

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОГЛИКНИ
САКЛАШ ВАЗИРЛИГИ
САМАРКАНД ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**



РЕФЕРАТ

**МАВЗУ: «ДИСФАГИЯ ВА ОШҚОЗОН ДИСПЕПСИЯСИ.
ГАСТРИТ ВА ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ
УСУЛЛАРИ. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ТАКТИКАСИ».**

Абдусамиева Н.

САМАРКАНД – 2017 й.

"ДИСФАГИЯ ВА ОШКОЗОН ДИСПЕПСИЯСИ. ГАСТРИТ ВА ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ. УМУМИЙ АМАЛИЁТ ВРАЧИ ТАКТИКАСИ».

Дисфагия - кизилунгачдан овкат утаётганда ютинишнинг бузилиши. Дисфагиянинг намоён булиши: 1) ютинишнинг кийинлиги; 2) кизилунгачдан куюк ёки суюк овкат утаётганда оғрикнинг пайдо булиши; 3) ютган овкатнинг регургитацияси.

Дисфагия сабаблари:

Функционал: кардиоспазм, кизилунгач атонияси, кардия ахалазияси, диафрагма чурраси.

Органик: кизилунгач усмаси, эзофагитлар, кизилунгач яраси, стриктураси, дивертикули, окмаси.

Ташки сабаблар: кизилунгачнинг калконсимон без каттариши туфайли қисилиши, кукс оралиги усмаси ёки абсцесси, аорта аневризмаси, перикардит, плевритлар.

КИЗИЛУНГАЧ ВА ОШКОЗОН ФУНКЦИОНАЛ КАСАЛЛИКЛАРИ

Кизилунгачда функционал ўзгаришлар.

Кизилунгач дискинезияси. Кизилунгач дискинезияси, асосан унинг атонияси ва эзофагоспазм билан намоён бўлади.

Кизилунгач атонияси. Марказий ва периферик асаб системаси зарарланиши оқибатида кизилунгачнинг иннервацияси бузилиши туфайли келиб чиқади. Бош жароҳатланиши, бош миёга қон қуйилиши, полиомиелит, адашган нерв зарарланиши, кизилунгач нерв қигали ва кизилунгач мушак қавати зарарланишидан келиб чиқадиган ҳолат.

Кизилунгач атониясининг асосий симптомлари – дисфагия, кекириш, овкатнинг кизилунгачда тутилиб қолиши ва оғиз бўшлиғига қайтиб чиқиши. Буларга сабаб ҳалқум-кизилунгач ва кардиал сфинктерларининг

етишмовчилиги ва ошкозон кизилунгач лукмасининг регургитациясидир.

Эзофагоспазм. Бирламчи. (кизилунгач функцияси бошқаришининг кортикал бузилиши окибатида) ва иккиламчи (эзофагит, яра ва ут-тош касалликларида буладиган рефлектор ва симптоматик эзофагоспазм) булиши мумкин. Эзофагоспазмда - доимий булмайдиган ва баъзан пара-доксал (яъни каттик ва куюк овкат еганда эмас, балки суюкликлар ичганда кузатиладиган) дисфагия, баъзан ютиниш билан боглик булган туш суяги ортида огрик булиши мумкин. Кечиши аста-секин кучайиб борувчи характерда. Кардиал сфинктер атониясида ошкозон секрецияси сакланган булса, рефлюкс-эзофагит юзага келади.

Эзофагоспазм асоратларига эса кизилунгач пульсион дивертикулларининг хосил булиши ва диафрагма кизилунгач тешигининг аксиал чурраси хосил булиши киради.

Ташхис ва киёсий ташхис. Ташхис куйишда рентгенологик текшириш ердам беради. Бунда кизилунгач девори атонияси еки унинг кенгайиши аникланади, горизонтал холатда эса контраст модда узок вақтга тутилиб қолиши мумкин.

Кизилунгач функционал касалликларининг киёсий ташхиси кардия ахалазиясининг бошлангич даври, кизилунгачнинг органик стриктураси ва унинг бошқа аъзолар томонидан кисилиши билан утказилади.

Даволаш. Аввало асосий касалликни даволаш лозим. Кизилунгач атониясида карбохолин 0,5-1 мг ичишга еки 0,01 % - 1,0 мл т/о еки м/о, ацеклидин 0,2% - 1 мл антихолинэстераза препаратлари (прозерин 0,002-1,0 м/о), силлик мушак тонусини оширадиган препаратлар кулланилади. Эзофагоспазмда седатив, спазмолитик ва холинолитик препаратлар тавсия қилинади. Доривор усимликлардан эзофагоспазмда асосан седатив таъсир курсатадиганлар берилади. Булардан арслонкуйрук (пустырник) дамла-маси, валериана илдизи кайнатмаси еки спиртли настойкаси ичишга буюрилади.

