

ЎТКИР ГАСТРИТ ВА СУРУНКАЛИ ГАСТРИТ ЭТИОПАТОГЕНЕЗИ ВА ДАВОЛАШ

Хамраева Гулчехра

Тошкент Тиббиёт Академияси Термиз Филиали

Аннотация: Ушбу мақолада ўткир ва сурункали гастрит касаллиги этиопатогенези клиникаси ташхис қўйиш ва даво муолажаларини вақтида бошлаш ва беморларнинг келажақдаги ҳаёт сифатини яхшилаш ҳақида фикр юритилади .

Калит сўзлар: токсикоинфекция ,экзоген ,стафилококк ,аутоиммун, реактив, гастрит , Кастл омили, рефлюкс.

Мавзунинг долзарблиги: Уткир гастрит ошқозон шиллиқ қаватининг яллиғланиши билан кечувчи полиэтиологик касаллик ҳисобланиб, қатор ташқи ва ички салбий омилларнинг таъсирида юзага келади.

Этиологияси ва патогенези. Унинг келиб чиқишига қўйидаги экзоген (овқатланиш тартибининг бузилиши – овқатнинг миқдори ва сифати, кечқурунлари кўп миқдорда овқатланиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш, таом тайёрлашда ўткир зираворларни кўп ишлатиш, овқат маҳсулотлари ва масалликларни сақлашда санитария - гигиена қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида юзага келадиган токсикоинфекциялар, сальмонеллалар, шигелла, стафилококк ва бошқаларнинг таъсири, айрим таомларга аллергия мавжудлиги – тухум, зираворлар, мева, малина, қулупнай ва бошқалар, дорилар таъсири – ацетилсалицил кислотаси, кортикостероидлар, пиразолон унумлари, антибиотиклар, юрак гликозидлари ва бошқалар) ва эндоген омиллар (инфекция – грипп, зотилжам, аутоинтоксикация – буйрак ва жигар етишмовчилиги, организмда тўқималарнинг парчаланиши – қуйиш, музлаш, нур таъсири ва бошқалар) муҳим аҳамиятга эга.

Касалликнинг патогенези уни чақирган омиллар билан узвий боғлиқ бўлиб, икки хил кўринишда ривожланади. Экзоген ўткир гастритда этиологик омил бевосита ошқозон шиллиқ қаватига таъсир кўрсатиб, унинг яллиғланишини чақиради ва кейинроқ иккиламчи ўзгаришлар қўшилади. Эндоген ўткир гастритда таъсир этувчи омил гематоген йўл билан аста-секин ошқозон шиллиқ қаватида ўзгаришлар чақиради ва бемор аҳволида умумий интоксикация белгилари устунлик қилади. Айрим ҳолларда касалликнинг келиб чиқишида ҳар иккала патогенетик механизм фаол иштирок этади.

Таснифи. Ўткир *экзоген* ҳамда *эндоген* ва ошқозон шиллиқ қаватидаги ўзгаришларга мос равишда унинг *юзаки* (оддий), *эрозив* ва *коррозив* турлари

фарқланади.

Клиник манзараси. Ўткир гастритнинг клиник намоён бўлиши унинг оғирлик даражаси ва клиник кечишига боғлиқ. *Ўткир экзоген юзаки (оддий) гастритда* беморларни кўнгил айнаши, шиллиқ ва ҳазм бўлмаган овқатлар баъзида ўт билан қайт қилиш, эпигастрал соҳада овқат ҳазм бўлмаганлик ҳисси, қоринда оғриқ, оғизда нохуш таъм, умумий ҳолсизлик, тери рангининг оқариши, тилни қараш билан қопланиши, айрим оғир кечишларида қон босимини пасайиши, энтерит белгилари кузатилади. Аксарият ҳолларда касаллик ўртача 5-6 кун давом этади.

Ўткир коррозив гастрит юзага келишида ошқозон шиллиқ қаватига юқори концентрацияли кислота ёки ишқорий моддалар таъсири аҳамиятга эга. Унинг оқибатида шиллиқ қават некрози кузатилади. Ўткир гастритнинг ушбу шаклида беморларда оғизда, қизилўнғач ва эпигастрал соҳада кучли оғриқ, шиллиқли ва қонли қайт қилиш, оғир ҳолларда қарахтлиқ ва кейинчалик “ўткир қорин” белгилари юзага келади.

