

УДК:616-001/09.616-072/085.

ОФИР КҮЙГАН БЕМОРЛАРДА СТРЕСС ЯРАЛАРИНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОЛАШ

Даминов Феруз Асадуллаевич, Карабаев Худойберди Карабаевич, Рузибоев Санжар Абдусаломович
Самарқанд давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ СТРЕССОВЫХ ЯЗВ У ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ

Даминов Феруз Асадуллаевич, Карабаев Худойберди Карабаевич, Рузибоев Санжар Абдусаломович
Самарқандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF STRESS ULCERS IN HEAVY-WATERED

Daminov Feruz Asadullaevich, Karabaev Khudoyberdi Karabaevich, Ruziboev Sanjar Abdusalomovich
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: feruzdaminov1986@gmail.com

Аннотация. Мақолада оғир күйган беморларда стресс яраларнинг келиб чиқшини олдини олишида патогенетик терапиянинг ролі үрганилади. Овқат ҳазм қилиш трактининг юқори бўлимларидан эрозив-ярали қон кетишлар оғир термик күйишларнинг энг жиддий асоратларидан биридир. 2015-2019 йилларда даволанган 103 оғир күйган(чукур күйши майдони 20-40%) беморларнинг даволаш натижалари таҳлил қилинган, уларда күйши касаллиги гастродуоденал қон кетиш билан асоратган. Тадқиқотлар шуну кўрсатдиги, күйган беморларда ошқозон-ичак трактида массив қон кетишини тўхтатишида комплексли гемостатик, алмашибирувчи ва ангипротекторли терапия фонидаги эндоскопия усулини танлаши патогенетик асосланган.

Калим сўзлар: патогенетик терапия, күйши касаллиги, гастродуоденал қон кетишлар.

Abstract. The article discusses the role of pathogenetic therapy in the prevention of stress ulcers in patients with severe burns. Gastroduodenal bleeding complicates the course of a burn disease and in some cases can increase the likelihood of a fatal outcome in patients with severe thermal injury. An analysis was made of 103 patients with severe thermal injury (a deep burn area of 20-40% bp) who were treated from 2015 to 2019, in whom the course of the burn disease was complicated by the development of gastroduodenal bleeding. Studies have shown that a pathogenetically substantiated method of choice for the development of massive bleeding in burned patients is endoscopic stop on the background of complex hemostatic, replacement and angioprotective therapy.

Key words: pathogenetic therapy, burn disease, gastroduodenal bleeding.

Долзарблиги. Ошқозон-ичак трактишиллик пардаларининг заарланиши, эрозиялар ва яралар ҳосил бўлиши оғир күйган беморларнинг ҳәётини хавф остига қўядиган энг жиддий асоратларга киради. Стресс яраларга биринчи бўлиб J.Swan (1823) тавсиф бериб, катта майдондаги күйишлардан ўлган ўғил боланинг ошқозони шиллик пардасида “қасмоқларга (коракўтирга) ўхшаш жуда чукур ва умуман кора ясси дөгларни аниқлаган. 1842 йилда T.B. Curling кенг чукур күйишлар билан 10 та касалдаги ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг ўткир яраларини батафсил тавсифлаб берган. Куйиш шоки билан касалларда Курлинг яралари 11-78% ҳолатларда учрайди [1, 5, 8].

Овқат ҳазм қилиш трактининг юқори бўлимларидан эрозив-ярали қон кетишлар оғир

термик күйишларнинг энг жиддий асоратлари бўлиб, бундай қон кетишларнинг учраш даражаси турли муаллифлар маълумотларига кўра 3% дан 45% гача ташкил қиласди [4]. Куйганларда ошқозон-ичак трактининг (ОИТ) юқори бўлимларидан қон кетишида ўлим ҳолатлари 80% гача етиши мумкин. Оғир термик күйишлардан жабрланганда ОИТнинг юқори бўлимларида эрозив-ярали заарланишлар ва улардан қон кетишининг содир бўлиш даражаси куйиш майдони ва чукурлиги ҳамда куйиш шокининг даражасига боғлиқлиги аниқланган [2, 3, 5].