КАРДИЯ АХАЛАЗИЯСИ

Кардия ахалазияси (грекча инкор эриш, *chhalasis* бушашиш) - бу

ютиниш пайтида кардиянинг рефлексор очилмаслиги ва кизилунгач перистальтикаси бузилиши сабабли овкатнинг кизилунгачдан ошқозонга утиши бузилиши кузатиладиган касаллик. Бу кам учрайдиган касаллик бўлиб, купинча 20-40 ешда учрайди, аёллар ва эркеклар уртасида бир хил тарқалган ва кизилунгач барча касалликларининг 3-5% ни ташкил қилади.

Кардия ахалазияси этиологияси тулик аниқланмаган касаллик келиб чиқишининг қуйидаги территориялари мавжуд: нейроген теорияга асосан касаллик пайдо бўлиши рухий жароҳатлар, салбий эмоциялар билан боғлиқ; гиповитаминоз ва кардия ахалазиясининг тугма келиб чиқиш сабаблари ҳам аниқланган.

Касаллик патогенезида кизилунгач иннервациясининг бузилиши, унинг интрамурал чигалларидаги узгаришлар, нерв системасининг турли бўлимлари - марказий, вегетатив, авваламбор парасимпатик нерв тизимларида бўлган узгаришларининг ахамияти катта.

Клиникаси. Касалликнинг эрга ва характерли белгиси дисфагия бўлиб, у овкат ютганда қийналиш, туш суяги ортида босилиш, баъзан оғрик, сулак ажралишнинг қупайиши билан намоен бўлади. Бундан ташқари регургитация, айниқса унинг уйқу пайтида кузатилиши, ҳамда кечки йутал билан бирга кечиши кузатилади. Қайта чиқарилаётган овкат баъзан тургун характерли, сассик хидга эга. Баъзи ҳолатларда дисфагия аста-секин ривожланиб боради ва утиб кетувчи характерга эга, ваҳоланки беморлар унинг хаяжонланганда, чарчаганда зурайишини таъкидлайдилар. Бошқа ҳолларда дисфагия тусатдан пайдо бўлади, купинча каттик рухий таъсирланиш билан боғлайдилар. Баъзи беморлар ахволларини енгиллаштириш мақсадида суъний РАВИШДА кусадилар еки бошқа усуллар қуллайдилар-ютиниш ҳаракатлари орасидаги паузаларни узок давом эттирадилар, анчагина микдорда суюқлик ичиб овкатни "итаришга" ҳаракат қиладилар.

Рентгенологик текшириш касалликнинг бошланғич босқичидаек маълум диагностик маълумотлар олиш имкониятини беради. Бу кизилунгачнинг

салгина кенгайиши, унинг координацияланмаган перистальтикаси, кардиянинг киска муддатли спазми. Кизилунгачда овкат колдиклари булиш мумкин. Кизилунгач маълум даражада кенгайиб бориши билан бир вақтнинг узида чузила бошлайди ва у кайирилган характерга эга булади. Ошкозон газ халтаси рентгенологик текширганда купинча аникланмайди. Касалликни аниклашда эзофагоскопия ҳам ердан беради. Унда касалликнинг охири боскичларида ривожланаётган эзофагит топилади. Гумонли ҳолатларда кизилунгачдан биопсия олинади.

Киесий ташхис. Купинча ошкозон лукмасининг кизилунгачга тушиши (кайтиб чиқиши) натижасида ривожланадиган пептик эзофагит билан киесланади (рефлюкс-эзофагит). Бу эзофагит диафрагманинг кизилунгач тешиги чурраларида, кардиофундал кисмининг нотугри жойланишида, шунингдек ошкозон ва 12-бармокли ичак яра касаллиги, холецистит, баъзан бронхиал астма ва бошқа касалликларда кузатилади. Зарда кайнаши, огрик, овкат кайтиб чиқиши рефлюкс-эзофагитнинг асосий қуринишларидан булиб, улар ётган ҳолатда, бемор гавдасини олдинга букишда пайдо булади ёки кучаяди. Зарда кайнаши ва огрик овкат егандан сунг тинчланади. Ташхис эзофагоскопия ердамида тасдиқланади. Беморда пептик эзофагитга олиб келиши мумкин булган касалликлардан биронтасини аниклаш, жумладан диафрагманинг кизилунгач тешиги чураси жуда уринли ҳисобланади. Кизилунгач тешиги чуррасининг қуринишлари хилма-хил булиб, бунда рефлюкс-эзофагит белгиларидан ташқари, кон кетиши, анемия, юрак уриши, стенокардияни эслатувчи огриклар ҳам кузатилиши мумкин.

Ютинишнинг бузилиши, туш суяги ортидаги огрик эзофагоспазмда ҳам кузатилади. Бу кам учрадиган касаллик кизилунгач мускулатурасининг диффуз ёки сегментлар спазми ва унда лукмаларнинг тутилиб қолиши билан кечади, лекин кизилунгач сфинктерлари функцияси бузилмайди.

Касалликнинг диагнози асосида учлик симптоми бор: дисфагия, туш суяги ортидаги огрик, регургитация.