Лаборатор ва асбобий текширишлар. Ўткир гастритни ташҳислашда мукамал йиғилган анамнез ва эзофагогастроуденоскопия текшируви ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ўткир гастритни даволаш унга олиб келган этиологик омил билан узвий боғлиқ. Муолажалар у омилларни ошқозон шиллиқ қаватига таъсирини бартараф этишдан бошланиши лозим. Ундан сўнг ошқозонни илиқ сув ёки мойчечак дамламаси билан ювиш, тозаловчи ҳукналар ўтказиш тавсия этилади. Томир ичига глюкоза, ош тузини физиологик эритмаси ва бошқа тузли эритмалар юборилади. Касалликнинг биринчи кунда таом истеъмол қилиш тавсия этилмайди. Иккинчи кундан бошлаб кўп миқдорда суюқлик (аччиқ бўлмаган чой, наъматак дамламаси ва бошқа шарбатлар) ичиш буюрилади. Шунингдек беморлар илиқ қайнатма шўрва, ёғсиз овқатлар, сут маҳсулотлари (қаймоқ, манний ва гуручли бўтқалар) истеъмол қилишлари мумкин. Касалликнинг келиб чиқишида инфекция ҳал қилувчи аҳамиятга эга бўлган ҳолларда антибактериал дорилар буюрилади.

Профилактикаси. Касалликнинг профилактикаси овқатланиш, овқат маҳсулотлари ва масаллиқларни сақлаш тартибига ҳамда шахсий санитария - гигиена қоидаларига риоя қилиш каби тадбирларни ўз ичига олади.

Сурункали гастрит (СГ) – ошқозон шиллиқ қаватини яллиғланиши ва дистрофик ўзгаришлари оқибатида физиологик регенерация жараёнининг бузилиши ва безлар атрофияси ҳамда унинг мотор, секретор, инкретор фаолиятининг ўзгариши билан кечадиган сурункали касаллик.

СГ аҳоли орасида кенг тарқалган касалликлар гуруҳига киради ва кўпрок (50-80%) катталарда уради. Гастритнинг аутоиммун тури тахминан - 9%,

хеликобактер пилори ассоциаланган - 70%, цитопатик пангастрит-12%, рефлюкс гастрит -5%, лимфоцитар-2% ва қолганлари эса яна 2% ни ташкил қилади.

Этиологияси ва патогенези. Сурункали гастрит полиэтиологик касаллик бўлиб, унинг келиб чиқишида қуйидаги омиллар аҳамиятга эга:

Алиментар сабаблар - таом истеъмол қилиш тартиби ва сифатини бузилиши (овқатланиш оралиғини узоқ муддат бўлиши, уни яхши чайнамасдан тез-тез ейиш, иссиқ суюқликлар ва қаттиқ овқатларни ошқозон шиллик қаватига бевосита салбий таъсири, аччиқ зираворлар ва спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш, чекиш).

Пилорик хеликобактер – у кўп сонли бактериологик, гистологик ва иммунологик текширишларда тасдиқланган ошқозонда дистрофик - яллиғланиш жараёнини келтириб чиқарувчи муҳим сабаб ҳисобланади. Буни кўзғатувчини дори воситалари билан йўқотиш натижасида касаллик белгиларини йўқолиши ва ремиссия юзага келиши тасдиқлайди. Инфекция манбаи касалланган одам ёки уй хайвонлари ҳисобланади.

Эндоген, аутоиммун ва наслий детерминирланиш сабабли меъда- шиллик қавати хужайраларига нисбатан антитаначалар пайдо бўлади (гастрит А аутоиммун). Бу HLA, Bg, DR3, DR4 антигенларининг ошқозон шиллик қавати хужайраларига гистологик яқинлиги билан боғлиқ.