Куйган беморларда ўткир эрозия ва меъда яраларидан қон кетишнинг учраши эса 0,15%дан 90% гача [6]. Гастродуоденал қон кетишлар беморларнинг 1-3 фоизида ўлимга олиб келади [3, 4], бироқ пневмония, шок, умумий ёки турли

комбинацияли инфекциялардан паст бўлса ҳам [1, 7], кўп йиллар давомида ўткир яралар билан оғриган беморларда ўлим кўрсатгичи юқори даражада бўлиб, 50-100% ни ташкил этади [6, 8]. Ўлимнинг бевосита сабаби бўлмаса ҳам, бундай асоратлар куйиш касаллигини сезиларли даражада оғирлаштириб унинг прогнозини сезиларли даражада ёмонлаштиради. Оғир куйганларда 56-75% ҳолатларда меъда-ичак тизимининг эрозия ва ярали заарланишлари симптомсиз кечиб, улар фактингина аутопсияда ташхисланади [3, 6].

Тадқиқот материали ва методлари.

Тадқиқот Республика шошилинч тез ёрдам илмий маркази Самарканд филиали комбустиология бўлимида 2015-2019 йилларда даволанган 103 нафар беморларнинг даволаш натижаларига асосланган. Кузатув гуруҳдаги 103 бемордан 41 нафари (39,81%) да стресс яралар борлиги аниқланган. Эркаклар 65 нафар (63,11%), аёллар 38 нафарни (36,89%)ни ташкил этади. Беморларнинг ўртача ёши 17дан 72 гача оралиқда ($41,5 \pm 3,5$ ёш). Бунда 20 нафар беморда (48,78%) стресс яралари оғир ва ўта оғир даражада, 41 нафар бемордан 21 нафарида эса (51,21%) хаёт прогнози ёмон эди. Беморлар икки гурухга ажратилди. Биринчи гурух беморларга (n=73) гистамин H₂ – рецепторлари блокаторлари шок ҳолатда қабул қилингандан бошлаб 20 мг дан кунига 1 – 2 марта 7 – 10 кун давомида, баъзида 20 кунгacha венага юборилди. Септикотексемия босқичида эрталаб ва кечқурун 20 мг дан рег ос 24 – 30 кун давомида берилади.

Солишириш гурухини (n=28) турли сабаблар туфайли гистамин H₂ – рецепторлари блокаторлари қабул қилмаган bemорлар ташкил қиласди. Улардан айримлари антоцидлар (натрий гидрокарбонат, кальций карбонат), гастропротекторлар (сукральфат ёки алюминий сахарозасульфат) қабул қиласди.

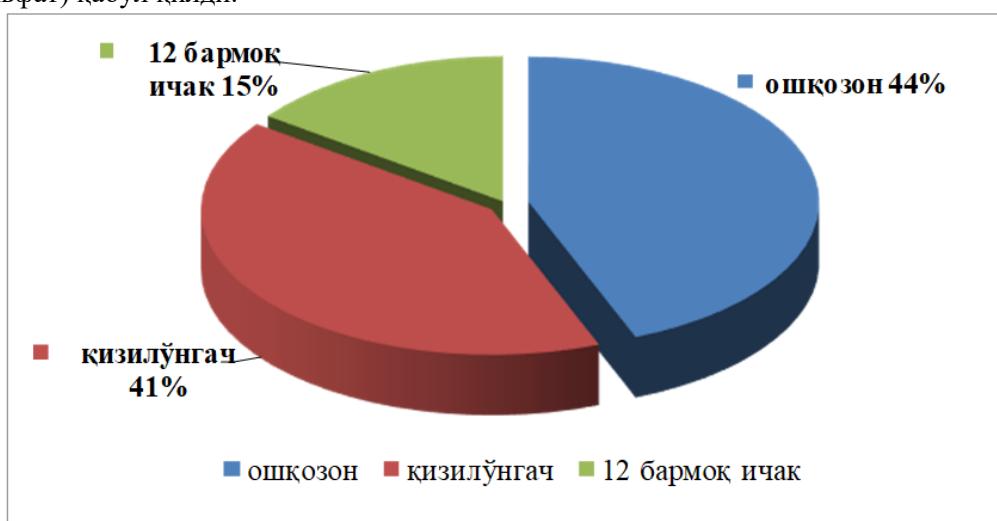
Натижалар ва уларнинг муҳокамаси. Кон кетиши манбаси таҳлилида қўйдагилар аниқланади. ЭГДФС диагностикаси назорат гурухида ошқозон ичак тракти юқори қисмларида шиллик қаватида эрозиялар 9 нафар (8,73%) bemорда, яра дефектлари 12 нафар (11,65%) bemорда кузатилди. Бундан ташқари 41 bemордан 5 нафарида (4,85%) шиллик қаватлар эрозияси ва ўткир яралар аниқланади.



