

OSHQOZON-ICHAK YARASIDAN QON KETISHIDA SHOSHILINCH TIBBIY YORDAM

Alloberdiyev Asror Abrorovich

*Respublika tez tibbiy yordam markazi buxoro filiali olot tuman tez yordam stansiyasi
vrachi Reanimatolog anesteziolog*

Annotatsiya: *O‘tkir oshqozon-ichak yarasidan qon ketishi hali ham kasalxonaga yotqizishning asosiy sababi hisoblanadi. Ayniqsa, o‘n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishini davolashda oshqozon yarasiga nisbatan kasallanish va o‘lim darajasi yuqori bo‘lganligi sababli tizimli terapevtik yondashuv talab etiladi. Ushbu qon ketadigan yaralar bilan og‘rigan bemorlar ko‘pincha yuqori xavfli vaziyatda bo‘lib, multidissiplinar davolashni talab qiladi. Ushbu maqolada qon ketayotgan o‘n ikki barmoqli ichak yarasini zamonaviy davolashga tizimli yondashuvni taqdim etadi va yuqori xavfli vaziyatlarda davolash amaliyotini yoritib beradi. Dastlabki davolash, jumladan farmakologik terapiya, xavf stratifikatsiyasi, endoskopiya, jarrohlik va transkateter arterial embolizatsiya ko‘rib chiqiladi va ularning o‘n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishini boshqarishdagi roli tanqidiy muhokama qilinadi. Bundan tashqari, profilaktik terapevtik yondashuvlar bo‘yicha kelajakdagi istiqbol ko‘rsatilgan.*

Kalit so‘zlar: *O‘n ikki barmoqli ichak va oshqozon yarasi, qon ketishi, embolizatsiya, jarrohlik, endoskopiya*

Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishi – shoshilinch tibbiy yordamni talab qiluvchi og‘ir patologik holatlardan biri bo‘lib, bemor hayoti uchun xavfli kechishi mumkin. Bu holat yuzaga kelganda zamonaviy tibbiy yondashuvlar, diagnostika usullari va samarali muolaja choralari ustuvor ahamiyat kasb etadi. Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishining sabablari va patogenezi adabiyotlar tahliliga ko‘ra, ushbu patologiyaning asosiy etiologik omillari bo‘yicha “*Helicobacter pylori*” infeksiyasi (Marshall & Warren, 1984), surunkali gastrit va oshqozon-ichak yaralari (Schmassmann et al., 1998), Nonsteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar (NSAID) va glyukokortikosteroidlarning uzoq muddat qabul qilinishi (Lanza et al., 2009), jigar sirrozi va portal gipertenziya fonida rivojlanadigan varikoz kengaygan tomirlardan qon ketish (Garcia-Tsao et al., 2017) kabilarni keltirish mumkin.

Patogenezi jihatdan, yarali shikastlanish oqibatida qon tomir devori zararlanadi va ichki qon ketish rivojlanadi. Agar bemorga o‘z vaqtida shoshilinch yordam ko‘rsatilmasa, hipovolemik shok va o‘lim xavfi yuzaga keladi (Strate et al., 2012). Ilmiy manbalar shuni ko‘rsatadiki, oshqozon-ichakdan qon ketishini aniqlashda diagnostika usullar sifatida klinik simptomatika bo‘yicha kuzatilganda qusish (qon bilan yoki “qora kava” ko‘rinishida), melena (qora najas), umumiy holsizlik, arterial bosim pasayishi (Barkun et al., 2010). “Endoskopik diagnostika” – EGD (ezofagogastroduodenoskopiya) bugungi kunda “oltin standart” hisoblanadi (Laine & Jensen, 2012). Laboratoriya tahlillar asosida esa gemoglobin va gematokrit darajasining pasayishi, koagulogramma, jigar va buyrak faoliyatining