Мунтазам равишда ошқозон шиллик қаватига ўт суюқлигининг рефлюкси ва меъда резекциясидан кейинги гастроэнтеростомалар, ваготомиялар, холицистоэктомия, 12 бармоқ ичак ўтказувчанлигини бузилиши каби ҳолатлар ҳам сабаб бўлади.

Дорилар ва қишлоқ хўжалигида қўлланиладиган айрим воситалардан (ГКС, кислоталар, рауволфия ва бошқалар) узоқ муддат ва нотўғри фойдаланиш оқибатида ҳам ошқозон шиллик қавати зарарланади.

Соғлом кишида ошқозон шиллик қавати девори эпителияси бикарбонат секрецияси ва монанд қон билан таъминланиши сабабли тез регенерация бўлади. Юқорида қайд этилган этиологик омилларни узоқ муддат таъсири оқибатида (хеликобактер пилори, кимёвий моддалар, дори воситалари, HCL, ўт) шиллик қават тусиғи бўзилади ва натижада унинг яллиғланиши юзага келиб, регенерация жараёнлари ва трофикасида салбий ўзгаришлар кузатилади. Бу ҳол В ва С типдаги гастритларда кузатилади. Қон билан таъминланиш яхши бўлган ҳолларда хужайраларни нормал регенерацияси кузатилиб жараён тезда тикланади.

Хеликобактер пилори грамм манфий бактериялар гуруҳига мансуб булиб спирал ва қайрилган – S шаклига эга. Улар интенсив рангга бўялиб танасини бир томонида 4–6та думчалари мавжуд ва шу сабабли ошқозон шиллик қаватида эркин ҳаракат қилади ва унинг шиллик пардаси билан бирлаша олади . Хеликобактер

пилори вибрионлари бевосита шиллик қаватга цитотоксик таъсир курсатувчи қатор моддалар ажратади. Оқибатда унда ялиғланиш кузатилиб кейинроқ патологик жараён ошқозон шиллик қаватининг чуқур қисмларга тарқалиб без аппарати атрофиясига олиб келади. Шундай қилиб хеликобактер пилори таъсирида ривожланган гастритнинг кечки босқичларда сурункали атрофик мультифокал пангастрит шаклланади ва унинг клиник намоён булиши вибрион таъсирида юзага келган илк гастритдан кескин фарқ қилади.

Шуни таъкидлаш лозимки ошқозон шиллик қаватини хеликобактер пилори билан инфекцияланиши нафақат юқорида қайд этилган икки хил гастритни юзага келиши сабаб бўлади балки ўткир хеликобактерли гастрит, гигант гипертрофик сурункали гастрит (Менетрие касаллиги), пептик яраларни ҳам келтириб чиқаради.

Фундал гастрит (А тип) келиб чиқишида наслий мойиллик ахамиятга эга бўлиб унда хужайра оксиди, ички омил ва H^+K^+ АТФазалар антиген вазифасини ўтаб, уларга нисбатан бемор организмида антитаначалар пайдо бўлади. Шу сабабли касалликнинг мазкур тури аутоимун сурункали атрофик гастрит номи билан юритилади. Унда шиллик қаватдаги патологик ўзгаришлар аксарият ҳолларда париетал (**ўраб олувчи**) ва ошқозон безлари бош хужайралари жойлашган меданинг фундал ва тана қисмида жойлашади. Маълумки ушбу хужайраларда хлорид кислотаси ва гастромукопротеин (Кастлининг ички омили) ишлаб чиқарилади. Аутоимун сурункали атрофик гастритда уларга қарши антитаначалар ишлаб чиқарилади ва бу жараён касаллик келиб чиқишида етакчи урин тутади. Одатда гастритнинг бу тури аксарият ҳолларда В12 етишмовчилиги камқонлиги, гипопаратиреоз, Хошимото тиреотидити, Аддисон касаллиги, инсулинга боғлиқ қандли диабет ва бошқа қатор касалликлар билан бирга кузатилади. Ошқозон шиллик қаватининг фундал безларига қарши антитаначаларни пайдо бўлиши, уларда жуда эрта орқага қайтмас ўзгаришлар ва атрофик жараёнлар келиб чиқишига сабаб бўлади. Оқибатида хлорид кислотаси, пепсин ишлаб чиқарилиши кескин камаяди ва беморда гипохлоргидрия, ахлоргидрия ҳамда ахилия ривожланади. Хлорид кислотаси синтезини кескин камайиши ёки умуман бўлмаслиги ошқозонни зарарланманган антрал қисми безларидаги G хужайраларини кескин фаоллишига ва гастрин ишлаб чиқарилишига кучайишига олиб келади. Гастрин хлорид кислотаси синтезини кучайтиришига қарамасдан фундал қисмдаги мавжуд атрофик жараёнлар сабабли унинг ишлаб чиқарилишида сезиларли ошмайди.

