

ОШҚОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН ДОРИ ВОСИТАЛАРИ НАТИЖАСИДА КОН КЕТИШИДА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ



Уроков Шухрат Тухтаевич, Хамроев Бахтиёр Султонович
Бухоро давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Бухоро ш.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Уроков Шухрат Тухтаевич, Хамроев Бахтиёр Султонович
Бухарский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Бухара

MODERN APPROACH AS A RESULT OF THE ACTION OF DRUGS FROM THE GASTROINTESTINAL TRACT

Urokov Shukhrat Tukhtaevich, Khamroyev Bakhtiyor Sultonovich
Bukhara State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Bukhara

e-mail: bakhtiyor.sultonovich83@mail.ru

Резюме. Дори воситаларининг салбий таъсири ошқозон-ичак тракти патологиясини ривожланишининг энг муҳим патогенетик омилларидан биридир. Овқат ҳазм қилиши тизими касалликлари таркибида дори патологиясининг улуши барқарор ўсиб бормоқда, бу билан боғлиқ сурункали касалликларга чалинган ва самарали, лекин кўпинча хавфли дори воситаларидан узоқ муддатли фойдаланишни талаб қиладиган одамлар сонининг кўпайишига олиб келади. Истеъмолчиларнинг кенг доираси учун мавжуд бўлган рецептивиз фармакологик маҳсулотлар ассортиментини доимий равишда кенгайтириши муҳим аҳамиятга эга, уларнинг аксарияти, шу жумладан стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар (НЙҚД), салбий таъсир кўрсатиши мумкин. Ошқозон ичак трактидан қон кетиши сабаби, қон кетиши манбаси ва характеридан қатъий назар патогенезида қонуниятлари бир хил. Ушбу умумий қонуният шундан иборатки ҳар қандай қон кетиши организм ички муҳитини гемостазни барча кўринишларини издан чиқаради.

Калит сўзлар: стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар (НСЯҚД), ошқозон-ичак трактининг шикастланиши, қон кетиши, олдини олиши.

Abstract. The negative impact of drugs is one of the most important pathogenetic factors in the development of pathology of the gastrointestinal tract (GIT). The share of drug pathology in the structure of diseases of the digestive system is steadily growing, which is associated with general aging of the population, leading to an increase in the number of people suffering from chronic diseases and requiring long-term use of effective, but often unsafe drugs. Of no small importance is also the constant expansion of the range of non-prescription pharmacological products available to a wide range of consumers, many of which, including non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), have the potential to have a negative impact on gastrointestinal tract.

Keywords: Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), damage to the gastrointestinal tract, bleeding, prevention.

Шошилинич хирургиянинг ҳозирги кунга қадар етарли даражада ҳал қилинмаган муаммоларидан бири, ошқозон ичак тизимидан қон кетишида уни, ўз вақтида ташхислаш ҳамда даво тактикаси масаласидир. Шунинг билан биргаликда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси (ОУБИЯ) дан қон кетишлар кун сайин ўсиб, ҳозирги вақтда 100 минг аҳолига 90 - 103 кишини ташкил қилмоқда [2].

Ўз даврининг машҳур жарроҳи С.С. Юдин

ўзининг “Ошқозон хирургия-сининг садолари” китобида (1955 й) ошқозон ичак тизимидан қон кетиши (ОИТҚК) ҳаттоки тажрибали шифокор учун ҳам беморни ташхислаш ва даво тактикасини танлаш борасида жавобгарликни сездирувчи имтиҳон ҳисобланади деб таъкидлаб ўтган эди. ОИТҚК ҳозирги кунда ҳам ярим аср аввалгидек касалликлар, ёки айрим патологик жараённинг хавфли асоратларидан бўлиб қолмоқда [13].

Ошқозон ичак тизимидан турли миқдорда қон кетиш синдроми 200 га яқин касалликнинг асорати сифатида кузатилиши аниқланган [25]. Демак ОИТҚК этиологияси кўп омилли бўлиб, бирқанча муаллифларнинг маълумотларича [21] унинг 55 - 87 % ни ярадан қон кетиши ташкил қилади.

Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларида қон кетишининг сабаби, қон кетиш манбаси ва характеридан қатъий назар патогенезидаги қонуният бир хил. Ушбу умумий қонуният шундан иборатки ҳар қандай қон кетиши организм ички муҳити муаллақлигини ва гемостазнинг барча кўринишини издан чиқаради. Қон кетишида организмдаги барча тизим ва аъзолар функциясини бир пасда бузилишини ҳисобга олган ҳолда ушбу жараённи қисқа вақт одатий яшаш муҳитидан чиқиш деб ҳисобаш мумкин [7].

Организм ўзининг мавжуд ўз ўзини бошқариш тизими орқали қон кетишида, ўзининг бирқанча мураккаб динамик жараён ва реакциялари билан жавоб қайтаради. Айрим ҳолатларда ушбу жавоб реакцияси организмнинг йўқотилган функциясини компенсация қилиб, кейинги ҳаёт давомийлигини таъминласа, аксарият ҳолатларда ушбу жараёнга терапевтик ҳатто жаррохлик ёрдамига мурожаат қилишга тўғри келади. Ошқозон ичак тизимидан қон кетишининг патогенезида асосан ҳаракатдаги гемостазнинг, микроциркуляциянинг, нафас олиш тизими, қон тизими, ва метаболик гемостазнинг бузилиши кузатилиб организмнинг ҳимоя функцияси пасаяди [7, 19].

Яра касаллигидан ташқари, руҳий шикастланишлар ва дори воситалари сабабли ўткир яралар ҳосил бўлиб, унинг натижасида қон кетишлар эса етарли даражада кўпроқ учрамоқда [13].

Охирги вақтларда яллиғланишга қарши дори воситалари (ЯҚНДВ) нинг кенг қўлламада қўлланилиши сабабли ОИТҚК йил сайин ортиб бораётганлиги ўрганилди. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики ҳаттоки кам дозадаги (75 - 325) мг ЯҚНДВ қўлланилганда ҳам ошқозон шиллик қаватининг жароҳатланишини 2- 4 баробарга кўпайганлиги маълум бўлди [4].

Турли этиологияли ошқозон ичак тизимидан қон кетиши сабабли ўлим ҳолати ОЎБИЯ асорати бўлган перфорациядан ҳам олдинги яъни биринчи ўринни эгаллайди. Ошқозон ичак тизими юқори қисми (гастроудоденал)дан қон кетишлар муаммоси, учраш даражаси ва ўлим кўрсаткичининг юқорилиги ҳамда унинг усаётганлиги ҳисобида жаҳон медицинасининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда АҚШнинг ўзида ҳар йили қон кетиши билан 300000 бемор касалхонага

ётқизилса, шундан 150 минг нафари гатродуоденал яралар билан боғлиқ. Буюк британияда эса касалхонага ётқизилиши зарур бўлган ўткир яралардан қон кетиши 100 минг аҳолига 25 кишига тўғри келади [20].

Ҳозирги вақтда айниқса катта ёшдагилар ва қарияларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси сабабли қон кетишлар икки баробарга ошди. Ошқозон ичак тизимидан яралар сабабли ўткир қон кетишлардан ўлим ҳолати 5-20 % ни ташкил қилса, шошилиш операциялардан кейин 4-73%, қарияларда эса ушбу кўрсаткич 80% юқори [3].

Охирги адабиётлардаги маълумотларга қараганда яра касаллиги, айниқса ошқозон танаси яраларининг сезиларли даражада камаётганлиги кузатилсада, ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар эса аксинча яллиғланишга қарши ностероид дори моддаларининг (ЯҚНД) ҳисобида кўпайганлиги кузатилмоқда (2)

Маълумки ЯҚНД моддалари таъсирида қизилўнғач ва ошқозон шиллик қаватларида ҳатто профуз қон кетишига олиб келадиган эрозия ва яралар ривожланади. ЯҚНД воситалари таъсирида ошқозонда простогландинлар ажралишининг камайиши кузатилиб, бу ҳолат ошқозон шиллик қавати цитопротектив қобилияти пасайишига сабаб бўлади, бу жараён эса ошқозон ичак тизими юқори қисмида эрозия ва яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади [2, 16, 17, 18].

