



SURUNKALI GASTRIT VA UNING ETIOLOGIYASI, PATOGENEZI KLINIKASI, TEKSHIRISH, DAVOLASH, PROFILAKTIKASI VA TURLARI

Yalg'ashev Farrux Quvondiq o'g'li

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti Talabasi

Muhiddinov Madumar Abdurahmon o'g'li

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti Talabasi

Haydarov Azizxon Ayubxon o'g'li

Samarqand Davlat Tibbiyot Universiteti Talabasi

Annotatsiya: Gastrit [yun. gaster – me'da, oshqozon] – me'da shilliq qavatining yallig'lanishi; ko'pincha, me'daning sekret (me'da shirasi ajralishi) va harakat faoliyatining izdan chiqishi bilan birga kechadi. Odamlarda noto'g'ri ovqatlanish, spirtli ichimliklarga ruju qilish, achchiq va sho'r narsalarni muntazam iste'mol qilish, ovqatdan zaharlanish, bilar-bilmas turli dorilar qabul qilish, allergiya, *Helicobacter pylori* mikrobi va boshqa(lar) sabab bo'ladi. Kasallikning kechishiga qarab o'tkir va surunkali gastrit farq qilinadi.

Kalit so'zlar: Gastrit, Surunkali gastrit(SG), metaplaziyaga, atrofiya, distrofik o'zgarishlar, A xili (yoki fundal, autoimmun gastrit) va B xili (yoki antral, S xili refluks gastrit, Xelikobakteriya, HLA, Bg, DR3, DR4 antigenlar, Limfotsitar gastrit, Gigant gipertrofik gastrit - Menetriye, Ezofagogastroduodenoskopiya.

Surunkali gastrit - uzoq davom etadigan kassilik bo'lib, me'dada surunkali yallig'lanish jarayoni boshlanishi, me'da bezlarining atrofiya va metaplaziyaga uchrashi bilan ta'riflanadi. Surunkali gastrit - oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishi va distrofik o'zgarishlari oqibatida fiziologik regeneratsiya jarayonining buzilishi va bezlar atrofiyasi hamda uning motor, sekretor, inkretor faoliyatining o'zgarishi bilan kechadigan surunkali kasallik. Bunda oshqozonda eroziya hosil bo'lmay shilliq pardadagi displaziya meda rakiga aylanishi mumkin. Turlari va uchrashuv ehtimoli. Surunkali gastritning qayerdaligiga qarab uning uch xili tafovut qilinadi: A xili (yoki fundal, autoimmun gastrit) va B xili (yoki antral, immunmas gastrit). S xili refluks gastrit namoyon bo'lishi oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavati zararlanishi bilan bog'liq. Antral gastrit gipersekretor va "ekologik" gastritga bo'linadi. Gipersekretor gastritda xlorid kislota va pepsin miqdori ko'payib ketadi. Bu xildagi gastrit o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi paydo bo'lishida ahamiyatga ega. Autoimmun Gastrit A - 5%

Xelikobakteriyali Gastrit B - 85-90%

Ximik reflyuks-gastrit Gastrit S -5-10%

Etiologiyasi va patogenezi: SG polietilogik kasallik bo'lib, uning kelib chiqishida quyidagi omillar ahamiyatga ega: Pernisioz anemiyali kasallarda, me'da yarasi va karsinomasi bor bemorlarda, shuningdek subtotal gastrektomiya operatsiyasidan keyin ham yuzaga kelishi mumkin. Umuman olganda etiologik faktorlarni ikkiga



1- ichki faktorlar:

Autoimmun va nasliy omillar (HLA, Bg, DR3, DR4 antigenlar);

Duodenogastral reflyuks(O't suyuqligi refluksi ta'siri) ;

Gipoksemiya;

Surunkali infeksiyon kasalliklar;

Moddalar almashinuvining buzilishi;

Ebdokrin sistemasi disfunktsiyasi;

Vitaminlar yetishmasligi;

2- tashqi faktorlar:

Alimentar - ovqat iste'mol qilish tartibi va sifatining buzilishi;

Helicobacter pylori yoki boshqa bakteriyalar va zamburug'lar bilan zararlanishi;

Zararli odatlar;

Dorilarni uzoq muddat iste'mol qilish;

Parazzitar invaziya;

Surunkali stress;

Shilliq qavatning radiatsiya va kimyoviy moddalar bilan ta'minlashi;

Yuqorida qayd etilgan etiologik omillarni uzoq muddat ta'siri oqibatida himoya to'sig'i buziladi va yallig'lanish jarayoni kelib chiqadi. Keyinroq shilliq qavat regeneratsiyasining buzilishi va trofikasidagi o'zgarishlar atrofiya yuzaga kelishiga sabab bo'ladi.