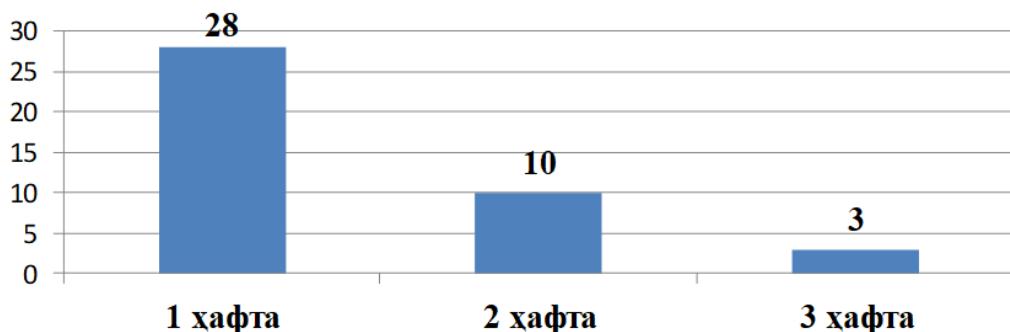
Расм 1. Ошқозон антрал қисмида кўплаб яралар

Эрозияли яллигланиш қизилўнгач ва ошқозонда бир ҳил даражада бўлиб, 12 бармоқли ичакда ўткир эрозиялар кам учрайди (расм 2).

Барча ҳолатларда эрозияли ўзгаришлар кенг камровли бўлиб ўзаро қўшилишга мойил. Патологик жараён локализацияси қизилўнгачда асосан пастки қисмида, меъданинг эса туб соҳасида аниқланади. Яралар локализацияси эрозиялардан фарқли бўлиб, асосан ўн икки бармоқ ичакда кузатилади. Қизилўнгачда яралар аниқланмади. З-расмда стресс яралар катта қисмини 28 нафар bemорда (68,29%) жароҳатнинг биринчи хафтасида ташхисланганлигини кўриш мумкин.



2 – расм. Шиллик қаватда эрозив заарланишлар локализацияси.



3-расм. Стрессли гастродуоденал яралар ривожланиши муддати

Биринчи гурӯхда ($n=73$) гистамин H_2 -рецептори блокаторлари (ранитидин, гистодил, квамател) билан даволанишнинг 2-3 кунида эпигастрал соҳада оғрик синдроми, ошқозон соҳасида дискамфорт хиси сезиларли пасайиши, зарда қайнаши, кекиришнинг деярли йўқолиши, ошқозон ичак трактида парез намоён бўлишининг пасайгандиги кузатилди. pH-метрияда дастлабки кўрсатгичдан 52%гача кўтарилигандиги белгиланди.

1 мм диаметрли эрозияларнинг тикланиши ўртча 8-10 кунда кузатилди. Ўтқир яралардан қон кетиши 8 нафар беморда (73 нафардан) (10,95%), аникланиб, эндоскопик терапиядан сўнг тўхтаган. Бир нафар беморда кабулнинг иккинчи суткасида рецидив қон кетиши кузатилди.

