

**ОҒИР КУЙИШДА ГАСТРОДУОДЕНАЛ АСОРАТЛАРНИ ПАТОГЕНЕТИК
ДАВОЛАШДАГИ МУАММОЛАР****А. Д. Фаязов¹, А. С. Бабажанов², А. И. Ахмедов², А. С. Тоиров², С. Б. Махмудов²**¹Республика шошилиш тез ёрдам илмий маркази, Тошкент,²Самарқанд давлат тиббиёт институти, Самарқанд, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** гастродуоденал асоратлар, куйиш, стресс, антисекретор.**Ключевые слова:** гастродуоденальные осложнения, ожоги, стресс, антисекреторный терапии.**Key words:** gastroduodenal complications, burns, stress, anti-secretory.

Оғир куйишлардаги ўткир эрозив ярали ўзгаришларни профилактика қилиш борасидаги тадбирларда аниқ мезонларга асосланмаган. Шу жумладан умумий қон ҳажмининг нормаллашувини таъминлаш, нафас олиш ва қон-айланиш тизимининг функционал ҳолатини стабиллаштириш, кислота-асос ва электролитлар тизимини бир маромда ушлаб туриш, инфекцияга ўз вақтида қарши курашиш кабилар муҳим саналади. Ҳозирги кунда оғир куйишларни замонавий даволаш тенденция илгарилаб кетаётган бир даврда ўткир гастродуоденал эрозив ярали асоратлар етарлича профилактика қилинмаслиги сабаб, беморлар аҳолининг яхшилаб бораётган бир вақтда бирданига қутилмаганда оғир асоратлар (ўткир қон кетиш, перфорация) ни келтириб чиқариб, ҳатто ўлим даражасигача етмоқда.

**ПРОБЛЕМЫ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У
ТЯЖЕЛООБОЖЕННЫХ****А. Д. Фаязов¹, А. С. Бабажанов², А. И. Ахмедов², А. С. Тоиров², С. Б. Махмудов²**¹Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ташкент,²Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Меры профилактики острых эрозивных язвенных гастродуоденальных осложнений у тяжелообожженных необоснованны четкими критериями. В частности, важно обеспечить нормализацию общего объема крови, стабилизировать функциональное состояние дыхательной и кровеносной систем, поддержать кислотно-щелочной и электролитный баланс, своевременно бороться с инфекцией. В настоящее время несвоевременная профилактика острых гастродуоденальных эрозивных язвенных осложнений у тяжелообожженных, нередко приводит к внезапным тяжелым осложнениям (острому кровотечению, перфорации) и даже может привести к летальному исходу, вопреки улучшению состояния пациентов, в то время, когда прогрессирует тенденция современного лечения тяжелых ожогов.

**PROBLEMS OF PATHOGENETIC TREATMENT OF GASTRODUODENAL
COMPLICATIONS IN SEVERE BURNS****A. D. Fayazov¹, A. S. Babajanov², A. I. Akhmedov², A. S. Toirov², S. B. Makhmudov²**

Republican research center of emergency medicine, Tashkent,

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Measures to prevent acute erosive wound changes in severe burns are not based on clear criteria. In particular, it is important to ensure normalization of the total blood volume, stabilize the functional state of the respiratory and circulatory systems, maintain acid-alkaline and electrolyte balance, and fight infection in a timely manner. Insufficient prevention of acute erosive ulcer gastroduodenal complications, despite the tendency to discover more and more effective and modern methods of treatment, often leads to sudden serious complications (acute bleeding, perforation) and even death, in spite of the improvement in the condition of patients.

Гастродуоденал стрессли ўткир жараларнинг асосий профилактика негизида асосий касалликларни, яъни куйиш касаллигини ўз вақтида ва тўлиқ даволашга қаратилган. Бунинг асосий тадбирлари бўлиб, умумий қон ҳажмининг нормаллашувини таъминлаш, нафас олиш ва қон-айланиш тизимининг функционал ҳолатини стабиллаштириш, кислота-асос ва электролитлар тизимини бир маромда ушлаб туриш, инфекцияга ўз вақтида қарши курашиш кабилар муҳим саналади [2,11,22].

