

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLIY TA’LIM, FAN VA INNOVATSIYALAR VAZIRLIGI**

**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI**

TOSHKENT DAVLAT TIBBIYOT UNIVERSITETI

**OSHQOZON ICHAK TIZIMIDAN QON KETISH SINDROMI.
YARALI VA YARASIZ KELIB CHIQQAN
GASTRODUODENAL QON KETISHLAR**

**Tibbiyot oliy ta’lim muassasalari tibbiy pedagogika va davolash fakultetlari
VI kurs talabalari uchun o‘quv-uslubiy qo‘llanma**

TOSHKENT 2025

Ishlab chiqaruvchi muassasa: Toshkent davlat tibbiyot universiteti, oilaviy tibbiyotda xirurgik kasalliklar kafedrası

Tuzuvchilar:

1. O.R. Teshayev- TDTU oilaviy tibbiyotda xirurgik kasalliklar kafedrası mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor
- 3.X.A.Xolov- TDTU oilaviy tibbiyotda xirurgik kasalliklar kafedrası dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi
2. F.G.Bobosharipov - TDTU oilaviy tibbiyotda xirurgik kasalliklar kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

1. B.B. Islamova– Toshkent Kimyo xalqaro universiteti, klinik fanlar kafedrası dotsenti, tibbiyot fanlari nomzodi
2. A.S.Murodov – TDTU oilaviy tibbiyotda xirurgik kasalliklar kafedrası katta o'qituvchisi, tibbiyot fanlari doktori

Toshkent Davlat Tibbiyot Universitetining Markaziy uslubiy kengashining 2025 yil "___" _dagi "___"-son qarori bilan tasdiqlandi.

Toshkent Davlat Tibbiyot Universitetining Ilmiy kengashining 2025 yil "___" _dagi "___"-son qarori bilan tasdiqlandi.

Amaliy mashg'ulot

MAVZU: «Oshqozon ichak tizimidan qon ketish sindromi. Yarali va yarasiz kelib chiqqan gastroduodenal qon ketish tashxisi bilan qabulga kelgan bemorlarni ko'rish, kuratsiya qilish, qorin palpatsiyasi va perkussiyasini bajarish, EGDFS tekshiruv usullarini bajarishda qatnashish.

Qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi va paraezofagal churralardan qon ketish tashxisi bilan qabulga kelgan bemorlarni ko'rish, kuratsiya qilish, qorin palpatsiyasi va perkussiyasini bajarish, EGDFS tekshiruv usullarini bajarishda qatnashish. Qon taxlillari va kasallik sabablarini aniqlash. Oshqozon yuvish amaliyotini bajarish. Reabilitatsiya bilan shug'ullanish. Profilaktika choralarini ko'rish.»

1. Mavzuning dolzarbligi.

Oshqozon-ichak yo'llaridan qon ketishi bugungi kunda ham shoshilinch jarrohlik amaliyotida dolzarb masalalardan biri hisoblanadi. Ushbu patologiyani aniqlash, davolash strategiyasini belgilash hamda uning og'ir kechishi va oqibatlarini baholash jarayoni murakkabligicha qolmoqda. Adabiyotlar malumotlariga ko'ra uchrash chastotasi har 100 ming aholiga nisbatan 80-150 ta holatda to'g'ri kelmoqda. Davolash va diagnostika usullari yaxshilanishiga qaramasdan og'ir darajali qon ketishlarda o'lim ko'rsatkichi 6-15% tashkil qiladi. Adabiyotlar tahlili shuni ko'rsatadiki oshqozon ichak yo'lidan qon ketish muammosi haligacha to'liq yechilmagan, juda dolzarb bo'lib, ham nazariy, ham amaliy jixatdan tizimli o'rganishni talab qiladi.

2. Fanlararo va fanlar ichra aloqalar

Ushbu mavzuni o'rganish talabalarning xirurgiya, gastroenterologiya, anatomiya, fiziologiya, patofiziologiya bo'yicha olgan bilimlariga asoslanadi. Mashg'ulot davomida olingan bilimlar gastroenterologiya, xirurgiya, terapiya, gepatologiya fanlarida foydalaniladi.

3. Mashg'ulotning tarkibi

Amaliy mashg'ulot

1. Kirish qismi
2. Nazariy qism
3. Analitik qism
- Test va vaziyatli masalalarlar
4. Amaliy qism

Kirish qismi

Oshqozon-ichak traktidan qon ketishi (OITQK) shoshilinch jarrohlik amaliyotida hozirgi kunda ham eng dolzarb muammolardan biri bo'lib qolmoqda. Ushbu patologiya yuqori uchrash chastotasi, og'ir klinik kechishi va yuqori letallik ko'rsatkichi bilan ajralib turadi. Kasallikning tashxisini qo'yish ko'p hollarda murakkab bo'lib, bemorning umumiy ahvoli, qon ketish manbaini aniqlash zarurati hamda vaqt omili bilan bevosita bog'liqdir. Adabiyotlar malumotlariga ko'ra shifoxonaga yotqizish ko'rsatkichi yiliga 100000 aholiga nisbatan 80-150 ta holatda to'g'ri kelmoqda va uchrash chastotasi ortib bormoqda. Oshqozon ichak traktining yuqori qismidan qon ketishi pastki qismidan qon ketishiga qaraganda ko'p uchraydi. Qon ketishi erkaklarda ayollarga nisbatan 2.5-3 barobar ko'p uchraydi. Yosh ulg'aygan sari meda ichak yo'lidan qon ketish xavfi oshib boradi. Negaki ualrda a'zo va tizimlar faoliyatining turli darajadagi buzilishi mavjud bo'lib, bu holat o'z navbatida o'tkir qon ketishi va operatsiyaga bo'lgan chidamlilikni kamayishiga olib keladi. Meda ichak traktining yuqori qismidan qon ketishi ushbu qon ketishlarning 80-85% tashkil qiladi. Davolash va diagnostika usullari yaxshilanishiga qaramasdan og'r darajali qon ketishlarda o'lim ko'rsatkichi 6-15% tashkil qiladi. Meda ichak yo'lidan qon ketganda yuqori o'lim ko'rsatkichining sabablari bemorlarning shifoxonaga kech murojaat qilishi, qon ketish manbasini aniqlashda yo'l qo'yilgan xatoliklar, noto'g'ri tanlangan operatsiya usullari, operatsiyadn keying davrda kamchiliklar, asoaratlarni oldini olishga qaratilgan chora tadbirlarni o'z vaqtida olib borilmaganligi xam o'lim ko'rsatkichining yuqori bo'lishida muhim axamiyat kasb etadi.

Adabiyotlar tahlili va kunlik amaliyotlar shuni ko'rsatadiki, hozirgacha meda-ichak yo'lidan qon ketishini davolash to'g'risida bahs-munozarali, bazan noto'g'ri prinsiplar mavjud. Xususan ushbu toifadagi bemorlarni operatsiya qilish vaqtlari va ularda qo'llaniladigan operatsiyalarning nomi hamda muddatlari haqida chalkashliklar mavjud. Meda ichak traktining klinik endoskopiyasi jarroxlik amaliyotiga keng ko'lamda kirib keldi. Ammo, hozirgi kungacha adabiyotlarda gemostaz turg'unligining belgilari haqida turli xil fikr muloxazalar bildirilmoqda. Bu esa asoslanmagan kutish taktikasini qo'llashga olib kelmoqda. Ko'pchilik davolash muassasalarida turli xil sabablar tufayli qonni to'xtatib, bemorni og'ir axvoldan olib chiqish va uni radikal jarroxlik usuliga tayyorlash imkinini beruvchi qon to'xtatishning emdoskopik usullari qo'llanilmaydi. Shuningdek, oshqozon ichak yo'lidan o'tkir qon ketishi bo'lgan bemorlarni infuzion – tarnsfuzion davolash dasturi haqida ham yakdillik yo'q.

Yuqorida aytilgan fikrlar shundan dalolat beradiki, oshqozon ichak yo'lidan qon ketish muammosi to'liq yechilmagan, juda dolzarb bo'lib, ham nazariy, ham amaliy jixatdan tizimli o'rganishni talab qiladi.

Nazariy qism

OSHQOZON -ICHAK TRAKTIDAN QON KETISHI QISQACHA TARIXI

Oshqozon-ichakdan qon ketishi haqida dastlabki ma'lumotlar Gippokrat, Galen, Sels va Avitsenna tomonidan yozilgan. Oshqozon va 12 barmoqli ichak yarasidan qon ketishi keyinroq tasvirlangan. Bemorning o'limiga sabab bo'lgan kuchli qon ketish manbai sifatida birinchi oshqozon yarasi 1704 yilda Littre tomonidan yozilgan. Oshqozon yarasi va uning asoratlari, birinchi navbatda, qon ketishining birinchi tizimli tavsifi Fyodor Hudin tomonidan 1816 yilda "Surunkali kasalliklar bo'yicha akademik o'qishlar" da taqdim etilgan. 1829 yilda Kryuvele meda yrasining patologianatomik ko'rinishi va belgilarini yozgan. Uning fikricha og'riq qayt qilish va qon ketishi meda yarasining asosiy belgilarini tashkil qiladi. Ushbu belgilar Kryuvele uchligi nomini olgan. 1880 yilda Eiselberg birinchi bor qoanyotgan oshqozon yarasini tikish operatsiyasini qo'llagan. natijaasi yomon bo'lishiga qaramasdan, ushbu operatsiya bu

patologiyani davolashda yangi davrni boshlab berdi.1886 yilda hacker birinchi bo'lib qonayotgan yarani ponasimon kesish operatsiyasini muvaffaqiyatli ravishda amalga oshirdi hamda bu operatsiyani quvvatsiz bemorlarda qo'llashni taklif qildi. Oshqozonni kesish va hatto boshqa yengilroq operatsiyalardan keying yuqori o'lim ko'rsatkichi Kronleinni qon ketish avjida kutish taktikasini qo'llash va bemorlar kamqonlik holatidan chiqqachgina operatsiya taklif qilish lozim dekan fikrni aytgan.Shu davrda Rossiya xirurglaring VI sezdida meda yaralarini jarroxlik davolash usuli haqida axborot berildi. S.I.Spaskokukotskiy o'tkir yarali qon ketishi bo'lgan yettida holatni jarroxlik usulida davolash natijalari haqida ma'lum qilib, profuz qon ketganda shoshilinch operatsiya qo'llash tarafdori ekanini aytdi.193 yilda S.S.Yudin quyidagicha yozgan edi "juda ham yosh bo'lmagan va juda ham qari bo'lmagan bemorlarda qon ketishining yarali tavsifda ekanini ko'rsatuvchi ma'lumotlar yetarli bo'lsa,kutgandan ko'ra ularni operatsiya qilgan maqul. Agar operatsiya qilinsa,darhol yani birinchi kecha kunduz davomida qilish kerak.Yo'qotilgan vaqtni hech qanday transfuziyalar bilan qoplab bo'lmaydi".Ko'p yillar davomida oshqozonni kesish operatsiyasi yara kasalligida qo'llaniladigan yagona radikal usul bo'lib kelgan. 1960 yillarda jarroxlik amaliyotiga a'zoni saqllovchi operatsiya-vagotomiya kirib keldi. 1952-yil dekabrda Veynberg (Weinberg) birinchi marta organlarni saqllovchi operatsiyani - qon ketayotgan tomirni tikish va yarali gastroduodenal qon ketishlarida piloroplastika bilan vagotomiyani amalga oshirdi.1967-yil oktyabrda Geynik-Mikulich usuli bo'yicha piloroplastika bilan poya vagotomiyasi va qonayotgan yaraning kesib olinishi amalga oshirildi. Bu oshqozon-o'n ikki barmoq ichak yarali qon ketishlarida a'zolari saqllovchi jarrohlikka asos soldi.

So'nggi yillarda yarali gastroduodenal qon ketishi bo'lgan bemorlarni davolashning asosiy taktikasi qon ketishini endoskopik yo'l bilan to'xtatish va uning qaytalanishining oldini olishdan iborat. Rivojlanayotgan farmakoterapiya me'dadagi kislotalilikni ishonchli tarzda pasaytiruvchi dori vositalarini yaratish imkonini berdi.Uning qaytalanishining oldini olish davolashning asosiy taktikasi hisoblanadi.

OSHQOZON -ICHAK TIZIMIDAN QON KETISH TASNIFI

1. Joylashuviga ko'ra:

- Oshqozon-ichak traktining yuqori qismlaridan - Treyts boylamigacha (qizilo'ngach, oshqozon,o'n ikki barmoqli ichak).
- Oshqozon-ichak traktining quyi qismlaridan - Treyts boylamidan pastda (och ichak va yonbosh ichak, yo'g'on va to'g'ri ichak).

2. Etiologiyasiga ko'ra:

- Yarali (oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasidan):
 - o'tkir yaradan qon ketishi;
 - surunkali yaradan qon ketishi;
 - oshqozon ichak anastamoz peptik yarasidan qon ketishi;
 - Joylashuviga ko'ra, yarali qon ketishlar quyidagilarga bo'linadi:
 - Oshqozon yaralari (kardial, tana, antral qism, pilorik kanal; kichik, katta egrilik; oldingi, orqa devor).
 - O'n ikki barmoqli ichak yaralari (piyozcha, postbulbar, pastga tushuvchi qism; oldingi, orqa, yuqori, pastki devor).
 - Yarali bo'lmagan:
 - Mellori-Veyss sindromi;
 - qizilo'ngach va kardiya venalarining varikoz kengayishi;
 - eroziv gemorragik gastrit, ezofagit;
 - parchalanish bilan kechadigan xavfsiz va xavfli o'smalar;
 - qon tomir kasalliklari (Dielafua o'tkir eroziyasi, Rendyu-Weber-Osler kasalligi);
 - qon kasalliklari (Shenleyn-Genox, gemofiliya va boshqalar);
 - qizilo'ngach va o'n ikki barmoqli ichak divertikullari.

- boshqa kam uchraydigan kasalliklarda(Kron kasalligi,vaskulitlar,oshqozon zaxmi va sili)

3. Qon ketish xususiyatiga ko'ra:

- Davom etayotgan (oqim ko'rinishidagi (profuz), laminar, kapillyar).
 - To'xtagan :
- qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan;
- qaytalanish xavfi past bo'lgan.

4. Og'irlik darajasi (qon yo'qotish miqdori) bo'yicha:

- yengil;
- o'rtacha;
- og'ir.

Oshqozon-ichak traktining yuqori qismlaridan qon ketishining sabablari va chastotasi 1-jadvalda keltirilgan (V. S. Savelev, 2006-yil).

1- Jadval.

Sabablari	Uchrash chastotasi
I.Yarali qon ketishlar	44-49%
1. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi	42-46%
2. Oshqozon operatsiyalaridan keyingi takroriy yaralar	2-3%
II. Yaraga aloqador bo'lmagan qon ketishlar	51-56%
Ila. Qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak kasalliklari:	49-53%
1. O'tkir yaralar	12-15%
2. Shilliq qavat eroziv shikastlanishi	7-18%
3. Mellori-Veyss sindromi	8-11%
4. O'smalar (xavfli va xavfsiz)	4-7%
5. Varikoz kengaygan venalar	9-17%
6. Diafragma qizilo'ngach teshigi churralari, qizilo'ngach divertikullari	0,1% dan kam
7. Kuyishlar, mexanik jarohatlar, yot jismlar	0,1-0,5%
8.Operatsiyadan keyingi qon ketishlar (jarrohlik va endoskopik amaliyotlardan keying)	1,2-1,8%
Iib. Jigar, o't yo'llari va oshqozon osti bezi kasalliklari (jarohat, o'smalar, kistalar).	0,3-0,5%
Iiv. Qon tomir kasalliklari (Dielafua sindromi, aorta anevrizmasi, gemangiomalar, teleangiektaziyalar)	0,1-1,4%
Iig. Qon kasalliklari (gemofiliya, leykozlar, Verlgof kasalligi, Shenleyn-Genox kasalligi)	0,3-0,9%
Iid. Tizimli va boshqa kasalliklar (uremiya, amiloidoz).	0,6-1,1%

OSHQOZON-ICHAK TRAKTIDAN QON KETISHINING KLINIK KO'RINISHI

Oshqozon ichak traktining yuqori qismidan qon ketishi mahalliy va umumiy simptomatikadan tashkil topadi.

Mahalliy simptomlarga gematemezis va melena kiradi, bunda melena qon ketishning doimiy belgisi hisoblanadi.

Gematemezis (qonli qusish) - qusish massalari bilan o'zgarmagan yoki o'zgargan (kofe quyqasi rangi) qonning ajralishi.

Melena (qora, qatronsimon axlat) - o'zgargan qonning axlat massalari bilan ajralishi (qon yo'qotish hajmi 100 ml dan ortiq bo'lganda). Katta miqdordagi qon ketishida axlat to'q qizil rangda bo'lishi mumkin, chunki qon ichak bo'ylab tez harakatlanadi (ichak bo'shlig'idagi qon peristaltikani kuchaytiradi).

Qon yo'qotishning umumiy belgilari - terining oqarishi, holsizlik, terlash, og'iz qurishi, taxikardiya, kuchsiz puls, qon bosimining pasayishi. O'tkir ko'p qon yo'qotishda ongning chalkashligi, kollaps va shok kuzatiladi.

Oshqozon yara kasalligida qon ketishi kasallikning qo'zish davrida kuzatiladi. Qon ketishining darakhchisi og'riq sindromining kuchayishi bo'lishi mumkin. Qon ketishi boshlangandan so'ng og'riqning yo'qolishi kuzatiladi, chunki qon xlorid kislotani neytrallaydi.

QON YO'QOTISH OG'IRLIK DARAJASINI BAHOLASH

Qon yo'qotishning og'irlik darajasini baholash uchun Algover-Burri shok indeksidan foydalanish mumkin - bu puls chastotasining sistolik qon bosimiga nisbati (me'yorda 0,5). Qon aylanish tizimi buzilishlari bo'lmagan bemorlarda Algover-Burri indeksi 1,0 bo'lsa, bu taxminan 20% qon yo'qotishga, 1,5 bo'lsa, taxminan 40% umumiy qon hajmi yo'qotishga to'g'ri keladi. Algover-Burri shok indeksi qiymatining umumiy qon hajmi tanqisligi darajasiga bog'liqligi 2-jadvalda keltirilgan.

2-jadval - Algover-Burri shok indeksi qiymatining umumiy qon hajmi (UQH) tanqisligi darajasiga bog'liqligi

Algover-Burri indeksi	UQH tanqisligi, %
0,4-0,6	0
0,7-0,8	10
0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
> 1,5	> 40

Laboratoriya tekshiruvi qon yo'qotish darajasini aniqlashda juda muhim ahamiyatga ega.

Bunda gemoglobin konsentratsiyasi, eritrotsitlar soni va gematokrit ko'rsatkichi hisobga olinadi. Afsuski, faqat laboratoriya ma'lumotlariga asoslangan o'tkir qon yo'qotish tasniflari qon ketishining dastlabki bosqichlarida qo'llanila olmaydi. Kuchli qon ketishining dastlabki soatlarida gemoglobin, eritrotsitlar va gematokrit ko'rsatkichlari dastlabki qiymatlar doirasida qoladi, chunki autogemodilyutsiya rivojlanishga ulgurmaydi. Ba'zi tadqiqotlarda aniq ko'rsatilishicha, gematokrit ko'rsatkichi faqat o'tkazilayotgan infuzion davolashni aks ettiradi, ammo qon ketishining darajasini emas. Faqat 12-24 soatdan so'ng autogemodilyutsiya va o'rinsosar infuzion terapiya natijasida qizil qon ko'rsatkichlari pasayadi va dastlabki qon yo'qotish hajmini hisoblash imkonini beradi (V. N. Lipatov, 1969; Yu. A. Vostretsov, 1997). Qon yo'qotish hajmi (V. N. Lipatov, 1969; Yu. A. Vostretsov, 1997).

Klinik-laboratoriya ma'lumotlariga ko'ra qon yo'qotish darajalarining tavsifi 3-jadvalda keltirilgan.

3-jadval - Qon yo‘qotishning og‘irlik darajasini baholash mezonlari

Ko‘rsatkich	Qon yo‘qotishning og‘irlik darajasi		
	yengil	o‘rtacha	og‘ir
UQH tanqisligi, (%)	20 gacha	30 gacha	30 dan yuqori
UQH yetishmovchiligi, ml	1000 gacha	1500 gacha	1500 dan yuqori
Yurak urishi (zarba/daq)	100 gacha	110 gacha	110 dan yuqori
Sistolik qon bosimi (mm sim. ust.)	me‘yorida	90 dan yuqori	90 dan past
Eritrotsitlar soni	$> 3,5 \times 10^{12}/l$	$3,5-2,5 \times 10^{12}/l$	$< 2,5 \times 10^{12}/l$
Gemoglobin (g/l)	100 dan yuqori	80-100	80 dan past
Gematokrit, %	> 30	25-30	< 25
MVB (sm suv ust.)	5-15	5 dan past	0 dan past

Shoshilinch jarrohlik sharoitida nomogrammalardan foydalanish usullari qo‘llaniladi, masalan, gematokrit va gemoglobin konsentratsiyasi ma’lumotlari asosida globulyar hajmni aniqlash.