ЯҚНДВ ёки ЦОГ-1ни блокловчи дори моддаларининг барчаси простогландинлар функциясини пасайтириб, ошқозон гиперсекрециясига ва ошқозон шираси ацидопептик ҳамда агрессив фаолиятини ошириб, шиллик қават ҳимоя хусусиятини пасайтиради, бу эса ўз навбатида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватлари бутунлигининг бузилишига ҳамда ушбу патологик жараённинг сурункали давом этишига олиб келади. Шуни ҳам таъкидлаш жоизки ЯҚНДВни узоқ вақт қўллаш ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватида эрозия ёки яра чақирувчи хавф омилларига ҳам эътибор қаратиш лозим [2, 17]. ЯҚНДВни қўллагандан сўнг ОЎБИИ шиллик қаватининг эрозия ва яралар келтириб чиқарувчи хавф омилларига қуйидаги ҳолат ёки жараёнларни киритиш мумкин:

- ёшнинг 65 дан юқори бўлиши (асорат бўлиш хавфи 4 баробарга кўп);

- анамнезда яра касаллигининг мавжудлиги (хавф 14-17 марта юқори);

- ЯҚНДВ билан глюкокортикостероидлар, антикоагулянтлар, антиагрегантлар, циклоспорин А ва метотрексатларнинг биргаликда қўлланилиши;

- ЯҚНДВни катта дозада ҳамда ушбу гуруҳдаги бир неча дори моддаларини биргаликда қўллаш;

- ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги (ЮИК, гипертония касаллиги, жигар ёки буйракнинг сурункали касалликлари туфайли етишмовчилиги);

- ЯҚНДВлари билан узоқ вақт даволаниш;

Яна бир алоҳида эътиборни қаратадиган маълумотлардан бири шуки айрим муаллифларнинг фикрларича ошқозон ва 12 бармокли ичак шиллик қаватида тарқалган *Helicobacter pylori* сабабли ЯҚНДВ қўллаганда мазкур худудда шиллик қаватининг эрозив ярали зарарланиш жараёнини 1,5 баробарга ошириб, ушбу бактериялар эрадикацияси эса ЯҚНДВ сабабли келиб чиқадиган гатритни олдини олади (3).

Ошқозон ичак тизими юқори қисмидан қон кетишининг яна бир сабаби жигарнинг сурункали диффуз касалликлари бўлиб, жигар циррози ва фибрози натижасидаги портал гипертензиядир. Соғлом одамда портал босим 7-12 мм.см.ус. тенг. Инсон танасидаги мураккаб, шу билан бирга керак бўлганда, ягона тизимга бирлаша оладиган ўта муҳим компенсатор механизмлари сабабли портал тизимда босимнинг 25-30 мм.см.ус. дан ошганда қўшимча интенсив айланишлар ҳисобида томирлар қаршилиги пасаяди. Портал тизимда қон босимининг ошиши маҳаллий гемодинамиканинг ўзгаришига бу эса ошқозон туби ва танасида димланишга ҳамда шиллик қаватнинг зарарланишига, бу жараён ўз навбатида ўсиш омилларини ва цитокинларнинг фаоллашишига олиб келади. Шунинг билан биргаликда азот оксиди ва эндотелин 1 нинг ҳам ишлаб чиқарилиши фаоллашади. Азот оксиди гипердинамик циркуляцияни ва пероксинитритнинг ишлаб чиқарилишини кўпайтиради. Пероксинитрит эндотелин 1 билан биргаликда шиллик қаватнинг зарарланишга сезувчанлигини оширади [23]. Шунингдек ушбу муаллиф томонидан жигар циррозида ПГГнинг турли хил даражалари айниқса жигарнинг алкоголь туфайли зарарланишида нисбатан кўп учраши ўрганилган [11, 12].

Айрим муаллифлар ПГГ да ошқозон шиллик қаватидаги патологик ўзгаришларнинг сабаби ошқозон шиллик ва шиллик ости қаватида қон айланишининг гипердинамик турга ўтиши деб ҳисоблашсада, доплерфлоуметрик текширувлар натижасида ушбу соҳада димланиш аниқланмади. Шунинг учун ҳам охириги вақтларда “димланган гастропатия” атамаси қўлланилмайди.