Бундан ташқари стресс таъсиридаги ўткир гастродуоденал жаралар профилактикасида келтириб чиқарган агрессияни камайтириш ва ошқозондаги кислота ишлаб чиқариш муҳитини адекват системали пасайтириб туриш муҳим аҳамиятга эга ҳисобланади [3,8,27].

Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, оғир критик ҳолатларда ошқозоннинг тана-

си ва гумбаз қисмида $pH < 4$ дан паст бўлмаса, гастродуоденал асоратлар учун ҳавфли бўлмайди [1,12,26]. Бошқа маълумотларга кўра, гастродуоденал асоратлар профилактикаси учун ошқозоннинг туби ва танасида $pH < 3$ дан кам бўлмаслигига ҳаракат қилиш керак [4,9,20]. Гастродуоденал асоратларнинг олдини олиш учун антисекретор терапия ёрдамида $pH > 5,0$ гача бўлишини таъминлаш лозим [7,13,24]. Аммо айрим маълумотларга кўра $pH > 6,0$ га тенг бўлганда рецидив қон кетишлар кузатилмайди деб хулоса қилинган [2,15,21]. Амалдаги тавсияларга мувофиқ, критик ҳолатдаги беморларда pH ни ҳавфсиз даражада ушлаб туриш учун учта фармакологик гуруҳдан дори воситаларини қўллаш тавсия этилади. Антацидлар, H_2 -блокаторлар ва протон насос ингибиторларидир [6,18]. Аммо бугунги кунда антиацидлар стандартдан олиб ташлангани боис, антисекретор терапия мақсадида фақат, H_2 -блокаторлар ва протон насос ингибиторлари кенг қўлланилиб келинади. Ҳозирги кунда H_2 -блокаторларнинг учинчи авлоди булган Фамотидин (Квамател) антисекретор терапия мақсадида фаол қўлланилиб келинади. Бу авлод гуруҳи нафақат базал, балки стимуляцияланган секрецияни ҳам ингибирлайди ва кам ножуя таъсирга эгаллиги билан олдингиларидан фарқ қилади [13,28]. Кўп йиллик тажрибаларга кўра, H_2 -блокаторлар профилактик антисекретор восита сифатида қўлланилиб, гастродуоденал қон кетишлар ривожланиш частотасини камайтириб келди [4,18,24]. Аммо тахифлаксия (ўрганиб қолиш) сабабли стимуляцияланган секрецияни ингибирлаш қобилятининг пасайиши ва профилактик антисекретор таъсир доирасининг қисқалиги сабабли, қолаверса протон насос ингибиторлари пайдо бўлиши, H_2 -блокаторларни профилактик антисекретор терапияда иккинчи даражага ўтказди [10,14]. Яна шуни таъкидлаш керакки, H_2 -блокаторлари ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик пардасидаги қон томирларга вазоконстриктор таъсир кўрсатиб, шиллик ва мушак қаватлардаги ишемиянинг чуқурлашишига сабаб бўлиши аниқланди [8,19].

Протон насос ингибиторлари нафақат стимуляцияланган секрецияни, балки пепсинни ҳам ингибирлайди [6]. Бундан ташқари гастропротектив таъсирга эга бўлиб, яллиғланишга қарши нестроидлар, антикоагулянтлар ва антиагрегантларнинг узоқ муддатли салбий таъсирларини самарали нейтраллайди [9,22].

Сунгги ўн йил ичида антисекретор таъсир доираси юқорилиги ва ножуя таъсирлари камлиги туфайли профилактик антисекретор терапиянинг самарасини 3%дан (то 40-60%)га оширди [1,23].