baholash (Tielleman et al., 2015). Shu qatorda radiologik usullar (angiografiya, rentgen) ba’zi hollarda qo’llaniladi (Fleischer, 2000). Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishida shoshilinch tibbiy yordam va davolash usullari bosqichma-bosqich amalga oshiriladi. Jumladan, “Gemodinamik barqarorlikni tiklash”. Bunda kristalloid va kolloid eritmalar bilan vena ichiga infuziya terapiyasi (Georgiou et al., 2019), shu bilan birga juda og’ir holatlarda qon quyish, eritrotsit massasi va plazma transfuzioni. Yana “Dorivor terapiya” tushunchasi ham mavjud. Proton pompasi ingibitorlari (omeprazol, pantoprazol) – yara joyida kislotalilikni kamaytirish (Sung et al., 2010). Hemostatik vositalar (traneksamik kislota, oktreotid portal gipertenziyada). Antibiotik terapiya (H. pylori aniqlanganda). Endoskopiya qon ketishining manbasini aniqlash va uni to’xtatish uchun eng samarali usul hisoblanib adrenalin in’eksiyasi, hemoklips yoki termokoagulyatsiya bilan qon ketishini to’xtatish (Jensen, 2017). Agar konservativ va endoskopik muolajalar samara bermasa yoki qon ketish juda og’ir bo’lsa, jarrohlik yo’li bilan muolaja zarur bo’ladi (Weber et al., 2019). Zamonaviy ilmiy tadqiqotlar shuni ko’rsatadiki, o’z vaqtida diagnostika va to’g’ri davolash bemorlarning omon qolish imkoniyatini sezilarli darajada oshiradi. Masalan, Barkun et al. (2013) tadqiqotlariga ko’ra, EGD va proton pompasi ingibitorlari bilan davo o’tkazilgan bemorlarda qayta qon ketish xavfi sezilarli kamayadi. Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishi tibbiyotning dolzarb muammolaridan biri bo’lib, tezkor diagnostika va samarali davolash muolajalari hayotiy ahamiyatga ega. Zamonaviy ilmiy manbalar ushbu patologiyani davolashda endoskopik usullar, dorivor terapiya va jarrohlik yondashuvlarining kombinatsiyasi eng samarali strategiya ekanligini ko’rsatmoqda.

Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishida shoshilinch tibbiy yordam ko’rsatishda asosiy muammolar kech tashxis qo’yish, qon ketishning og’irligini baholash, dorilar va qon quyish imkoniyatlari cheklanganligi, endoskopik va jarrohlik aralashuv kechikishi va qayta qon ketish xavfi bilan bog’liq bo’lishi mumkin. Shu sababli, bunday bemorlarga tez va to’g’ri yordam ko’rsatish muhim hisoblanadi.

Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishi hayot uchun xavfli holat bo’lib, shoshilinch tibbiy yordamni talab qiladi. Vrachlar bemorning umumiy holatini baholash, dastlabki yordam ko’rsatish, laborator va instrumental diagnostika asosan tibbiy muolajalarni zudlik bilan boshlash, zarur holatlarda jarrohlik yoki endoskopik muolajalarni amalga oshirish, eng muhimi reabilitatsiya va kasallikni oldini olish kabi muhim tavsiyalarga amal qilishlari lozim. Shoshilinch va to’g’ri yondashuv bemorning hayotini saqlab qolishda muhim ahamiyatga ega.

ASOSIY QISM

O’n ikki barmoqli ichak yaralari oshqozon yarasi kasalligi deb ataladigan kengroq kasallik holatining bir qismidir. Yara kasalligi deganda oshqozon yoki ingichka ichakning birinchi qismi, o’n ikki barmoqli ichak darajasida shilliq qavat yuzasida buzilish bo’lganda yuzaga keladigan klinik ko’rinish va kasallik holati tushuniladi. Me’da va o’n ikki barmoqli ichak yuzasida anatomik jihatdan epitelioldi, epitelial va subepitelial elementlarni o’z ichiga olgan himoya tizimi mavjud. Yaraning paydo bo’lishi shilliq qavatning yuza qatlamidan tashqariga chiqadigan yuzasining shikastlanishidan kelib chiqadi. O’n ikki barmoqli ichak

yarasining aksariyati dispepsiya bilan bog‘liq asosiy alomat sifatida namoyon bo‘lsa-da, u oshqozon-ichak traktidan qon ketishi, oshqozon chiqish yo‘lining obstruksiyasi, perforatsiya yoki oqma rivojlanishi kabi og‘irlik darajalarida bo‘lishi mumkin. Shuning uchun, davolash bemorning tashxis qo‘yish yoki kasallikning rivojlanishi paytidagi holatiga juda bog‘liq.

Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishi xavfli holatlarda farmakologik terapiya sifatida qonni to‘xtatish (gemostazni ta‘minlash), kislota ishlab chiqarishni kamaytirish va shilliq qavatni himoyalash va etiologik omillarni bartaraf etish bilan bir qatorda proton pompasi ingibitorlari Omeprazol (Omez, Losec), Lansoprazol (Lanzap, Prevacid), Pantoprazol (Controloc, Nolpaza), Esomeprazol (Nexium, Esomep), Rabeprazol (Pariet, Rabeloc), Dexlansoprazol (Dexilant). Gemostatik asosiy dori vositalari esa Etamsilat (Dicynone) – kapillyar qon ketishlarini kamaytiradi, Traneksamik kislota (Traneksam, Cyklokapron) – antifibrinolitik ta’sirga ega, Aminokapron kislota – qon ivish jarayonini tezlashtiradi, Vitamin K (Fitomenadion) – K vitamini tanqisligida rivojlanadigan qon ketishlarini oldini oladi, Fibrinogen preparatlari – og‘ir qon ketish holatlarida ishlatiladi, Trombopoetin agonistlari (Eltrombopag, Romiplostim) – trombosit yetishmovchiligida qo‘llanadi.

Farmakoterapevtik va endoskopik yutuqlardan tashqari, o‘n ikki barmoqli ichakning yuqori xavfli yaralarida qon ketishini boshqarish hali ham muammo bo‘lib qolmoqda. Qon ketishi davom etganda yoki qayta qon ketganda va endoskopiyaning oltin standarti muvaffaqiyatsizlikka uchraganda, yaralardan qon ketishini bartaraf etish uchun jarrohlik va rentgenologik muolajalar ko‘rsatiladi. Jarrohlik muolajalari qon ketishini nazorat qilish uchun amalga oshiriladi, ammo ular hali ham yuqori kasallanish va kasalxonada uzoqroq qolish bilan bog‘liq. Shu bilan birga, jarrohlik amaliyotiga muqobil sifatida transkateterli arterial embolizatsiya tavsiya etiladi va ko‘pincha muvaffaqiyatsiz endoskopik gemostazni boshqarishda jarrohlik amaliyoti o‘rnini bosadi. Kelajakdagi tadqiqotlar xavf stratifikatsiyasini yaxshilash uchun zarur va shuning uchun yuqori xavfli yaralarni yaxshiroq tanlash va optimal davolash imkonini beradi. Bundan tashqari, ushbu bemorlarda qayta qon ketishini kamaytirish va natijalarni yaxshilash uchun o‘n ikki barmoqli ichakning yuqori xavfli yaralarida profilaktik embolizatsiyaning istiqbolli yondashuvini yanada chuqurroq o‘rganish zarur.

Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishida xavf omillari sifatida bemorga bog‘liq bo‘lgan holatlarga keksalik (≥ 60 yosh), yurak-qon tomir kasalliklari (gipertenziya, yurak yetishmovchiligi), jigar sirrozi, Kron kasalligi yoki yallig‘lanishli ichak kasalliklari, Antikoagulyant yoki NSAID (steroid bo‘lmagan yallig‘lanishga qarshi dorilar) qabul qilish, oldindan oshqozon-ichak qon ketishi bo‘lganligi sabab bo‘lsa. Klinik omillar sifatida esa gemodinamik beqarorlik (gipotoniya, taxikardiya), Melena yoki gematemez, past gemoglobin ($Hb < 10$ g/dL), laborator ko‘rsatkichlar (past trombositlar, INR yuqoriligi) sabab bo‘la oladi. Shu qatorda Rockall skorlash tizimi ya‘ni emorning klinik holati va endoskopik topilmalariga asoslanadi. U qon ketish qaytalash ehtimoli va o‘lim xavfini baholashga yordam beradi, Glasgow-Blatchford skori (GBS) bemorning laborator va klinik holatiga qarab kasalxonaga yotqizish zarurligini baholaydi, Forrest klassifikatsiyasi