Шунингдек рентгенологик белгилари кизилунгачнинг турли дара-

жада кенгайиши ва узайиши, унинг кийшайиши, перистальтикасининг бузилиши, ОЧ КОРИНДА кизилунгачда суюклик тупланиши кузатилади. Контраст масса кизилунгачда узок ушланиб колади, унинг юкоридаги чегараси баъзан умров суягигача кутарилиб, сунгра тусатдан ошкозонга "тушиб кетади". Кизилунгач кардиал сегменти торайган, контурлари тугри, у "сабзи учи", ёки "сичкон думи" куринишига эга булиб, ютинишда очилмайди. 1-2 таблетка нитроглицерин қабул қилгандан сунг, кардиа очилади.

1.

ДИСПЕПСИЯ

Диспепсия тушунчаси кенг булиб, овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларининг субъектив куринишини ифода этади. Диспепсия учун қорин соҳасида оғриқни сезиш, метеоризм, ошқозонда овқатнинг ҳазм бўлмаслик сезгиси, зарда, кекириш, дисфагия, қунгил айланиши, қусиш, қабзият, ич кетиш, иштаха йуклиги ва бошқа субъектив сезгилар характерлидир.

Диспепсия асосий касалликлар клиникасида қурилиши сабабли, айрим диагностик аҳамиятга эга бўлган симптомларни таърифлаб утамыз.

Оғриқ - гастроэнтерология соҳасида асосий симптом ҳисобланади. Оғриқнинг жойлашишига, турига, қучига, овқат қабул қилиш билан боғлиқлигига, давом этиш вақтига қатъа аҳамият берилади.

Қоринда оғриқнинг уч тури фарқ қилинади: висцерал, соматик, рефлектор ёки таъсирланувчи оғриқлар. Висцерал оғриқлар ичи бўш аъзолар учун ҳос булиб, силлиқ мушаклар спазми натижасида қелиб қикади. Бундай оғриқлар спастик ёки санчувчан характерда булиб, иррадиация билан қечувчи хусусиятга эга. Беморлар оғриқни қупинча уткир бўлмаган, қориннинг урта қизигида диффуз тарқалган ёки ошқозоннинг таранглашиши, тулишиши қаби сезгилар билан ифодақайдилар. Баъзан а ник локализацияни қурсата олмайдилар. Иссик ёки антиспастик препаратлар

огрикни сусайтиради. Соматик огрик париетал корин пардасининг яллигланиши натижасида юзага келадн. Кескин бошланиб, аста-секинлик билан пасаяди. Огрик бир маромда. давомли ҳаракат қилганда, йуталганда. пайпаслаш вақтида қучаяди. химояловчи рефлекс ва корини мушаклари таранглиги пайдо бўлади. Таъсирланувчн ёки рефлексор огрик кориндан узокда жойлашган аъзонинг яллигланиши натижасида келиб чиқади (миокард инфаркти, пневмония, перикардит, хатто бош мия зарарланганда ва х.к.)

Хар бир аъзо зарарланганда, огрик узига хос характерга эга бўлиб, уни бошқа аъзолар касаллиги билан қиёслаш муҳим аҳамиятга эга.

Ошқозон ва ун икки бармоқли ичак яра касаллиги учун характерли симптомокомплекс мавжуд: зарда қупайиб огрикка утиши, бу огрикнинг овқат қабул қилиш вақти, унинг таркиби билан боғлиқлиги, суткалик, сезонлик ритмнинг бўлиши, огрикнинг эпигастрал соҳасида жойлашиши. Огрик ута қучли бўлмайди, фақат пилорик қисмда жойлашган ярада яққол намоён бўлади. Пилорик каналнинг торайишида ошқозон моторикаси-нинг қучайиши сабабли огрик тулгоқсимон бўлиб, кечга бориб қучая-ди. Вакт утиши билан огрик доимий тус олади, кориннинг юқори қисми дамланган, қусгандан сунг насаяди.

Яра пенетрациясида огрик аста-секинлик билан ривожланиб, кейинчалик сурункали, доимий равишда кечади, бошқа диспептик белгилар ҳам ифодааланган бўлиб, қусиш енгиллик келтирмайди.

Кориннинг юқори қисмида мушаклар таранглиги қузатиладн. Умумий симптомлар юзага чиқади: ориқлаш, субфебрил ҳарорат. лейкоцитоз, ЭЧТ нинг баланд қурсатқичи.

Ошқозон рақида касалликнинг бошланишида қучсиз, давомли огрик ёки эпигастрал соҳада огирлик сезгиси қузатилади. Кейинчалик огрик қучаяди, кофе қуйқасига уқшаш қусиш, ориқлаш, баъзан хикичок қузатилади Ошқозон ярасининг тешилиши қупинча ёш ёки урта ёшдаги эрқакларда учрайди. Уткир бошланиб, қоллапс, хатто шок билан кечади. корин мушаклари

таранглашган. Беморнинг ҳар бир ҳаракати оғрикни кучайтиради. Оғрик курак соҳасига, кулга, панжаларга таркалади.