Протон насос ингибиторлари H_2 -блокаторларга нисбатан самарали бўлишига қарамай, критик ҳолатлардаги ўткир яраларни профилактика қилишда қўлланилиш натижалари тўғрисида аниқ маълумотлар йўқ. Бундан ташқари, H_2 -блокаторлари ва протон насос ингибиторларининг таъсир доиралари охиригача ўрганилмаган [5,15,17].

Кейинги ўн йилликда ўткир стрессли гастродуоденал яралардан қон кетиш профилактикаси мақсадида амалиётга кенг қўлланилиш тенденцияси кетаётганига қарамай, критик ҳолатларда профилактик антисекретор терапияга кўрсатма йўқ деган хулоса қилинди. Шундай бўлсада, 60-70% ҳолатларда реанимацион беморларга профилактик антисекретор терапия қўлланилмоқда. Бу иқтисодий жиҳатдан беморларга зарар келтирмоқда [4].

Бундан ташқари, антисекретор воситаларнинг таъсири натижасида хлорид кислота-нинг секрецияси пасайиб, pH нейтрал ёки кучсиз ишқорий муҳитга ўтганда шифохона ичи пневмонияси ривожланишига шароит яратилади. Яъни ичаклардаги микрофлора ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда колония ҳосил қилиб, беморларнинг узоқ вақт горизонтал ҳолатда ётиши ва гиподинамияси сабаб, рефлюкс ҳисобига нафас йўллариغا инфекция ўтиб пневмония ривожланишига олиб келади [9,19].

Бундан ташқари ошқозон секрециясининг пасайиши оч ичакларда микрофлоранинг колонизацияланиб бактерияларни кўпайишига шароит яритганлиги боис, дизбактериоз келиб чиқади. Бу эса критик ҳолатлардаги эндоген диареянинг кучайишига сабаб бўлади. Шунинг учун узоқ вақт ёки тартибсиз протон насоси ингибиторлари ва H_2 -блокаторларини критик ҳолатларда қўллаш диареяни 2-3 мартагача кучайтириши мумкин [23].

Профилактик антисекретор терапияни бекор қилганда бирданига ошқозон секрецияси

кучайиши, энтерохромоффин хужайраларининг компесатор равишда кўпайиши билан боғлиқ [6,20]. Натижада гипергастринемия ривожланиб, ошқозоннинг кислотали секреция бирданига кучаяди. Бу антисекретор препаратларни бекор қилгандан 2-4 ҳафта ўтиб ривожланиши мумкин. H₂-блокаторлари тахифлексия натижасида 5-7 суткаларга келиб антисекретор самарадорлигини 50%гача пасайтиради. Натижада ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда ўткир яралар пайдо бўлишига олиб келади [6,26].

Стандарт дозадаги протон насоси ингибиторини қабул қилиш клиник белгиларсиз 1-2 соат давомийликда рН нинг 4дан пасайиши кечаси соат 22дан тонгги соат 6 гача кузатилиши аниқланган. Бу жараён «тунги кислоталикнинг синиши» феномени деб аталади [6,9]. «Тунги кислоталикнинг синиши» феномени патогенези тунги вақтда адашган нерв фаоллигининг ошиши ва қўшимча хужайралардаги шиллиқ ишлаб чиқаришнинг пасайиши билан боғлиқ [4,7,26]. Бу клиник феномен куйиш касаллигида ҳолатларда ўрганилмаган.