(Endoskopik xavf) oshqozon-ichak yarasining qon ketish xavfini aniqlashda muhim ahamiyatga ega. ast xavfli bemorlarga konservativ davolash yoki ambulator kuzatuv mumkin. O‘rta va yuqori xavfli bemorlar kasalxonaga yotqizilib, endoskopik yoki farmakologik davolash talab etiladi. Forset Ia, Ib, IIa holatlarida endoskopik gemostaz va PPI terapiya majburiy. Agar qayta qon ketish xavfi yuqori bo‘lsa, jarrohlik yoki angiografik embolizatsiya talab qilinishi mumkin.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi hali ham kasalxonaga yotqizishning keng tarqalgan sababidir. Endoskopiya terapevtik oltin standart bo‘lsa-da, ayniqsa yuqori xavfli vaziyatlarda bemorlarni optimal davolash uchun multidissiplinar yondashuv zarur. 85% hollarda qon ketish joyi Treys boylamining proksimal qismida joylashgan va shuning uchun yuqori oshqozon-ichak qon ketishi (YOIQK) deb tasniflanadi. O‘tkir YOIQK muhim klinik muammo bo‘lib qolmoqda, kasallanish darajasi 100 000 kishiga 37-172 ni tashkil etadi. Farmakologik va endoskopik yutuqlarga qaramay, o‘lim darajasi yuqori bo‘lib qolmoqda, ya‘ni so‘nggi o‘n yilliklarda 14% gacha; bu demografik o‘zgarishlar natijasi bo‘lishi mumkin, keksa bemorlar ko‘proq yondosh kasalliklardan aziyat chekmoqda.

O‘n ikki barmoqli ichak yarasining tarqalishini baholagan ko‘plab tadqiqotlarga ko‘ra, ular G‘arb aholisining taxminan 5 dan 15% gacha uchrashi taxmin qilinmoqda. Ilgari H. pylorini aniqlash va samarali davolashning yo‘qligi sababli kasallikning qaytalanishi va tarqalish darajasi juda yuqori edi. Yaqinda o‘tkazilgan yettita tadqiqotning tizimli ko‘rib chiqilishi shuni ko‘rsatdiki, ko‘rsatkichlar sezilarli darajada past. Biroq, o‘zgaruvchanlik o‘rganilayotgan populyatsiyada H. pylori tarqalishi bilan bog‘liq deb hisoblangan va tashxis qo‘yish bo‘yicha ko‘rsatmalardan, shu jumladan endoskopik ko‘rsatmalardan foydalanilgan. Biroq, H. pylori bilan kasallanish yuqori bo‘lgan hududlarda ko‘rsatkichlar eng yuqori bo‘lganligi qayd etilgan, bu H. pylori infeksiyasi o‘n ikki barmoqli ichak yarasi rivojlanishi uchun sezilarli hamrohlik qiladi degan ilgari o‘rnatilgan fikrni qo‘llab-quvvatlaydi. O‘n ikki barmoqli ichak yara kasalligini tashxislash ko‘rsatkichlarining umumiy pasayishi, shuningdek, shifokor va bemorlarning YAQNVDdan foydalanish va noto‘g‘ri foydalanish bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin bo‘lgan asoratlar haqida xabardorligi, shuningdek, yoshlar orasida chekish ko‘rsatkichlarining asta-sekin pasayishi bilan bog‘liq.

YOI qon ketishining muvaffaqiyatli terapiyasi klinik ko‘rinishga qarab fanlararo yondashuv bilan tavsiflanadi. YOI terapiyasi o‘zining asosiy terapevtik muolajalarida qon ketayotgan oshqozon yarasini davolashni kuzatib boradi, bu haqda ushbu sharhda qisqacha ma‘lumot beriladi. 1-rasmda yaralarni davolashning asosiy ish jarayoni ko‘rsatilgan bo‘lib, unda terapevtik ketma-ketlikning turli bosqichlarida endoskopist,



jarroh va intervension rentgenologning ishtiroki ko‘rsatilgan.