Уткир холециститда оғрик ут пуфагининг, ут йулларининг уткир кенгайиши ёки Одди сфинктерининг кискариши билан боғлиқ. Оғрик тез, бир неча дақиқа давомида ривожланиб, кучайган сайин кунгил айнаши, қусиш пайдо бўлади. Уткир панкреатитда оғрик кучли бўлиб, шок билан кечиш эҳтимоли бор. Оғрик доимий, суткалаб давом этиб, қайта-қайта қусиш, қорин пардасининг таъсирланиш синдроми билан кечиши мумкин. Овқатдан бўладиган токсикоинфекцияда оғрик тулгоксимон характерда бўлиб, ичакларнинг каттик қулдираши билан кечади. Пайпаслаганда қуричакда чайкалиш шовкини сезилади.

Шунингдек қоринда оғрикнинг жойлашишига нисбатан овқат ҳазм қилиш аъзолари зарарланишини шартли равишда қараб чиқиш мумкин (жадвал 1)

Зарда - гуш суяги ортида ёки эпигастрал соҳанинг юқори қисмида, асосан кизилунгач дистал қисмида нервлар тугаш қисмининг таъсирланиши натижасида вужудга келувчи, қуйишиш ёки қайнаш сезгисидир. Асосий сабаби гастро-зофагал рефлюкс, яъни ошқозон қардиал қисмининг етишмовчлиги натижасида нордон шира ва ут суюқлигининг кизилунгачга ташланишидир. Шу билан бирга, ошқозон ва қорин ички босимининг ошиши муҳим урин тутадн. Шу сабабли хомиладорликда, асцитда, жуда қуп овқат қабул қилганда, қалқанча ётганда ёки тананинг олдинга эгилишида зарда юзага келади. Бунда оғизга шур, нордон ва аччиқ шира, баъзан сарик ёки яшил рангда ут суюқлиги қелиши қузатиладн. Баъзан қитрусли маҳсулотлар, ацетилсалицил қислотаси, алкоголь қабул қилгандан сунг ҳам зарда қақирилади. Зарда диафрагма-қизилунгач тешигининг қуррасида асосий симптомлардан биридир. Эзофагит, қизилунгач пептик яраси, пилороспазм, яра қасаллиги, ошқозон қардиал қисмининг саратони доимо зарда қайнаши

билан кечади.

Кекириш - беихтиёр бирдан ошкозон ва кизилунгачдан огиз оркали хавонинг чикишидир. Баъзан хаво билан бирга оз микдорда суюклик хам ташланади. Буларнинг сабаби кардианинг очилиши билан бир каторда кизилунгач ва ошкозоннинг енгил антиперисталтик ҳаракатидир. Соғлом кишиларда баъзан шошилиб овкатланиш, куп овкат истеъмол этиш ёки овкатдан кейин жисмоний ҳаракат килиш натижасида кекириш кузатилади. Ривожланган, доимий кекириш кизилунгач ва ошкозоннинг органик касалликлари учун хос. Булар меъда кардиал кисмининг дискинезияси, ахалазияси ёки етишмовчилиги, кизилунгачнинг дивертикули, чурраси. стриктураси, усмаси, привратникнинг торайиши, ошкозоннинг усмаси каби касалликлардир.

Анорексия ёки иштаханинг йуклиги асосида овкат хазм килиш вазифасини бошқарувчи марказий ва маҳаллий механизмларнинг бузилиши ётади. Анорексия ошкозон ва ичак усмаси, сурункали атрофик гастрит, привратникнинг торайиши, жигар антитоксик функциясининг бузилиши (гепатит, цирроз, рак) каби касалликларнинг асосий симптоми ҳисобланади. Айрим касалликларда иштаханинг пасайиши, ёки айниши кузатилади (ошкозон усмасида, анемияда - гуштга, жигар касалликлари-да-ёглик махсулотларга ва х.к.).

Кунгил айниши - туш суяги остида ноҳуш сезги, баъзан сулак оқиши, тер босиши, бош айланиши, рангпарлик билан кечади. Кунгил айниш купинча қусишдан олдин кузатилади, баъзан мустакил кечади. Кунгил айниши куп касалликларнинг таркалган симптоми бўлиб, сабабини аниклаш мақсадида беморни ҳар томонлама текшириш лозим. Купинча овкат хазм килиш аъзоларининг моторикаси бузилишида, турли сабабларга қура ошкозон ёки ун икки бармокли ичак кенгайишида ёки гастродуоденал рефлюксда кунгил айниши кузатилади.

