

**КЕНГ ТЕРМИК КУЙГАН БЕМОРЛАРДА ЮҚОРИ ОШҚОЗОН-ИЧАК  
ТРАКТИНИНГ ЎТКИР ЭРОЗИВ ВА ЯРАЛИ ШИКАСТЛАНИШЛАРИНИНГ  
ОЛДИНИ ОЛИШ**

**Абидов Ўткир**

*Бухоро Давлат Тиббиёт Институтини Республика шошилини тиббий ёрдам  
илмий маркази Бухоро филиали*

**Аннотация:** Мақолада кенг термал куйишлар билан оғриган беморларнинг ошқозон-ичак трактининг юқори қисмида ўткир эрозив ва ярали жараёнларнинг олдини олиш кўриб чиқилади. У кўпинча қон кетиш ва полиорган етишмовчилиги каби оғир оқибатларга олиб келадиган ушбу асоратларнинг юқори частотасини муҳокама қилинади. Эндоскопик тадқиқотлар натижасида куйишдан кейинги яраларнинг эрта ривожланиши, уларни консерватив усуллар, жумладан, омепразол каби протон помпаси ингибиторлардан фойдаланиш билан даволаш батафсил ёритилган. Тадқиқот шунингдек, ушбу яраларнинг патогенезини тушунишнинг муҳимлигини таъкидлайди, уларнинг ривожланишида кислота ишлаб чиқаришнинг кўпайиши ва ошқозон моторикасининг кечикиши ролини таъкидлайди.

**Калит сўзлар:** ўткир эрозив ва ярали яралар, юқори ошқозон-ичак тракти, термик куйишлар, гемодинамик бузилишлар, ошқозон моторикаси, протон помпаси ингибиторлари.

Долзарблиги. Ошқозон-ичак трактининг ўткир эрозив ва ярали шикастланиши кўпинча куйишдан кейин беморларда асоратлар шаклида юзага келади. Қон кетиш шаклида ўткир яраларнинг асоратлари беморларнинг 18-23% да учрайди[1]. Куйган беморларда ҳатто паст интенсивликдаги қон кетиш ҳам умумий ҳолатни кескин ёмонлаштиради, бу умумий заифлик, летаргия, терининг рангпарлиги ва гемодинамик бузилишлар билан намоён бўлади. Баъзи ўткир яралар ва эрозиялар мустақил чандиқ ва эпителизацияга қодир, аммо уларнинг клиник кўриниши ёмон ифодаланган [1, 2, 3].

Мутлақ аксарият ҳолларда асоратланмаган ўткир эрозия ва яралар, ўзига хос клиник кўринишларсиз, тан олинмайди ва фақат отопсияда аниқланади. Патологоанатом кўра, шиллиқ қават ўткир яраси полиорган етишмовчилиги ривожлантириш натижасида, тананинг куп миқдорда куйишидан кейин вафот этганларнинг 20-50% да аниқланади.

Эндоскопик тадқиқотлар материаллари. Эндоскопик текширув маълумотларига асосланиб, биз кенг куйган беморларда кейинги 3-5 кун ичида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг ўткир яраси ривожланишини аниқланди. Дастлабки даврда шиллиқ қаватдаги ўзгаришлар рангпарлик ва гиперемия ўчоқлари ўртасида алмаштирилган. Бир кундан

кейин диаметри 1-2 мм гача бўлган петехия ва сирт эрозиялари содир бўлди ва 46-48 соатдан кейин ошқозон шиллиқ қаватининг шикастланиш ҳажми сезиларли бўлди. Қулай шароитларда ошқозон шиллиқ қавати 10-14 кундан кейин тикланди ва эрозия йўқолди. Бироқ, баъзи оғир беморларда улар 20-24 кунгача давом этди ва кўпинча қон кетиш билан асоратланди.

Беморларнинг 20-25 фоизида давом этаётган қон кетиш белгилари кузатилган. Шу билан бирга, кўпинча диаметри 1-2 мм гача бўлган геморрагик турдаги кўплаб эрозиялар аниқланди.