Klinik manzarasi: Me'daning nechog'lik ko'p zararlangani va jarayonning qayerda joylashganiga uni chaqirgan etiologik omil va oshqozon shilliq qavatidagi gistologik o'zgarishlarga bog'liq. Surunkali atrofik bo'lmagan gastrit (B tip) aksariyat hollarda yoshlar orasida uchraydi va ko'proq bemorlarni og'riq va dispeptik belgilar (og'irlik va oshqozonni to'lib ketish hissi, jig'ildon qaynashi, nordon kekirish, kamroq hollarda ko'ngil aynishi va qayt qilish) bezovta qiladi. Ba'zan to'sho ortida og'riq bo'lib turadi. Og'riq turlicha bo'lib simillovchi, ba'zan o'tkir xurujsimon ko'rinishda namoyon bo'ladi. Aksariyat hollarda achchiq, qovurilgan, yog'li taomlar iste'mol qilingandan keyin, ba'zan ularni yaxshi chaynamasdan yutish oqibatida yuzaga keladi. Bemorlarning 60 % oshqozon shirasining gipersekretsiyasi, 30 %hollarda esa uning me'yor darajasi qayd etiladi. Surunkali gastrit surunkali xolesistit bilan pankreatit, surunkali enteokolit, temir yetishmasligiga aloqador va pernisiyoz anemiya bilan birga davom etib borishi mumkin. Yuqorida aytib o'tilganidek, surunkali gastrit asoiat berib, me'da yarasi va rakiga ayianib ketishi mumkin.

Surunkali autoimmunn gastritda (fundal A tip) oshqozonni fundal va tana qismi shilliq qavati shikastlanishi natijasida atrofiya jarayonlari erta yuzaga keladi. Pernisiyoz anemiya bilan og'riq kasallarda uchraydigan A turdagi klassik fundal atrofik gastrit autoimmun tabiatga egadir, kasallarning qonidan uch xil auto antitelolar topilishi shundan dalolat beradi. Bulardan biriga parietal hujayralar nishondir, shu hujayralar autoantitelolarning ta'siriga uchraydi. Natijada xlorid kislotasi sintezi susayib qoladi yoki to'xtaydi. Bu oshqozon kislotaligi va pepsin sekretsiyasini susaytiradi. Kasallik ko'proq o'rta yoshli kishilar va qariyalarda kuzatiladi. Yaqin qarindoshlar orasida, ba'zan tireoiditlar,



tireotoksikoz, gipoparatireoz, 1-tip qandli diabet, vitiligo, gipogammaglobulinemiya oqibatida yuzaga keladi va yashirin kechadi.

Bemorlarda ovqatlangandan keyin qorinning yuqori qismida og'irlik, oshqozonda to'lish hissi, ovqat va havo bilan kekirish, og'izda yoqimsiz ta'm kabi belgilar kuzatiladi. Ularda odatda ishtaha pasaygan, meteorizm va qorinda shish kuzatilishi mumkin. Umumiy ko'rikda atrofik "laklangan til", avj olish davrida esa u oq karash bilan qoplangan. Oshqozon shirasi kislotaligi ko'rsatkichi 2-4 mekv/g atrofida ekanligi va oshqozon muhitida RN kamayishi, gistamin bilan submaksimal stimulyatsiyasidan keyin ham uning 6,0 dan yuqoriga ko'tarilmasligi autoimmun surunkali gastritni tashhisiy me'zoni hisoblanadi.