Қусиш - ошкозон ичакдаги овкат массасининг огиз оркали беихтиёр чиқиши. қусиш одатда рангпарлик, тер босиши, тахикардия, артериал

босимнинг пасайиши билан кечади, қусиш овқат ҳазм қилиш тизимнинг турли касалликларида, марказий нерв системаси, вестибуляр аппарат патологиясида, турли юқумли касалликлар ва захарланпшларда, иситма пайтида. ҳомиладорлик ва бошқа ҳолатларда қузатилади. Баъзиларда ҳаяжонланганда одат бўлиб қолган «психоген» қусиш қузатилади. Овқат қабул қилгандан сунг дарҳол қусиш пилороспазм ёки гастрит учун ҳос. ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари билан кечикиб қайт қилиш (4-6 соатдан сунг) овқатнинг меъдада ушланишидан дарак беради, масалан, диабетик гастростазда ёки пилорик каналнинг торайишида. Бу ҳолатда қуски моддалар таркибига ҳам эътибор бериш лозим. Агар қуски массаси таркибида ҳазм бўлмаган овқат қолдиқлари билан бирга нордон кислотаси бўлса яра касаллигидан, унинг бўлмаслиги эса меъда рақидан дарак беради. қусуқ массасида қириган хид дуоденостазда қузатилади. қуски таркибида қон қорлиги қизилунгач, меъда, ун икки бармоқли ичакдан қон қетиш учун ҳосдир.

Хикичок - нафас маркази, диафрагмал ёки адашган нервларнинг таъсирланишидан юзага келади, хикичок қупинча диафрагма қурраси, эзофагит, қардиал ёки қизилунгач дистал қисмининг усмаси, перитонит ва диафрагма ости абсцесси қаби касалликларнинг симптоми тарзида қузатилади.

Тенезм - «ёлгон қақирик», қийновчи императив дефеқация ақтидир. Тенезмнинг қелиб қақиш сабаби сигмоидо-ректо-анал соҳа нерв рецепторларининг доимий таъсирланиб туришидир. Таъсирловчи омиллар қуйидагилар бўлиши мумкин: микроблар, химиявий тоқсинлар, усмалар, операциядан кейинги қандикли узғаришлар ва ҳ.қ.

Тенезмни қақирувчи касалликларга қуйидагилар қиради:

1. Утқир ичак инфекциялари- ичбуруғ, салмонеллез. Булар йугон ичакнинг дистал қисмини жароҳатлайди.
2. Сурункали қолитлар
3. Носпецифик ярали қолит қузиш даврида

4. Сигмасимон ва тугри ичакнинг усмаси

5. Сурункали парапроктит, бавосил

6. Аденомэктомия, долихосигма холатларида Тенезм - бу етакчи симптомлардан бири булиб, беморларни тулик текшириб куришни талаб этади ва асосий текшириш учун ректороманоскопия тавсия этилади.

Тилда кузатиладиган узгаришлар:

Тилдаги узгаришлар маҳаллий оғиз бушлигидаги патологик узгаришлар ва организмнинг умумий касалликлари натижасида булиши мумкин. Тилнинг ранги одатда пушти рангда булиб, анемияда, жигар циррозида малина рангида, глосситларда, пеллаграда эса оч кизил рангда булади. Тил сургичларининг яссиланиши пернициоз, темир етишмовчилиги анемияларида, ахлоргидрияда, гиповитаминозда кузатилади.

Тилдаги карашлар турли касалликларда пайдо буладиган носпецифик белги ҳисобланади. Тилдаги карашнинг саргимтир тусда булиши купинча гепатитларда, корамтир туси тил сургичларининг замбуругли касалликларида учрайди.

ГАСТРИТ ВА ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ЗАМОНАВИЙ

ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Сурункали гастритни даволаш

Сурункали гастритни даволашдан олдин касаллик фаоллигини, клиник ва морфологик курунишини, секретор, мотор ва эвакуатор функцияларни назарда тутиш лозим. Даволаш куйидаги мақсадларни уз ичига олади:

1. Яллигланиш жараёнини бартараф килиш.
2. Ремиссия фазасини узайтириш
3. Ошқозон шиллик каватидаги узгаришларнинг кучайиб боришини бартараф этиш.

Пархез - даволашнинг асосий усулларида бири булиб, унинг принципи ошқозонни функционал, механик ва химик аяшдан иборат. Кунига 5-6 маҳал, оз-оздан овкатланиш тавсия этилади. Шиллик каватни зарарлантирувчи (тузланган, дудланган, ковурилган гушт, балик, маринадлар, уткир

зираворлар, алкоголь, пиво, аччик чой ва б.к.) дагал, кийин хазм булувчи махсулот ва овкатлар истисно этилади. кора ва якинда пиширилган нон, каймоқ, сметана, ичакларда бижгиш жараёнини кучайтирувчи махсулотлар (карам, узум, урик, нухат ва б.к.) чегараланади. Беморга суюк чой, ёгсиз кайнатма шурва, евгон хурда. ширгуруч. кисел, сариёғ, хом тухум, сузма билан сут аралашмаси берилади.

