, odatda, kasallikning ancha o'tib ketgan bosqichlaridan darak beradi. Badan terisining mumsimon oqarib, tuproqsimon tusga kirishi, terining quruqligi, tarangligi va tana vaznining pasayib, og'ir kaxeksiya boshlanishi diqqatni o'ziga jalb qiladi.

Qorin tekshirib ko'rilganida o'sma anchagina katta bo'lsa va bemor juda ozib ketgan bo'lsa, sezilarli bo'lib qoladi. Boshqa hollarda, aksincha, assit hisobiga qorinning kattalashishi qayd etilishi mumkin.

Qorin paypaslab ko‘rilganida kasallikning sezilarli bosqichlaridagina me‘da o‘smasi borligini aniqlash mumkin. Paypaslab ko‘rilgan o‘sma har xil konsistensiyali bo‘lishi mumkin, lekin ko‘pincha zich, g‘adir-budur, yuzasi notekis, paypaslab ko‘rilganida uncha og‘rimaydigan bo‘ladi.

Oshqozon saratonining infiltrativ-yarali shakllari, shuningdek, oshqozonning subkardial qismi o‘smalari palpatsiyada ko‘pincha aniqlanmaydi. Oshqozon gumbazining katta o‘smalari perkussiyada Traube bo‘shlig‘i zonasining kichrayishi bilan birga keladi.

Oshqozon saratoni bilan og‘rigan bemorlarda laboratoriya tekshiruvlarida qon tahlilida anemiya va EChTning oshishi, o‘sma parchalanganda va infeksiyalanganda esa leykotsitar formulaning chapga siljishi bilan neytrofil leykotsitoz aniqlanadi.

Ko‘pincha axiliya paydo bo‘lishiga qadar xlorid kislota sekresiyasining pasayishi aniqlanadi, yashirin qonga najasning turg‘un musbat reaksiyasi qayd etiladi.

Rentgenologik tekshiruvda me‘da saratoniga xos belgilar aniqlanadi: notekis konturli to‘lish nuqsoni, me‘daning zararlangan qismi bo‘shlig‘ining deformatsiyasi va torayishi, shilliq qavat relefining o‘zgarishi, me‘da devori peristaltikasining yo‘qligi (rigidligi).

Gastroskopiya zararlanish tabiatini, o‘smaning olgan joyi va kattakichikligini, o‘shish shaklini aniqlash imkonini beradi. Maqsadli biopsiya va keyinchalik o‘sma to‘qimasini gistologik tekshirish saratonning morfologik turini aniqlashga imkon beradi.

Biopatlarning gistologik tekshiruvi ko‘pincha oshqozonning yuvindi suvlari yoki uning shilliq qavatidan olingan qirindilarning sitologik tekshiruvi bilan birlashtirilgan.

Ko‘rsatmalarga ko‘ra diagnostikaning boshqa metodlari ham qo‘llaniladi, jumladan laparoskopiya rakning qo‘shni organlarga o‘sib kirishini, jigar, qorin pardasiga metastazlar berishini istisno qilishga imkon beradi.

Kechishi va asoratlari. Me‘da rakida me‘dadan ko‘p qon ketishi mumkin, bu ba‘zan kasallikning birinchi belgisi bo‘ladi. O‘sma me‘da osti bezi boshchasi va jigar darvozasiga o‘sib kirganda mexanik sariqlik belgilari paydo bo‘ladi. O‘smaning ko‘ndalang chambar ichakka o‘sib kirishi me‘da-chambar ichak oqmasi hosil bo‘lishiga olib keladi. Darvoza venasining bosilib qolishi va jarayonning qorin pardasiga o‘tishi assit boshlanishi bilan birga davom etib boradi. Kechki bosqichlarda o‘smaning uzoq metastazlari paydo bo‘ladi.

Davolash. Oshqozon saratonini davolashning yagona radikal usuli operatsiya bo‘lib, kasallikning dastlabki bosqichlarida ayniqsa samarali hisoblanadi. O‘smanni olib tashlashning iloji bo‘lmasa, kimyoterapiya

(ftoruratsil), shuningdek, nur bilan davolash qo'llaniladi. Oshqozon saratonining o'tib ketgan bosqichlarida simptomatik terapiya ko'rsatilgan.