Шу билан бир қаторда гастрин концентрациясининг ошиб кетиши оқибатида фундал безларнинг энтерохромоаффинга ўхшаш хужайралари гиперплазияси ривожланади. Бу ҳол ошқозон аденокарциномаси юзага келиш

эҳтимолини кескин оширади.

Ички Кастл омилига қарши антитаначалари мавжудлиги озик овқатлардаги (алиментар) витамин В12ни у билан қўшилишига тўскинлик қилади ва натижада В12 етишмовчилиги қамқонлиги ривожланади.

Дуоденогастрал рефлюкс кузатилганда ўт кислоталари ва унинг тузлари, панкреатик ферментлар, лизолицетин ва ўникки бармоқли ичак бошқа сақланмалари таркибий қисмларини ошқозон антрал соҳасининг шиллик қаватига таъсири оқибатида реактив - кимёвий гастритнинг (С типдаги) шаклларида бири ривожланади. Эпителиоцитларининг зарарланиши ошқозон шиллик қаватининг стереотип ялиғланиш реакциясини чақириб цитокинлар ажралишига ва зарарланган юза томонга нейтрофиллар, лимфоцитлар ва бошқа хужайра элементларини харакатланишга сабаб бўлиб шиш ва гиперемия чақиради. Бундан ташқари ишқорий реакцияга эга бўлган. Бу ўз навбатида шиллик қаватларда гистамин ҳосил бўлишини оширади ва оқибатда ундаги кичик томирларда қон айланиши бўзилишига олиб келиб шиш пайдо қилади.

Сурункали реактив гастрит юқорида тақидланганидек аксарият ҳолларда гастродуоденал рефлюкс билан бирга кузатилиб эррозия ва геморрагиялар билан кечади.

Касаллик авж олиб борган сари ошқозон шиллик қаватдаги атрофия жараёнлари ва секретор етишмовчилик зурайиб беморларда диареяга мойиллик туғилади (ахилик ич кетишлар) ва тана вазнининг камайиши кузатилади. Ички Кастл омилининг етишмовчилиги оқибатида витамин В12 танқислиги камқонлиги ривожланиб холсизлик, тез чарчаш юзага келади ва кейинроқ уларга бош айланиши, хансираш ва тахикардия кўшилади. Тилда кузатиладиган куйишиш ундаги сезувчанлик (парестезия) бўзилганлигидан далолат беради. Ошқозондаги ва ошқозон ости безидаги секретор етишмовчилик ҳамда овқат лукмалари харакатининг тезлашиши оқибатида ингичка ичакда сўрилиш ва девор олди хазм қилиш жараёнларнинг бўзилиши би қисм беморларда (кўпроқ ёши улуғ кишиларда) полигиповитаминоз белгилари ва инфекцияларга бўлган чидамлилиқ пасаяди.

Объектив кўриқда одатда беморлар озғин, тери қопламлари ва кўзга ташланадиган шиллик қаватлари рангпар, териси қуруқ, тирноқлари синувчанг ва оғиз бурчакларида ёриқлар кўзатилади. Қорин текширилганда эпигастрал соҳада оғриқ ошқозоннинг пастки чегарасини қуйига силжиши, дам бўлиши, йўғон ичакни пайпасланганда ғулдираш ва оғриқ аниқланади.