Muvaffaqiyatli endoskopik gemostazdan so‘ng qon ketish xavfi yuqori bo‘lgan yarali bemorlarda profilaktik (Transarterial embolizatsiya yoki trans arterial embolizatsiya) TAE tushunchasi so‘nggi yondashuv hisoblanadi. Ushbu konsepsiya tanlangan bemorlarda qayta qon ketish darajasi va o‘limni kamaytiradi. 2014-yilda Laursen va boshqalar profilaktik embolizatsiyaning ushbu konsepsiyasi bo‘yicha birinchi RCTni nashr etdilar. Yuqori xavfli peptik yaralar (Forrest Ia dan IIb gacha) bilan og‘rigan bemorlar endoskopik gemostazdan so‘ng profilaktik TAE yoki konservativ davolash uchun randomizatsiyalangan. Afsuski, bu tadqiqot kuchsiz bo‘ldi, shuning uchun ular faqat profilaktik TAEni yakuniy o‘zgaruvchilardagi farqni aniqlamasdan xavfsiz amalga oshirish mumkinligini ko‘rsata oldilar. Keyinchalik, biz o‘zimizning retrospektiv tadqiqotimizda DU qon ketishi bilan og‘rigan 117 nafar bemorni o‘z ichiga olgan holda, profilaktik TAE tushunchasini o‘rgandik ($n = 55$). Profilaktik TAE bizning shifoxonamizda 2008-yilda joriy etilgan va muntazam ravishda yuqori xavfli vaziyatlarda muvaffaqiyatli qo‘llaniladi. TAE uchun bemorlarni tanlash endoskopik ko‘rsatkichlar (Forrest Ia dan IIc gacha, o‘n ikki barmoqli ichakning orqa piyozchasi va yara hajmi), Rokall shkalasi va individual omillar (yondosh kasalliklar, antikoagulyantlar va gemodinamik beqarorlik) bo‘yicha amalga oshirildi. Ushbu tadqiqotda biz birinchi marta yuqori xavfli DUda profilaktik TAEni o‘rnatish xavfsiz va samarali ekanligini ko‘rsatishimiz mumkin, bu esa jarrohlik aralashuvining past darajasiga olib keladi ($n = 1$; 0,9%) va qon ketish bilan bog‘liq o‘lim darajasi 4,3% ni tashkil etdi. Bundan tashqari, Kaminskis va boshqalar [81] quyidagi tadqiqotda, jumladan qon ketish xavfi yuqori bo‘lgan yara kasalligi bilan og‘rigan 399 nafar bemorda, profilaktik TAE standart davolash bilan solishtirganda qon ketishining past darajasiga (3,4 ga nisbatan 16,2%; $p = 0,005$) va jarrohlik aralashuvining past darajasiga olib kelganini ko‘rsatishi mumkin. Ushbu tadqiqotda TAE profilaktikasining asosiy mezonlari yara, Forrest Ia dan IIb gacha tasnifi, Rokall balli ≥ 5 va individual yuqori xavf profili (yosh va yondosh kasalliklar) edi.

XULOSA

Oshqozon-ichak yarasidan qon ketishi (OIQ) jiddiy asorat bo‘lib, bemorning hayoti uchun xavf tug‘dirishi mumkin. Bunday holatlarni boshqarish kompleks yondashuvni talab

qiladi, bunda farmakologik terapiya, xavf stratifikatsiyasi, endoskopik muolajalar, jarrohlik va transkateter arterial embolizatsiya muhim ahamiyat kasb etadi.

Farmakologik terapiyada proton nasosi ingibitorlari (PPI) qon ketishni kamaytirish va yara bitishini tezlashtirishda samarali hisoblanadi. Xavf stratifikatsiyasi (Glasgow-Blatchford va Rockall shkalalari asosida) bemorlarni davolash taktikasini belgilashga yordam beradi. Endoskopiya birlamchi diagnostika va terapevtik vosita sifatida qo‘llanilib, qon ketish manbaini aniqlash va uni to‘xtatishda samarali usullardan biridir.