Солиштириш гурӯхи беморларида ($n=28$) оғрик синдроми, меъда соҳасидаги дискомфорт, зарда қайнаши ва кекириш 7-10 кун давомида кузатилди. Баъзиларида қусиши ҳолатлари хам кузатилди. pH-метрияда pH-нинг бор йўғи 25% гача дастлабки кўрсатгичдан ошгани аникланди. 28 нафар бемордан 21 нафарида қон кетиши аникланиб, эндоскопик терапия ёрдамида тўхтатилди. Учта ҳолатда рецидив келиб чиқди. 10 ҳолатда беморларда доимий қон кетиши тезкор тартибдаги эндоскопик гемостаз (инъекция, клиплаш, коагуляция) бажарилди. Уч ҳолатда амалга оширилган гемостаз ностабиллиги сабабли тезкор гастродуоденотомия хирургик усулда қон кетиши тўхтатилди. Қолган етти ҳолатда эндоскопик усулда қон кетиши тўхтатилишига эришилган. Кейинги антисекретор терапия бу беморлarda рецидивга қарши режимда, яъни узлуксиз инфузия (8мг/соат) кўринишида ўтказилди. Шунга қарамасдан икки беморда қон кетиши рецидиви ривожланди ва уларда тезкор тартибида хирургик операция ўтказилди.

Қон кетиши кузатиган 22 нафар бемордан рецидив ҳавфи юкори бўлган 9 нафар беморда ташхисланган. Касалларнинг бу қисмида спонтан гемостазни кучайтириш учун қон кетган қисм ва унинг атрофига адреналин инъекция килинди. Бундан ташқари антисекретор терапия, рецидивга қарши терапияга ўзгартирилди. Шунга қарамасдан ушбу 9 нафар беморнинг уч нафарида

рецидив қон кетиши ташхисланган. Бу беморларда тўлиқ гемостазга қайта даво-диагностик эндоскопиялар натижасида эришилди. Қолган 6 нафар бемордаги спонтан гемостаз рецидив ҳавфи паст бўлиб, гемостази қайта эндоскопия натижасида эришилади. Тўлиқ гемостаз бирламчи эндоскопияда 32 нафар бемордан 26 нафарида кузатилди (уларда кўйиш касаллиги меъда ичак тизимида қон кетишилар билан оғирлашган). Қолган 2 нафар беморларда (6,25%) қон кетиши қайталанди, бу ҳолатда клиник амалиётда гастродуоденотомия ва хирургик гемостаз усули кўлланилди. Бироқ муаммони ечишнинг кейинги тактикаси индивидуал қарор билан қабул килинди. Бунда қон кетиши жойи, интенсивлиги, кўйиш жарохати оғирлик даражаси инобатга олинади. Бундай дифференциал ёндошиш ёрдамида қайталанган қон кетиши кузатилган 9 нафар беморнинг 3 нафарида даво эндоскопияси даврида стабил гемостазга эришилди. Шундай қилиб, 2 нафар беморда қон кетишини хирургик гемостаз ёрдамида яъни тезкор гастродуоденотомия амалиёти қулланилди. Операция асосан қон кетаётган жойни тикиш ва кейинги пилоропластика ва ваготомия билан ўтказилди. Кўйиш жарохатини даволаш босқичларида ўтқир ярадан қон кетишининг клиник ёки эндоскопик белгилари, унинг ривожланиши ҳавфида (тромб-лахта), ўтқир яралар ривожланиши (яранинг чукурлашиши ёки кенгайиши), асосан яраси бор беморларда гиперхлоргидрияни олдини олиш мақсадида протон каналининг ингибитори (ЭГДФС назоратида) венага юборилади.

Охирги вақтларгача кўйиш билан жарохатланган беморларда меъда ичак яралари хирургик муаммо деб қараларди. Бизнинг натижаларимиз бу муаммо комбустиолог ва эндоскопистлар томонидан ечилиши ва бунда хирургик амалиётни охирги чора сифатида қуллаш, асосан профлактик ва даво чоралари билан ҳал этиш лозимлигини курсатади. Ўрганилган патогенезни инобатга олиб (унинг асосида микроциркуляциядаги тизимли бузилишлар ҳамда кислота-пептик факторлар ётади), шулар маълум булдики, меъда резекцияси,

ваготомия каби хирургик амалиётлар күйиш касаллигига патогенитик ахамиятга эга эмас.