XULOSA

Shunday qilib, qizilo'ngach va oshqozon kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni o'z vaqtida va to'g'ri tekshirish aniq tashxis qo'yish va samarali davolash taktikasini tanlashda muhim rol o'ynaydi. Klinik, laborator va instrumental tadqiqot usullari majmuasini qo'llash patologik o'zgarishlarni erta bosqichlarda aniqlash, a'zolarning shikastlanish xususiyati va darajasini aniqlash imkonini beradi. Tashxislashga tizimli yondashuv tibbiy yordam sifatini oshirishga, asoratlarning oldini olishga va oshqozon-ichak traktining yuqori bo'limlari kasalliklari bilan og'rigan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilashga yordam beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Ichki kasalliklar propedevtikasi: darslik/Гадаев А., - Toshkent: Muharrir nashriyoti, 2018y. .
2. Ichki kasalliklar propedevtikasi. O`quv qo`llanma/Гадаев А., Т., 2012+2014y.
3. Ichki kasalliklar propedevtikasi: darslik/A.G. Gadayev, M.Sh. Karimov, X.S. Axmedov. – Toshkent: Muharrir, 2023y.
4. Ichki kasalliklar propedevtikasi: darslik/A.G. Gadayev, M.Sh. Karimov, X.S. Axmedov. – Toshkent: Muharrir nashriyoti, 2022y.
5. Ichki kasalliklar propedevtikasida bemorni umumiy obyektiv tekshiruv usullari: o'quv qo'llanma / D.K. Ishankulova, A.A. Ruziyeva. O'zbek tilida
6. Introduction to propaedeutics of internal diseases and the basics of physical examination methods: textbook / D.K. Ishankulova, A.A. Ruziyeva. Ingliz tilida
7. S.X. Yarmuxamedova, N.A. Vafoyeva. F.Yu. Nazarov, M.S. Bekmurodova «Методы клинического исследования больного и общая симптоматология заболеваний внутренних органов» Samarqand-2021. Rus tilida
8. S.X. Yarmuxamedova, X.X. Gaffarov, X.D. Maxmudova, M.A. Xusainova «Ichki a`zolar kasalliklarida asosiy tekshirish usullari» Samarqand-2021. O`zbek tilida
9. Практикум по пропедевтике внутренних болезней / Кабалова Ж.Д. М., 2008г.
10. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / А. Гадаев, М.Ш. Каримов, А.Г. Кучер, Х.С. Ахмедов. – Ташкент : Muharrir, 2024г.
11. Пропедевтика внутренних болезней: учебник / Мухин Н. - М., 2005г
12. Пропедевтика внутренних болезней: учебник/А.Н. Мухин, В.С. Моисеев. – 2-е изд., доп. и перераб. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012г.

Internet saytlar

1. <https://mt.sammu.uz>
2. <http://www.ziyonet.uz>
3. <http://www.edu.uz>
4. <http://www.pedagog.uz>
5. www.lex.uz
6. <https://www.unipi.it/>

7. <https://www.stanford.edu/>
8. <https://www.harvard.edu/>
9. <https://www.ox.ac.uk/>
10. <https://www.cam.ac.uk/>
11. <https://www.imperial.ac.uk/>
12. <https://www.uchicago.edu/>
13. <https://www.ucl.ac.uk/>
14. <https://www.princeton.edu/>
15. <https://www.u-tokyo.ac.jp/ja/index.html>
16. <https://www.kyoto-u.ac.jp/ja>
17. <https://www.gla.ac.uk/>
18. <https://english.nsu.ru/>
19. <https://www.ualberta.ca/en/index.html>
20. <https://usc.edu/>

NAZAROV F.Y.

**HAZM A'ZOLARI QIZIL O'NGACH VA ME'DA KASALLIKLARI
BOR BEMORLARNI TEKSHIRISH USULLARI**

Nashriyot litsenziya raqami: 143413

“SAMARQAND” nashriyoti

Mas'ul muharrir — Dildora TURDIYEVA

Musahhih — Anvar UMRZOQOV

Texnik muharrir — Akmal KELDIYAROV

Sahifalovchi — Dilshoda ABDIAXATOVA

Dizayner — Davron NURULLAYEV

“SARVAR MEXROJ BARAKA” bosmaxonasida chop etildi.

Guvohnoma raqami — 704756. Pochta indeksi 140100.

Samarqand shahar, Mirzo Ulug'bek ko'chasi, 3-uy.

Bosishga 25.03.2026 ruxsat etildi. Bayonnoma raqami: 8

Bichimi 60x841/¹⁶. “Times New Roman” garniturasida 3.49 bosma taboq.

Adadi: 90 nusxa. Buyurtma raqami: 131/2026

Tel/faks: +998 94 822-22-87, e-mail: sarvarmexrojbaraka@gmail.com