Qon yo‘qotish hajmini aniqlashning Mur formulasi (1) keng qo‘llaniladi.

$$V = P \times q \times \left(\frac{Ht1 - Ht2}{Ht1} \right), \quad (1)$$

bunda

V - qon yo‘qotish hajmi millilitrlarda;

P - bemorning vazni kilogrammlarda;

q - tana vazni bir kilogrammiga to‘g‘ri keladigan qon miqdorini aks ettiruvchi empirik son (erkaklar uchun 70 ml va ayollar uchun 65 ml);

Ht1 - me‘yordagi gematokrit (erkaklar uchun 40-50 va ayollar uchun 35-45);

Ht2 - qon ketishi boshlangandan 12-24 soat o‘tgach bemorning gematokriti.

Ht2 - qon ketish boshlanganidan 12-24 soat o‘tgach bemorning gematokriti.

Qon yo‘qotish hajmini aniqroq belgilash uchun UQH tekshiruvi imkon beradi. Eng yuqori aniqlikka Evans ko‘k bo‘yog‘i bilan bo‘yash usuli va radioaktiv xrom bilan nishonlangan eritrotsitlardan foydalanuvchi izotop usuli (aylanayotgan eritrotsitlar hajmini o‘lchash uchun) hamda radioaktiv yod bilan nishonlangan qon zardobi albumini (aylanayotgan plazma hajmini o‘lchash uchun) ega. Bu usullar suyultirish tamoyiliga asoslangan. Biroq, ko‘rsatilgan usullar ko‘p mehnat talab qilgani bois faqat ilmiy maqsadlarda qo‘llaniladi.

OSHQOZON-ICHAKDAN QON KETISHLARINI TASHXISLASH VA DAVOLASHDA ENDOSKOPIYANING O‘RNI

Shoshilinch FGDS ovqat hazm qilish tizimining yuqori qismlaridan qon ketishini aniqlashning asosiy usuli hisoblanadi. Tekshiruvga tayyorgarlik ko‘rish uchun oshqozonni qalin oshqozon zondi orqali yuvib oshqozon massalari va qon laxtalaridan tozalash amalga oshiriladi.

Oshqozon-ichakdan qon ketishida endoskopik tekshiruvning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat:

- Qon ketish manbasini aniqlash.
- Qon ketishi davom etayotgani yoki to‘xtaganini aniqlash.
- Endoskopik gemostaz o‘tkazish yoki qon ketishining qaytarilishini oldini olish.

Ma'lumotlarga ko'ra, o'n ikki barmoqli ichak yarasi diametri 0,8 sm dan katta va chuqurligi 4 mm dan ortiq bo'lsa, oshqozon yarasi esa diametri 1,3 sm dan katta va chuqurligi 6 mm dan ortiq bo'lsa, qon ketishi ko'proq takrorlanadi.

Endoskopik usul yakuniy gemostaz uchun, shuningdek, jarrohlik aralashuviga tayyorgarlik sifatida vaqtinchalik gemostaz uchun va sodir bo'lgan qon ketishda retsidivning oldini olish uchun qo'llaniladi.

Endoskopik gemostaz Forrest Ia, Ib, IIa qon ketishlarida ko'rsatilgan. Forrest IIc, III qon ketishlarida endoskopik gemostaz o'tkazilmaydi. Forrest IIb qon ketishlarida endoskopik gemostaz o'tkazish mumkin, ammo proton pompasi ingibitorlari bilan monoterapiyaning samaradorligi haqida ma'lumotlar mavjud.

Quyidagi endoskopik gemostaz turlari qo'llaniladi:

- Mono- va bipolyar diatermokoagulyatsiya.
- Argon-plazma koagulyatsiyasi.
- Lazerli fotokoagulyatsiya.
- Adrenalin inyeksiyalari.
- Etanol inyeksiyalari.
- Tomirlarni endokliplash.
- Tomirlarni endoligirlash.
- Dori-darmon eritmalari bilan yuvish.
- Yelimli applikatsiyalar.
- Kombinatsiyalangan usullar.

Ko'pincha diatermokoagulyatsiya va inyeksiya usullari qo'llaniladi, biroq tomirlarni klipslash eng yuqori samaradorlikka ega.

OSHQOZON-ICHAKDAN QON KETISHIDA KONSERVATIV DAVOLASH TAMOIYILLARI

Ma'lumki, yarali qon ketishlarning 3/4-4/5 qismidan ko'prog'i, shuningdek, aksariyat yarasiz qon ketishlar konservativ usullar bilan to'xtatiladi. Shunday qilib, o'tkir me'da-ichak qon ketishlarida davolash taktikasining asosini konservativ terapiya tashkil etadi. U, albatta, bir qator tashxis va davolash tadbirlari bilan uyg'unlashgan holda olib boriladi. Qon ketish sabablarining katta xilma-xilligini hisobga olgan holda, umumiy, yagona taktikani aniq tavsiflab bo'lmaydi.

Konservativ terapiyaning asosiy qoidalari quyidagilardan iborat:

1. Qat'iy yotoq rejimi, past qon bosimi holatida karavotning oyoq tomoni ko'tariladi.
2. Gemostatik davo (aminokapron kislotasi, natriy etamzilat, vikasol, yangi muzlatilgan plazma, kriopretsipitat) qo'llaniladi.
3. Infuzion terapiya (kolloid va kristalloid eritmalar) o'tkaziladi.
4. Kamqonlikda (eritrotsitar massa).
5. Mahalliy gipotermiya (qoringa sovuq qo'yish).
6. Ko'rsatmalarga ko'ra, nazorat uchun nazogastral zond o'rnatilishi mumkin.

Qon ketishining sababiga qarab turli xil dori-darmon bilan davolash usullari qo'llanilishi mumkin:

1. Yara etiologiyali qon ketishlarda - antisekretor terapiya (omeprazol, ezomeprazol, kvamatel, famotidin). Antisekretor terapiya boshqa etiologiyali qon ketishlarda ham asosli hisoblanadi - oshqozon-ichak yo'lining yuqori qismlaridagi qon ketish manbalarida tromblarning parchalanishini kamaytirish uchun.

2. Qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketganda portal tizimdagi bosimni pasaytirishga qaratilgan dori vositalari (nitrogliserin, somatostatin, vazopressin, terlipresin) qo'llash maqsadga muvofiq.

3. Oshqozon va ichak harakatlarini normallashtirish maqsadida prokinetik preparatlar (metoklopramid, serukal va boshqalar) qo'llaniladi.

4. Yarali qon ketishlarda, shuningdek, ko'plab yarali bo'lmagan holatlarda bemorlarni erta ovqatlantirish ko'rsatilgan (qon ketishini to'xtatish paytidan 2-3 sutka o'tgach). Meylengraxt (1934) parhezi qo'llaniladi. Bunda maydalangan, pyuresimon, yuqori kaloriyali ovqat kichik porsiylalar bilan kuniga kamida 5-6 marta beriladi.

Inson organizmi eritrotsitlar hajmining 2/3 qismini keskin yo'qotishga bardosh bera oladi, lekin plazma hajmining 1/3 qismi yo'qolishi o'limga olib keladi. Bu fakti inobatga olgan holda, qon ketishida eng muhim vazifa umumiy qon hajmi (UQH) taqchilligini bartaraf etishdir. Markaziy vena bosimining (MVB) suv ustunidan 3-5 sm past bo'lishi gipovolemiyadan dalolat beradi. Infuzion davolash MVB darajasi suv ustunining 10-12 sm ga yetguncha va soatlik diurez 25-30 ml ga yetguncha davom ettiriladi.

Infuzion vositalar

Kristalloid eritmalar orasida eng ko'p qo'llaniladigani 0,9% linatriy xlorid eritmasi, Ringer eritmasi, disol, trisol, atsesol va laktasol hisoblanadi.

Kolloid eritmalar sifatida poliglyukin, reopoliglyukin, reoglyuman, jelatinol, 6 va 10% li gidroksietilkraxmal (GEK), HAES, albumin ishlatiladi.

Qon yo'qotish darajasiga qarab konservativ davolash sxemasi.

Umumiy qon hajmining 20% i (1000 ml gacha) yo'qotilganda, qon yo'qotish hajmining 100-150% miqdorida kristalloid eritmalar yuborishdan iborat bo'lib, shu jumladan umumiy hajmning 20% igacha kolloidlar yuborish mumkin. Qon tarkibiy qismlarini quyish tavsiya etilmaydi.

Qon yo'qotish hajmi 20-30% UQH (1000-1500 ml) bo'lganda kristalloidlar (hajmning 60% gacha) va kolloidlar (hajmning 20% gacha), yangi muzlatilgan plazma (hajmning 20% gacha) infuziyasi amalga oshiriladi, umumiy infuziya hajmi qon yo'qotish miqdorining 150-220% ni tashkil etadi. Eritrotsitar massa quyish ko'rsatma emas.

Qon yo'qotish hajmi 30-40% UQH (1500-2000 ml va undan yuqori), gemoglobin 65-70 g/l va gematokrit 25-28% bo'lganda eritrotsitar massa yoki EMOLT, ko'rsatmalarga ko'ra trombotsitar massa quyish ko'rsatma hisoblanadi. Birinchi bosqichda kolloid (umumiy hajmning 30% gacha) va kristalloid eritmalar (hajmning 20% gacha) infuziyasi o'tkaziladi, so'ngra anemiya davolanadi. Infuziyaning umumiy hajmi qon yo'qotish miqdorining 220-300% ni tashkil etishi kerak, shu jumladan eritrotsitar massa hajmining 20% gacha va yangi muzlatilgan plazma 30% gacha bo'lishi lozim.

YARALI GASTRODUODENAL QON KETISHLAR

Yara etiologiyali qon ketish chastotasi yiliga har 100 ming aholiga taxminan 60 ta holatni tashkil etadi. Yara kasalligi bilan og'rigan bemorlarning o'rtacha 15-20 foizida qon ketish rivojlanadi. O'zbekiston Respublikasida qonayotgan yara sababli o'tkaziladigan operatsiyalar chastotasi har 100 ming aholiga o'rtacha 7,5-8,0 tani tashkil qiladi.

Oshqozondagi qonayotgan yarani birinchi marta kesib olib tashlash va hosil bo'lgan teshikni tikishni 1880-yilda Eiselberg amalga oshirgan. 1882-yilda van Kleef birinchi marta qonayotgan yarani kesib tashlash bilan oshqozonning pilorik qismini muvaffaqiyatli rezeksiya qilgan. 1952-yilda Weinberg vagotomiyani piloroplastika va qonayotgan tomirni tikish bilan birga bajargan.

Yarali qon ketishlarning ba'zi o'ziga xos xususiyatlari mavjud. Rivojlangan yarali qon ketishi uning takrorlanish xavfini oshiradi. Birinchi qon ketishidan so'ng o'rtacha 30% bemorlarda keyingi 5 yil ichida qaytalanish kuzatiladi, ikkinchisidan keyin esa qaytalanish xavfi 60% gacha ko'tariladi. Takroriy qon ketish ko'pincha avvalgisiga qaraganda og'irroq kechadi. Erkaklarda yara kasalligida qon ketishi ayollarga nisbatan 3 barobar ko'proq uchraydi. Yoshlarda qon ketishining manbai ko'pincha o'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lsa, 50 yoshdan oshganlarda esa oshqozon yarasi hisoblanadi.

J. Forrest bo'yicha yaradan qon ketish intensivligining endoskopik tavsifi:

1974-yilda J. Forrest va hamkasblari peptik yaradan qon ketishning endoskopik belgilarini tasvirlab berdilar va ularni tizimlashtirib chiqdilar. Hozirgi kunda ushbu tasnif butun dunyoda tan olingan.

F Ia – oqim bilan arterial qon ketishi

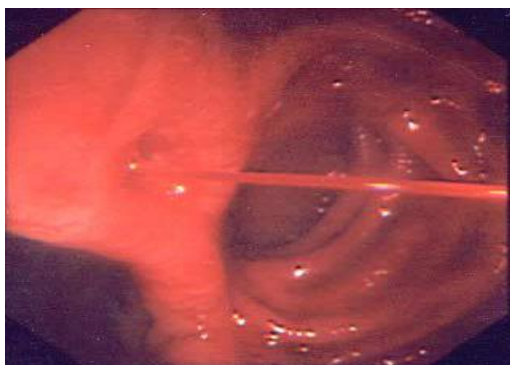
F Ib – tomchilab (sizib) venoz qon ketishi

F IIa – yara tubidagi mo‘rt qizil tromb

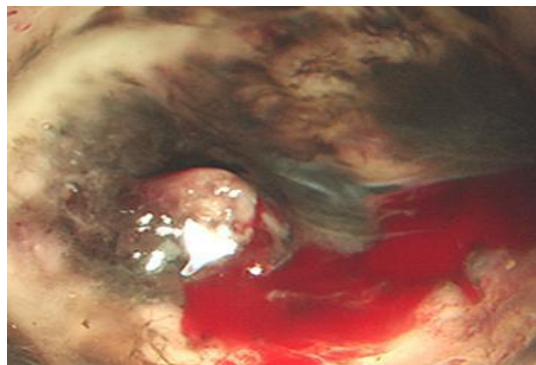
F IIb – yara tubidagi shakllangan, qora tromb

F IIc – qon ketish belgilari bo‘lmagan yara (yara tubi qora tekis dog‘ bilan qoplangan)

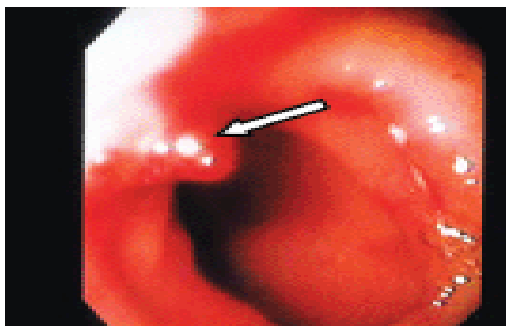
F III – tubi toza oq yara



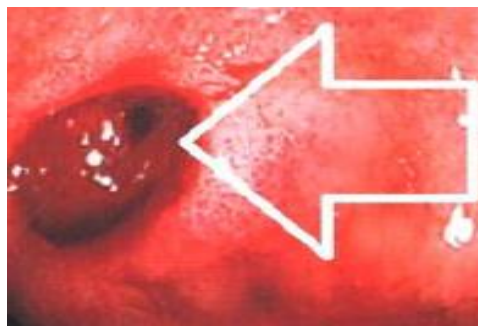
F IA – oqim bilan arterial qon ketishi



F IB – tomchilab kapilliyar qon ketishi



F IIA - qizil tromb bilan qoplangan yara



F IIB – yara tubidagi shakllangan, qora tromb



F IIc – yara tubi qora tekis dog‘ bilan qoplangan



F III – tubi toza oq yara

Yarali qon ketishlarda beqaror gemostazning endoskopik belgilari:

1. Yara zich, to‘q rangli tromb bilan qoplangan, oshqozonda “kofe quyqasi” mavjud, yangi qon yo‘q.
2. Yara kraterida qizil yoki jigarrang tromb bilan yopilgan qon tomir ko‘rinadi.
3. Yara kraterida pulsatsiyalanuvchi qon tomir ko‘zga tashlanadi.
4. Yara qizil rangdagi mo‘rt tromb bilan qoplangan.

Yarali qon ketishlarda barqaror gemostazning endoskopik belgilari:

1. Yara tubi fibrin bilan qoplangan.
2. Mayda tromblangan qon tomirlar (qora nuqtalar ko‘rinishida).
3. Yara tubi gemosiderin bilan qoplangan (yara tubining qora rangi).
4. Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakda qon izlari mavjud emas.

Yarali oshqozon-ichak qon ketishlarida taktika:

1. Gastroduodenal qon ketishi aniqlangan barcha bemorlar zudlik bilan jarrohlik bo‘limiga yotqizilishi shart.
2. Konservativ davolashni iloji boricha erta, hatto shifoxonaga yetib kelmasdan oldin boshlash lozim.
3. Og‘ir darajada qon yo‘qotgan bemorlarni reanimatsiya bo‘limiga yotqizish maqsadga muvofiq, ammo umumiy jarrohlik bo‘limida ham davolash mumkin.
4. Kuchli qon ketishlarda bemor qabul bo‘limidan bevosita operatsiya xonasiga olib kiriladi va u yerda barcha tashxis va davolash choralari amalga oshiriladi.
5. Davom etayotgan va yaqinda to‘xtagan qon ketishi endoskopik gemostaz uchun ko‘rsatma hisoblanadi.
6. Endoskopik gemostaz samarasiz bo‘lsa, davom etayotgan qon ketishi shoshilinch jarrohlik amaliyotiga ko‘rsatma bo‘ladi.
7. Qaytarilish xavfi past bo‘lgan to‘xtagan qon ketish konservativ davolashga ko‘rsatma bo‘lib, keyinchalik rejali operatsiya o‘tkazish mumkin. Qaytarilish xavfi yuqori bo‘lsa, bemor shoshilinch yoki kechiktirib bo‘lmaydigan operatsiyaga tayyorlanadi (umumiy ahvoli, hamroh kasalliklari, operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning yetarliligi e‘tiborga olinadi).
8. Shifoxonada qon ketishining qaytarilishi shoshilinch operatsiyaga ko‘rsatma hisoblanadi.

Qayta qon ketish xavfi mezonlari

Qon ketishining qaytalanish xavfining klinik va endoskopik mezonlari mavjud.

Klinik mezonlarga quyidagilar kiradi:

- 1) og‘ir qon yo‘qotish;
- 2) 65 yoshdan katta bemorlar;
- 3) APACHE III shkalasi bo‘yicha natija 85 balldan baland, APACHE II shkalasi bo‘yicha esa 11 balldan yuqori bo‘lishi.

Endoskopik mezonlarga quyidagilar kiradi:

- Forrest Ia, Ib, IIa bo‘yicha qon ketishi;
- Kalliyoz va penitratsiyalangan yara;
- o‘n ikki barmoqli ichak orqa devorining yarasi.

Ma‘lumotlarga ko‘ra, qon ketishining qaytalanishi 97% hollarda birinchi epizoddan keyin 72 soat ichida rivojlanadi (Lin va boshq., 1994).

Qon ketishidan keyin yaraning tubi toza bo‘lgan bemorlarda qaytalanish 5-7% hollarda kuzatilishi mumkin, operatsiyadan keyingi o‘lim esa 2 foizdan oshmaydi.

Yara qon laxtasi bilan to‘lganda qon ketishining qaytalanishini bemorlarning 20 foizida kutish mumkin, shoshilinch operatsiyalardan keyingi o‘lim darajasi esa 5-7 foizga yetadi.

Yaraning tubida katta tromblangan tomir bo‘lsa, qon ketishining qaytalanishi bemorlarning 40 foizida sodir bo‘ladi va operatsiyadan keyingi o‘lim 10 foizdan oshadi.

Davom etayotgan qon ketishi yoki laxta ostidan qon sizib chiqishi bo'lsa, gastroduodenoskopiyada to'xtatish mumkin bo'lgan holda ham, qon ketishining qaytalanishi bemorlarning 50 foizida rivojlanadi, operatsiyadan keying o'lim darajasi esa 15 foizdan oshadi.

ENDOSKOPIK GEMOSTAZGA KO'RSATMALAR

- Gemorragik shok belgilari bo'lmagan holda davom etayotgan oqimli qon ketish (Forest IA). Endoskopik gemostaz urinishi samarasiz bo'lsa, bu shoshilinch operatsiya uchun ko'rsatma hisoblanadi.
- Davom etayotgan laminar qon ketish (Forest IB). Bunday holatlarda endoskopik gemostaz urinishi tavsiya etiladi.
- To'xtagan qon ketish (Forest IIA, Forest IIB). Qo'shimcha endoskopik gemostaz, ayniqsa xavf guruhidagi bemorlarda (katta yoshlilar, og'ir hamroh kasalliklari borlar va boshqalar) qon ketishning qayta yuzaga kelish ehtimolini kamaytirishi mumkin.
- Forrest - 2C va Forest - 3 holatlarida endoskopik gemostaz o'tkazish tavsiya etilmaydi.

Yarali qon ketishlarda operatsiyaga ko'rsatmalar va operatsiya turini tanlash

Kuchli qon ketganda, konservativ davolash va endoskopik gemostaz usullari samarasiz bo'lganda, shuningdek kasalxonada qon ketish takrorlanganda shoshilinch jarrohlik amaliyoti ko'rsatiladi.

Konservativ va endoskopik gemostaz usullari ta'sir ko'rsatsa-da, qon ketishning qayta yuzaga chiqish xavfi yuqori bo'lsa, bemor kelganidan so'ng 12-24 soat ichida tezkor operatsiya o'tkaziladi. Ko'rsatilgan vaqt ichida bemorni operatsiyaga yetarli darajada tayyorlash zarur.

Operatsiya usulini tanlash, avvalo, qonayotgan yaraning joylashuvi va xususiyatiga, bemorning ahvoli og'irligiga hamda operatsion xavf darajasiga bog'liq.