Agar konservativ va endoskopik muolajalar yetarli bo‘lmasa yoki qayta qon ketish sodir bo‘lsa, jarrohlik aralashuvi yoki transkateter arterial embolizatsiya qo‘llanilishi mumkin. Embolizatsiya kam invaziv bo‘lib, yuqori jarrohlik xavfi bo‘lgan bemorlarda muqobil usul sifatida qo‘llaniladi.

Shunday qilib, OIQ yarasidan qon ketishida samarali boshqaruv ko‘p bosqichli yondashuvni talab qiladi. Vaqtida aniqlash, to‘g‘ri stratifikatsiya va individual yondashuv bemorning hayotini saqlab qolish va asoratlarning oldini olishda muhim ahamiyat kasb etadi.

Yuqori xavfli oshqozon-ichakda qon ketishni terapevtik boshqarish ko‘p tarmoqli muammo bo‘lib, bir nechta fanlarni o‘z ichiga oladi. Hech shubha yo‘qki, endoskopiya - bu oltin standart va tanlov muolajasi. Shunga qaramay, persistensiya va qayta qon ketish qon ketish bilan og‘rigan bemorlarda jiddiy asoratlarni hisoblanadi. Shuning uchun ushbu bemorlarni keyingi boshqarish uchun xavflarni tasniflash va identifikatsiya qilish elementar hisoblanadi. Bundan tashqari, yuqori xavfli DU bilan og‘rigan bemorlar odatda bir nechta yondosh kasalliklarni ko‘rsatadilar, antikoagulyantlar qabul qiladilar va ko‘pincha yomonroq holatda bo‘ladilar, shuning uchun takroriy endoskopiya, jarrohlik yoki TAEni tanlash institutsional resurslarni hisobga olgan holda individual asosda amalga oshirilishi kerak. Shunga qaramay, davolash strategiyasi quyidagicha bo‘lishi kerak: yuqori xavfli bemorlarni aniqlash, qayta qon ketishining oldini olish va mahalliy resurslardan kelib chiqqan holda keyingi davolash variantini tezda tanlash.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO‘YHATI:

1. Marshall BJ, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. *Lancet*. 1984 Jun 16;1(8390):1311-5.
2. Cave DR. Transmission and epidemiology of *Helicobacter pylori*. *Am J Med*. 1996 May 20;100(5A):12S-17S; discussion 17S-18S.
3. Pounder RE, Ng D. The prevalence of *Helicobacter pylori* infection in different countries. *Aliment Pharmacol Ther*. 1995;9 Suppl 2:33-9.
4. Crabtree JE. Gastric mucosal inflammatory responses to *Helicobacter pylori*. *Aliment Pharmacol Ther*. 1996 Apr;10 Suppl 1:29-37.
5. Peskar BM. Role of cyclooxygenase isoforms in gastric mucosal defence. *J Physiol Paris*. 2001 Jan-Dec;95(1-6):3-9.

6. Lee JY, Kim N. Diagnosis of Helicobacter pylori by invasive test: histology. *Ann Transl Med.* 2015 Jan;3(1):10.
7. Wilcox CM, Clark WS. Features associated with painless peptic ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol.* 1997 Aug;92(8):1289-92.
8. Chey WD, Wong BC., Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. American College of Gastroenterology guideline on the management of Helicobacter pylori infection. *Am J Gastroenterol.* 2007 Aug;102(8):1808-25.
9. Chey WD, Leontiadis GI, Howden CW, Moss SF. ACG Clinical Guideline: Treatment of Helicobacter pylori Infection. *Am J Gastroenterol.* 2017 Feb;112(2):212-239.
10. Meran JG, Wagner S, Hotz J, Manns M. [Differential diagnosis of peptic ulcer]. *Wien Med Wochenschr.* 1992;142(8-9):154-61.
11. Lau JY, Sung JJ, Lam YH, Chan AC, Ng EK, Lee DW, Chan FK, Suen RC, Chung SC. Endoscopic retreatment compared with surgery in patients with recurrent bleeding after initial endoscopic control of bleeding ulcers. *N Engl J Med.* 1999 Mar 11;340(10):751-6.
12. Behrman SW. Management of complicated peptic ulcer disease. *Arch Surg.* 2005 Feb;140(2):201-8.