Atrofik multifokal yoki idiopatik pangastrit (A va B tip). Bu tipdagi gastritga chalingan aksariyat bemorlarning anamnezida uzoq muddat tartibsiz ovqatlanish (ko'proq sho'r, achchiq va dag'al) va meva, sabzavotlarni kam iste'mol qilish holatlari aniqlanadi. Shuningdek, A va B tipdagi gastrit pilorik xelikobakter bilan zararlangan va antral gastritga chalingan bemorlarda 15-20 yil o'tgandan so'ng oshqozon antral qismi shilliq qavati epiteliasidan ushbu bakteriyalarning antrakardial ekspansiyasi oqibatida pangastrit ko'rinishida yuzaga keladi va klinik namoyon bo'ladi. Ko'pchilik hollarda bu mikroba koloniyalar hosil qiladi va ular odamning yoshi o'tgan sayin ko'payib boraveradiki, bu narsa kasallikning katta yoshdagi kishilarda ko'proq uchrashiga yaxshi mos tushadi hamda ilk davrida klinik belgilarisiz kechadi. Ammo aksariyat holatlarda bemorlar epigastral sohadagi og'riq, dispeptik o'zgarishlar (oshqozonda og'irlik hissi, kekirish, ko'ngil aynishi, og'izda "metall" ta'mi, ishtaha pasayishi va boshqalar), ichak dispepsiyasi (meteorizm, diareya) va tana vazni kamayib ketishiga shikoyat qiladilar.

Atrofik gastrit quyidagi strukturaviy xususiyatlar bilan ta'riflanadi:

1) shilliq parda yupqa tortib qoladi, 2) stromasining plazmotsitlar, limfotsitlar, eozinofillar bilan infiltrlanishi kuchayib, shilliq parda ostidagi qavatda limfoid follikulalar paydo bo'ladi. 3) bezlar epiteliasida atrofik o'zgarishlar paydo bo'lib, bu epiteliyda qayta tuzilish boshlanadi. Shilliq parda yupqa tortganida tomirlar turi ancha aniq bilinib turadigan boladi, shunga ko'ra shilliq parda qizg'ish tusga kiradi. Shilliq pardaning yupqalashuvi parietal hujayralarning qisman yoki butunlay yo'qolib ketishi, shilimshiq ishlanib chiqishining keskin kamayishiga bogliq. Makroskopik jihatdan olganda shilliq parda qizg'ish tusda xira bo'lib yaltirab turadi. Surunkali atrofik gastrit me'da atrofiyasiga aylanib ketishi mumkin. Bunday atrofiyani bir qancha olimlar surunkali gastritning turlaridan biri, deb hisobdaydi. Me'da atrofiyasida me'da devorining hamma qatlamlari yupqa tortib ketadi, shu munosabat bilan me'da bo'shlig'i kengayib qoladi. Shilliq parda burmalari butunlay bolmaydi. Uning yuzasi shilliq yaltiroq kulrang tusda bo'ladi. Me'da bezlari, atrofik gastritda bo'lsin, me'da atrofiyasida bo'lsin, soni kamayib, hajmi ixcham tortib qoladi va bezlar epiteliasini ham qayta tuziladi. Epitelining bez hujayralari o'rniga tabaqalashmagan hujayralar yoki ichak bezidagiga o'xshash hujayralar (qadahsimon, jiyakli hujayralar, penet hujayralari) paydo boladi.

Me'da shilliq pardasi atrofiyasining uch bosqichi tafovut qilinadi:



1) boshlanib kelayotgan atrofiya, bunda me'da bezlari xali kalta tortmagan bo'ladi-yu, lekin bosilib qolgan bezlarga o'xshab ko'rinadi, 2) qisman atrofiya, bunda asosiy va qo'shimcha hujayralardan iborat bez guruhlari saqlanib qolgan bo'ladi, 3) total yoki umumiy atrofiya, bunda bezlar faqatgina shilimshiq hosil qiluvchi epiteliy bilan qoplanib turadi.

Reaktiv - refluks gastrit (S tip) namoyon bo'lishi oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavati zararlanishi bilan bog'liq. U aksariyat hollarda oshqozon rezeksiyasi, vagatomiya, xolesistektomiya, pilorik jomning yetishmovchiligi, ichak o'tkazuvchanligining surunkali buzilishi sababli yuzaga keladi. Bemorlarda epigastral sohada og'riq, o't suyuqligi bilan qayt qilish, tana vazni kamayishi va kamqonlik belgilari kuzatiladi.