Эндоскопик тадқиқотлар натижаларини таҳлил қилганда, эрозив ва ярали шикастланишлар кўпинча (67%) ошқозонда, бироз камроқ (43%) ўн икки бармоқли ичак ва қизилўнгачда (18%) локализация қилинган. Стресс сабабли яраларини шакллантириш вақти ҳақидаги савол қизиқиш уйғотади, чунки " танқидий давр " таърифи шифокорларга ўз кучларини қон кетишини самарали ташхислаш ва олдини олишга йўналтиришга имкон беради. Ошқозон яраси вақти уни келтириб чиқарадиган сабаблар ва механизмларга боғлиқлиги аниқланди. Ошқозоннинг кислота ҳосил қилиш функциясини ҳар томонлама баҳолаш шуни кўрсатдики, дастлабки 10 кун ошқозоннинг кислота ҳосил қилиш функциясини максимал даражада рағбатлантиради, унинг "чўққиси" эса 3-5-кунларда, яъни.енг еҳтимоллий яра шаклланиши даврида.

Кундалик рН-метри маълумотлари кенг куйган беморларда ошқозоннинг кислота ҳосил қилувчи функцияси ҳолатини тушунишни сезиларли даражада чуқурлаштирди. Жароҳатдан кейинги 1-куни, 81% ҳолларда, ошқозон танасида  $pH < 1$  қайд етилган, яъни еркин хлорид кислота жуда юқори ишлаб чиқарилган.

Куйган беморларда операциядан кейинги эрта даврда ошқозон мотор функциясини ўрганиш шуни кўрсатдики, ошқозон ҳаракатининг 1-2 кунда барча беморларда йўқ. 3-куни паст амплитуда тўлқинлар дақиқада 3 та қисқариш частотаси билан пайдо бўлади, бу ошқозондан етарли эвакуация қилишни таъминламайди. 4-куни даврий восита фаолияти пайдо бўлади, аммо қисқариш тўлқинларининг амплитудаси нормал даражага етиб бормайди. Клиник жиҳатдан беморлар ичак перисталтикаси ва газ чиқиши билан аниқланади. 6-8-кунга келиб, куйиш касаллигининг асоратланмаган курси билан ошқозонни эвакуация қилиш функцияси тикланди.

Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, кислота ишлаб чиқаришнинг кўпайиши ошқозон моторикасини яхшиланиш фонида содир бўлади.

Перисталтик фаолликка боғлиқ бўлган кислотали ошқозон таркибини эвакуация қилишнинг бузилиши ошқозон шиллиқ қаватига кислота-пептик омилнинг узоқ вақт таъсир қилишига олиб келади, бу бошқа сабаблар билан биргаликда ошқозон яраси хавфини сезиларли даражада оширади.

Овқат ҳазм қилиш тизимининг травматик стрессга сезиларли реакцияси эрта ҳақиқий стресс яраларининг шаклланишига асосланади, бу юқори ошқозон-ичак шиллиқ қаватининг барча яраларининг тахминан 80% ни ташкил

қилади. Қолган 20% беморларда ошқозон яраси юрак-қон томир, буйрак ва нафас олиш етишмовчилиги кўринишидаги куйиш касаллигининг мураккаб курси билан узоқроқ даврда шиллиқ қават дистрофияси босқичида, шунингдек полиорган етишмовчилик ривожланишига олиб келадиган йирингли ва септик асоратлар билан юзага келади.