Keksa yoshdagi, operatsion xavf darajasi yuqori bo'lgan bemorlarga, shuningdek o'tkir yaralardan qon ketishida qonayotgan yarani kesib olib tashlash va tikish usuli qo'llaniladi.

Shuni ta'kidlash joizki, surunkali yaralarni tikish faqat eng so'nggi chora sifatida qo'llanilishi mumkin, chunki bunday hollarda kuzatuvlarning yarmida 60-70% o'lim ehtimoli bilan qon ketishi qayta yuzaga kelishi mumkin.

Boshqa hollarda esa radikal organlarni saqlovchi yoki rezeksiya qiluvchi amaliyotlar tavsiya etiladi.

O'n ikki barmoqli ichak qonayotgan varasida qo'llaniladigan operatsiyalar:

1. Yarani kesib olish bilan selektiv proksimal vagotomiya.
2. Yarani kesib olish va piloroplastika bilan poyali vagotomiya.
3. Poyali vagotomiya bilan antrumektomiya.
4. Billroth-I bo'yicha me'da rezeksiyasi.
5. Billroth-II bo'yicha me'da rezeksiyasi.

Oshqozon qonayotgan varasida qo'llaniladigan operatsiyalar:

1. Qonayotgan yarani tikish yoki kesib olish
2. Billroth-I bo'yicha me'da rezeksiyasi.
3. Billroth-II bo'yicha me'da rezeksiyasi.

Me'da yaralarining joylashuviga qarab rezeksiyaning noodatiy turlari qo'llanilishi mumkin: zinapoyasimon, proksimal.

O'rtacha hisobda, yara qonashlariga oid shoshilinch operatsiyalardan so'ng o'lim darajasi 5-8% ni, favqulodda operatsiyalardan so'ng esa 15-22% ni tashkil etadi.

OSHQOZON-ICHAK TRAKTINING YUQORI QISMLARIDAN YARASIZ QON KETISHLAR

Turli mualliflar ma'lumotlariga ko'ra, oshqozon-ichak trakti yuqori qismidan kelib chiqadigan yarasiz qon ketishlar barcha oshqozon-ichak traktidan qon ketishlarning 54-58 foizini tashkil etadi. Ushbu patologiyada o'lim darajasi 2 foizdan (Mellori-Veyss sindromi) 30 foizgacha va undan yuqorigacha (qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketishi) o'zgarib turadi, o'rtacha 9-10 foizni tashkil qiladi.

Mellori-Veyss sindromi

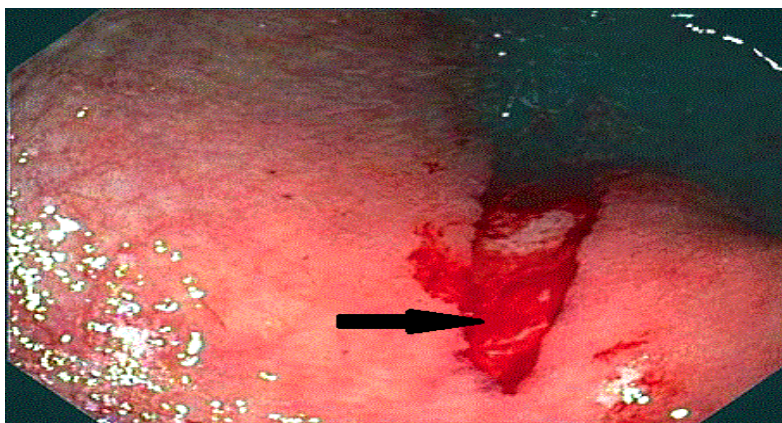
Oshqozon-ichak trakti yuqori qismidan kelib chiqqan qon ketish, birinchi marta 1879 yilda H. Quinke tomonidan qizilo'ngach-oshqozon o'tish joyida yoriqlar paydo bo'lishi, tasvirlangan. 1929 yilda Mallory va Weiss qizilo'ngach-oshqozon o'tish qismida shilliq qavatning chiziqli yoriqlarini aniqlagan, 4 ta oshqozon-ichakdan qon ketish holatini tasvirlaganlar. Ular kasallikning klinik ko'rinishini ham tavsiflab berishgan, bu keyinchalik Mellori-Veyss sindromi (sinonimi: kardioezofageal yorilish-gemorragik sindromi) deb nomlangan.

Turli mualliflarning ma'lumotlariga ko'ra, oshqozon-ichak qon ketishlari orasida bu sindromning chastotasi 8-11% ni tashkil qiladi.

Mellori-Veyss sindromining rivojlanishi bir nechta omillarning o'zaro ta'siri natijasida yuzaga keladi:

1. Kardiya shilliq qavatining shilliq osti qavatiga nisbatan harakatchanligi cheklanishi.
2. Qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismi va kardiya mushak qavatlarining muvofiqlashtirilamagan qisqarishi.
3. Kardial sfinkter yetishmovchiligi.
4. Me'da ichi bosimining keskin ko'tarilishi.

Dastlabki uchta omilning birgalikda mavjudligi shilliq qavatda yoriqlar hosil bo'lishiga moyillik yaratadi, ammo ularning bevosita paydo bo'lishi oshqozon ichidagi bosimning to'satdan ko'tarilishi bilan bog'liq. 1-rasm



1-rasm. FGDS: Mellori-Veyss sindromi (sterelka me'daning kardial qismidagi shilliq pardaning bo'ylama yirtilishini ko'rsatmoqda)

Kasallik asosan 25-40 yoshdagi erkaklarda rivojlanadi, ko'pincha surunkali alkogolizmga chalingan shaxslarda uchraydi. Patogeneznining ko'plab nazariyalari mavjud, ammo ko'pincha shilliq qavat yorilishlarining hosil bo'lish mexanizmi qusishni to'xtatishga urinish bilan bog'liq, bu esa me'da ichi bosimining keskin ko'tarilishiga olib keladi. Yorilish kardioezofageal o'tish shilliq qavatining cheklangan elastikligi va siljuvchanligi tufayli sodir bo'ladi.

Yoriqning paydo bo'lishiga qizilo'ngachning aksial churrasi, reflyuks-ezofagit, oshqozon yarasi kasalligi va boshqa holatlar sabab bo'ladi.

Mellori-Veyss sindromining klinik-anatomik tasnifi mavjud (Sh. V. Timerbulatov va hammuall., 2010). Unda 4 bosqich ajratiladi:

I bosqich - qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismi, kardioezofageal o'tish joyi shilliq qavatining yorilishi;

II bosqich - shilliq qavat va shilliq osti qavatining yorilishi;

III bosqich-halqasimon mushak qavati ishtirokidagi yorilish, yorilish zonasi spazmlanmaydi, yopilmaydi, kuchli qon ketishi kuzatiladi;

IV bosqich - qizilo'ngach va kardioezofageal o'tishning barcha qatlamlari yorilishi, pnevmotoraks, pnevmomediastinum, mediastinit (qizilo'ngachning ko'krak qismi yorilganda) yoki peritonit (qizilo'ngachning qorin qismi yorilganda) bilan kechadi.

Yoriqlar ko'pincha me'daning kardial bo'limida joylashadi (50% bemorlarda). Kamroq hollarda ular oshqozon-qizilo'ngach o'tish joyida yoki qizilo'ngachda kuzatiladi. Ko'pincha yorilishlar oshqozonning orqa devorida, uning kichik egriligiga yaqinroq joylashadi. Oldingi devor va katta egrilikdagi yoriqlar odatda yuzaki xarakterga ega bo'lib, shilliq qavatdan tashqariga chiqmaydi. Yoriqlar uzunligi 0,5 dan 6-8 sm gacha bo'ladi. Ularning uzunligiga qarab, yorilishlar kichik (1 sm gacha), o'rta (1 dan 3 sm gacha) va katta (3 sm dan yuqori) turlarga bo'linadi. Ko'proq o'rtacha kattalikdagi yoriqlar, kamroq kichik o'lchamdagi va yanada kamroq katta o'lchamdagi yoriqlar kuzatiladi. 10-15% bemorlarda ko'p sonli yorilishlar uchraydi.

Mellori-Veyss sindromida qon yo'qotish darajasiga ta'sir qiluvchi asosiy omil yoriqning chuqurligi hisoblanadi. Faqat shilliq qavatidagi yorilishlarda qon yo'qotish odatda yengil kechadi. Shilliq osti qavatining yorilishi o'rtacha og'irlikdagi, mushak qavatining yorilishi esa og'ir darajadagi qon yo'qotishni keltirib chiqaradi, garchi bunda aniq bog'liqlik bo'lmasa ham.

Portal gipertenziyada qizilo'ngach va oshqozon venalarining varikoz kengayishida qon ketishlar

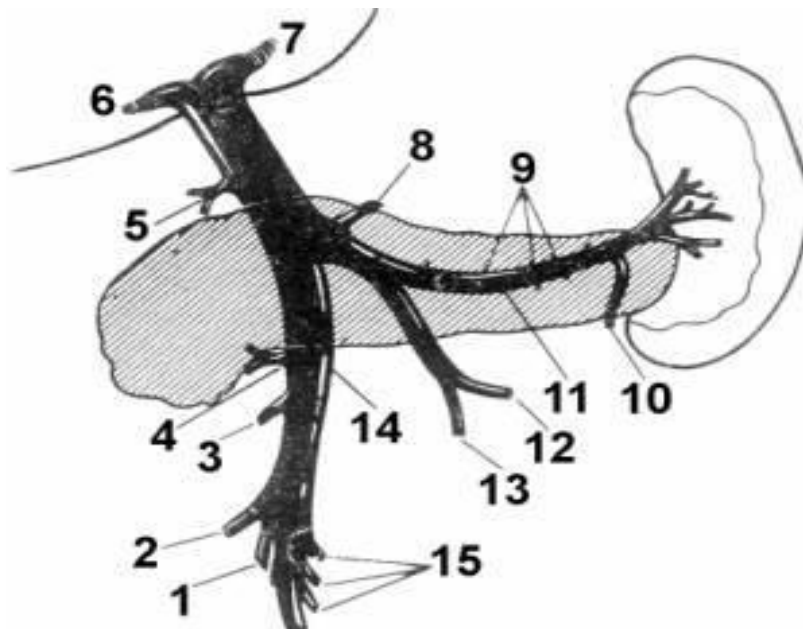
Qisqacha anatomik ma'lumotlar

Jigar ikki manbadan qon bilan ta'minlanadi: umumiy jigar arteriyasi (qorin poyasining tarmog'i) va qorin bo'shlig'idagi barcha toq a'zolaridan qon olib keluvchi darvoza venasi. Darvoza venasi me'da osti bezi boshchasining orqasida II bel umurtqasi sathida yuqori ichak tutqich va taloq venalarining qo'shilishi natijasida hosil bo'ladi (darvoza venasi konflyuensi). Ba'zan uning shakllanishida pastki ichak tutqich venasi ham ishtirok etadi. Bundan tashqari, darvoza venasining asosiy poyasiga yuqori pankreatoduodenal va chap me'da venalari quyiladi (2-rasm).

Darvoza venasi yuqori va pastki kovak venalar bilan ko'p sonli anastomozlar (portokaval anastomozlar) orqali bog'langan. Ular qizilo'ngach-me'da birlashish sohasida, qorinning oldingi devorida, to'g'ri ichak atrofida va boshqa kamroq ahamiyatli joylarda joylashgan. Portal gipertenziya sindromi paytida, bu anastomozlar orqali portal tizimdan jigarni chetlab o'tib, tizimli qon aylanishiga kollateral qon oqimi yuz beradi. Bu sindrom odatda darvoza venasining istalgan qismida venoz qon oqimiga to'sqinlik paydo bo'lishi natijasida rivojlanadi.

Uch xil turdagi portokaval anostomoz farqlanadi:

1. gastroezofageal- oshqozon venoz venasi orqali yuqori kovak venani darvoza venasi bilan bog'lovchi, toq va yarim toq venalar;
2. to'g'ri ichak va pastki kovak venalaridagi venoz chigallar o'rtasidagi anostomozlar, yuqori (portal vena basseyni) va pastki gemorroidal venalar (pastki kovak vena basseyni) orqali;
3. kindik atrofidagi venalardan tashkil topgan anostomozlar.



2-rasm. Dauglass bo'yicha darvoza venasining irmoqlari (Garbuzenko D.V.ning 2004-yil).

1 - yonbosh-chambar venasi; 2 - o'ng chamber ichak venasi; 3 - o'ng me'da-charvi venasi; 4 - pastki oshqozon osti bezi-o'n ikki barmoqli ichak venasi; 5 - yuqori oshqozon osti bezi-o'n ikki barmoqli ichak venasi; 6 - darvoza venasining o'ng tarmog'i; 7 - darvoza venasining chap tarmog'i; 8 - chap me'da venasi; 9 - oshqozon osti bezi venalari; 10 - chap me'da-charvi venasi; 11 - taloq venasi; 12 - pastki ichak tutqich venasi; 13 - to'g'ri ichakning yuqori venasi; 14 - yuqori ichak tutqich venasi; 15 - ichak venalari

Portal gipertenziyada porto-kaval anastomozlar va qizilo'ngach hamda oshqozon varikoz venalarining joylashuvi

Gastroezofageal birikma sohasida portal va tizimli (kovak venalar) qon aylanishi o'rtasidagi aloqa asosan oshqozonning oldingi va orqa yuzalaridan qonni to'plovchi chap oshqozon venasi orqali yuzaga keladi. U kichik egrilik bo'ylab chapga, diafragmaning qizilo'ngach teshigiga ko'tarilib, u yerda qizilo'ngach venalari (yuqori kovak vena tizimidan) bilan anastomozlashadi. So'ngra burilib, yana pastga tushadi va darvoza venasiga quyiladi. Darvoza venasidagi bosim oshganda, aynan chap oshqozon venasi tizimida varikoz kengaygan venalar shakllanadi.

Varikozlar joylashgan sohalar shartli ravishda bir nechta qizilo'ngach zonasi va bitta oshqozon zonasiga ajratiladi.

Varikozning qizilo'ngachdagi uch zonasi. Ularning uzunligi gastroezofageal birikmaning proyeksiyasidan boshlab qizilo'ngach bo'ylab yuqoriga taxminan 12 santimetrni tashkil etadi. Bu zonlardagi venalar qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismidagi shilliq osti asosida joylashadi. Bundan tashqari, ular qizilo'ngachning mushak qavatlarini bir nechta poya bilan teshib o'tib, uning tashqi yuzasida joylashadi va qon oqimini toq venaga (yuqori kovak vena tizimi) yo'naltiradi.

Varikozlarning oshqozon zonasi. Uning venalari oshqozonning proksimal qismi - kardiyaning shilliq qavati xususiy plastinkasi va shilliq osti asosida joylashadi. Oshqozon zonasining distal qismida shilliq osti qavatidagi venalar bir-biri bilan qo'shilib, darvoza venasi tizimi tomirlariga quyiladigan katta egri-bugri poyalarni hosil qiladi. Qizilo'ngachga yaqinlashgan sari ularning soni ortib, qizilo'ngach zonasiga o'tib ketadi.

Eng yirik varikozlar kardiyan 2-3 sm yuqorida va 2 sm pastda joylashadi. Ular ko'pincha shilliq pardaning xususiy plastinkasida yuzaki joylashgan bo'ladi.

Qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalarining tasnifi

A. G. Shersinger (1986) bo'yicha qizilo'ngach va oshqozon VKV tasnifi:

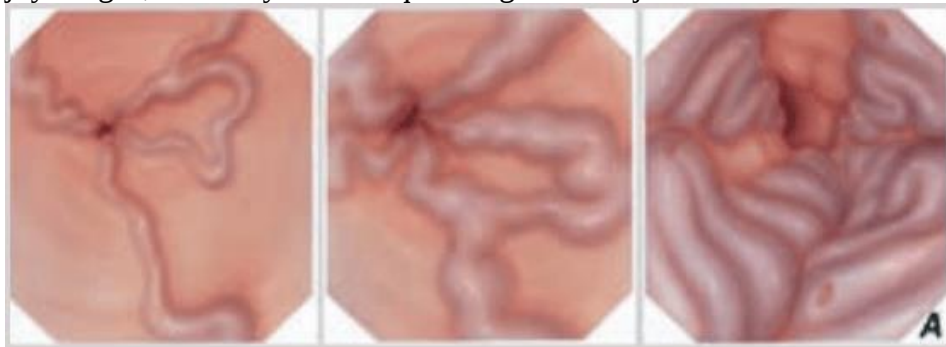
- I daraja - diametri 3 mm gacha bo'lgan venalar;
- II daraja - 3 dan 5 mm gacha;
- III daraja - 5 mm dan yuqori.

Qizilo'ngach varikoz venalari kengayishining endoskopik tasnifi (Paquet, 1983):

- 1-daraja: venalarning yagona ektaziyalari (rentgenologik jihatdan aniqlanmaydi);
- 2-daraja: asosan qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismida joylashgan, yaxshi chegaralangan yagona vena stvollari, ular insufflyatsiya paytida ham aniq ko'rinib turadi. Qizilo'ngach torayishi kuzatilmaydi. Venalardagi epiteliy yupqalashmagan;
- 3-daraja: qizilo'ngachning pastki va o'rta uchdan bir qismida joylashgan varikoz kengaygan vena stvollari bilan aniq torayishi, ular faqat kuchli havo insufflyatsiyasida qisman kichrayadi. Varikslar uchida yagona qizil markerlar yoki angioektaziyalar aniqlanadi;
- 4-daraja: qizilo'ngach bo'shlig'i to'liq varikoz tugunlar bilan to'lgan, hatto maksimal havo insufflyatsiyasida ham. Venalar ustidagi epiteliy yupqalashgan. Varikslar uchida ko'p sonli eroziyalar va (yoki) angioektaziyalar aniqlanadi.

Qizilo'ngach venalari varikoz kengayishining N.Soehendra va K.Binmoeller tasnifi (1997):

- 1-daraja: venalarning diametri 5 mm dan oshmaydi, cho'zilgan holda bo'lib, faqat qizilo'ngachning pastki uchdan bir qismida joylashadi;
- 2-daraja: venalarning diametri 5 mm dan 10 mm gacha, egri-bugri shaklda, qizilo'ngachning o'rta uchdan bir qismida joylashadi;
- 3-daraja: diametri 10 mm dan katta, taranglashgan, yupqa devorli, bir-biriga zich joylashgan, venalar yuzasida "qizil belgilar" mavjud.



(N. Soehendra, K.F. Binmoeller, H. Seifert, H. W. Schreiber. *Terapevtik endoskopiya. Oshqozon-ichak trakti operativ davolash usullarining rangli atlas. 2005-yil.*)

Qizilo'ngach varikoz venalarining kengayish darajasi shakliga ko'ra Xalqaro tasnifi:

- F1 - kichik, to'g'ri varikoz kengayish;
- F2 - qizilo'ngach bo'shlig'ining 1/3 qismidan kamini egallagan egri-bugri varikoz kengayish;
- F3 - qizilo'ngach bo'shlig'ining 1/3 qismidan ko'pini egallagan katta, marjonsimon varikoz kengayish.



*Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalarining endoskopik ko'rinishi.
(Dm. Garbuzenko, 2012 yil).*

Portal gipertenziya sindromini aniqlash

"Portal gipertenziya - tez-tez uchraydigan klinik sindrom bo'lib, u portokaval bosim gradiyentining (darvoza va pastki kovak venalardagi bosim farqi) patologik ko'tarilishi bilan tavsiflanadi. Portal gipertenziya portosistemik kollaterallarning shakllanishiga olib keladi, ular orqali portal venadan qon oqimining bir qismi jigarni chetlab o'tib, tizimli qon aylanishiga yo'naltiriladi.

Portokaval bosim gradiyentining me'yoriy qiymatlari 1-5 mm sim. ust. ni tashkil etadi." (Qizilo'ngach va oshqozonning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini davolash bo'yicha klinik tavsiyalar, 2014). Odatda portal tizimdagi bosim 5–7 mm sim. ust. (70-100 mm suv ust.) bo'lib, 11 mm sim. ust. (150 mm suv ust.) dan oshmaydi. 20 mm sim. ust. (270 mm suv ust.) bosim kritik hisoblanadi. Bunda qon ketish xavfi keskin ortadi.

Portal gipertenziya eng ko'p hollarda jigar sirrozi fonida yuzaga keladi. Hozirgi vaqtda jigar sirrozini surunkali gepatit A, B, C, D ning yakuniy, qaytmas bosqichi sifatida ko'rish qabul qilingan.

Jigar sirrozi bilan og'rikan bemorlarda jigarining funksional holatini baholash zarur. Bunday baholash uchun Child-Pugh (Chayld-Pyu) bo'yicha jigar sirrozi tasnifi qo'llaniladi (3-jadval). Chayld-Pyu shkalasi bo'yicha "A" sinfidagi bemorlarda qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi 40% hollarda, "C" sinfidagi bemorlarda esa 85% hollarda aniqlanadi.

3-jadval.