Limfotsitar gastritda. oshqozon shilliq qavatida eroziyalar va uning epiteliyasining yaqqol limfotsitar infiltratsiyasi aniqlanadi. Sog'lom kishida har 100 ta epiteliotsitlarga 3-5 ta limfotsitlar to'g'ri keladi. Gastrofibroskopiya yordamida olingan oshqozon shilliq qavati xususiy plastinkasi gistologik teshiruvda bu nisbat limfotsitar gastritda kamida 100 ga 30 va undan ortiq bo'ladi. Ushbu o'zgarishlar aksariyat hollarda glyuten enteropatiyada ham kuzatiladi.

Gigant gipertrofik gastrit - Menetriye kasalligi (gigant burmalar gastriti) amaliyotda kam uchraydi va ko'proq allergik holatlar bilan bog'liq. Bemorlar qonida oqsil (50-55 g/l), oshqozondan shira ajralishining kamayishi va sekretor faoliyatning susayishiga moyillik kuzatiladi. Ular qorinning yuqori qismidagi ovqatlangandan so'ng kuzatiladigan simillovchi og'riqlar va epigastral sohadagi og'irlik hissiga shikoyat qiladilar. Ayrim hollarda qayt qilish, diareya kuzatiladi, ishtahaning pasayishi esa ba'zan anoreksiya holatigacha olib keladi. Tana vazni 10-20 kg gacha kamayishi mumkin. 25-40 % hollarda oshqozon shirasi ajralishi va qondagi oqsillarning kamayishi bilan bog'liq bo'lgan periferik shishlar kuzatiladi. Oshqozon shilliq qavatini gistologik tekshirganda egatlari chuqurlashganligi hisobiga uning qalinlashganligi va kengayganligi, ayrim hollarda ichak metaplaziyasiga uchragan sohalar hamda kistalar aniqlanadi. Ba'zan kasallik qaytalanib kechib mavjud eroziyalardan qon ketishi yuzaga keladi.

Laborator-asbobiy tekshirishlar. Ezofagogastroduodenoskopiya yordamida tekshirish usuli (ko'rsatmalar bo'lganda biopsiya olish bilan) gastritlarni tashhishlashda hal qiluvchi ahamiyatga ega. Ushbu tekshirishda kasallik klinik shakliga mos ravishda yuqorida qayd etilgan o'zgarishlar aniqlanadi. Shuningdek, ko'rsatmalardan kelib chiqib oshqozon shirasi, undagi kislotalik va fermentlar, fraksion zondlash va intragastral PH-metriya yordamida tekshiriladi. Davolash tamoyillarini tanlashda xelikobakter pilorini aniqlash (invaziv - bakteriologik, gistologik va noinvaziv - serologik, nafas sinamasi usullari) muhim ahamiyatga ega va shu sababli ushbu tekshirishni barcha bemorlarda o'tkazish maqsadga muvofiq.

Davolash. Bemorlarni davolash dorilarsiz va dorilar yordamida amalga oshiriladi.

Tarkibi yaxshilab maydalangan va iliq ovqatlarni kunda 5-6 marta iste'mol qilish tavsiya etiladi. Surunkali atrofik bo'lmagan gastritga chalingan bemorlar ovqat ratsionida oshqozon shilliq qavatiga agressiv ta'sir ko'rsatuvchi tuzli, dudlangan, yog'li, qovurilgan,



achchiq taomlar, shuningdek, spirtli ichimliklarni ichish istisno qilinadi. Aksincha oshqozon sekretor faoliyatining yetishmovchiligi bilan kechuvchi surunkali atrofik gastritda mexanik ta'sirlarni kamaytirish bilan bir qatorda oshqozon sekretor faoliyatini kuchaytimvchi go'shtli, sabzavotli qaynatma sho'rvalar, yog'siz baliq, yetarli darajada sabzavot va mevalar, sharbatlar hamda qahva buyuriladi. Shuningdek, taom tayyorlashda ziravorlardan keng foydalanish maqsadga muvofiq.