Шундай қилиб, оғир куйишлардаги ўткир эрозив ярали ўзгаришларни профилактика қилиш борасидаги тадбирларда аниқ мезонларга асосланмаган. Шу жумладан адабий маълумотларга кўра, баъзилар агрессияни камайтиш ва патогенетик консерватив даволашнинг тарафдори бўлса, баъзилар ошқозондаги кислота ишлаб чиқаришни пасайтириш шиллиқ пардани химоя қилишнинг асосий усули деб билади. Ҳозирги кунда оғир куйишларни замонавий даволаш тенденция илгарилаб кетаётган бир даврда ўткир гастродуоденал эрозив ярали асоратлар етарлича профилактика қилинмаслиги сабаб, беморлар ахволининг яхшилаб бораётган бир вақтда бирданига кутилмаганда оғир асоратлар (ўткир қон кетиш, перфорация) ни келтириб чиқариб, хатто ўлим даражасигача етмоқда.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Ахмеджанова Г.А. Первичная резекция желудка при кровотечении язвенного генеза у больного с обширным ожогом туловища. Клиническое наблюдение// Вестник хирургии Казахстана №3, 2011. С.26-27.
2. Бабажанов А.С., Тоиров А.С., Ахмедов А.И. «Выбор хирургической тактики лечения при язвенных гастродуоденальных кровотечениях». Международный научный журнал: Наука и Мир, № 4 (80), 2020, Том 2. Стр 62-65
3. Батырова А.Н., Бердалина Г.С. Роль стресса и адаптации в развитии эрозивно-язвенных повреждений желудочно-кишечного тракта (обзор литературы) // Вестник КазНМУ, №2(2)- 2014. с.24-25.
4. Вагнер Д. О., Шлык И. В., Юрина В. Н. Факторы риска эрозивно-язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у пострадавших с тяжелой термической травмой//Вестник анестезиологии и реаниматологии 2016. Т. 13, № 2.С.13-20.
5. Виноградов Ю.М. Патогенетическое обоснование путей прогноза, профилактики и устранения острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных: автореферат канд. мед. наук: 14.01.17 / Виноградов Юрий Михайлович. - Санкт- Петербург, 2015. - 22 с.
6. Гельфанд Б.Р. , Филимонов М.И., Мамонтова О.А. и др. Профилактика и лечение стресс-повреждений ВО ЖКТ у больных в критических состояниях // Методические рекомендации. - Москва. - 2010. - 34 с.
7. Окунев, А.Ю., Эргашев О.Н., Виноградов Ю.М., Зиновьев Е.В., Лагвилава Т.О., Романенков Н.С. Патогенетическое обоснование путей профилактики и лечения кровотечений из острых эрозивно-язвенных поражений верхних отделов желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // Фундаментальные исследования. - 2012. - №7. - С.449- 455.
8. Оробей Ю. А. Острые поражения слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки: лечение и профилактика//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2010.№11.С.72-77.
9. Осипов И.С. Повреждения слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта у пациентов с полиорганной недостаточностью. Желудочно-кишечные кровотечения у тяжелообожженных: материалы городской научно-практич. конференции. М 1999; 13-15.
10. Сперанский И.И., Носенко В.М., Макиенко В.В., Тимошенко В.В. Особенности профилактики, диагностики и лечения острых эрозивно-язвенных поражений гастродуоденальной зоны у обожженных: пути и возможности улучшения оказания медицинской помощи//Вестник ВДНЗУ «Украинский медицинский стоматологический академия» Том 13, Выпуск 1(41).С.167-170.
11. Фаязов А.Д, Шарипова В.Х, Нарзиев М.М, Назарова Ф.С // Особенности инфузионной терапии у обожжен-