Child-Pugh (Child-Pugh) tasnifiga ko'ra Jigar sirrozi og'irlik darajasini baholash

Baholash mezonlari	Ballar		
	1	2	3
Assit	yo'q	oz miqdorda	ko'p miqdorda
Ensefalopatiya darajasi	yo'q	1 - 2	3 - 4
Bilirubin (mmol/l)	< 34	34 - 51	> 51
Albumin (g/l)	> 35	28 - 35	< 28
Protrombin indeksi (%)	> 70	50-70	< 50

A sinfi - kompensatsiyalangan jigar sirrozi 5-6 ball

B sinfi - subkompensatsiyalangan jigar sirrozi 7-9 ball
C sinfi - dekompensatsiyalangan jigar sirrozi 10-15 ball

Ba'zi bemorlarda QVKV rivojlanishi va qon ketishi kasallikning dastlabki bosqichlarida, hatto aniq shakllangan sirroz bo'lmasa ham yuzaga kelishi mumkin.

Portal gipertenziyaning epidemiologiyasi

Portal gipertenziya aksariyat hollarda jigar sirrozi natijasida yuzaga keladi va taxminan 90% hollarda u bilan bog'liq qon ketishlarning sababi qizilo'ngach va oshqozonning varikoz kengaygan venalari hisoblanadi. Tashxis qo'yilgan paytda sirroz bilan og'rikan bemorlarning taxminan 30 foizida qizilo'ngach venalarining varikoz kengayishi mavjud bo'ladi. Taxminan 10 yildan so'ng bu bemorlar soni 90% ga yetadi.

Birinchi varikoz qon ketishidan o'lim darajasi 30 foizdan 50 foizgacha boradi. Kasallikning qayta yuzaga kelishi 20-50% hollarda 7-10 kun ichida kuzatiladi. Uzoq muddatli davrda, birinchi qon ketishidan so'ng, gemorragiyaning takrorlanish ehtimoli yuqori bo'lib qoladi va profilaktik davolanish o'tkazilmagan taqdirda 6 oydan 2 yilgacha bo'lgan davrda 47-84 foizni tashkil etadi.

Biroq, ularning rivojlanishiga sabab bo'ladigan boshqa patologik holatlar ham mavjud. Xususan, portal gipertenziya bilan bog'liq o'n ikki barmoqli ichakning ektopik varikoz kengaygan venalari, gastropatiya va oshqozonning antral qismidagi qon tomir ektaziyasi shular jumlasiga kiradi.

Portal gipertenziya sindromining klinik ko'rinishlari

Portal gipertenziya sindromining klinik ko'rinishi aslida jigar sirrozining klinik ko'rinishidan iboratdir.

Bemor shikoyatlari

- Tobora kuchayib borayotgan holsizlik, bosh og'rig'i, uyquchanlik.
- Dispeptik holatlar – kekirish, qorin dam bo'lishi, ich qotishi, vazn kamayishi.
- Assit paydo bo'lganda nafas qisilishi va yurak tez urishi kuzatiladi.

Anamnez ma'lumotlari

Ko'p hollarda bu o'tkazilgan hepatitlar (HBV/HDV, HCV yoki aralash infeksiya), bezgak, zaxm, sababi aniqlanmagan isitma holatlari va boshqalar.

Obyektiv ko'rinish

Splenomegaliya. Taloq o'lchamlarining kattalashishi taloq venasi (darvoza venasining "boshlanish" qismlaridan biri) bo'ylab venoz oqimning qiyinlashuvi, a'zoda venoz dimlanish va taloq qizil pulpasida shakllanayotgan fibroz tufayli rivojlanadi. Funktsional jihatdan gipersplenizm sindromi bilan namoyon bo'ladi. Bu sindrom qondagi shaklli elementlar miqdorining kamayib ketishi bilan tavsiflanadi. Bemorlarda trombotsitopeniya, ba'zan pansitopeniyagacha, kamqonlik aniqlanadi.

Assit. Portal gipertenziya uchun qorin bo'shlig'ida ortiqcha suyuqlik to'planishi xosdir. Bu jarayon darvoza venasi tizimida bosimning oshishi, limfa oqimining buzilishi, gipoalbuminemiya, aldosteron faolligining oshishi (ikkilamchi aldosteronizm) bilan bog'liqdir.



3- rasm. Turg'un assitga chalingan bemor ayol

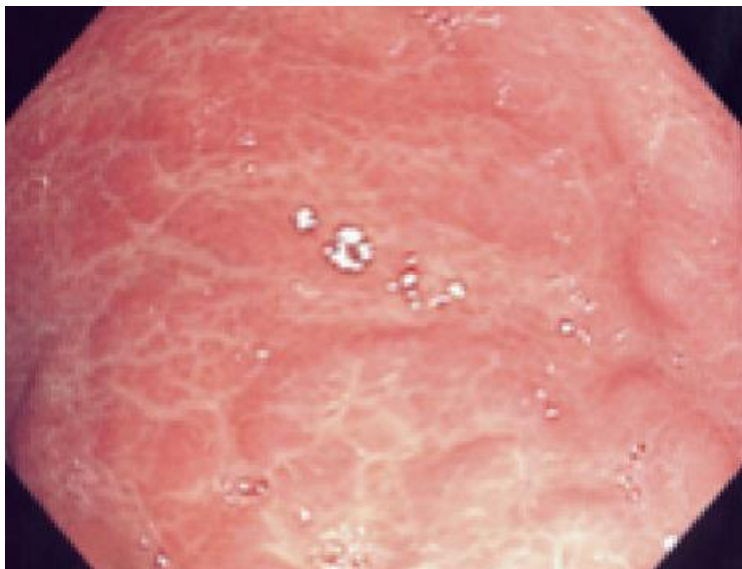
O'tkir yoki surunkali ensefalopatiya. Ong va xulq-atvorning buzilishi, shaxsiyatning o'zgarishi va turli xil nevrologik alomatlar bilan kechadigan asab-ruhiy sindromlar majmuasidir. Ushbu holatning patogenezi asosida darvoza venasidan tizimli qon oqimiga qonning shuntlanishi va hepatotsitlarning detoksikasiya funksiyasining buzilishi yotadi. Yo'g'on va ingichka ichakdan portal qon oqimiga tushadigan merkaptanlar, ammiak, fenollar markaziy asab tizimiga salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Qizilo'ngach va me'daning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishi. Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalari kompensatsiyalangan jigar sirrozi bilan og'rigan bemorlarning 30-40 foizida, dekomensatsiyalangan jigar sirrozi bilan og'riganlarning esa 60 foizida uchraydi. Portal gipertenziyasi bor bemorlarning taxminan 20 foizida me'daning varikoz kengaygan venalari aniqlanadi. Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketish chastotasi yiliga o'rtacha 4 foizni tashkil etadi, bunda o'rta va yirik o'lchamdagi varikoz kengaygan venalar mavjud bo'lganda xavf 15 foizgacha oshadi. Hatto zamonaviy davolash usullari qo'llanilganda ham, ushbu asorat bilan bog'liq o'lim darajasi 20 foizga yetadi. Bunda dastlabki 5 kun ichida o'lim asosan qon yo'qotish tufayli yuz bersa, keyingi 6 hafta ichida ko'p a'zolar faoliyatining buzilishi (poliorganik disfunktsiya) sababli ro'y beradi.

O'n ikki barmoqli ichak venalarining varikoz kengayishi. O'n ikki barmoqli ichak venalarining varikoz kengayishi ko'pincha darvoza venasi jigardan tashqari to'silib qolgan bemorlarda uchraydi. Bunday holatlarda, pankreatoduodenal venalar orqali to'siq joyini chetlab o'tuvchi kollateral qon oqimi ularning piyozcha sohasida shakllanishiga olib keladi.

O'n ikki barmoqli ichakning piyozchasi va piyozchadan keyingi qismidagi varikoz kengaygan venalarni oddiy endoskopik tekshiruv paytida aniqlash mumkin. Ammo, uning pastki qismlarini ko'rish uchun asosan kapsula endoskopiyasi yoki qo'sh ballonli enteroskopiya zarur bo'ladi. Qon ketishi kuzatilganda, venalar yorilishiga shubha tug'ilsa, tomir ichiga kontrast modda yuborib MSKT tekshiruvi o'tkaziladi.

Portal gipertenziya bilan bog'liq gastropatiya. Portal gipertenziya bilan bog'liq gastropatiyaning patogenezi oshqozon shilliq qavatidagi to'laqonlik va venoz dimlanish bilan bog'liq. Bu holat tomirlar endoteliysi gipertrofiyasiga olib keladi va uni shikastlovchi omillarga ta'sirchan qiladi. To'laqonlik va venoz dimlanish tromblar hosil bo'lishiga, venulalar yorilishiga va shilliq qavat ichiga qon quyilishiga sabab bo'ladi. Buning natijasida, kislorod va oziq moddalarning hayotiy zarur tashilishi yomonlashadi. Rivojlangan to'qimalar gipoksiyasi mukotsitlar faoliyatining buzilishiga olib keladi. Bu esa oshqozon shilliq qavatining chidamliligini pasaytiradigan qo'shimcha omil hisoblanadi (4-rasm).



4-rasm. Portal gipertenziya bilan bog‘liq gastropatiyaning endoskopik manzarasi: mozaika shaklidagi o‘ziga xos naqshga ega bo‘lgan o‘choqli eritema

Gastropatiyaning yengil darajasi oshqozon shilliq qavatida pushti rangli, markazga biroz bo‘rtib chiqqan va mozaika ko‘rinishida oqish-sariq chegara bilan o‘ralgan kichik ko‘pburchakli maydonchalar tarzida namoyon bo‘ladi. Pushti areolaning markazida tashqi chegaraga yetmaydigan yassi qizil dog‘lar mavjud bo‘lsa, o‘zgarishlar o‘rtacha darajada, areolaning butunlay qizil rangga bo‘yalishi esa og‘ir daraja hisoblanadi.

Bundan tashqari, quyidagilar kuzatiladi:

1. Oshqozon shilliq qavatida diametri 1 mm dan kichik bo‘lgan, alohida yoki bir-biriga qo‘shilib ketgan mayda qizil nuqtalar;
2. Diametri 2 mm dan ortiq to‘q qizil dog‘lar;
3. Shilliq qavat ichidagi qon quyilishlar oqibatida paydo bo‘lgan qora-jigarrang dog‘lar.

Portal gipertenziya bilan bog‘liq oshqozon-ichak qon ketishini tashxislash

Oshqozon varikozini ko‘pincha endoskopiya yordamida aniqlash mushkul bo‘ladi (5-rasm). Uni ko‘pincha shilliq parda burmasi deb xato talqin qilishadi. Varikozni uning shakli (uzum boshiga o‘xshash ko‘rinishi) va o‘ziga xos ko‘kimsir tusiga qarab aniqlash mumkin. Bunda endoskopiya tashxislashning oltin standarti hisoblanadi. Varikoz kengaygan venalarning o‘lchamini to‘g‘ri baholash uchun qizilo‘ngachning distal qismini havo bilan to‘ldirish lozim, aks holda o‘lcham haqiqiydan kattaroq ko‘rinishi mumkin.



5-rasm. Varikoz kengaygan qizilo‘ngach venalaridan qon ketishining endoskopik manzarasi.

Portal gipertenziya bilan bog'liq oshqozon-ichak qon ketishiga chalingan bemorlarni davolash

Oshqozon-ichakdan qon ketishini davolashning asosiy tamoyillaridan tashqari, jigar sirrozi bilan og'rikan bemorlarni boshqarish bir qator o'ziga xos xususiyatlarga ega. Bular, eng avvalo, gepatotsellyulyar yetishmovchilik va u bilan bog'liq asoratlarning (infeksiyalar, buyraklarning o'tkir shikastlanishi, jigar ensefalopatiyasi va boshqalar) oldini olish hamda bartaraf etish, shuningdek, portal bosimni jigar venoz bosimi gradiyentining 12 mm simob ustunidan past yoki boshlang'ich ko'rsatkichlardan 20% kam bo'lgan darajagacha pasaytirishdan iborat.

Qon ketishini bevosita to'xtatish endoskopik gemostaz usullari, zond-obturatorlar va stentlar yordamida venalarni tamponlash, endovaskulyar aralashuvlar va jarrohlik davolash usullari orqali amalga oshiriladi.

Jigar sirrozi bo'lgan va oshqozon-ichak qon ketishi kuzatilgan bemorlarni davolashning umumiy tamoyillari

Jigar sirrozi bo'lib, oshqozon-ichak qon ketishi kuzatilgan bemorlarning dastlabki jonlantirish jarayoni umumiy ABC (Airway open + Breath + Circulation) tamoyiliga asoslanadi va to'qimalarga kislorodni optimal yetkazib berishni ta'minlashga qaratilgan. Yuqori xavf mavjudligi sababli. Oshqozon tarkibi va qon aspiratsiyasiga, ayniqsa ensefalopatiyalı bemorlarda va endoskopik muolajalar paytida alohida e'tibor qaratish lozim. Bunday hollarda nafas yo'llarining o'tkazuvchanligini ta'minlash, ba'zi hollarda esa traxeya intubatsiyasini o'tkazish zaruratini ko'rib chiqish muhim. Impulsli oksimetriya yordamida qonning kislorod bilan yetarli darajada to'yinishini saqlash juda muhim. Portal gipertenziyada qon ketishining ko'p miqdorda bo'lishini hisobga olgan holda, to'laqonli infuzion-transfuzion davolash (ko'pincha qon tarkibiy qismlarini quyish) uchun doimo tegishli periferik venoz kirish yo'lini ta'minlash shart.

Oshqozon-ichakdan qon ketishi bor jigar sirrozi bemorlarda aylanayotgan qon hajmini tiklash ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi lozim. Bunda sistolik qon bosimi 100 mm simob ustuni darajasida saqlanishi kerak. Bu portal bosimning ko'tarilishi va qon ketishining qaytarilishini oldini oladi. Bundan tashqari, Amerika jigar kasalliklarini o'rganish assotsiatsiyasining ko'rsatmalariga ko'ra, gemoglobin darajasini 8 g/dl atrofida ushlab turish tavsiya etiladi. Faqat qon ketishi davom etayotgan, yurak yoki miya ishemik kasalligi bor bemorlar bu tavsiyadan mustasno.

Gemostaz buzilishlarini tuzatish. Jigar sirrozi bemorlarda gemostazning buzilishi oshqozon-ichakdan qon ketishining rivojlanishida muhim rol o'ynaydi degan an'anaviy qarash so'nggi tadqiqotlar natijalari bilan tasdiqlanmagan. Shubhasiz, ularga xos trombositopeniya, qon ivish omillari II, V, VII, IX-XI darajasining pasayishi va giperfibrinoliz gipokoagulyatsiyaga olib keladi, ammo bu holat odatda gemostaz tizimidagi moslashuvchan o'zgarishlar bilan qoplanadi. Shunga qaramay, nazorat qilinmaydigan oshqozon-ichakdan qon ketishida gemostazning bu muvozanatli holati osongina buziladi va muvozanat gipo- yoki giperkoagulyatsiya tomonga siljiydi.

Yangi muzlatilgan plazma va trombosit massasining bu vaziyatda qon to'xtatish ta'siri yetarlicha isbotlanmagan. Desmopressin qo'llanilishi ham, uning qon ivishining VIII omili va fon Villebrand omilini oshirishi bilan bir vaqtda qon ketish vaqtini sezilarli darajada kamaytirish va faollashtirilgan qisman tromboplastin vaqtini qisqartirish xususiyatiga qaramay, sezilarli afzalliklarni ko'rsatmadi. Aksincha, VII rekombinant faollashtirilgan koagulyatsiya omili nafaqat o'tkir oshqozon-ichak qon ketishlarida muvaffaqiyatli gemostazga yordam berdi, balki erta qaytalanish chastotasini kamaytirdi va 5 kunlik o'lim ko'rsatkichiga ijobiy ta'sir ko'rsatdi.

Endotoksemiyani bartaraf etish. Qizilo'ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalaridan qon ketish patogenezida ichakdan grammanfiy bakteriyalar ko'chishi natijasidagi

endotoksemiya muhim o‘rin tutadi. Bunday qon ketishlarning erta qaytalanishini oldini olish uchun 7 kun davomida har 12 soatda 400 mg norflokstsinni og‘iz orqali qabul qilish yoki dekompensatsiyalangan jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarga 7 kun davomida kuniga 1-2 g seftriaksonni vena ichiga yuborish tavsiya etiladi.

O‘tkir buyrak shikastlanishini davolash. Jigar sirrozi bilan og‘rigan bemorlarda qon ketishi o‘tkir tubulyar nekroz bilan kechishi mumkin. Bu holat gipovolemiya fonida buyrak qon oqimining kamayishi, shuningdek, septik shok bo‘lmasa ham qon yo‘qotish bilan birga keladigan bakterial infeksiya tufayli yuzaga keladi. Davolash diuretiklar dozasini kamaytirish, potentsial nefrotoksik vositalar, vazodilatatorlar va nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilarni to‘xtatishdan iborat. Gipovolemiyani kristalloidlar yoki albumin bilan tuzatish lozim. Kasallik zo‘rayganida diuretiklarni butunlay to‘xtatish, albuminni esa sutkasiga tana vaznining har kilogrammiga 1 g dan, ammo 100 g dan oshirmasdan yuborish kerak. Shuningdek, ba‘zi mutaxassislar terlipresin, noradrenalin, midodrin kabi vazokonstriktorlarni erta qo‘llashni maqsadga muvofiq deb hisoblaydilar.

Enteral oziqlantirish. Oshqozon-ichakdan qon ketish klinikasi bilan kelgan jigar sirrozi bemorlarini o‘z vaqtida ovqatlanmaslik infeksiyalarga moyillikni oshiradi va buyrak funksiyasini buzadi. Shu sababli, ularning ovqatlanishini gemostazga erishilgandan 24 soat o‘tgach qayta boshlash lozim. Arzonligi va asoratlari yo‘qligi tufayli enteral oziqlantirish doimo parenteral oziqlantirishdan afzalroqdir. Shuni ham ta’kidlash joizki, hozirda oqsil miqdori kam bo‘lgan parhezlarni qo‘llash maqsadga muvofiqligi haqida ishonchli ma’lumotlar mavjud emas. Jigar ensefalopatiyasining oldini olish uchun 2-3 marta yumshoq axlat kelguncha har 12 soatda 25 ml dan laktuloza buyuriladi, keyin kuniga 2-3 ta yumshoq axlatni ta’minlash uchun doza tanlanadi.

Qizilo‘ngach varikoz kengaygan venalaridan o‘tkir qon ketishini davolash

Hozirgi kunda mazkur patologiyani samarali davolash ko‘p qirrali yondashuvni talab qiladi. Dori-darmon bilan davolashdan (qon tomirlariga ta’sir etuvchi dorilar, qon to‘xtatuvchi vositalar) to‘ jarrohlik amaliyotigacha bo‘lgan turli usullar qo‘llanilmoqda.

Vazoaktiv dori vositalari

Vazoaktiv dori vositalarini yuborish orqali qorin bo‘shlig‘i a‘zolarining qon to‘lishini kamaytirish va giperdinamik sirkulyator holatning ifodalanishini pasaytirish mumkin.

Gipofiz orqa bo‘lagi gormoni vazopressinning sintetik analogi bo‘lgan *terlipressin* (remestip) arteriyalar, ayniqsa qorin bo‘shlig‘i a‘zolari arteriolalarining silliq mushaklaridagi maxsus V1-retseptorlarga ta’sir etib, ularning qisqarishini keltirib chiqaradi. Uning ta’siri 4 soatgacha davom etadi, bu esa dorini vaqti-vaqti bilan vena ichiga yuborish imkonini beradi (zarur hollarda uzluksiz infuziya ham qo‘llanilishi mumkin). Qizilo‘ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketganda, tana vazni 40 kg dan ortiq bo‘lgan kattalarga terlipressin dastlabki 1-2 kunda har 4 soatda 2 mg dan, keyingi 2-5 kun davomida esa 1 mg dan yuboriladi.

Somatostatin va oktreotid G-oqsil bilan bog‘liq ETA retseptorlarini to‘siq qo‘yish orqali endotelin-1 ta’sirida jigar yulduzsimon hujayralarining qisqarishiga to‘sqinlik qiladi, bu esa sinusoidlarning kengayishiga va jigar qon tomirlari qarshiligining kamayishiga olib keladi. Oktreotidning bunday ta’siri hujayra ichidagi Ca^{2+} miqdorining pasayishi bilan bog‘liq.

Shuningdek, u glyukagon va boshqa oshqozon-ichak tomir kengaytiruvchi peptidlar ishlab chiqarilishiga antisekretor ta’sir ko‘rsatadi. Oktreotidning a‘zo ichi qon oqimiga ijobiy ta’siri 2-tipdagi somatostatin retseptorlari orqali proteinkinaza-S-ga bog‘liq vazokonstriktorlar ta’sirining kuchayishi bilan izohlanadi.