Аутоиммун сурункали гастритни даволаш. Аутоиммун гастритни даволашнинг асосий вазифаси-уринбосар терапия. Бунга табиий меъда шираси, нордон кислота, ацидин-пепсин, пепсидил, бетацид, сугаст-2 ва бошқалар киради. Инсулин, гистамин, эуфиллин, кальций препаратлари, кислоталар каби воситалар меъда шираси ажралишини кучайтирадилар. Даволашнинг биринчи кунидан табиий ошқозон шираси 1 ош қошиқдан 1/2 стакан сув билан овкат махали қабул қилинади. Нордон кислота ва таблеткали дорилар касалликнинг хуруж даврида берилмайди. Ошқозон шиллик қавати микроциркуляциясини, унда оксил синтезини ва репаратив жараёнларни яхшилаш мақсадида никотин кислотаси, метилурацил, витаминлар, солкосерил, ферментлар белгиланади. Касаллик оғрик ва диспептик узғаришлар билан кечганда беморларга метоклопрамид (церукал, реглан), мотилиум таблеткада, ёки инъекцияда (2 мл 10 мг дан кунига 2 маҳал), сульпирид (эглонил, догматил) инъекцияда (5"/о-2мл) ёки ичишга 50-100 мг 2-3 маҳал кунига буюрилади. Зубтурум кайнатмаси 1 ош қошиқдан, плантаглюцид гранулада 0.5-1г дан 2-3 марта кунига овкатдан олдин 3-4 ҳафта давомида берилади.

Касаллик мегалобластик анемия билан кечганда В₁₂ витамини (апламин) 500 мкг/мл дан 6 кун давомида, сунг ҳафтасига 1 марта, кейинчалик 2 ойда бир марта умр давомида қабул қилинади.

Шулар билан бирга шилликни ураб олувчи ва буриштирувчи таъсирга эга булган доривор усимликлар берилади: зубтурум барги дамламаси, плантаглюцид 0,5-1 г кунига 2-3 маҳал 3-4 ҳафта давомида. Шунпигдек мойчечак, буймодарон, ялпиз утлари дамламаси 1/2 стакандан 4-6 маҳал 3-4

хафта давомида берилади. Шивит уруги дамламаси. Турп шираси ҳам кулланилади.

Меъда ширасининг кислота микдори купайиб кетган сурункали гастритда куйидаги усимликлар ишлатилади: чучукмия илдизи, карам барги, чаканда мойи.

Гипоацид гастритда: тограйхон ути дамламаси, зубтурум дамламаси, шивит уруги, турп шираси ишлатилади.

НР чакирган сурункали гастритларни даволаш. Бу турдаги гастритлар комплекс даволаниб, махсус диагностик тестлар оркали ошкозон шиллик кавати НР билан зарарланганлигини эътиборга олган холда, албатта антибактериал воситаларни уз ичига олиши лозим.

Микроорганизмга таъсир этувчи антибактериал воситаларга висмут препаратлари, метронидазол, амоксициллин, тетрациклин ва кларитромицинлар киради.

НР-инфекцияни даволашнинг асосий схемалари.

1. Уч компонентли висмутли терапия. Уз ичига висмут препаратларини (де-нол, пилорид 120 мг дан суткасига 4 махал), метронидазолни (250 мг суткасига 4 махал) ёки тинидазолни (500 мг суткасига 2 махал) ва тетрациклинни (250 мг суткасига 4 махал) олади. Даволаш 1 ёки 2 хафта давомида утказилади. Тетрациклинни амоксициллин ёки ампициллин билан 1.5-2,0 г/сут алмаштириш мумкин.

2.Бир хафталик турт компонентли висмутли терапия. Даволаш эффектини ошириш максатида, уч компонентли висмутли терапияга кушимча суткасига икки марта H_2 блокаторлар (зантак 150 мг, 2 махал суткасига) ёки протеин помпасининг блокаторлари (омепразол 20 мг 2 махал суткасига) кулланиладн.

3. Уч компонентли висмутсиз терапия уз ичига икки хил антибиотик ва омепразолни олади. кабул килиниш вакти эрталаб ва кечкурун. Намунаси:

1. Омепразол 20 мг дан кунига 2 махал + амоксициллин 1 г дан кунига 2

махал + метронидазол 250 мг дан кунига 2 махал.

2. Омепразолни H_2 блокаторлари билан алмаштириш мумкин:

3. Зантак 300 мг + амоксициллин 750 мг дан кунига 3 махал + метронидазол 400 мг дан кунига 3 махал.

Зантак урнига ранитидин, висмут цитрат (пилорид) бериш мумкин. Намунаси:

Пилорид 400 мг дан 2 махал кунига + тетрациклин 1 г дан 2 махал кунига + метронидазол 400 мг дан 2 махал кунига, 1 ҳафта давомида.

Диспепсияларни даволаш. Сурункали гастритларда диспепсия эпигастрал сохада огирлик ёки нохуш сезги, овкат вақтида тез туйиш, зарда, корин дамлаши каби шикоятлар билан намоён бўлади. Бу ҳолларда бир неча кунга антацидлар берилади. Таркибида магний ва алюминий гидроксидлари бор дори воситаларнинг таъсири юқори бўлиб, кенг қулланилади:

Маалокс (алюминий ва магний гидроксиди) таъсири антацид, адсорбент ва камраб олувчи. 1-2 таблеткадан чайналади ёки 1 ош қошиқдан (суспензия) овкатдан 1.5 соатдан сунг берилади.