Атрофик мультифокал ёки идиопатик пангастрит (А ва В тип). Бу типдаги гастритга чалинган аксарият беморларнинг анамнезида узоқ муддат тартибсиз овқатланиш (кўпроқ шўр, аччиқ ва дағал) ва мева, сабзавотларни кам истеъмол қилиш ҳолатлари аниқланади. Шунингдек, А ва В типдаги гастрит

хеликобактер пилори билан зарарланган ва антрал гастритга чалинган беморларда 15-20 йил ўтгандан сўнг ошқозон антрал қисми шиллик қавати эпителиядан ушбу бактерияларнинг антракардиал экспансияси оқибатида пангастрит кўринишида юзага келади ва клиник намоён бўлади. Касаллик кўпроқ ўрта ва катта ёшли аҳоли орасида учрайди ҳамда илк даврида клиник белгиларсиз кечади. Аммо аксарият ҳолатларда беморлар эпигастрал соҳадаги оғриқ, диспептик ўзгаришлар (ошқозонда оғирлик ҳисси, кекириш, кўнгил айнаши, оғизда “металл” таъми, иштаха пасайиши ва бошқалар), ичак диспепсияси (метеоризм, диарея) ва тана вазни камайиб кетишига шикоят қиладилар. Ошқозон шиллик қаватида атрофик жараёнларнинг устунлик билан кечиши ва унинг безлари секретор фаолиятининг сусайиши оғриқ синдромининг ўзгаришига сабаб бўлади. Пангастритга овқат қабул қилган вақтда ёки тездан ундан сўнг интенсив бўлмаган узоқ муддат давом этувчи ва симмиловчи оғриқларнинг пайдо бўлиши характерли. Беморлар унча кўп бўлмаган таом истеъмол қилгандан сўнг ҳам ошқозон соҳасидаги оғирлик ва тулип кетиш ҳиссига шикоят қиладилар. Бошқача қилиб айтганда беморларни кўпроқ диспептик ўзгаришлар безовта қиладилар. Уларда иштахани сусайиши, овқат ва ҳаво билан кекириш, оғизда металл таъми, кўнгил айнаши, қоринда ғулдираш ва дам булиш, ич келишининг ўзгариб туриши каби шикоятлар кузатилади. Аксарият ҳолларда астено невротик синдром- ҳолсизликни кучайиши, тез чарчаш, таъсирчанлик, депрессияга мойиллик юзага келади.

Умумий курик вақтида тана вазни камайиши, тери қопламлари рангпарлиги, оғиз бурчакларида ёриқлар аниқланади. Тил одатда оқ қараш билан қопланган, яққол намоён бўлган метеоризм оқибатида қорин дам. Пайпасланганда эпигастрал соҳада яққол намоён бўлмаган ва тарқалган оғриқ қайд этилади. Ошқозон чегараси пастка силжиган. Йўғон ичак пайпасланганда унда кўп миқдорда ҳаво ва суюқ сақламалар бўлганлиги сабабли кўп ҳолларда ғулдираш эштиради.

Реактив – рефлюкс гастритнинг (С тип) намоён бўлиши ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қавати зарарланиши билан боғлиқ. У аксарият ҳолларда ошқозон резекцияси, вагатомия, холецистэктомия, пилорик жомнинг етишмовчилиги, ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши сабабли юзага келади. Кўпроқ ошқозонни пилорик қисми зарарланганда беморларда оғриқ ва диспептик ўзгаришлар кузатилади. Эпигастрал ва пилорик соҳадаги оғриқлар баъзан (пилорик қисм шиллик қаватида эрозиялар бўлганда) интенсив ва ўткир тус олади. Улар овқат истеъмол қилгандан сўнг 1– 1.5 соат утгач ёки носпецифик ялиғланишга қарши дорилар қабул қилгандан кейин пайдо бўлиб спазмолитиклар ёрдамида тез йуқолади. Бу уларнинг спастик хусусиятга эга эканлигидан далолат беради. Айрим беморларда енгиллик келтирмайдиган ўт

суюқлиги билан қайт қилиш, нахорда оғизда аччиқ таъм, тана вазни камайиши ва камқонлик белгилари кузатилади. Реактив гастритга чалинган бир қисм беморларда ошқозон пилорик қисми шиллик қавати зарарланиши эрозив характерга эга бўлиб баъзан уларда қайталанувчи қон кетишлар оқибатида кахва қуйқаси кўринишдаги қайт қилишлар ёки бутқасимон қора нажас ажралаши (мелена) юзага келиши мумкин. Вақт ўтиши билан беморларда сурункали темир танқислиги камқонлиги ривожланади.