Varikoz kengaygan venalardan qon ketganda 250 mkg somatostatin avval vena ichiga bolyus shaklida, so‘ngra 2-5 kun davomida soatiga 250-500 mkg miqdorida doimiy quyish ko‘rinishida yuboriladi. Oktreotid va vapreotidning boshlang‘ich dozasi 50 mkg bo‘lib, keyin

soatiga 50 mkg tezlikda infuziya qilinadi. Afsuski, bu guruh dori vositalarining gemodinamikaga ijobiy ta'siri uzoq davom etmaydi.

Umuman olganda, somatostatin qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan qon ketishini davolashda yetarli samaradorlik ko'rsatdi va gemostaz hamda o'linga ta'siri bo'yicha terlipressinga o'xshash bo'lib, undan yaxshiroq xavfsizlik profiliga ega. Shu bilan birga, portal gipertenziyani yagona dori sifatida davolashda oktreotidning samaradorligi hozirgi vaqtda aniqlanmagan.

Endoskopik gemostaz

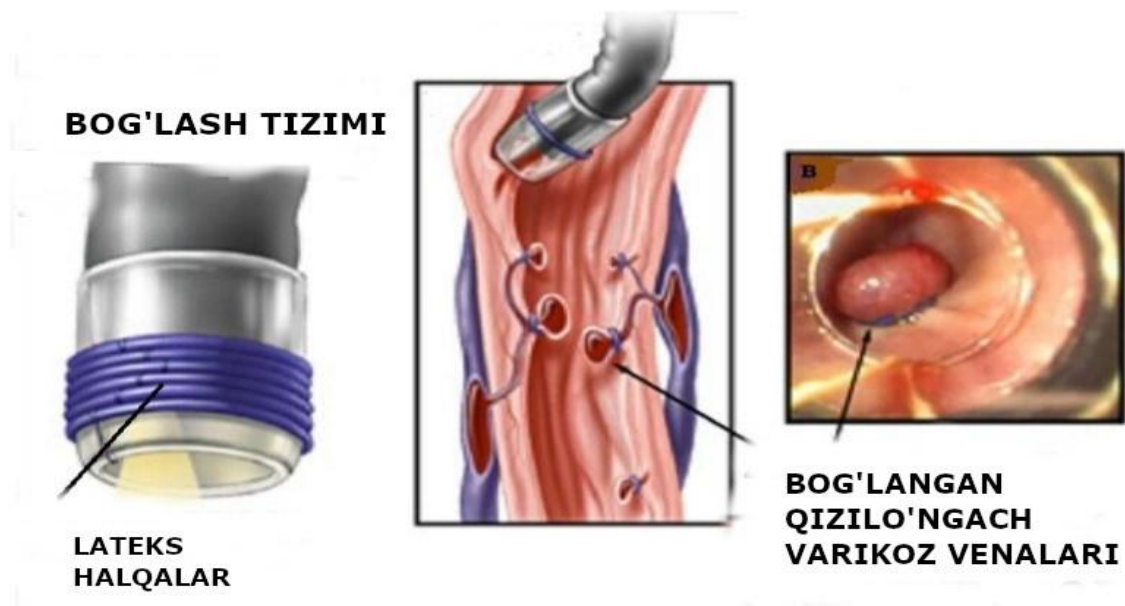
Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarini endoskopik *skleroterapiya* usuli bilan davolash. Sklerozant moddasi oshqozon-qizilo'ngach tutashgan sohadagi kengaygan venalarga bevosita (etanolamin oleatning 5 foizli eritmasi) hamda vena atrofiga (etoksisklerol yoki polidokanolning 1 foizli eritmasi) yuboriladi (6 -rasmga qarang).



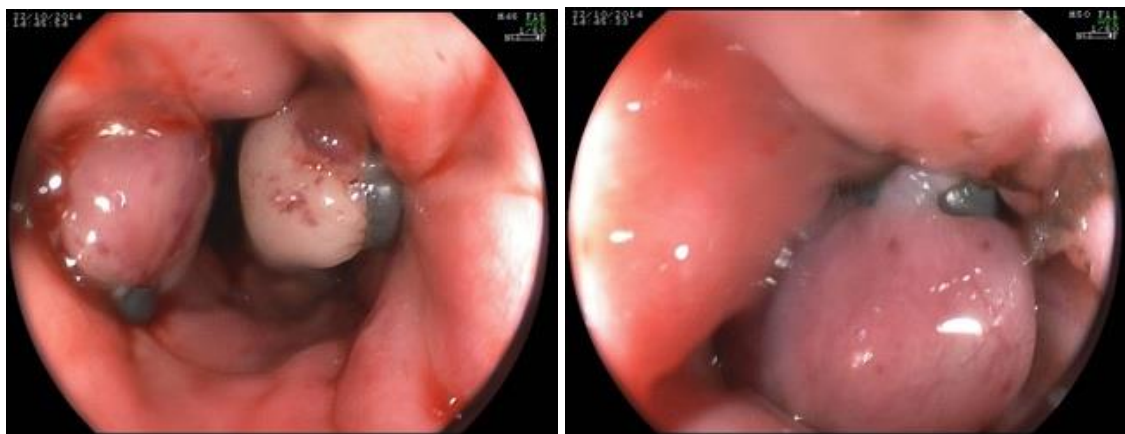
6-rasm. Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalarini endoskopik skleroterapiya qilish usuli

Mazkur muolaja erta va kechki asoratlar bilan kechishi mumkin. Bunday asoratlarga qizilo'ngach harakatchanligining o'tkinchi buzilishi, chandiqli torayishlarning hosil bo'lishi va qizilo'ngach shilliq qavatida yaralarning paydo bo'lishi kiradi. Ushbu asoratlarning rivojlanish xavfi o'tkazilgan muolajalar soni va yuborilgan sklerozant miqdoriga bog'liq bo'ladi.

Varikoz kengaygan qizilo'ngach venalarini bog'lash hozirgi vaqtda davolashda endoskopik tanlov usuli hisoblanadi. Ular bilan bog'liq bo'lgan qon ketishlar. Sklerozlovchi agentlar yuborilganidan keyin kimyoviy yallig'lanish va tromboz induksiyasidan farqli o'laroq, elastik-halqasimon ligatura varikoz tugun sohasida qizilo'ngachning shilliq va shilliq osti qavatlari sohalarini qamrab olib, strangulyatsiya va keyinchalik fibroz chaqiradi. To'qimaning jalb qilingan hajmi kichik bo'lganligi sababli, paydo bo'lgan yaralar har doim yuzaki bo'lib, patologik o'zgarishlar ahamiyatsiz bo'ladi. Endoskopik skleroterapiya bilan taqqoslaganda, qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarini bog'lash ularning tezroq obliteratsiyasiga yordam beradi va erta qon ketish retsidivlarining kamroq soni bilan birga keladi (7 va 8-rasmlar).

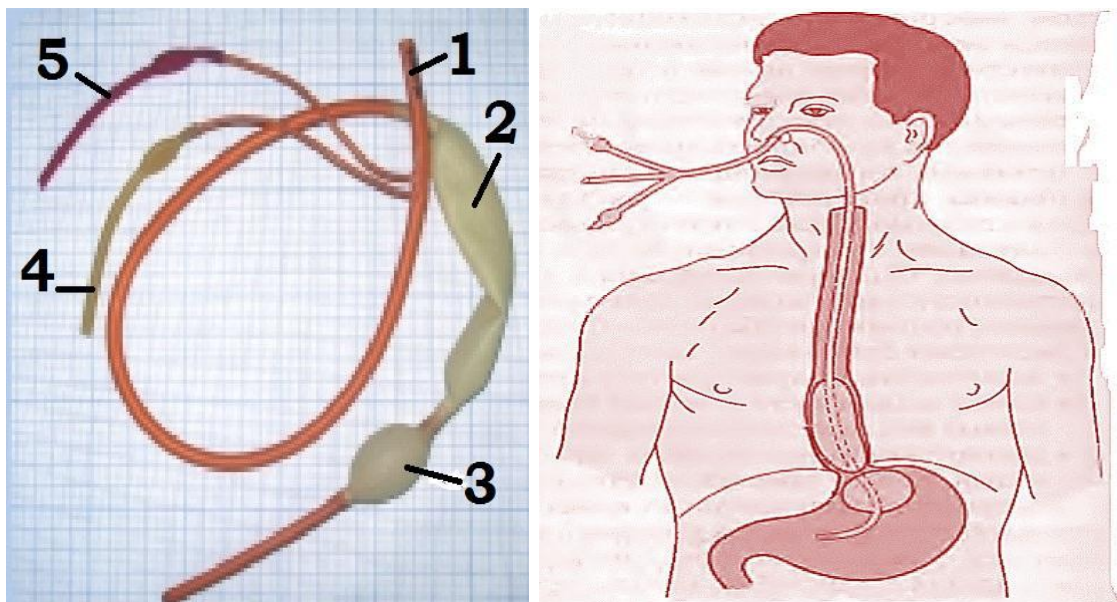


7-rasm. Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarini endoskopik yo'l bilan bog'lash usuli



8-rasm Varikoz kengaygan qizilo'ngach venalarini endoskopik bog'lash.

Varikoz kengaygan venalarini qizilo'ngach bo'shlig'i orqali tamponlash. Qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan o'tkir qon ketishi bo'lgan bemorlarning 40-90 foizida uchta bo'shliqli Sengstaken-Blakemore zond-obturatoridan foydalanish birlamchi gemostazga erishish imkonini beradi (9-rasm).

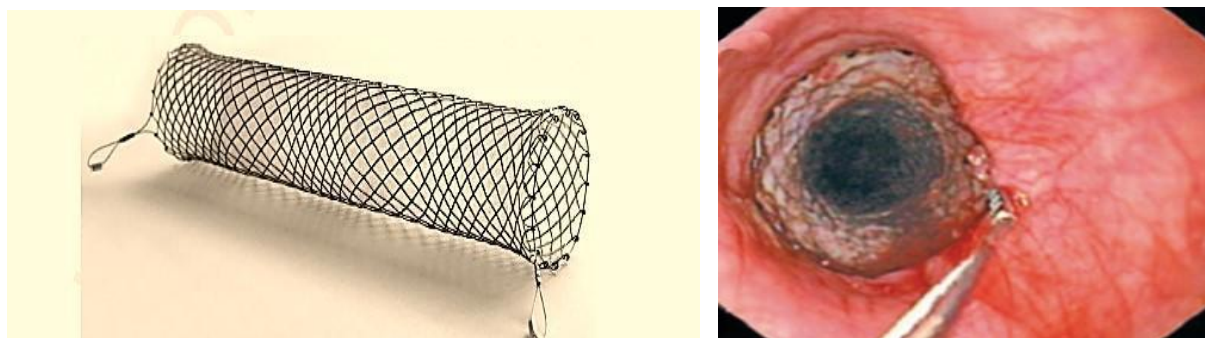


9-rasm. Sengstaken-Blakemore zondi: 1 - oshqozon zondi; 2 - qizilo'ngach havo baloni; 3 - oshqozon havobaloni; 4 - oshqozon havobalonini shishirish uchun kanal; 5 - qizilo'ngach havo balonini shishirish uchun kanal

Sengstaken-Blakemore zondi odatda, burun yo'li orqali dastlab burun-halqumgacha kiritiladi. Keyin bemor og'ziga bir qultum suv oladi va uni yutish bilan bir vaqtda tez harakatlar bilan zond me'da bo'shlig'iga itariladi. Oshqozon balloniga ulangan naycha orqali unga 50-70 sm³ havo yuboriladi, zond kardiya sohasida tayanch sezgisi paydo bo'lguncha tortiladi va mahkamlanadi. Shundan so'ng qizilo'ngach balloni porsiyalab 80-150 sm³ gacha shishiriladi, bemorda to'sh orqasida og'riq sezgisi paydo bo'lguncha. So'ngra Jane shprisi yordamida me'da suyuqligi so'rib olinadi va me'da bo'shlig'i toza suvgacha yuviladi. Zond 24-72 soat davomida qon ketishining og'irligi va davomiyligiga qarab olib tashlanmaydi, har 5-6 soatda ballonlar bo'shatiladi.

Pnevmoballonlar ochilgandan so'ng qon ketishining qaytalanishi, shuningdek hayot uchun xavfli asoratlarning rivojlanish xavfi yuqori bo'lib, bu Sengstaken-Blakemore zondini faqat refrakter qon ketish holatlarida, vazoaaktiv dorilar va gemostazning endoskopik usullari bilan farmakoterapiya qilishning iloji bo'lmaganda qo'llashni maqsadga muvofiq.

Ballon tamponadasiga muqobil sifatida qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan keladigan o'tkir qon ketishlarni davolash uchun maxsus ishlab chiqarilgan o'z-o'zidan kengayadigan, butunlay to'qilgan, qizilo'ngachga mo'ljallangan Danish nitinol stentini (SX-Ella Danis) o'rnatish mumkin (10 rasm).

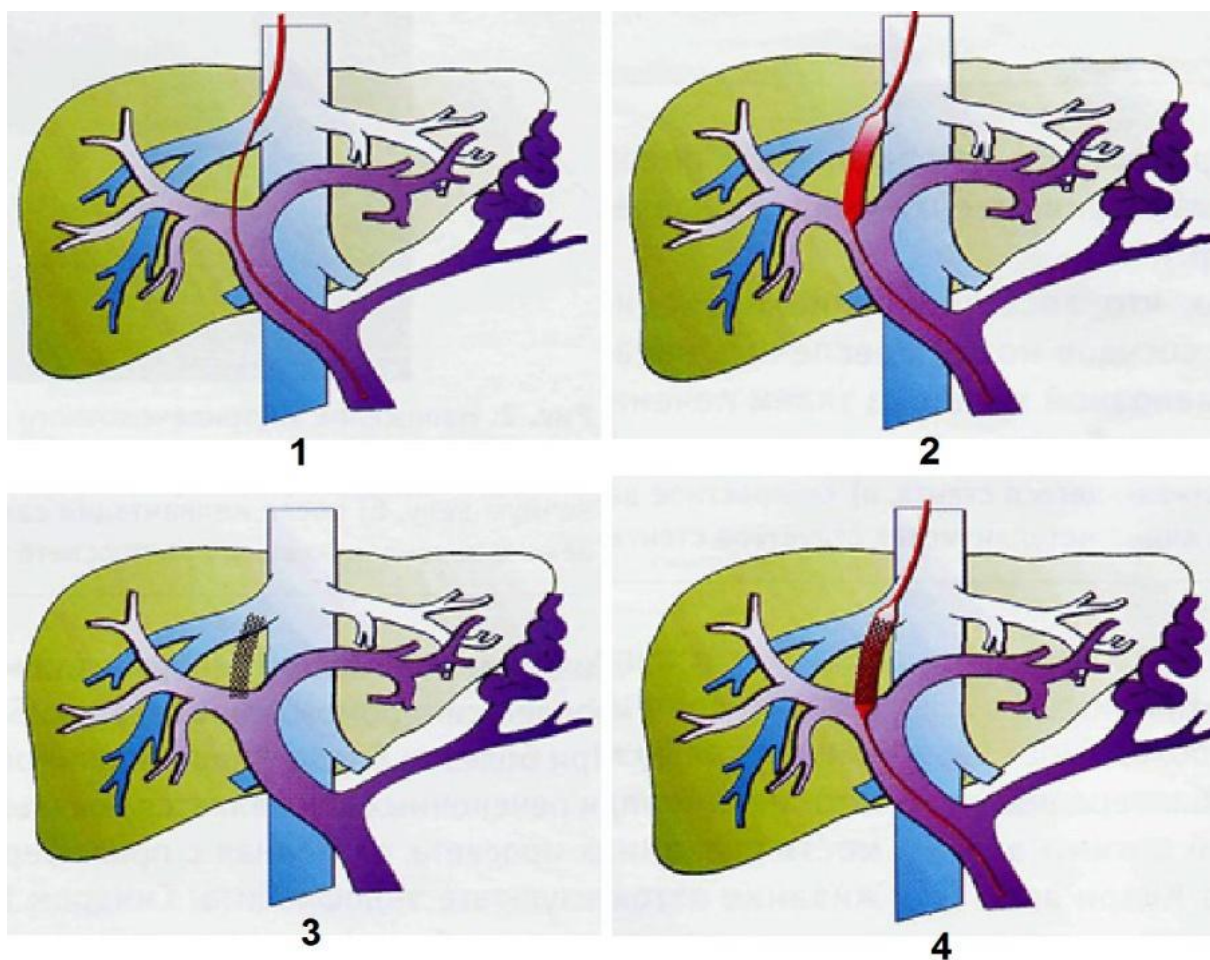


10-rasm Danish (SX-Ella Danis) o'z-o'zidan kengayuvchi yaxlit to'qilgan qizilo'ngach nitinol stenti. Uzunligi 135 mm, kengligi 25 mm.

Ushbu usul kamroq salbiy ta'sirlarga ega bo'lib, enteral ovqatlanishni saqlab qolish imkonini beradi. Shuningdek, stentni uzoq muddat joylashtirish imkoniyati bemorning ahvolini barqarorlashtirish va ko'prik terapiyasini rejalashtirish uchun sharoit yaratadi. Muolaja muvaffaqiyatli o'tkazilganda, birlamchi gemostaz samaradorligi 70-100 foizga yetadi. Uning asosiy kamchiligi stentning siljishi bo'lib, bu holat bemorlarning 20 foizida kuzatiladi.

Endovaskulyar davolash usullari

Ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, transyugulyar jigar ichi porto-tizimli shuntlash (TIPS) qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalaridan keladigan o'tkir qon ketishlarni davolashda nihoyatda samarali usul hisoblanadi. Uning mohiyati rentgenoskopiya nazorati ostida to'rsimon metall stent o'rnatish orqali jigar ichida darvoza va jigar venalari o'rtasida sun'iy yo'l yaratishdan iborat (11-rasm).



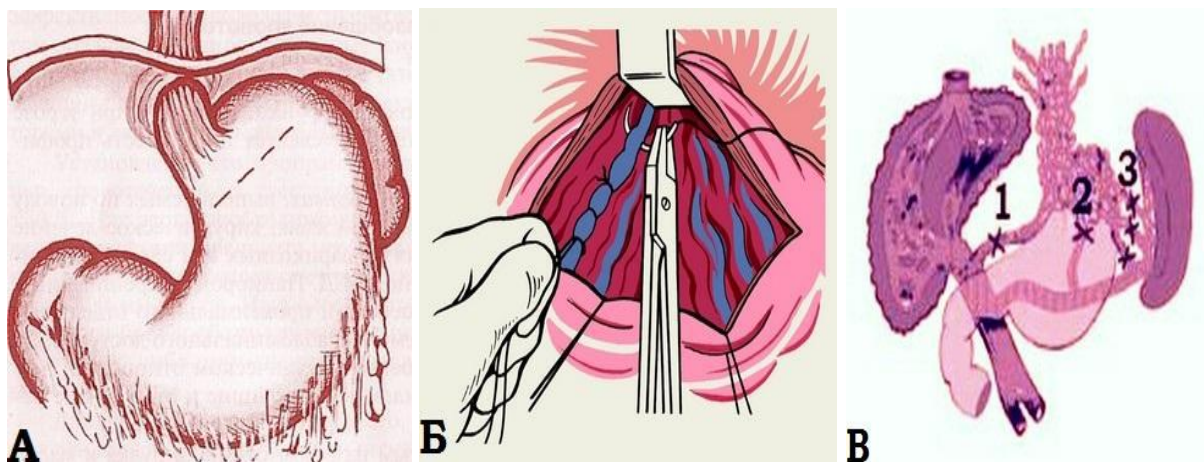
11-rasm. TIPS bosqichlari: 1 - jigar venasini kateterlashtirish; 2 - jigar va darvoza venalari orasidagi jigar to'qimasini ballon yordamida kengaytirish; 3 - metall stentni joylashtirish; 4 - stentni takroran kengaytirish.

TIPS 90-95% hollarda yakuniy gemostazga erishish imkonini bersa-da, hozirgi klinik ko'rsatmalar uni "ikkinchi bosqich" choralariga kiritadi va faqat konservativ hamda (yoki) endoskopik davolash samarasiz bo'lgan taqdirdagina qo'llashni tavsiya etadi. Buning sababi ensefalopatiyaning rivojlanishi yoki zo'rayishi va o'lim hollari kabi asoratlarning yuqori xavfi hisoblanadi.

Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan o'tkir qon ketishi holatlarida jarrohlik aralashuvlari

Qizilo'ngach varikoz kengaygan venalaridan o'tkir qon ketishi holatlarida jarrohlik aralashuvlari kamdan-kam hollarda amalga oshiriladi va faqat konservativ va (yoki) endoskopik davolash samarasiz bo'lgan hamda texnik yoki tashkiliy sabablarga ko'ra TIPS-ni o'tkazish imkoni bo'lmagan hollardagina qo'llanilishi mumkin.

Ma'lum anatomik sharoitlarda M.D. Patsiora tomonidan takomillashtirilgan operatsiyani bajarish mumkin. Bu operatsiya proksimal gastrotomiya va oshqozonning kardial qismi hamda kardioezofageal o'tish joyidagi varikoz kengaygan venalarni puxta tikish bilan birga, qo'shimcha ravishda oshqozonni qon tomirlardan ajratishdan iborat (12-rasm).