Фосфалюгел-коллоид гели, таркибида фосфат алюминий, пепсин гели ва агар-агар. Таъсири камраб олувчи, антацид ва цитопротектив.

Гастал - таблетка ва суспензия тарзида. Таркибида алюминий ва магний гидроксиди мавжуд. Таъсири антацид ва камраб олувчи. 1-2 таблетка овкатдан 1,5 соатдан сунг ва уйкудан олдин берилади.

Гастрин-гел -таркибида фосфат алюминий, пепсин бор. Таъсири антацид, камраб олувчи ва цитопротектор. 16 г дан пакетда 1,5 соат овкатдан сунг ва уйкудан олдин берилади

Актал - таблетка таркибида 360 мг алекситал содиум. Таъсири антацид ва камраб олувчи. 2 таблеткадан огизда сурилади. 1,5 соат овкатдан сунг ва уйкудан олдин берилади.

Протаб - таблетка таркибида алюминий, магний гидроксиди ва метилполисилоксан. Буфер таъсирига эга ва метеоризмни камайтиради. 1-2 таблеткадан чайналади, суткасига 4-6 мартагача.

Беморларда кунгил айланиши, қусиш қузатилганда бериладиган препаратлар:

Метоклопрамид (реглан, церукал) ошқозон-ичак трактининг ҳаракат функциясига таъсир этади. кизилунгачнинг пастки сфинкте-ри, ошқозон, ун икки бармокли ичак тонусини кучайтириб, бушабини тезлаштиради. Таблеткада 5-10 мг дан 3 маҳал кунига, огир ҳолатларда 2 мл дан м/о ёки т/о 1-3 марта кунига. Нохуш белгиси уйқучанлик, кулоқда шовкин, огиз қуриши.

Мотилиум - таъсири метоклопрамидга ухшаш, лекин экстрапра-мид бузилишларни чақирмайди. Таблеткада 10 мг дан 3-4 маҳал кунига, 15-30 мин овкатдан олдин.

Цизаприд (координакс, препульсид, цизап) ошқозон ичак тизимининг прокинетики ҳисобланади, таблеткада 5-10 мг, 3-4 марта кунига, ёки ҳаб дори сифатида 30 мг дан 2 маҳал кунга.

Сурункали гастрит билан беморларнинг санаторий-курортда даволаниши гоят муҳим. Бизнинг мамлакатимизда бундай даво Чинобод, Тошкент минерал сувлари каби машҳур курортларда ва бошқа маҳаллий курортларда олиб борилади. Минерал сувлар (бошқа даволаш тадбирлари билан бирга) касаллик қузиганда амбулатория ва шифохонада даволаш даврида ҳам ишлатилади.

Минерал сувлардан карбонатли ёки хлорид -гидрокарбонат – натрий-ли сувлар жуда яхши фойда беради. Уларни илитилган ҳолда кунига 2-3 марта овкатдан олдин 1/2 стакан берилади. Гиперацид гастритда боржом суви, гипоацид гастритда Ессентуки 17 минерал суви тавсия қилинади.

Даволаш курси 4-8 ҳафта давомида. Препарат сут ёки газли ичимликлар билан қабул қилинмаслиги керак. Де-нол баъзи дори воситалари, қунончи антацидлар ва оксил моддалар билан боғланиш хусусиятига эга. Шу сабабли дори қабул қилиш вақтидан 2 соат олдин ва 30 минут кейин овкатланмаслик маъқул.

Ошкозон ва ун икки бармокли ичак яра касаллигини даволаш

Жадвал

Яра касаллигини асосий антисекретор воситалар билан даволаш схемаси

(П.Я.Григорьев ва б.к. 1998)

Дорилар, дозалар, кабул килиш вақти	Даволашнинг давомийлиги
1. Омепразол, 20 мгдан 2 махал, соат 8.00 ва 20.00 да 2. 20 мгдан 1 махал, соат 8.00 да	7-14 кун антибактериал воситалар билан бирга Антибактериал терапиядан сунг меъда яра касаллигида 8 ҳафтагача, 12 б.и. яра касаллигида 6 ҳафтагача
3. Ранитидин 150 мгдан 2 махал, соат 8.00 ва 20.00 да 300 мгдан 1 махал, соат 20.00 да	7-14 кун антибактериал воситалар билан бирга антибактериал терапиядан сунг меъда яра касаллигида 12 ҳафтагача, 12 б.и. яра касаллигида 8 ҳафтагача
3. Фамотидин, 20 мгдан 2 махал, соат 8.00 ва 20.00 да 40 мгдан 1 махал, соат 20.00 да	7-14 кун антибактериал воситалар билан бирга Антибаткериял терапиядан сунг меъда яра касаллигида 12 ҳафтагача, 12 б.и. яра касаллигида 8 ҳафтагача

Метаклопрамид, мотилиум, препулсид (цизаприд) каби препаратлар таъсирида меъда перистальтикаси кучайиб, эвакуация тезлашиши натижасида дуоденогастрал рефлюкс ва гастро-, дуоденостазнинг олди олинади.