Лаборатор ва асбобий текширишлар. Эзофагогастроуденоскопия ёрдамида текшириш гастритларни ташхислашда хал қилувчи аҳамиятга эга. Унинг ёрдамида нафақат ошқозон шиллик қаватидаги анатомик ўзгаришлари ўрганиш балки унинг функционал ҳолатини аниқлаш ҳамда кўрсатмалар бўлганда биопсия олиш ва баъзан касаллик этиологиясини аниқлаш мумкин. Шунингдек гастрофиброскопия ёрдамида сўнги йилларда айрим муолажаларни ўтказиш - хусусан зарарланган соҳага дорилар юбориш, қон кетишларни тўхтатиш, паст интенсивлиги лазер нурлари билан даволаш, ёт жисмларни олиб ташлаш, полипэктомия ва даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ҳам фойдаланилади.

- ❖ Қорин бўшлиғини умумий рентгенограммаси;
- ❖ Сульфат барийни сувли эритмасини беморга ичириб ошқозонни сунъий контрастлаш ёрдамида текшириш;
- ❖ Ошқозон пневмографияси (уни газ билан тулдириш);
- ❖ Релаксацион дуоденография (фармакологик дорилар ёрдамида гипотония чақириб ичакка барий юбориш);

Қайд этилган текширишлар орасида амалиётда сульфат барийни сувли эритмасини беморга ичириб ошқозонни ва ўникки бармоқли ичакни контрастлаш ёрдамида текшириш кенг қўлланилади. Унинг ёрдамида барча ошқозон ичак тизими шу жумладан ингичка ва йуғон ичак ҳолатини баҳолаш мумкин бўлса ҳам, лекин кизилўнғач, ошқозон ва ўникки бармоқли ичак шиллик қаватлари кўриниши тўғрисида батафсил ахборот олинади. Ошқозон шиллик қавати юзасининг ўзгариши унинг перистальтикаси ҳамда тонусининг бўзилиши ва аъзо деформацияси сурункали гастритнинг рентген белгилари ҳисобланади. Одатда шиллик қават бурмалари қалинлашиши кузатилади. Касалликнинг кечки босқичларида кўпроқ атрофик гастритда шиллик қаватнинг купол уячали ва нотекис сурати кўзга ташланади. Ошқозон антрал қисми зарарланганда (В типдаги антрал хеликобактерли гастрит ёки АВ типдаги пангастрит) унинг ушбу соҳаси ригидлиги ва қалинлашуви ҳамда перистальтикаси бўзилиши айрим ҳолларда хатто деформацияси кузатилади. Шунингдек ошқозонда нахорда кўп микдори суюқлик тўпланиши ҳам

(гиперсекреция) гастритга хос бўлган рентген белгилардан бири ҳисобланади.

Гастрофиброскопия ёрдамида олинган биоптатнинг гистологик таҳлили натижалари кўп ҳолларда сурункали гастрит ташҳисини тасдиқлашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Чунки у касалликни морфологик ташҳислашда ягона усул ҳисобланади.

Helicobacter pylori аниқлаш. Уни ошқозон шиллиқ қаватида тарқалиш даражасини аниқлашнинг қуйидаги бир неча усуллари мавжуд:

- Цитологик;
- Уреза синамаси;
- Гистологик;
- Иммунологик;

Улардан биринчи учтаси амалиётда кенг қўлланилади.

Уреза синамаси ёрдамида ошқозон шиллиқ қаватидан биопсия олингандан сўнг 1-2 соат ўтгач ишончли натижалар олиш мумкин. Шу сабабли ушбу синама амалиётда кенг қўлланилади.