Бизнинг маълумотларга кўра, юқори ошқозон-ичак трактининг эрозив ва ярали шикастланиш бўлган беморларнинг 92% гача консерватив усуллар билан даволанган. Жарроҳлик даволаш фақат ковак органнинг тешилиши, Эндоскопик гемостаз усулларининг самарасизлиги билан кўп ёки доимий такрорий қон кетиш кўринишидаги асоратлар учун амалга оширилди. Биз протог помпа ингибиторларини, хусусан омепразолни кенг қўлладик. Кучсиз ишкор мухитли бўлган омепразол нейтрал рН да самарасиз. бироқ, париетал хужайралар каналлари кислотали муҳитида  $H^+-K^+-ATP$ Фаза мембранасини қайтариб бўлмайдиган даражада пасайтирувчи фаол метаболит сулфенамидга айланади. Омепразолнинг сулфенамидга айланиши тез содир бўлади (2-4 дақиқадан сўнг), у базал ва тирнаш хусусияти берувчи HCl секрециясини самарали бостиради, ошқозон секрециясининг умумий ҳажмини камайтиради ва пепсин чиқарилишини пасайтиради. Ҳозирги вақтда ушбу гуруҳнинг доридармонлари антисекретор фаолликка эга, уларнинг кучи бошқа дорилар билан таққосланмайди. Плазмадаги омепразолнинг максимал концентрацияси оғиз орқали юборилгандан 1-3 соат ўтгач содир бўлади. 18 соат давомида ферментатив синтезни бостириш орқали дорилар

дозадан қатъи назар, кислотани бостирувчи таъсирнинг 24 соатлик давомийлигини таъминлайди [4, 5, 6].

Куйиш жароҳати бўлган беморларда ошқозон шиллиқ қаватининг ўткир яраси патогенези ҳақидаги янги ғоялар шиллиқ қаватнинг ҳимоя хусусиятларига самарали таъсир қилиши, хусусан, ундаги микросиркуляция ва метаболик касалликларни тузатиши, шунингдек травмадан кейинги иммуносупрессияни йўқ қилиши мумкин. Шу муносабат билан антиоксидант ва антигипоксантик хусусиятларга эга дори - актовегин бизнинг эътиборимизни тортади.

Препарат кўп функцияли таъсирга эга, бу тўқималарда, хусусан, ошқозон шиллиқ қаватида гипоксия шароитида эндотоксикоз ва қон йўқотиш билан боғлиқ метаболик касалликларни бартараф етишга имкон беради. У, қоида тариқасида, кунига 250 мл гача 10% эритмадан томир ичига томчилатиб юбориш шаклида қўлланилади. Ушбу препарат ошқозон шиллиқ қаватининг хужайраларининг ошқозон ширасининг протеолитик таъсирига чидамлилигини кескин оширади.

Шундай қилиб, юқори ошқозон-ичак трактининг эрозив ва ярали шикастланиши куйиш касаллигининг энг кенг тарқалган асоратларидан биридир. Қон кетиш шаклида ўткир яраларнинг асоратлари юқори леталлик

билан бирга келади. Патогенезнинг етакчи омилларидан бири бу кислота-пептик таъсири сезиларли ва доимий ўсиши. Куйиш касаллигида ошқозоннинг эрозив ва ярали шикастланишларининг олдини олишнинг етакчи компоненти замонавий антисекретор дориларни эрта, биргаликда қўллашдир.

### АДАБИЁТЛАР:

1. Григорьева Т.Г. Ожоговая болезнь. //Международный медицинский журнал, 2000. Т.6,-№ 2.- С.53-60
2. Лавров В.А., Виноградов В.Л. Ожоговый шок: патогенез, клиника, лечение.//Научный практический журнал Института хирургии им. Вишневского А.В. РАМН. 2000.-№2.-С.1-5.
3. Василенко В.Х, Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь: (Современные представления о патогенезе, диагностике, лечении). АМН СССР. М.: Медицина, 1987.
4. Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С. Лепяхин, В. К. Клиническая фармакология и фармакотерапия.— М. 2000.- 540 с.
- 5.Исаков В.А. Ингибиторы протонного насоса: их свойства и применение в гастроэнтерологии. М.: 2001. - 304 С.
6. Рациональная фармакотерапия заболеваний органов пищеварения /Под ред. В.Т. Ивашкина.- М. 2003.- 1046 с.