12-rasm. M.D.Patsiora modifikatsiyalangan operatsiyasining bosqichlari: A - oshqozonning kardial qismida ko'ndalang gastrotomiya; B - oshqozonning kardial qismi va qizilo'ngachdagi varikoz kengaygan venalarni tikish; V - oshqozonni devaskulyarizatsiya qilish, bu chap me'da venasini (1), orqa me'da venasi - chap me'da venasi va oshqozonning qisqa venalari o'rtasidagi anastomozni (2) hamda oshqozonning qisqa venalarini (3) bog'lashdan iborat.

Oshqozonning varikoz kengaygan venalaridan o'tkir qon ketishini davolash

Oshqozonning varikoz kengaygan venalaridan o'tkir qon ketishida vazoaktiv dorilarning samaradorligi isbotlanmagan bo'lsa-da, davolashning umumiy tamoyillari qizilo'ngachning varikoz kengaygan venalarini davolash bilan ko'p jihatdan o'xshashdir. Bu ayniqsa I turdagi gastroezofageal varikozga tegishli bo'lib, uning shakllanishi va klinik kechishi o'xshashligi sabablidir.

Oshqozonning varikoz kengaygan venalari turiga qarab, ikki xil zond qo'llanilishi mumkin: Sengstaken-Blakemore yoki Linton-Nachlas. Linton-Nachlas zondi ishlatilganda, gemostazga hajmi 600 sm³ bo'lgan yagona oshqozon balonini shishirish orqali erishiladi.

Eroziv zararlanishlar

Eroziya - oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak epiteliysi chegarasidagi shilliq qavatning zaraalanishi. Eroziyalar ko'pincha ko'plab uchraydi va odatda oshqozon tanasining kichik egriligi bo'ylab hamda pilorik qismida joylashadi. O'n ikki barmoqli ichakda esa nisbatan kamroq kuzatiladi. Eroziyalarning o'lchami 3 mm gacha bo'ladi (Jonson tasnifiga ko'ra). Ularning tubi fibrin bilan qoplangan, chetlari yumshoq va tekis bo'lib, atrofdagi to'qimalardan

ajralib turmaydi. Eroziya bitishi chandiqsiz, 3-4 kun ichida epitelizatsiya orqali sodir bo‘ladi. Biroq, bitish jarayoni noqulay kechsa, eroziya o‘tkir yaraga aylanib ketishi mumkin.

Oshqozon-ichak traktining yuqori qismlaridan qon ketishi holatlari orasida o‘tkir eroziyalar chastotasi 7% ni tashkil etadi. Eroziv ezofagitning sabablari gastroezofageal refluks (ko‘pincha diafragmaning qizilo‘ngach teshigi churrasi fonida), ishqorlar, kislotalar va texnik suyuqliklar bilan kimyoviy kuyishlar bo‘lishi mumkin.

O‘tkir eroziv gastritning etiologik omillari quyidagilardir: dori vositalarini qabul qilish (nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar, kortikosteroidlar), surunkali buyrak yetishmovchiligi (uremik gastrit), alkohol bilan zaharlanish, stress ta’sirlari (kuyish va sovuq urishi, jarohatlar, ko‘p jarohatlar, ruhiy-hissiy stress), og‘ir somatik patologiya, endokrin tizimi kasalliklari (giperparatireoz, qandli diabet).

Eroziv jarayonlarda qon yo‘qotish odatda kritik darajaga yetmaydi. Davolashda antisekretor, himoyalovchi va prokinetik dori vositalarini tayinlash asosiy hisoblanadi. Shuningdek, asosiy patologiyani tuzatish ham amalga oshiriladi.

Shu bilan birga, o‘tkir yara hosil bo‘lishida (oshqozon-ichak traktining yuqori qismlaridan qon ketishi holatlari orasida chastotasi 13% ni tashkil etadi) yara 30-40% hollarda qon ketishi bilan asoratlanadi, ko‘pincha profuz bo‘lib, o‘lim darajasi 15% gacha yetadi.

Oshqozon saratoni

Oshqozonning xavfli o‘smalari ko‘pincha o‘tkir qon ketishi bilan asoratlanadi. Asosiy yosh guruhini 50 yoshdan oshgan bemorlar tashkil etadi, chunki bu yoshdagi bemorlarda xavfli o‘smalar ko‘proq uchraydi. Ko‘pincha erkaklar kasallanadi.

Oshqozon saratonida qon ketishi o‘smaning parchalanishi va yara paydo bo‘lishi bilan bog‘liq bo‘lib, bu mayda tomirlarning shikastlanishiga olib keladi va kamdan-kam hollarda katta miqdorda bo‘ladi. Klinikada bemorning ahvoli og‘irligi muhim ahamiyatga ega, chunki bu ko‘pincha qon yo‘qotishdan ko‘ra o‘sma intoksikatsiyasiga bog‘liq bo‘ladi. Qon ketishi aksariyat hollarda kasallikning IV bosqichida kuzatiladi. Tashxisning asosi FGDS hisoblanadi.

Ko‘rsatmalarga ko‘ra, qon ketishi to‘xtaganidan keyin FGDSga qo‘shimcha ravishda rentgen va ultratovush tekshiruvlari o‘tkaziladi. Tinch davrda gastrobiopsiya o‘tkaziladi.

Tashxis tasdiqlangandan va bemor ahvoli barqarorlashgandan so‘ng, rejali operativ davolash masalasini hal qilish uchun onkolog maslahatiga yuboriladi.

Biroq, ko‘p hollarda kasallik jarayonining keng tarqalganligi sababli radikal operatsiya o‘tkazish imkonsiz bo‘ladi.

Zollinger-Ellison sindromi

1955-yilda oshqozon gipersekretsiyadagi tez rivojlanuvchi yarali diatez sifatida tasvirlangan. Bunda, tegishli davolanishga qaramay, o‘n ikki barmoqli ichak yarasining tez qaytalanishi, ko‘pincha takrorlanuvchi qon ketishlar va ezofagit kuzatiladi. Yara kasalligi bilan og‘rigan bemorlar orasida bu sindrom 0,1-0,2% hollarda uchraydi. Sindromning sababi gormon ishlab chiqaruvchi neyroendokrin o‘smalar - gastrinomalaridir. Ular xavfsiz ham, xavfli ham bo‘lishi mumkin, regional limfa tugunlari, jigar va o‘pkaga metastaz berishi bilan xarakterlanadi. Gastrinomalarning kattaligi bir necha millimetrdan bir necha santimetrgacha bo‘lishi mumkin. 3/4 hollarda o‘sma oshqozon osti bezida, 1/4 qismida esa oshqozon yoki o‘n ikki barmoqli ichak devorida, jigarda, buyrak usti bezlarida va qalqonsimon bezda joylashadi. 20 foiz hollarda gastrinoma ko‘p markazli o‘sishga ega bo‘ladi. Tashxis qo‘yish maqsadida ultratovush tekshiruvi (shu jumladan endoskopik), kompyuter tomografiyasi va selektiv angiografiya qo‘llaniladi. Qon zardobidagi gastrin miqdori aniqlanadi. Zollinger-Ellison sindromi tashxisini 1000 pg/ml dan yuqori darajadagi gastrin tasdiqlaydi (me‘yorda 100 pg/ml dan oshmaydi). Gastrin darajasi 1000 pg/ml gacha bo‘lganda tashxis qo‘yishda provokatsion testlar - kalsiy xloridni vena ichiga yuborish, sekretin va standart nonushta sinamalari muhim ahamiyatga ega. Davolashda N2-blokatorlar va proton nasosi ingibitorlarining yuqori dozalari qo‘llaniladi. Bemorlarga jarrohlik yo‘li bilan davolash - gastrinomani olib tashlash ko‘rsatilgan.

O'smalarning ko'p joyda joylashganligi va kichik o'lchamlari sababli ko'pincha oshqozonni olib tashlashga to'g'ri keladi.

Qizilo'ngach, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak divertikullari

Ovqat hazm qilish tizimining yuqori qismlaridagi divertikullar uzoq yillar davomida belgilsiz kechishi mumkin va faqat divertikulit rivojlangandagina qon ketishi yoki teshilish kuzatilishi mumkin. Eng ko'p hollarda divertikullar o'n ikki barmoqli ichakda, kamroq hollarda qizilo'ngachda va undan ham kamroq hollarda oshqozonda joylashadi.

Divertikuldan qon ketishi bilan og'rikan bemorlar odatda shifoxonaga boshqa tashxislar bilan yotqiziladi. Divertikullardan qon ketishi kamdan-kam hollarda shiddatli bo'ladi (2-3% dan kam). Ko'pincha yashirin takroriy qon ketishlar kuzatiladi, bu esa surunkali kamqonlik rivojlanishiga olib keladi. Agar jarrohlik amaliyotiga ko'rsatma bo'lsa, divertikulektomiya o'tkaziladi.

Angiodisplaziyalar

Oshqozon ichak traktidan qon ketishi 20% hollarda shilliq qavat angiektaziya o'choqlari bilan asoratlangan (**Randyu-Veber-Osler** kasalligida, kasallik chastotasi har 100 ming aholiga 1-2 holat) qon ketish kuzatiladi. Kasallik irsiy xususiyatga ega bo'lib, tashqi belgilari bo'lmaganda tashxis qo'yish juda qiyin. Makroskopik ko'rinishda teleangiektaziyalar shilliq qavatda yorqin qizil dog' shaklida namoyon bo'ladi. Qon ketish sodir bo'lganda, angiektaziyalarda fiksatsiyalangan tromblar yoki fibrin qoplamalari aniqlanadi.

Dielafua o'tkir eroziyasi (intramural arteriovenoz malformatsiya) o'tkir qon ketishning kamdan-kam uchraydigan (1.5-5.8% gacha) sababi hisoblanadi. Dielafua yaralarining etiologiyasi noma'lum. U oshqozon shilliq osti qavati qon tomirlarining anomal rivojlanishi bilan namoyon bo'lib, yirik arteriya eroziyasi va kuchli qon ketishiga, ko'pincha o'limga olib keladi. Bu patologiyani birinchi marta 1884-yilda Gallard tasvirlagan. Fransuz jarroh Dielafua 1898-yilda uni "oddiy yara" deb ta'riflagan. Ko'pincha kardiya va oshqozonning yuqori uchdan bir qismida (80% gacha), kichik egrilikdan 3-4 sm narida joylashadi, ammo oshqozonning istalgan qismida ham bo'lishi mumkin. Davolash – endoskopik gemostaz. Agar u samarasiz bo'lsa, qonayotgan joyni kesib tashlash uchun gastrotomiya bajariladi.

Diafragmal churralarda qon ketishi

Qonli qusish bemorda diafragmaning qizilo'ngach teshigi churralari mavjud bo'lganda ham paydo bo'lishi mumkin. Bunda oshqozonning fundal qismi qizilo'ngach teshigi orqali o'tib, churra halqasi chetlari bilan eziladi, bu esa oshqozonning diafragma ustidagi qismida venoz dimlanishni keltirib chiqaradi. Qon ketishining sababi - shishgan venalarning yorilishi, oshqozon shilliq qavatining eroziyasi yoki yaralanishi va yarali ezofagitning rivojlanishidir.

Boshqa kasalliklardan farqli o'laroq, diafragmal churrada qon ketishi to'sh osti sohasida keskin og'riq bilan kechadi. Tashxis oldingi shikoyatlar (ko'krak va epigastriy sohasidagi og'riqlar, ko'pincha yurak sohasiga tarqaluvchi, ovqatdan keyin paydo bo'ladigan jig'ildon qaynashi, kekirish, qusish, ko'ngil aynishi, reflektor stenokardiya) va rentgenologik tekshiruv asosida qo'yiladi.

Bemorlarni kasalxonadan chiqarilgandan keyingi davolash chora tadbirlari

1. Bemor statsionardan chiqarilgandan so'ng umumiy amaliyot shifokori, gastroenterolog va jarroh nazorati ostida dinamik kuzatuvda bo'lishi kerak.

2. Operatsiya qilinmagan bemorlarda o'n ikki barmoqli ichak yarasi uchun to'rt hafta davomida standart terapevtik dozalarda antisekretor terapiyani davom ettirish zarur. Nazorat endoskopiya kasalxonadan chiqarilgandan 1,5 oy o'tgach o'tkaziladi. Anamnezida yarali qon ketishi bo'lgan va nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar bilan davolanishga muhtoj

bemorlarda proton nasosi ingibitori va SOG-2 ingibitori kombinatsiyasini tayinlash, SOG-2 ingibitori monoterapiyasiga nisbatan takroriy qon ketish xavfini pasaytiradi.

3. Past dozada atsetilsalitsil kislotasi qabul qilayotgan bemorlarda o'tkir yarali qon ketishini davolashda, yurak-qon tomir tizimi tomonidan asoratlar xavfi qon ketish xavfidan oshishi bilanoq, ushbu preparatni qabul qilishni darhol qayta boshlash kerak.

Operatsiyadan keyingi parvarish

Operatsiyadan keyingi yaqin davrni olib borish xususiyatlari va operatsiyadan keyingi asoratlar bemorning ahvoli og'irligiga, shuningdek, o'tkazilgan jarrohlik amaliyotining turiga bog'liq: me'da rezeksiyasi (antrumektomiya) bilan ovqat hazm qilish traktining uzluksizligini oshqozon-ichak anastomozining turlaridan biri bilan tiklash yoki a'zoni saqlab qoluvchi operatsiyalar (qon ketishini to'xtatish, vagotomiya va me'dani drenajlash).

Vagotomiya bajarilmagan yoki bajarilgan holda qonayotgan yarani tikishdan keyin operatsiyadan keyingi yaqin davrda proton nasosi ingibitorlari yoki H₂-blokatorlarning so'nggi avlodini, shuningdek antixelikobakter terapiya kompleksini o'z ichiga olgan yaraga qarshi terapiya kursi tayinlanadi. Vagotomiya bilan a'zolari saqlovchi operatsiyalardan keyin operatsiyadan keyingi davrning o'ziga xos xususiyati operatsiya qilingan me'daning motor-evakuator buzilishlarining oldini olish zarurati hisoblanadi (prokinetiklar guruhi preparatlari). Statsionardan chiqarilgandan so'ng bemorlar gastroenterolog shifokor nazorati ostida dispanser kuzatuvida bo'lishlari kerak.

Zamonaviy tasavvurlarga ko'ra, patofiziologik asosga ega bo'lgan jarrohlik amaliyotlari (piloroplastika bilan vagotomiya, antrumektomiya bilan vagotomiya, me'da rezeksiyasi) ham qo'llab-quvvatlovchi va retsidivga qarshi terapiya bilan birga olib borilishi kerak.

Bu terapiya operatsiyadan keyingi davrda darhol boshlanadi. Bemorlarni dispanser kuzatuv sharoitida yaraga qarshi davolashning bevosita ta'sirini yakuniy baholashdan so'ng, ambulatoriya sharoitida operatsiya qilingan me'daning sekretor va evakuator funksiyalari holati hamda H. pylori eradikatsiyasi aniqlanadi, so'ngra bemorlar uzil-kesil gastroenterolog shifokor nazoratiga o'tkaziladi.

XULOSA

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining qon ketishi bilan kechuvchi bemorlari sonining ko'payishi, ushbu asoratning boshqa jarrohlik shakllarga nisbatan o'sishi, davolash natijalarining qoniqarsizligi hamda umumiy va operatsiyadan keyingi o'lim ko'rsatkichlarining pasayish tendensiyasi yo'qligi bu masalani jarrohlikning eng muhim bo'limlaridan biriga aylantirdi.

Hozirgi bosqichda yara etiologiyali gastroduodenal qon ketishlarni davolash muammosi alohida dolzarblik kasb etdi, diagnostika va davolash masalalari esa ko'p jihatdan hal etilmagan, bunday bemorlarni aniqlash va davolash natijalarini yaxshilash uchun zamonaviy imkoniyatlardan to'liq foydalanilmagan.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketishining patogenezida o'ziga xos xususiyatlar mavjud. Ular, avvalo, bu asoratning asosida yara chetlari va tubidagi distrofik-nekrotik jarayon natijasida yuzaga kelgan eroziya yoki tomir yemirilishi yotishi hamda yara kasalligining progressiv kechishi bilan bog'liqligidan iborat. Qon ketish mexanizmining bu xususiyatlari ushbu asoratning namoyon bo'lishi va kechish og'irligiga ta'sir ko'rsatadi.

Yaraning joylashuvi, yara krateridagi distrofik-nekrotik jarayonning ifodalanishi va peptik jarayonlar intensivligiga qarab turli kalibrli tomirlar shikastlanishi mumkin. Shuning uchun yara qon ketishi turli darajada bo'lishi mumkin -tez va ko'p miqdorda qon yo'qotish natijasida bemorning bir necha daqiqa yoki soat ichida o'limiga olib keladigan holatdan tortib, organizmda hech qanday jiddiy o'zgarishlarga olib kelmaydigan mikro qon ketishigacha. Bularning barchasi qon ketishlarning turli og'irlik darajalari, ularning turlicha klinik namoyon bo'lishi asosida yotadi va bu kasallikni tashxislash hamda davolashning adekvat usulini tanlashda ma'lum qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining shoshilinch jarrohligida bemorni davolash natijasi nafaqat jarrohlari, balki anesteziolog-reanimatologlar, gastroenterologlar, terapevtlarning ham harakatlariga bog'liq.

Jamoaviy ish jamoaning har bir a'zosi: operatsiya qiluvchi jarroh, assistent, anesteziolog-reanimatolog, hamshira, endoskopistning individual javobgarligini aslo kamaytirmaydi. Ushbu toifadagi bemorlarni davolashning yagona strategiyasi juda muhim.

Yagona davolash taktikasi jarrohning individual qobiliyatlarini pasaytirmaydi, aksincha, shoshilinch holatlarda, ayniqsa oshqozon-ichak qon ketishida, eng tajribali jarroh yetakchilikni o'z zimmasiga olishi va yagona to'g'ri qarorni qabul qilishi kerak.

Jarrohning mahorati nafaqat aniq tashxis qo'yish yoki jarrohlik amaliyotini mukammal bajarish qobiliyatida, balki operatsiyaning zarurligini aniqlash va uning bemor uchun oqibatlarini oldindan ko'ra bilish, u yoki bu asoratning rivojlanish ehtimolini baholay olish hamda uning oldini olish uchun zarur choralarni ko'rish qobiliyatida namoyon bo'ladi.

Yara etiologiyali gastroduodenal qon ketishlarni davolash natijalarini yaxshilash uchun zamonaviy tadqiqot usullarini qo'llash va bemorning ahvolini baholashning ishonchli mezonlarini joriy etish hisobiga diagnostikani takomillashtirish, shuningdek bunday bemorlarni davolash samaradorligini individual yondashuvga asoslangan differensial va o'z vaqtida davolashni qo'llash orqali oshirish zarur. Hozirgi bosqichda yara gastroduodenal qon ketishlarini diagnostikasi va davolashni yaxshilash - bu ushbu yo'nalishdagi bemorlarni davolashning qoniqarsiz natijalari bilan bog'liq zarurat. Buning uchun barcha imkoniyatlar mavjud.

Vazifa mavjud imkoniyatlardan foydalanish va yara kasalligining bunday og'ir va nisbatan tez-tez uchraydigan asorati bo'lgan gastroduodenal qon ketishlarni davolash natijalarini yaxshilashdan iborat.

Shu bilan birga, so'nggi o'n yil ichida qon ketish kabi yara kasalligining xavfli asorati bilan og'irgan bemorlarning mutlaq va nisbiy soni keskin oshdi, bu esa dori-darmon terapiyasiga yanada oqilona va malakali yondashish zarurligini ko'rsatadi.

Konservativ davolash samaradorligi mezonlariga qat'iy rioya qilish va rejali operatsiyalar uchun bemorlarni tanlab olish kerak, bu xavfli asoratlarni sonini kamaytirishga yordam beradi.

Hozirgi kunda endoskopik diagnostika va gemostaz usullarini faol joriy etish va klinik qo'llash uchun barcha imkoniyatlar mavjud bo'lib, ular nafaqat klinik sharoitlarda, balki tuman kasalxonalari statsionarlarida ham real va qo'llash mumkin.

Bu holat nafaqat yara gastroduodenal qon ketishi bilan og'irgan bemorlarni davolash natijalarini yaxshilaydi, balki muhokama qilinayotgan muammoni nazariy va amaliy masalalarni keyinchalik amalga oshirish istiqboli bilan ilmiy tadqiqotlarning yanada yuqori darajasida hal qilish imkonini beradi.

Va nihoyat. Gastroduodenal yarali qon ketishi kabi og'ir patologiya bilan og'irgan bemorlar sonining ko'payishi ularni davolashda sezilarli moliyaviy xarajatlarga olib keladi va bu masala ham o'z yechimini talab qiladi.

Analitik qism

Mavzuda qo'llaniladigan yangi pedagogik texnologiyalar:

- Case-study + Role play (Klinik vaziyatni tahlil qilish+ Rollar o'ynash)
- "Interactive quiz" (Kahoot usuli)

"Case-study + Role play" o'yinini o'tkazish uslubi.