Гистологик текшириш ёрдамида нафақат ошқозон ва ўникки бармоқ ичак шиллиқ қаватидаги морфологик ўзгаришларни балки Романовский- Гимзе усули ёрдамида бўяб хеликобактер пилорини ҳам аниқлаш мумкин.

Серологик текшириш. Хеликобактер пилори билан инфицирланган бемор қони зардобида уч-тўрт хафта ўтгандан сўнг специфик антитаначаларни аниқлашга асосланган. Юқори даражадаги антитаначалар титри ҳатто касаллик клиник ремиссия даврида бўлганда ҳам аниқланади. Ушбу мақсадда турли усуллардан шу жумладан қон зардобида IgG ва IgA синфига мансуб антитаначаларни иммунфермент таҳлили ёрдамида баҳолашдан ҳам фойдаланилади. Хелиобактер пилорини серологик усул ёрдамида аниқлаш юқори даражада ишончилиги билан ажралиб туради ва аксарият ҳолларда турли гуруҳ аҳоли орасида инфицирланиш даражасини аниқлаш скрининг мақсадида ўтказилади.

Микробиологик текшириш. Мазкур усул ёрдамида хеликобактер пилорини ўстириш ва антибиотикларга бўлган сезувчанлигини аниқлаш мумкин. Бу ўз навбатида хеликобактер пилори билан ассоциирланган сурункали гастрит, дуоденит ва яра касаллигини даволашда монанд терапия танлаш имкон беради.

Сурункали гастритни ташҳислаш ва монанд даво чораларини қўллашда ошқозонни шира ишлаб чиқарилиш фаолиятини баҳолаш маълум аҳамиятга эга.

Уни аниқлаш учун қуйидаги усуллардан фойдалинади:

- ✓ Ошқозон секрециясини ингичка зонд ёрдамида фракцион текшириш – унинг ёрдамида базал ва **стимулланган** ошқозон шираси кислоталиги, унинг фермент ҳосил қилиш фаолияти, рН ва ошқозон сақламаларининг физик ва кимёвий хусусиятлари урганилади;

✓ Интрагастрал рН-метрия ёрдамида текшириш.

Ошқозонни шира ажратиш фаоллятини ингичка зонд ёрдамида пентагастрин, гистамин, инсулин синамалари ўтказиб фракцион текшириш узок йиллар давомида асосий усулларида бири бўлиб қолмоқда. Лекин хозирги вақтда ошқозон ичи рН-метрияси юқори ахборотли ва мукамал усул ҳисобланади. Чунки у энг физиологик ҳисобланиб ошқозонни иш шароитига таъсир этмайди ва патологик рефлекслар чақирмайди. Ошқозон шираси – унинг безлари ва шиллик қавати ишлаб чиқарадиган маҳсулот ҳисобланади. Шунинг учун ошқозон уни текшириш (секретор функцияси) – асосий ёрдамчи усуллардан бири бўлиб, ошқозон шиллик қавати фаолияти ва морфологик ҳолатини ҳамда эвакуатор фаолиятини баҳолашга имкон беради. Бундай текшириш тоза ошқозон ширасини олиш, секретор циклининг турли даврларида секрецияни узок вақт нафақат сифатий ўрганиш балки, шира таркибини миқдорий баҳолаш ҳамда ошқозон шиллик қавати тўғрисида батафсил маълумот йиғиш имконини беради. Ошқозондан шира ажралишини текшириш қўйилган мақсад ва вазифаларга мос келиши керак.

Ошқозонга киритилгач ингичка зонд аксарият ҳолларда қайт қилиш рефлексини кўзғатмайди ва у ерда 1,5-2,0 соат, ҳатто ундан ҳам кўпроқ вақтга қолиши мумкин. Бу ошқозон ширасини узок вақт сўриб олиш ва унинг секретор фаолиятини маълум вақт ораллиғида кузатиш ҳамда ўрганиш имкониятини беради. Оғиз бўшлиғидан чиқиб турган зонднинг бир учига шприц ўрнатилиб ошқозон шираси сўриб олинади (18-19-расмлар).