Муаллифнинг маълумотича жигар циррози билан касалланган беморларнинг 30,3% да гастродуоденал соҳа шиллик қаватида эрозия ва ярали ўзгаришлар аниқланган. Ушбу патологик

жараён ПГГ си мавжуд беморларда (44,1%), ПГГ бўлмаган беморларга нисбатан (27,3%) учраган. Ҳар иккала гуруҳда ҳам ошқозоннинг антрал соҳасида кузатилган. Ҳар иккала гуруҳдаги беморларда касалликни учрашида жинсга боғлиқлик томонларини ўрганилганда аёлларда жигар циррозида ПГГ фониде гастродуоденал соҳа шиллик қавати эрозив ярали зарарланиши ПГГси аниқланмаган гуруҳга нисбатан (39,3% - 21,3%) сезиларли даражада кўплиги аниқланганиб эркакларда эса бу ҳолат тасдиқланмади [1].

Подымов С.Д нинг маълумотича ПГГ нинг патогенези шиллик қаватдаги томирларнинг дилатацияси ва эктазияси, шиллик ости қаватнинг эса микроциркуляциясининг бузилиши ҳамда артерия вена боғланмаларининг очилиши билан боғлиқ деб ҳисоблайди. Шунингдек ошқозон шиллик қаватида шиллик қатламининг юбқаллашиши муҳим урин тутади. Ушбу тоифа беморларда ошқозонда қон айланиши яхши ривожланишга бўлсада, шиллик ости қаватдаги артерия вена боғланмаларининг кўпайиши туфайли шиллик қаватнинг қон билан таъминланиши сусайтиради. Бу жараён ўз навбатида шиллик қаватнинг ташқи таъсирловчи омилларга қаршилиқ кўрсатиш хусусиятини пасайтириб, унинг функцияси ва тузилишидаги ўзгаришларга шароит яратади [4].

Юқорида ошқозон ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетишининг бир қанча сабаблари, уларнинг патогенези, келиб чиқиш механизмлари тўғрисида тўхталиб ўтилди. Кўриниб турибдики, ошқозон ичак тизими юқори қисмидан қон кетишининг сабаби фақатгина шиллик қаватдаги патологик ўзгаришлар эмас, жигардаги диффуз ўзгаришларга ҳам боғлиқ эканлиги маълум. Яралар (ўткир ва сурункали), эрозив гастритлар, ПГГ дан қон кетиш механизми, клиник кечиши ҳақида маълумотлар анчагина, бўлсада ушбу патологик жараённинг қўшма равишда кечиши ҳақида илмий тадқиқотларга асосланган маълумотлар кам учрайди. Шу жумладан ПГГ си мавжуд беморларда ЯҚНДВ қўлланилганда қон кетиш кўрсаткичи, унинг кечиши, ташхислашнинг ўзига хослиги ва натижаси ҳақида маълумотлар учрамади. Клиникамизда ошқозон ичак тизимидан ўткир қон кетишлари (ОИТЎҚК) билан даволанган 2667 беморни текшириш натижаларидан шу нарса маълум бўлдики, айнан ЯҚНДВдан қон кетишлар билан келган беморлар текширилганда, уларнинг 68,8 % да жигарнинг сурункали диффуз касалликлари аниқланиб ушбу ҳолатда ҳаттоки ЯҚНДВнинг кичик дозаларида ҳам қон кетиши маълум бўлди. Тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлган ушбу патологик жараён тўғрисида биз изланган адабиётларда маълумотлар учрамади. ПГГси мавжуд беморларда ЯҚНДВқўллашга

кўрсатма, кўллаш тартиби, қарши кўрсатма, кўллаш муддати, эҳтиёт чоралари ва ҳ.к. ишлаб чиқиш анчагина илмий изланишларни талаб қилади.