- ных больных с критическими термическими поражениями. Жизнеобеспечение при критических состояниях, Материалы Всероссийской конференции с международным участием. Москва-2019. С. 105-106
12. Фаязов А.Д., Ажиниязов Р.С. Особенности течения ожоговой болезни у лиц пожилого и старческого возраста. //Скорая медицинская помощь. России.2020;21(3):54-57.
 13. Чичков О.В., Скребин О.Н., Горшенин Т.Л., Сомов М.В., Русакевич К.И. Особенности клиники, диагностики и лечения больных кровоточащей гастродуоденальной язвой, пострадавших от ожогов//Журнал фундаментальные исследования № 10-1 2014. Пенза. С. 208-211.
 14. Эргашев О.Н., Зиновьев Е.В., Виноградов Ю.М. Возможности математического прогнозирования развития острых эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки у тяжелообожжённых//«Вестник хирургии» 2017.Том 176.№ 2.С.51-56.
 15. Alhazzani W., Alshahrani M., Moayyedi P., Jaeschke R. Stress ulcer prophylaxis in critically ill patients: revie of the evidence // Pol. Arch. Med. Wewn. - 2012. - Vol.122. - №3. - P.107-114
 16. Avendano-Reyes J. M., Jaramillo-Ramirez H. Prophylaxis for stress ulcer bleeding in the intensive care unit // Rev. Gastroenterol Mex. - 2014. - Vol.79. - №1. - P.50-55.
 17. Barkun A.N., Bardou M., Pham C.Q., Martel M. Proton pump inhibitors vs. histamine 2 receptor antagonists for stress-related mucosal bleeding prophylaxis in critically ill patients: a meta-analysis // Am. J. Gastroenterol. - 2012. - Vol.107. - №4. - P.507-520.
 18. Cook D. J., D. Heyland, L. E. Griffith, R. Cook, J. Marshall, J. Pagliarello Risk factors for clinically important upper gastrointestinal bleeding in patients requiring mechanical ventilation // Crit. Care. Med. - 1999. - Vol.27. - №12. - P.2812-2817.
 19. Fohl A.L., Regal R.E. World J. Proton pump inhibitor-associated pneumonia: Not a breath of fresh air after all? // Gastrointest. Pharmacol. Ther. - 2011. - Vol.2. - №3. - P.17-26.
 20. Heidelbaugh J.J., Kim A.H, Chang R., Walker P.C. Overutilization of proton-pump inhibitors: what the clinician needs to know // Therap. Adv. Gastroenterol. - 2012. - Vol.5. - №4. - P.219-232.
 21. Huang G., Liang B., Liu G., Liu K., Ding Z. Low dose of glucocorticoid decreases the incidence of complications in severely burned patients by attenuating systemic inflammation / // J. Crit. Care. - 2015. - Vol.30 - №2. - Published online: 2014 September 22.DOI: 10.1016/j.jcrc.2014.09.016.
 22. Lanás A., Carrera-Lasfuentes P., Arguedas Y., García S., Bujanda L., Calvet X., Ponce J., Perez-Aisa A., Castro M., Munoz M., Sostres C., Garcia-Rodriguez L.A. Risk of upper and lower gastrointestinal bleeding in patients taking nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents or anticoagulants // Clin. Gastroenterol. Hepatol. - 2015. - Vol.13. - №5.
 23. MacLaren R., Reynolds P.M., Allen R.R Histamine-2 receptor antagonists vs proton pump inhibitors on gastrointestinal tract hemorrhage and infectious complications in the intensive care unit // JAMA Intern. Med. - 2014. - Vol.174. - №4. - P.564-574.
 24. Marik P.E., Vasu T., Hirani A., Pachinburavan M. Stress ulcer prophylaxis in the new millennium: a systematic review and meta-analysis // Crit. Care Med. - 2010. - Vol.38. - №11. - P.2222-2228.
 25. Metz D.C., Fulda G.J., Olsen K.M., Monyak J.T., Simonson S.G., Sostek M.B. Intravenous esomeprazole pharmacodynamics in critically ill patients // Curr. Med. Res. Opin. - 2010.- Vol.26. - №5. - P.1141-1148.
 26. Sachs, G Shin J.M., Hunt R.. Novel approaches to inhibition of gastric acid secretion // Curr. Gastroenterol. Rep. - 2010. - Vol.12. - №6. - P.437-447.
 27. Syam, A.F. Simadibrata M. Gastric ulcer induced by systemic hypoxia // Acta.Med.Indones. - 2011. - Vol.43.-№4. - P.243-248.
 28. Yenikomshian, H. Yenikomshian H., Reiss M., Nabavian R. Gastric feedings effectively prophylax against upper gastrointestinal hemorrhage in burn patients // J. Burn Care Res. - 2011. - Vol.32. - №2. - P.263-268.