O'yin tartibi:

- Talabalar 4–5 kishilik kichik guruhlariga bo'linadi.
- O'qituvchi mashg'ulot maqsadini tushuntiradi: *"Talabalar klinik vaziyatni tahlil qilib, shifokor sifatida qaror qabul qilishni mashq qiladi."*

Case-study (Klinik vaziyatni tahlil qilish) usulini qo'llash tartibi

Vaziyatli masala :

“45 yoshli bemor biroz qorin og‘rigi, ko‘p marta kofe quyqasisimon qusish va qora rangli najas ajralishi bilan shifoxonaga murojaat qildi. Anamnezida — 10 yildan beri osqozon yarasi bor. Qabulxonada bemor ahvoli o‘rtacha og‘ir, terisi oqarib ketgan, puls – 110/min, AQB – 90/60 mmHg. Qorin yumshoq, palpatsiyada og‘riqsiz. EGDFSda – oshqozon old devorida sizib qonayotgan yara aniqlangan.”

Talabalarga topshiriqlar:

- Guruh ichida bemorga tashxis qo‘yish: *“Oshqozon yara kasalligi Asorati: qon ketish F IB”*
- Differensial tashxis qilish: *Mellory-Veyss sindromi, qizilo‘ngach va oshqozon varikoz kengaygan venalardan qon ketish, o‘sma*
- Qon ketish darajasini aniqlash (klinik belgilarga asoslanib)
- Davolash rejasini ishlab chiqish: konservativ choralar, endoskopik usullar, zarurat bo‘lsa jarrohlik

👉 Guruhlar javoblarni doskaga yoki qog‘ozga yozib taqdim etadi.

Role play (Rollar o‘ynash) usulini qo‘llash tartibi

Rollar taqsimoti:

1. Shifokor (rezident) – anamnez yig‘adi, bemorni ko‘radi.
2. Bemor – shikoyatlarini ifodalaydi (oldindan o‘qituvchi yozib beradi).
3. Endoskopist – EGDFS natijasini taqdim etadi.
4. Laborant – qon tahlili natijalarini beradi (Hb pasaygan, gematokrit past).
5. Katta shifokor (konsultant) – yakuniy xulosani beradi va muhokama qiladi.

Vazifa:

- Shifokor bemor bilan suhbatlashadi, obektiv tekshiruv o‘tkazadi.
- Endoskopist va laborator natijalarini ko‘rib chiqadi.
- Katta shifokor yakunda tashxisni qo‘yadi va davolash rejasini belgilaydi.

👉 O‘qituvchi jarayonni kuzatib boradi, noto‘g‘ri qarorlar bo‘lsa, tahlil qilib beradi.

O‘yin yakunida har bir guruh o‘z tajribasidan kelib chiqib, qanday xato va to‘g‘ri qarorlar qabul qilinganini muhokama qiladi.

Baholash usullari

a) Guruhli baholash (10 ballik tizim)

- Tashxis qo‘yish to‘g‘riligi – 3 ball
- Davolash rejasining to‘liqligi – 3 ball
- Munozarada ishtirok etishi – 2 ball
- Vaqtni to‘g‘ri ishlatish – 2 ball

b) Individual baholash

- “Shifokor” rolini bajargan talabaga – klinik muloqot ko‘nikmasi bo‘yicha baho
- “Bemor” – real sharoitni tasvirlashga qanchalik yaxshi kirishgani
- “Laborant, endoskopist” – tibbiy axborotni aniq yetkazishi
- “Katta shifokor” – xulosani tahliliy asoslash darajasi

👉 Yakunda talabalar bir-birini ham baholashi mumkin (peer-assessment).

📌 Natija:

- Talabalar klinik tafakkur, muloqot va jamoada ishlash ko‘nikmasini egallaydi.
- Amaliy jarayon (oshqozon yuvish, EGDFS talqini) real klinik sharoitga yaqinlashtiriladi.

“Interactive quiz” (Kahoot/Quizizz) o‘yinini qo‘llash.

Kerakli resurslar va platformalar (tavsiya)

- Internetga ulangan gadjetlar (smartfon, planshet, noutbuk).
- Platforma: Kahoot.
- Proyektor / katta ekran va audio.
- Zaxira: chop etilgan savollar varaqasi yoki “clicker” (agar internet muammosi bo‘lsa).

O‘yin tartibi:

Talabalar 3–5 kishilik jamoalarga bo‘linadi. Kahoot platformasidan registratsiyasidan o‘tadi. O‘qituvchi qoidalarni tushuntiradi:

- Har savolga 20–60 s vaqt.
- Ball: to‘g‘ri javob = 1000 ball, tez javob bonus beradi.
- Eng ko‘p ball to‘plagan jamoa g‘olib bo‘ladi.

Viktorina o‘tkazish

- 20 ta savol chiqariladi.
- Har savoldan so‘ng feedback (izoh) beriladi.

Muhokama va tahlil

- Eng ko‘p xato qilingan 5 savol muhokama qilinadi.
- Klinik algoritmlar qayta ko‘rib chiqiladi.

Baholash

Individual/jamoa baholash:

- 90–100% – A‘lo
- 75–89% – Yaxshi
- 60–74% – Qoniqarli
- <60% – Qoniqarsiz

20 ta tayyor savollar (Kahoot/Quizizz shabloni uchun)

1-savol

Oshqozon-ichak tizimidan qon ketishning eng keng tarqalgan sababi qaysi?

- A) Mallory-Weiss sindromi
- B) Me‘da va o‘n ikki barmoq ichak yarasi ☒
- C) Qizilo‘ngach varikoz venalaridan
- D) Gastrit

2-savol

Qon ketish darajasini baholashda birinchi ko‘rsatkich qaysi?

- A) Gemoglobin darajasi
- B) Qon bosimi ☒
- C) Bilirubin darajasi
- D) Qon ivishi vaqti

Izoh: Gemodinamik ko‘rsatkich (AQB, puls) birinchi navbatda hisoblanadi.

3-savol

Melena nimani anglatadi?

- A) Qizil rangli qon qusish
- B) Qora, yoqimsiz hidli najas ☒

- C) Ich qotishi
- D) Qizil najas

4-savol

Qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketish ko'proq qaysi kasallik fonida kuzatiladi?

- A) Jigar sirrozi ☒
- B) Gastrit
- C) Pankreatit
- D) Mellery Vess

5-savol

Oshqozon-ichakdan qon ketishdagi birinchi yordam algoritmi?

- A) Shoshilinch gastroskopiya
- B) Shoshilinch qon quyish
- C) Bemorni yotqizib, IV suyuqlik va gemodinamikani barqarorlashtirish ☒
- D) Antibiotik

6-savol

EGDFS qachon bajariladi?

- A) Bemor barqarorlashgach, dastlabki 24 soat ichida ☒
- B) Dastlabki 72 soatda
- C) Faqat konservativ davo samara bermasa
- D) Hech qachon

7-savol

Mallory-Weiss sindromi qachon paydo bo'ladi?

- A) Ko'p marta qusishdan keyin ☒
- B) Portal gipertenziya
- C) Gastrit fonida
- D) NSYQ dorilar qabulidan keyin

8-savol

Gastroduodenal qon ketishda qusish xarakteri ?

- A) Kofe quyqalari ko'rinishida ☒
- B) Yashil
- C) Jigarrang shilimshiqli
- D) Ko'pik aralash

9-savol

Qaysi dori qon ketishni kamaytirishda muhim?

- A) Proton pompasi ingibitorlari (PPI) ☒
- B) Antibiotiklar
- C) Antikoagulyantlar
- D) Paratsetamol

10-savol

Qizil o'ngach varikoz venalaridan qon ketishda endoskopik usul?

- A) Lazer bilan kuydirish
- B) Venaga klip qo'yish
- C) Skleroterapiya yoki ligatura ☒
- D) NSYQ berish

11-savol

Qon ketish darajasini aniqlash uchun eng tezkor laborator ko'rsatkich?

- A) Qon guruhi
- B) Gematokrit ☒
- C) Qand
- D) Lipaza

12-savol

Oshqozon yuvishning maqsadi nima?

- A) Infeksiyani davolash
- B) Qonni yuvib chiqarib tashlash va EGDFSni yengillashtirish ☒
- C) Qon bosimini oshirish
- D) Gastritni davolash

13-savol

Forrest klassifikatsiyasi nimani baholaydi?

- A) Yara kattaligini
- B) Qon ketish xavfini ☒
- C) Qon guruhi
- D) O'smalarni

14-savol

Qon ketishda eng xavfli belgilar qaysi?

- A) Melena va qon bosimi pasayishi ☒
- B) Qusish va ich qotishi
- C) Og'iz qurishi va ishtaha pasayishi
- D) Najasda shilimshiq

15-savol

Qon ketishda gemotransfuzion terapiya qachon ko'rsatiladi?

- A) $Hb < 70 \text{ g/L}$ ☒
- B) $Hb > 100 \text{ g/L}$
- C) Har qanday qon ketishda
- D) Faqat jarrohlikdan oldin

16-savol

Qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketishni oldini olish uchun qaysi dori ishlatiladi?

- A) Beta-blokatorlar (propranolol) ☒
- B) NSYQV
- C) Antatsidlar
- D) Kortikosteroidlar

17-savol

Endoskopiyada faol pulsatsiyalanuvchi qonash ko'rilsa, bu Forrest bo'yicha qaysi daraja?

- A) Ia ☒
- B) Ib
- C) IIa
- D) III

18-savol

Mallory-Weiss yorilishlar odatda qayerda joylashadi?

- A) Kardiya sohasida, qizilo'ngach-me'da tutashgan joyda ☒
- B) O'n ikki barmoq ichakda

- C) Jigar hilida
D) Yo‘g‘on ichakda

19-savol

Oshqozon yarasi fonida qon ketayotgan bemorda davo birinchi navbatda qaysi yo‘nalishda bo‘ladi?

- A) PPI + endoskopik gemostaz ☒
B) Antibiotik
C) Antikoagulyant
D) jarroxlik

20-savol

Agar bemorda takroriy qon ketishda konservativ va endoskopik davolash yordam bermasa, keyingi qadam?

- A) Jarroxlik aralashuvi ☒
B) Faqat PPI davom ettirish
C) Uyga javob berish
D) Vitamin terapiyasi

 Yakuniy baholash

- Jami: **20 savol × 1000 ball = 20 000 ball.**
- Ballar avtomatik ravishda **Kahoot/Quizizz** da hisoblanadi.
- O‘qituvchi natijalarni eksport qilib, umumiy reyting va xatoliklarni tahlil qiladi.

Amaliy qism

Yarali va yarasiz kelib chiqqan gastroduodenal qon ketish tashxisi bilan qabulga kelgan bemorlarni ko'rish, kuratsiya qilish, qorin palpatsiyasi va perkussiyasini bajarish, EGDFS tekshiruv usullarini bajarishda qatnashish. Oshqozon yuvish amaliyotini bajarish.

Oshqozon yuvish amaliyotini bajarish. (amaliy ko'nikma)

№	Harakatlar	Bajarilmagan (0 ball)	To'liq bajarilgan
1	Oshqozon zondlashga ko'rsatmalarni sanab bering		10
2	Oshqozonni zondlashga kerakli instrumentlarni sanab bering		10
3	Bemorni oldindan psixologik tayyorlash va uning qulay o'tirganiga yoki yotganiga ishonch hosil qilish		10
4	Qusish reflekslarida tanglay va xalqumga ishlov berish		10
5	Chap qo'l bilan bemorni bo'ynini orqasidan ushlab, vazelin surilgan zondni o'ng qo'l bilan olib pastki burun yo'lga kiritiladi. Bemor yutish xarakatini bajaradi, shu paytda zond tezlik bilan qizilo'ngachga kiritiladi.		10
6	Oshqozon suyuqligining xarakterini aniqlash		10
7	Oshqozonni yuvish uchun zondga voronka biriktiriladi, unga tana xaroratidagi suv quyiladi.		10
8	Voronka og'izdan yuqoriga ko'tarilib, keyin sekin-asta pastga tushiriladi.		
9	Bu muolaja toza suv chiqqungacha ko'p marotaba bajariladi.		10
10	Oshqozondan qon ketganda toza suv kelguncha sovuq suv bilan yuviladi va oxirida aminokapron kislota, ditsinon va boshqa preparatlarni sovuq holida yuborilishi mumkin		10
	Jami		100

Malaka, ko'nikma va bilimni tekshirish usullari

- og'zaki;
- yozma;
- organayzerlar;
- test;
- vaziyatli masalalar yechish;
- egallangan amaliy ko'nikmalarni namoyish etish;

Vaziyatli masalalarning kompleksi:**Masala № 1**

45 yoshli bemor davom etuvchi oshqozondan kon ketish tashxisi bilan keltirilgan. Endoskopiyada me'dani kardial qismida bo'ylama chiziqli yoriklar borligi aniqlangan.

Savollar:

Bemor tashxisi?

Davolash taktikasi?

Masala №2

37 yoshli bemor klinikaga qonli qusishga, ichini qora rangda kelishiga, xolsizlikka, bosh aylanishiga shikoyat qilib keldi. Anamnezdan 5-yil oldin o'tkir gepatit bilan davolangan. Ko'rikda: umumiy axvoli og'ir. Teri va kurinadigan shilliq qavatlari oqargan. Puls 110 ta/min, A/B 100/60 mm.sim.ust. Qorni yumshoq, epigastral soxada biroz og'riqli, jigar qovurga yoyidan 4 smgacha chiqib turibdi.

Savollar:

Sizning dastlabki tashxisingiz?

Qanday tekshirishlar o'tkazish lozim?

Davolash taktikasi?

Masala №3

Bemor 42 yoshda statsionarga tezkor ravishda olib kelindi. Qon qusish to'satdan boshlangan. Bemor takidlashicha so'nngi 2-yil davomida 2 marta qon ketish. Anamnezida Virusli Gepatit xastaligini o'tkazgan. Ko'rganda qorin yuza venalari «meduza boshi» dek kengaygan. Kattalashgan taloq va qirg'oqlari qattiqlashgan jigar paypaslanadi.

Savollar:

1. Qon ketish manbai:

2. Tashxisni tasdiqlovchi teshirish usuli:

3. Davo muolajalarini nimadan boshlagan ma'qul

Masala №4

28 yoshli bemor kasallik boshlanganidan 2 kun o'tgach, umumiy holsizlik, qahva quyqasi rangidagi qusish va qora suyuq ich ketishi shikoyatlari bilan kelgan. O'zini 5 yil davomida kasal deb hisoblaydi, bu vaqt ichida bahor va kuzda epigastriy sohasida davriy ravishda "och qorin" og'riqlari paydo bo'la boshlagan. So'nggi ikki hafta ichida ahvoli yomonlashgan.

Obyektiv ko'rikda umumiy ahvoli qoniqarli. Teri va shilliq pardalar och pushti rangda, tomir urishi daqiqasiga 96 marta, ritmik, qon bosimi 120/70 mm sim. ust.

Qorin dam bo'lmagan, paypaslaganda epigastriy va o'ng tomonda biroz og'riqli. Peristaltika aniqlanadi, axlat qora rangda. Qonning umumiy tahlilida: eritrotsitlar $3,5 \times 10^{12}/l$, gemoglobin - 100 g/l.

Savollar:

1. Taxminiy tashxis?
2. Qanday tekshirish usullarini tayinlash kerak?

Masala №5

40 yoshli bemor 8 yil davomida 12 barmoqli ichak yara kasalligi bilan aziyat chekmoqda. Oxirgi haftada kuchli ochlik va tungi og'riqlar paydo bo'lgan. To'satdan

kuchli holsizlik, sovuq ter bosish va og'riqlarning yo'qolishi kuzatilgan. Arterial bosim 90/60 mm sim.ust. Umumiy qon tahlilida: eritrotsitlar $4,0 \times 10^{12}/l$, Hb - 130 g/l.

Savollar:

1. Tashxis?
2. Tashxisni tasdiqlash uchun nimani buyurish kerak?

Masala №6

50 yoshli bemor quyidagi tashxis bilan yotqizilgan: Yara kasalligi. O'n ikki barmoq ichakning qon ketishi bilan asoratlangan surunkali yarasi. Ahvoli og'ir. Qon bosimi 90/60 mm sim. ust. Umumiy qon tahlilida: eritrotsitlar $4,5 \times 10^{12}/l$, Hb - 130 g/l.

1. Qon tahlilida ko'rsatkichlar nima uchun me'yor chegarasida ekanligini tushuntiring?

Masala №7

38 yoshli bemor shifoxonaga yara kasalligi tashxisi bilan yotqizilgan. Qon ketishi bilan asoratlangan o'n ikki barmoqli ichakning surunkali yarasi. Obyektiv holati: umumiy ahvoli qoniqarli. Teri va shilliq qavatlar och pushti rangda, yurak urishi daqiqasiga 96 marta, ritmik, qon bosimi 120/70 mm sim.ust. Qorin paypaslaganda epigastral sohada va o'ng tomonda biroz og'riqli. Peristaltika aniqlanadi, najas qoramtir rangda. Umumiy qon tahlilida: er $3,5 \times 10^{12}/l$, Hb - 105 g/l.

1. Sizing harakatlaringiz?
2. Konservativ davolash tamoyillari?
3. Xirurgik davolashga ko'rsatmalar?

Masala №8

30 yoshli bemor oshqozon-ichak qon ketishi tashxisi bilan klinikaga yotqizilgan. 4 kun oldin bemorda to'satdan qora najas paydo bo'lgan va qisqa muddatli hushdan ketish kuzatilgan. Bemorning ahvoli kelib tushganda og'ir. Holsizlik, darmonsizlik va bosh aylanishidan shikoyat qiladi. Teri qoplamalari rangpar. Puls minutiga 100 marta, ritmik, to'lishuvi qoniqarli. Qon bosimi 100/50 mm sim. ust. Hb - 40g/l. Qorni paypaslanganda yumshoq va og'riqsiz. Shoshilinch ezofagogastroduodenoskopiyada oshqozon va 12 barmoqli ichakda patologik o'zgarishlar aniqlanmagan. Konservativ davolashga qaramasdan, davom etayotgan qon ketish belgilari kuzatilmogda.

1. Davolash taktikasi?

Masala №9

45 yoshli bemor klinikaga oshqozon-ichak qon ketishi tashxisi bilan yotqizilgan. Qabul qilinishidan 2 kun oldin qatron shaklidagi najas paydo bo'lgan. Bemor 15 yil davomida 12 barmoqli ichak yara kasalligi bilan og'rigan. Bemorning umumiy ahvoli og'ir. Teri qoplamalari rangpar. Puls 110 marta/daqiqa, ritmik, to'lishuvi qoniqarli. Qon bosimi 100/60 mm sim. ust. Hb - 50g/l. Gematokrit 30. To'g'ri ichakni barmoq bilan tekshirishda qatron ko'rinishidagi axlat aniqlandi.

1. Tashxis qo'yish uchun nima tayinlash kerak?
2. Tashxis qo'yilganda jarrohning harakatlari?

Masala №10

40 yoshli erkak qabul bo'limiga holsizlik shikoyatlari bilan kelgan. Anamnezida 10 yil davomida tungi va "och" og'riqlar mavsumiy kuchayishlar bilan kuzatilgan. Teri rangpar, nam,

taxikardiya mavjud, qon bosimi 90/70 mm sim. ust. Gematokrit - 20%. Tekshiruv paytida qon laxtalari bilan takroriy qusish kuzatildi.

1. Tashxis?

Masala №11

60 yoshli bemor oshqozon-ichak qon ketishi tashxisi bilan klinikaga yotqizilgan. 10 yildan beri oshqozon yara kasalligi bilan og'riydi. Qabul qilinishidan 3 kun oldin "kofe quyqasi" tipidagi qusish paydo bo'lgan va qisqa muddatli hushdan ketish kuzatilgan. Bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda. Teri qoplamlari rangpar. Tomir urishi daqiqasiga 100 marta, ritmik, to'lishuvi qoniqarli. Qon bosimi 100/50 mm sim. ust. Hb - 40 g/l. Shoshilinch FGDS tekshiruvda oshqozonning kichik egriligida yara aniqlandi.

1. Jarrohning harakatlari? Puls minutiga 100 marta, ritmik, to'lishuvi qoniqarli.

Masala №12

37 yoshli erkakda 4 soat oldin keskin holsizlik, bosh aylanishi va qizil qon qusish paydo bo'lgan. Bemorning ahvoli og'ir. Teri qoplamalari rangpar, sovuq ter bosgan, tomir urishi minutiga 110 marta, to'lishuvi zaif. Qon bosimi 90/60 mm sim. ust. Gastroskopiya oshqozon bo'shlig'ida qon aniqlandi, o'n ikki barmoqli ichakning orqa devorida yirik qonayotgan tomirli yara mavjud. Hb - 75 g/l.