Адабиётлар:

1. Б.Мунхжаргал, И.Л. Петрунько., Бат-Улзий Цэрэндаш. 2013).
2. Вялов С.С. Восстановление слизистой желудочно-кишечного тракта или снижение кислотности желудка? – Приоритеты в лечении. Эффективная фармакотерапия 2016;1:1–9.
3. Денисов И.Н., Шавкута Д.М. Диагностика, лечение и профилактика язвенной болезни желудка и ДПК. Всероссийская научно-врачебная конференция. Москва 2015.
4. Д.Г. Фадеенко., 2009. Ожирение и риск сердечно-сосудистых заболеваний №7 (133) / 2009
5. Каратеев А.Е., Насонов Е.Л., Ивашкин В.Т. и др. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов. Клинические рекомендации. Научно-практическая ревматология 2018;56:1-29.
6. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У. и др. Роль эндоскопирования при пептической язве желудка и 12 перстной кишки. Вест. экстр. Медицины 2018; 11: 21-25.
7. Лебедев Н.Б., Климов А.Е., Соколов П.Ю. и др. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения. Хирургия им. Н.И. Пирогова 2013; 8: 28-31.
8. Маев И.В., Андреев Д.Н., Дичева Д.Т. Гастропатии, индуцированные нестероидными противовоспалительными средствами: патогенетически обусловленные подходы к профилактике и терапии. Фарматека 2016;2:49–54.
9. Рациональное использование нестероидных противовоспалительных препаратов: Междисциплинарный консенсус экспертов 01.04.2017 Москва. Терапия 2017; (14):9–14.
10. Сажин В.П., Савельев В.М., Сажин И.В. и др. Лечение больных с высокой вероятностью развития рецидивов язвенных гастродуоденальных кровотечений. Хирургия им. Н.И. Пирогова 2013; 7: 20-23.
11. Сидорова И.О., 2012., Сидорова И.О., Голованова Е.В., Хомерики С.Г.
12. Сидорова И.О., 2012., Сидорова И.О., Голованова Е.В., Хомерики С.Г. и др. 2012, Б.Мунхжаргал, И.Л. Петрунько, и др. 2013.
13. Степанов Ю.М., Залевский В.И. и др, 2011
14. Фомин П.Д. Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта: причины, факторы, риска, диагностика, лечение. Киев 2011.
15. Хаджибаев А.М. Аспекты хирургической тактики гастроэнтероана-стомоза. Вест. экстр. Медицины 2014; 1: 13-17.
16. Циммерман Я.С. “Маастрихтский консенсус-4” (2010): основные положения и комментарии к ним. Клинический журнал 2012;9:28–34.
17. Циммерман Я.С. Киотский консенсус – новая этиологическая классификация хронического гастрита и ее обсуждение. Клинический журнал 2017;95(2):181–8.
18. Циммерман Я.С. Поражение желудка, индуцированное приемом нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП): НПВП-гастрит или НПВП-гастропатия? Клин фармакология и терапия 2018.1
19. Ш.Уроков., У. Абидов.// Хирургические болезни. Ташкент. 2014. С. 238-239.
20. Шорох Г.П., Климович В.В. // Язвенные и гастродуоденальные кровотечения. Минск. 1998.С. 5-11.
21. Юдин С.С, 1955., Братусь В.Д., 1991; Крылов В.П., 2001
22. Hepworth C.C., Kadirkamanatxan S.S., Gong F., Swain C.P. A randomized controlled comparison of injection, thermal and mechanical endoscopic methods of hemostasis on mesenteric vessels. 2014: 462-9.
23. Ohta M., Yamaguch S., 2002.
24. Sigano K, Tack J, Kuipers EJ, et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. Gut 2015;64:1–15.
25. S.Aabakken, 2001; P.J. Karanicolas et.oth., 2008
26. Tsoi K., Chan H., Chiu P. et al. Sekond-look endoscopy with thermal coagulation or ingections for peptic ulcer bleeding: A meta – analysis. J Gastroenterol Hepatol. 2015; 25: 8-13.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЯМ В РЕЗУЛЬТАТЕ ДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Уроков Ш.Т., Хамроев Б.С.

Резюме. *Негативное влияние лекарственных препаратов является одним из важнейших патогенетических факторов развития патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Доля лекарственной патологии в структуре заболеваний пищеварительной системы неуклонно растет, что связано с общим старением популяции, приводящим к увеличению числа людей, страдающих хроническими заболеваниями и нуждающихся в длительном приеме эффективных, но зачастую небезопасных лекарств. Немаловажное значение также имеет постоянное расширение спектра доступных широкому кругу потребителей безрецептурных фармакологических продуктов, многие из которых, в том числе и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), потенциально способны оказывать негативное влияние на ЖКТ.*

Ключевые слова: *Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), повреждения желудочно-кишечного тракта, кровотечения, профилактика.*