Хулоса. Күйиш касаллиги билан оғриган bemорларда ошқозон-ичак трактида массив қон кетишини тұхтатища комплекс гемостатик, ангиопротекторлы терапия фонидаги эндоскопия усулини танлаш патогенитик асосланған. Бу усулдан фойдаланиш имкони бўлмаганда ёки самараисиз бўлганда қон кетишини тұхтатиши амалиёти лапаротомия, гастро- ёки дуоденотомия ва ярада қон томирни тикиш, ўткир яра перфорациясида эса (күйиш билан жарохатланған bemорлар ошқозон-ичак яраси ўткир бўлиб, яра касаллигига олиб келмайди) ярани тикиш, бунда гиперхлоргидрия вактинчалик бўлиб, күйиш касаллиги ўткир даври утгандан сўнг дастлабки ҳолига қайтади. Таъкидлаш жоизки, қон оқишини эндоскопик тұхтатиши гастродуоденал қон кетиши билан ҳаста бошқа турли категориядаги bemорларда асосий ўринни эгаллайди.

Адабиётлар:

1. Алексеев А.А., Бобровников А.Э. и др. Хирургическое лечение пострадавших от ожогов: клинические рекомендации. Общероссийская общественная организация «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Москва, 2015. – 12 с.
2. Бобровников А.Э., Крутиков М.Г. Анализ эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта и кровотечений из них у пострадавших с ожогами //Мат. конф. «Термические поражения и их последствия». Ялта 2016, с 43-47.
3. Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Тагаев К.Р. и др. Желудочно-кишечные кровотечения у обожженных // Сб. научных трудов межд.конф. «Термические поражения и их последствия», V съезд комбустиологов России, 31 октября - 3 ноября, Москва 2017 года. – с. 67-68.
4. Карабаев Б.Х., Тагаев К.Р., Рахманов Ш.А. и др. Эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта у тяжелообожженных // Сб. научных трудов III съезда комбустиологов России, 15-18 ноября, 2010 г. Москва, 2010. – с. 87-88.
5. Кенжемуратова К.С., Тагаев К.Р., Рузибоев С.А., Некбоев Х.С. Энтеральное питание при ожоговой болезни // Сб. научных работ III съезда

комбустиологов России. Москва 15-18 ноября 2010 г. С. 92-93.

6. Меломед В.Д., Головня В.И. Язвы Curling как хирургическая проблема // Вопросы травматологии и ортопедии, 2012. - №2(3). – с. 91.
7. Kim Y.J., Koh D.H., Park S.W. et al. Upper gastrointestinal bleeding in severely burned patients: a case-control study to assess risk factors, causes and outcome // Hepatogastroenterology. - 2014. - Vol.61. - №136. - P.2256-2259.
8. Plummer M.P., Blaser A.R., Deane A.M. Stress ulceration: prevalence, pathology and association with adverse outcomes // Crit. Care.2014. - Vol.18. - №2. - Published online: 2014 March 18. DOI: 10.1186/cc13780.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
СТРЕССОВЫХ ЯЗВ У
ТЯЖЕЛООБОЖЖЕННЫХ**

Даминов Ф.А., Карабаев Х.К., Рузибоев С.А.

Самаркандинский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

Аннотация. В статье рассматривается роль патогенетической терапии в профилактике возникновения стрессовых язв у пациентов с тяжелыми ожогами. Гастродуodenальные кровотечения осложняют течение ожоговой болезни и в некоторых случаях могут увеличивать вероятность наступления летального исхода у пострадавших с тяжелой термической травмой. Проведен анализ 103 пострадавших с тяжелой термической травмой (площадь глубокого ожога 20-40% п.т.), находившихся на лечении с 2015 по 2019 годы, у которых течение ожоговой болезни осложнилось развитием гастродуodenального кровотечения. Исследования показали, что патогенетически обоснованным методом выбора при развитии массивного кровотечения у обожженных является эндоскопическая остановка на фоне комплексной гемостатической, заместительной и ангиопротекторной терапии.

Ключевые слова: патогенетическая терапия, ожоговая болезнь, гастродуodenальные кровотечения.