Шулар билан бирга, яра касаллигини даволашда марказий асаб тизими фаолиятини тиклаш алоҳида уринда туради. Тинчлантирувчи дори воситалар (бромид натрий, валериана илдизи дамламаси ва б.к.), транквилизаторлар (диазепам 0,005-0,01 г дан, триоксазин 0,3 г дан, мепротан 0,2 г дан) кулланилади.

Ошкозон шиллик каватида метаболик жараённи фаоллаштириш ва пептик яралар битишига таъсир этиш мақсадида витаминлар гуруҳи. жумладан В₁, (апнеурин). В₁₂ (апламин) витаминлари, солкосерил (40 мг дан 3 махал кунига), ретаболил (0,025 -0,05 1 дан м/с) ҳафтага 1 марта тайинланади.

Даволанниш жараёнида дуоденал яра 8 хафта, меъда яраси 12 хафта давомида битмаса, бундай яра даволанишга резистент хисобланади. Бундай холларда аденокарциномани, яраланган лимфомани, яра пенетрациясини, каллёз ярани истисно этиш лозим. Даволаш курсидан сунг ремиссия юзага келмаса, меъда шиллик каватида НР-инфекция сақланса, антисекретор воситалар билан даволашни 2-3 ойга чузиш, сунгра уч компонентли терапияни куллаш лозим. Аник бирор антисекретор препаратга резистентлик сақланса, дозасини ошириш ёки бошқа препарат билан алмаштириш, ёки цитопротектор восита - сукралфат куллаш мумкин. Баъзан гипербарик оксигенация, эндоскоп оркали ярани махаллий даволаш (яра дефектини махсус клейлар билан коплаш, лазер нурларини ишлатиш ва б.к.) ишлатилади. Яра дефекти ва унинг атрофидаги шиллик кават ҳолатини, зарур бўлганда, 12-16 хафтагача эндоскоп оркали кузатиб туриш мумкин. Узок чандикланмаётган яраларда, нафакат утказилган терапия унумлилиги ҳақида фикрлаш, балки аникланмай қолган, касалликнинг кечишига таъсир этадиган бошқа патологик жараёнларни (холециститиаз, сурункали фаол гастрит, жигар циррози, дисбактериоз, дуоденостаз ва б.к.) истисно этиш ва меъда антрал қисми шиллик кавати биоптатини қайта НР-инфекцияга текшириш жуда муҳим.

Даволаш жараёнида 6 ой мобайнида сурункали яра чандикланмаса оператив курсатма борасида уйлаш мумкин. Шу билан бир ва к т д а. яранинг чандикланиш омили эмас, балки касалликнинг тез қайталаниб туриши ва узок давом этувчи хуружи ва асоратларн оператив курсатмага сабаб бўлади.

УАШ тактикаси:

1. Гигиена риояларига риоя қилиш, беморларга чекиш ва алкоголь истеъмол қилмаслигини тушунтириш, пархезни амбулатория врачлари доимо текшириш ва тушунтириб туриши шарт.

2. Яра касаллиги этиопатогенетик омилларидан беморларни огохлантириш.

3. Мавсумий (бахор, куз) рецидивларига карши профилактик иш олиб бориш.

Даволаш жараёнида 6 ой мобайнида сурункали яра чандикланмаса, шифокор оператив курсатма борасида уйлаши мумкин. Тез-тез ва узок давом этувчи хуружлар ва асоратлар оператив курсатмага сабаб булади.

Намойиш килинадиган материаллар

1. Намойиш килинадиган беморлар ва уларнинг касаллик варакалари
2. Мавзуга оид слайдлар
3. Мавзуга оид жадваллар.

АДАБИЁТЛАР

1. Безменова Е.В., Архангородская И.А. Новое направление в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Терапия, вып. 12, с. 1-2.
2. Василенко В.Х., Гребнев А.Л. Болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, Медицина 1981.
3. Грицюк А.И. Клиническая гастроэнтерология. Киев. Здоровье, 1978.
4. Григорьев П.Я., Яковенко А.В. Справочное руководство по гастроэнтерологии. М. МИА 1997.
5. Гастроэнтерология Дж.Х. Барона, Ф.Г. Муди М. 1985 т. 1-3.
6. Меньшиков Ф.К., Рустамов Б.Р. Хронический энтероколит. 1978.
7. Справочник по гастроэнтерологии. Под ред. В.Х. Васильченко- М. Медицина, 1979 г
8. Справочник по диетотерапии / под ред А.А. Покровского, М.А. Самсоновой.- М. Медицина. 1981 г
9. Терапевтический справочник Вашингтонского Университета М. Медицина. 1999 г
10. ХОЛМАТОВ Х.Х. МАВЛОНКУЛОВА З.И. ТУРЛИ КАСАЛЛИКЛАРНИ ДОРИВОР УСИМЛИК ЙИГМАЛАРИДАН ФОЙДАЛАНИШ. ТОШКЕНТ “ИБН СИНО” НАШРИЁТ. 1995