1. Jarroh taktikasi?

Masala №13

Bemor statsionarga qon ketishi bilan asoratlangan o'n ikki barmoqli ichak yarasi tashxisi bilan yotqizilgan. Qon yo'qotish o'rta darajada. Endoskopik tekshiruvda yara sohasida to'q qizil rangli yumshoq qon laxtasi aniqlangan. Tekshiruvdan bir necha soat o'tgach, bemorda qon bosimining pasayishi va takroriy suyuq najas kuzatildi.

1. Bemorga nima bo'ldi?

2. Jarrohning harakatlari?

Masala №13

48 yoshli bemor yarali qon ketishini (yoki hatto bir nechtasini) boshdan kechirgan, FGDSda unda kallyoz yara aniqlangan. Bemorning kasallik tarixi uzoq muddatli, konservativ davolashdan natija yo'q.

1. Jarrohning taktikasi qanday bo'lishi kerak?

Masala №14

56 yoshli bemor gastroduodenal qon ketishi belgilari bilan kasalxonaga yotqizilgan. Shoshilinch fibroezofagogastroduodenoskopik tekshiruvda me'daning kichik egriligida diametri 3 sm gacha bo'lgan, qalin notekis qirralari bor kratersimon yara aniqlangan. Yaraning tubida qon sizib chiqmayotgan qizil qon laxtasi fiksatsiyalangan. Me'da bo'shlig'ida o'zgargan qon mavjud.

1. Tashxisni qo'ying?

2. Jarroh taktikasi qanday bo'lishi kerak?

Masala №15

50 yoshli bemor holsizlik, bosh aylanishi va axlatning qora rangga bo'yalishiga shikoyat qilmoqda. O'zini bugungi kun ertalab soat 8 dan beri kasal deb hisoblamoqda. Anamnezidan ma'lum bo'lishicha, u 10 yil davomida o'n ikki barmoqli ichakda yara joylashgan yara kasalligidan azob chekib kelgan. Bemorning ahvoli o'rtacha og'irlikda, teri qoplamlari biroz rangsiz. Nafas olishi tinch. Tomir urishi daqiqasiga 98 marta, ritmik. Qon bosimi 100/70 mm sim.ust. Tili nam. Qorni yumshoq, paypaslaganda og'riqsiz, patologik hosilalar aniqlanmaydi. Peritoneal simptomlar manfiy. Ichak peristaltikasi eshitilmoqda. Umumiy qon tahlilida: eritrotsitlar - $3,7 \times 10^{12}/l$; gemoglobin - 103 g/l; leykotsitlar - $10,6 \times 10^9/l$. Gematokrit - 30%.

1. Tashxis?

2. Oshqozon-ichakdan qon ketishining og'irlik darajasini aniqlang?

2. Jarroh taktikasi?

Testlar :

1. Mellori-Veys sindromida yorilishlar qayerda uchrashi xarakterli:
A. oshqozon kardial qismida
B. qizilo'ngachning abdominal qismida
C. oshqozon antral qismida
D. oshqozon pilorik qismida
2. Alvon ko'pikli qon bo'ladi:
A. o'pkadan qon ketganda;
B. qizilo'ngachdan qon ketganda;
C. oshqozon yarasidan qon ketganda;
D. ichakdan qon ketganda.
3. Gemotransfuziyaga ko'rsatma bo'lib xisoblanadi:
A. gemopoezni stimullash
B. parenteral oziqlantirish
C. qon ketish natijasidagi ifodalangan anemiya
D. immunokorreksiya
4. Qon qusish diagnostikasida maqsadga muvofiq tekshirish usuli:
A. UTT
B. rentgenoskopiya
C. EGDFS
D. kompter tomografiyasi
5. Melena - bu:
A. tug'ri ichakdan qora, smolasimon axlat ajralishi
B. defekatsiya akti vaqtida tug'ri ichakdan qizil qon kelishi
C. klizma vaqtida tug'ri ichakdan venoz qon kelishi
D. sigmasimon va tug'ri ichakdan kapillyar qon ketish
6. "Shok"indeksi
A. pulsning sistolik ABga nisbati
B. ABning Hbga nisbati
C. Hb ni ABga nisbati
D. Hb ni Htga nisbati
7. Mellori-Veys sindromi rivojlanishiga olib keladi:
A. Alkogolizm
B. Yarali kasallik
C. diafragmaning qizilo'ngach teshigi churrasi
D. oshqozon saratoni
8. Qon ketish manbaini aniqlashda qaysi tekshiruv yordam beradi:
A. oshqozonning rentgenologik tekshiruv
B. laparoskopiya
C. Nazogastral zond
D. EGDS
9. Qon ketishiga shubha qilingan bemorga birinchi tibbiy yordam ko'rsatishda zarur taktika qanday?

- A. qon ketish holatini aniqlash
- B. jabrlanuvchi haqida shifoxonaga xabar berish
- C. jabrlanuvchining ahvoli og'irligini baholash
- D. qon bosimini kuzatib borish
- E. aylanayotgan qon hajmi yetishmovchiligini aniqlash
- F. A,C,E

10. Qon ketgan bemorlarga birinchi yordam ko'rsatishda qon yo'qotish miqdorini aniqlash uchun quyidagi usullardan foydalanish mumkin

- A. nisbiy zichlik bo'yicha
- B. gematokrit va gemoglobin ko'rsatkichlari bo'yicha
- C. shok indeksining kattaligi bo'yicha
- D. bemorning ahvoli og'irligiga qarab

11. Qora rangdagi axlatning paydo bo'lishi qon ketish manbaining quyidagi joyda joylashganligiga eng ko'p xos

- A. qizilo'ngach
- B. me'daning antral qismi
- C. me'daning kardial qismi
- D. me'da tanasi
- E. o'n ikki barmoqli ichak

12. O'n ikki barmoqli ichak yarasida og'riqlarning yo'qolishi va "melena"ning paydo bo'lishi quyidagiga xos

- A. piloroduodenal stenoz
- B. yaraning teshilishi
- C. yaraning xavfli o'sma tusiga kirishi
- D. qon ketishi
- E. me'da osti beziga o'tishi

13. Ichki qon ketishi bo'lgan bemorlarni tashish kerak

- A. shoshilinch ravishda qo'l ostidagi transportda, albatta qarindoshlari yoki tibbiyot xodimlari kuzatuvida
- B. sanitariya transportida yotgan holatda kuzatuv ostida
- C. tibbiyot xodimlari hamrohligida sanitariya transportida va shokka qarshi choralar ko'rgan holda

14. Yaradan qon ketayotgan bemorlarda shoshilinch operatsiyaga ko'rsatmalar

- A. og'ir ahvol
- B. gemorragik shok holati
- C. shifoxonada qon ketishining qaytalanishi
- D. qadoqlangan yara mavjudligi
- E. bemorning qat'iy talabi

15. O'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketganda va operativ aralashuvning xavfi yuqori bo'lganda tanlov operatsiyasi hisoblanadi

- A. me'da rezeksiyasi
- B. qonayotgan tomirni tikish yoki yarani ponasimon kesib olish
- C. selektiv vagotomiya

16. O'rta og'irlikdagi qon yo'qotish gemoglobinning quyidagicha pasayishi bilan xarakterlanadi

- A. 100 g/l

- B. 80 g/l
- C. 70 g/l
- D. 50 g/l

17. Umumiy qon hajmining 10-15% yo'qotilishi gemodinamikaga qanday ta'sir ko'rsatadi

- A. markaziy gemodinamikaning keskin buzilishiga olib keladi
- B. qon bosimining biroz pasayishiga olib keladi
- C. gemodinamikaning sezilarli buzilishiga olib kelmaydi

18. Bemor 10 yil davomida o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi bilan aziyat chekkan. hojatxonaga borganda o'zini keskin holsiz his qildi, boshi aylandi, qisqa vaqtga hushidan ketdi. yurak urishi minutiga 100 marta, qon bosimi 100/60 mm sim. ust. to'g'ri ichakdan tekshirilganda - melen. bemorning o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining qanday asorati yuzaga kelgan?

- A. qon ketishi
- B. yaraning chuqurlashishi
- C. teshilish
- D. piloroduodenal torayish
- E. yaraning xavfli o'smaga aylanishi

19. Faqat me'da qon ketishiga xos bo'lgan belgilar

- A. rangparlik, holsizlik
- B. bosh og'rig'i, bosh aylanishi
- C. "qahva quyqasi" ko'rinishidagi qusish, qora qatronsimon axlat
- D. taxikardiya, qon bosimining pasayishi
- E. taxikardiya, gipotenziya.

20. Sanab o'tilgan preparatlar orasida me'da-ichak qon ketishida qo'llaniladigan va antifibrinolitik ta'sirga ega bo'lgan preparat:

- A. vikasol
- B. simetidin
- C. epsilon-aminokapron kislotasi
- D. fibrinolizin
- E. vikaln

Test javoblari

1-A	11-E
2-A	12-D
3-C	13-C
4-C	14-C
5-A	15-B
6-A	16-B
7-A	17-C
8-D	18-A
9-F	19-C
10-C	20-C

Nazorat savollari

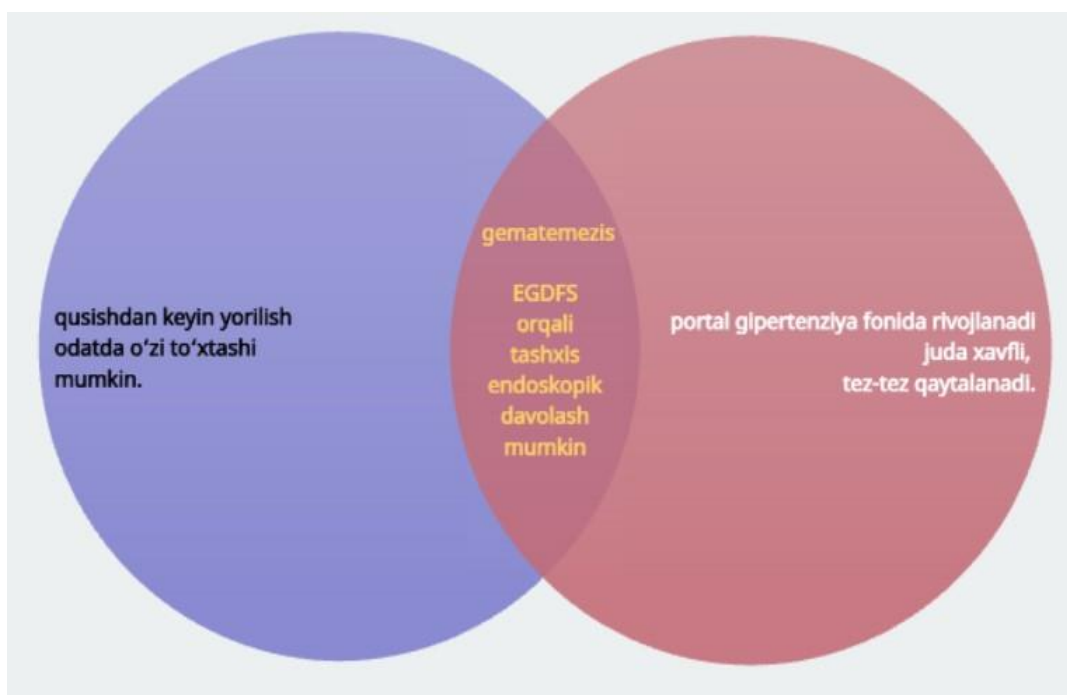
1. Gastroduodenal qon ketish sindromi sabablari?
2. Gastroduodenal qon ketish da tashxislash va qiyosiy tashxis?
3. Gastroduodenal qon ketishda davolash taktikasi?
4. Gastroduodenal qon ketish sindromida konservativ davolash usullari va operativ davo uchun ko'rsatmalar?
5. Gastroduodenal qon ketish da operatsiya maqsadi?
6. Operatsiyadan keyingi davrda bemorlarni reabilitatsiyasi qanday?
7. Tashxislash usullari (qon yuqotish darajasiga ko'ra, Forest bo'yicha endoskopik klassifikatsiya) ?
8. Gastroduodenal qon ketish sindromida birinchi yordam kursatishda UASH taktikasi (gospitalizatsiya etaplarida) ?
9. Paraezofageal churralardan qon ketish klinikasi va tashxisi?
10. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligining ta'rifi.
11. Yara kasalligi va yarali gastroduodenal qon ketishining etiologik sabablari hamda patogenezi haqidagi zamonaviy tushunchalar.
12. Gastroduodenal qon ketishlarning tasnifi.
13. Yarali gastroduodenal qon ketishining klinik manzarasi.
14. Yarali gastroduodenal qon ketishini aniqlashning laboratoriya va instrumental diagnostika usullari.
15. Yarali qon ketishini boshqa etiologiyali gastroduodenal qon ketishlaridan farqlash.

“Venn diagramma” organayzeri

Maqsad: Ikki xil patologiyani o'xshash va farqli tomonlarini ajratib ko'rsatish.

Masalan: Mellory-Vess sindromi va Qizilo'ngach varikoz venalaridan qon ketishi

Sxema 2 doira ko'rinishida, kesishgan qism umumiy belgilarni ko'rsatadi



Talabaning mavzu bo'yicha o'zlashtirish ko'rsatkichini nazorat qilish mezonlari

100 ballik tizim	5 ballik tizim	Ball olish uchun talabaning bilim darajasi quyidagilarga javob berishi lozim
90-100	5	-mavzuning mohiyati va mazmunini to'liq yoritib olsa; -mavzuni bayon qilishda ilmiylik va mantiqiylik saqlanib, ilmiy xatolik va chalkashliklarga yo'l qo'ymas; -mavzu materiallarining nazariy yoki amaliy ahamiyati haqida aniq tasavvurga ega bo'lsa; -mavzu doirasida mustaqil erkin fikrlash qobiliyatini namoyon eta olsa; -berilgan savollarga aniq va lo'nda javob bera olsa; -mustaqil topshiriqlarni to'liq va aniq bajargan bo'lsa; -amaliy ko'nikma va malakalarni o'zlashtirgan bo'lsa; -nazariy bilimlarni turli vaziyatda qo'llay olish; -tizimli yondashish, uzviylikka amal qilgan bo'lsa.
70-89.9	4	-mavzuning mohiyati va mazmunini tushungan, mavzularni bayon qilishda ilmiy va mantiqiy chalkashliklarga yo'l qo'ymas; - mavzuning mazmunini amaliy ahamiyatini tushingan bo'lsa; - mavzu bo'yicha berilgan vazifa va topshiriqlarni o'quv dasturi doirisida bajarsa; - mavzu bo'yicha berilgan savollarga to'g'ri javob bera olsa; - mavzu bo'yicha mustaqil topshiriqlarni to'liq bajargan bo'lsa; -barcha amaliy ko'nikma va malakalarni o'zlashtirishga harakat qilgan bo'lsa;
60-69.9	3	- mavzu haqida umumiy tushunchaga ega bo'lsa; -mavzularni tor doirada yoritib, bayon qilishda ayrim chalkashliklarga yo'l qo'yilsa; -bayon qilish ravon bo'lmasa; - mavzu bo'yicha savollarga mujmal va chalkash javoblar olinsa; - mavzu bo'yicha matn puxta shakllantirilmagan bo'lsa.
0-59,9	2	- mavzu bo'yicha mashg'ulotlarga tayorgarlik ko'rilmagan bo'lsa; - mavzu bo'yicha mashg'ulotlarga doir hech qanday tasavvurga ega bo'lmasa; - mavzu bo'yicha matnlarni boshqalardan ko'chirib olganligi sezilib tursa; - mavzu bo'yicha matnda jiddiy xato va chalkashliklarga yo'l qo'yilgan bo'lsa; - mavzu ga doir berilgan savollarga javob olinmasa; - mavzuni bilmasa.

Asosiy adabiyotlar:

1. Абдоминальная хирургия / под ред. И. И. Затевахиной, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина . – Текст : электронный. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. // Консультант врача:электронная медицинская библиотека [сайт]. – URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN97859704444047.html> (дата обращения 17.05.2020). – Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.
2. Васильев А. Г. О патогенезе синдрома острой кровопотери / А. Г. Васильев, Н. В. Хайцев, А. Л. Балашов, [и др.].// Педиатр. - 2019. – Т10, №3. – С. 93-100.
3. Гакаев Д. А. Патологические изменения в организме при острой кровопотере / Д. А. Гакаев . – Текст : электронный. // Медицина и здравоохранение: материалы IV Междунар. науч. конф. (г. Казань, май 2016 г.). — Казань: Бук, 2016. — С. 37-40. — URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/194/10524/> (дата обращения: 08.03.2020).
4. Gupta SK, Rateria N. Gastrointestinal Stromal Tumors (GIST): an Overview. Indian J Surg 2021; 83: 647-653 [DOI: 10.1007/s12262-019-02052-6]
5. Parvinian A, Fletcher JG, Storm AC, Venkatesh SK, Fidler JL, Khandelwal AR. Challenges in Diagnosis and Management of Hemobilia. Radiographics 2021; 41: 802-813 [PMID: 33939540 DOI: 10.1148/rg.2021200192]
6. Ciccone A, Allegra JR, Cochrane DG, Cody RP, Roche LM. Age-related differences in diagnoses within the elderly population. Am J Emerg Med 1998; 16: 43-48 [PMID: 9451312 DOI: 10.1016/s0735-6757(98)90063-8] Rao SSC, Qureshi WA, Yan Y, Johnson DA. Constipation, Hemorrhoids, and Anore

Qo‘shimcha adabiyotlar:

1. Горшков А.Ю. Эндотелиальный гликокаликс - потенциальный сосудистый биомаркер: диагностическая и терапевтическая мишень сердечно-сосудистых заболеваний / А.Ю. Горшков, С.А. Бойцов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. - 2015. – Т.14, №6. – С. 85-90.
2. Давыдкин В.И. Медикаментозная терапия и профилактика рецидива кровотечений при острых эрозивно-язвенных повреждениях слизистой желудка у пациентов в критических состояниях /В.И. Давыдкин // Вестник новых медицинских технологий. 2020.-- Т. 27, №1.- С. 42-46.
3. Давыдкин В.И. Медикаментозная терапия и профилактика рецидива кровотечений при острых эрозивно-язвенных повреждениях слизистой желудка у пациентов в критических состояниях / В.И. Давыдкин // Вестник новых медицинских технологий. - 2020. -Т. 27, №1. -С. 42-46.
4. Климович И.Н. Клиническое значение синдрома кишечной недостаточности при язвенных гастродуоденальных кровотечениях / И.Н. Климович, С.С. Маскин, П.В. Абрамов, А.В. Павлов // Новости хирургии.- 2019. – Т. 27, №2.- С.161-167.
5. Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. – Текст : электронный. - Воронеж, 2014. // сайт Российского общества хирургов [сайт]. – URL: http://общество-хирургов.рф/upload/gkk_iz_vven.doc

(дата обращения 17.05.2020)

6. Клинические рекомендации: Рак желудка. – Текст : электронный. - // Сайт Министерства здравоохранения РФ. [сайт]. – URL: <http://cr.rosminzdrav.ru/#!/recomend/719> (дата обращения 17.05.2020)

7. Красильников Д. М. Тактика хирурга у больных с язвенными гастродуоденальными кровотечениями Д. М. Красильников, И. И. Хайруллин, Р. А. Зефиров // Практическая медицина.- 2004.- Т. 9, №4. –С. 39-41

8. Мармыш Г.Г. Тактика лечения пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями / Г.Г. Мармыш, О.И. Дубровщик, И.С. Довнар [и др.]. // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. - 2018.- Т. 16, №2.- С. 223-227

9. Методическое руководство: Периоперационное ведение пациентов пожилого и старческого возраста. – Текст : электронный. - // Сайт Российского геронтологического научно-клинического центра. [сайт]. – URL: <http://democenter.nitrosbase.com/clinrecalg5/Files/recomend/%D0%9C%D0%A0104.PDF> (дата обращения 17.05.2020)

10. Сонис А.Г Анализ факторов риска развития желудочно-кишечного кровотечения у пациентов отделения гнойной хирургии /А.Г. Сонис, А.А. Марченко, Е.А. Столяров, С.В. Ладонин, М.Ю. Сефединова, М.А. Безрукова // В сборнике: АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ ХИРУРГИИ сборник научно-практических работ, посвященный 70-летию заведующего кафедрой общей хирургии им. проф. М. И. Гульмана КрасГМУ им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого заслуженного деятеля науки РФ, заслуженного врача России, академика РАЕН, профессора, доктора медицинских наук Юрия Семеновича Винника. -2018. С. 200-204.

11. Язвенные гастродуоденальные кровотечения: национальные клинические рекомендации . – Текст : электронный. - Москва-Воронеж, 2014. //Сайт Российского общества хирургов [сайт]. – URL: <http://общество-хирургов.рф/upload/gkk.doc> (дата обращения 17.05.2020)

12. Rockall, T. A. Risk assessment after acute upper gastrointestinal haemorrhage. / T. A. Rockall, R. F. Logan, H. B. Devlin, T. C. Northfield // Gut.- 1996, - Vol.38, №3,-Р. 316–321.

Internet saytlari:

1. www.pubmed.com

2. www.Ziyonet.uz

3. www.ResearchGate.net

4. URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html> /

5. URL: <https://moluch.ru/conf/med/archive/194/10524>