Dorilar bilan davolash surunkali gastritni kechish tiplarini inobatga olgan holda olib boriladi. Bemorlarda surunkali gastritning H.pylori assotsiirlangan shakli aniqlanganda davolash choralarini klinik belgilarni bartaraf etish, oshqozon sekretor faoliyatini pasaytirish va bakteriya iradikatsiyasiga qaratilgan bo'lishi lozim. Bu maqsadda hozirgi vaqtda 2011-yilda qabul qilingan "MAASTRIX IV KONSENSUS" si algoritmidan foydalaniladi. Bu algoritmgaga ko'ra bemorga 4-6 hafta davomida proton pompasi ingibitorlari (omeprazol kunda 40 mg, rabeprazol yoki boshqalar), amoksitsilin (kunda 2 g) va klaritromitsin (kunda 2 mahal 500 mg dan) 10-14 kun davomida buyuriladi. Amoksitsilin o'miga metronidazol (500 mg dan kunda 2 mahal) tabletkalaridan foydalanish mumkin. Rezerv antibiotiklar sifatida sezuvchanlik aniqlangandan so'ng levofloksatsin, furazolidon, rifaksimil, rifabutinlar ham tavsiya etiladi. Yuqoridagilardan tashqari oshqozon shirasida kislotalik yuqori bo'lsa antisekretor vositalar (antatsidlar, selektiv va selektiv bo'lmagan xolinoblokatorlar, H2 gistamin retseptori blokatorlari va o'rab oluvchi vositalar - sitoprotektorlar) qo'llaniladi.

A tipdagi gastritni davolash uchun o'rin bosuvchi terapiya sifatida tabiiy oshqozon shirasi (bir osh qoshiqdan 1 stakan suv bilan ovqat vaqtida, atsidin - pepsin tabletkasini 1 stakan suvda eritib ovqatdan oldin), oshqozonni kislotaga ishlab chiqarish faoliyatini kuchaytimvchi va yallig'lanishga qarshi vositalar (bargizub - zubturm bargidan damlama 1 osh qoshiqdan 3 mahal ovqatgacha ichish yoki plantoglyutsid 0,5-1,0 g kunda 3 marta ovqatdan oldin), oshqozon osti bezi fermentlari yetishmovchiligini tiklovchi preparatlar (abomin, festal, digestal, panzinorm, mezim forte, kreon kunda 1 tabletkadan ovqat vaqtida), mikrotsirkulyatsiya va reparativ jarayonlar va shilliq qavat oziqlanishini yaxshilovchi dorilar (aktovegin, solkoseril 5,0 ml mushak orasiga yoki tomir ichiga 10-15 kun, metiluratsil 0,5 g kunda 3 mahal, vitaminlar B1, B2, B6, B12, foliy va askorbin kislotalari) tavsiya etiladi. Bemorlardagi og'riq sindromini bartaraf etish uchun M-xolinolitiklar (gastrotsepin 25- 50 mg kunda 2 mahal), selektiv spazmolitiklar (mebeverin-dyuspatalin 200 mg kunda 2-3 mahal) buyuriladi.

Profilaktikasi. Kasallikning birlamchi va ikkilamchi profilaktikasiga ovqatlanish tartibiga rioya qilish, mexanik, kimyoviy, termik nojo'ya ta'sirga ega, ya'ni oshqozon shilliq qavatiga qo'zg'atuvchi hamda salbiy ta'sir ko'rsatuvchi taomlar va ichimliklarni (birinchi navbatda spirtli) iste'mol qilmaslik, shaxsiy gigiyena qoidalariga rioya qilish, og'iz bo'shlig'ini sanatsiyasi va boshqalar kiradi. Kasb bilan bog'liq bo'lgan zararli ta'sirlarni bartaraf etish, sigareta chekishdan voz kechish ham shular jumlasidandir.



FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Tibbiyot ensiklopediyasi
2. Patologik anatomiya Toshkent-2012 M. S. Abdullaxo'jayeva.
3. Icki kasalliklar propedevtikasi Toshkent-2012 A. Gadayev. M. Sh. Karimov. X. S. Axmedov.
4. Patologik fizalogiya Toshkent 2009. M. M. Haqberdiyev.
5. Umumiy patologiya Toshkent 2010. B. A. Magrupov.
6. Seksion biopsiya kursi 2016. B. A. Magrupov