Текшириш босқичлари

Ошқозон ширасини текширишга беморлар қуйидагича тайёрланади. Бир кун олдин, соат 20:00 кечикмасдан енгил кечки овқат қабул қилинади. Текшириш куни эрталаб нонушта қилинмайди шунингдек, суюқлик ва дори воситаларини қабул қилиш ҳам ман этилади. Чекиш мумкин эмас. Касаллик авж олиб борган сари ошқозон шиллик қаватдаги атрофия жараёнлари ва секретор етишмовчилик зурайиб беморларда диареяга мойиллик туғилади (ахилик ич кетишлар) ва тана вазнининг камайиши кузатилади. Ички Кастл омилининг етишмовчилиги оқибатида витамин В12 танқислиги камқонлиги ривожланиб холсизлик, тез чарчаш юзага келади ва кейинроқ уларга бош айланиши, хансираш ва тахикардия кўшилади. Тилда кузатиладиган куйишиш ундаги сезувчанлик (парестезия) бўзилганлигидан далолат беради. Объектив кўрикда одатда беморлар озғин, тери қопламлари ва кўзга ташланадиган шиллик қаватлари рангпар, териси қуруқ, тирноқлари синувчанг ва оғиз бурчакларида ёриқлар кўзатилади. Қорин текширилганда эпигастрал соҳада оғрик ошқозоннинг пастки чегарасини қуйига силжиши, дам бўлиши, йўғон ичакни пайпасланганда ғулдираш ва оғрик аниқланади.

Атрофик мултифокал ёки идиопатик пангастрит (А ва В тип). Бу типдаги гастритга чалинган аксарият беморларнинг анамнезида узоқ муддат тартибсиз овқатланиш (кўпроқ шўр, аччиқ ва дағал) ва мева, сабзавотларни кам истеъмол қилиш ҳолатлари аниқланади. Шунингдек, А ва В типдаги гастрит хеликобактер пилори билан зарарланган ва антрал гастритга чалинган беморларда 15-20 йил ўтгандан сўнг ошқозон антрал қисми шиллик қавати эпителиядан ушбу бактерияларнинг антракардиал экспансияси оқибатида пангастрит кўринишида юзага келади ва клиник намоён бўлади. Касаллик кўпроқ ўрта ва катта ёшли аҳоли орасида учрайди ҳамда илк даврида клиник белгиларсиз кечади. Аммо аксарият ҳолатларда беморлар эпигастрал соҳадаги оғриқ, диспептик ўзгаришлар (ошқозонда оғирлик ҳисси, кекириш, кўнгил айнаши, оғизда “металл” таъми, иштаҳа пасайиши ва бошқалар), ичак диспепсияси (метеоризм, диарея) ва тана вазни камайиб кетишига шикоят қиладилар. Ошқозон шиллик қаватида атрофик жараёнларнинг устунлик билан кечиши ва унинг безлари секретор фаолиятининг сусайиши оғриқ синдромининг ўзгаришига сабаб бўлади. Пангастритга овқат қабул қилган вақтда ёки тездан ундан сўнг интенсив бўлмаган узоқ муддат давом этувчи ва симмиловчи оғриқларнинг пайдо бўлиши характерли. Беморлар унча кўп бўлмаган таом истеъмол қилгандан сўнг ҳам ошқозон соҳасидаги оғирлик ва тулип кетиш ҳиссига шикоят қиладилар. Бошқача қилиб айтганда беморларни кўпроқ диспептик ўзгаришлар безовта қиладди. Уларда иштахани сусайиши, овқат ва ҳаво билан кекириш, оғизда металл таъми, кўнгил айнаши, қоринда ғулдираш ва дам булиш, ич келишининг ўзгариб туриши каби шикоятлар кузатилади. Аксарият ҳолларда астено невротик синдром- ҳолсизликни кучайиши, тез чарчаш, таъсирчанлик, депрессияга мойиллик юзага келади.

Умумий курик вақтида тана вазни камайиши, тери қопламлари рангпарлиги, оғиз бурчакларида ёриқлар аниқланади. Тил одатда оқ қараш билан қопланган, яққол намоён бўлган метеоризм оқибатида қорин дам. Пайпасланганда эпигастрал соҳада яққол намоён бўлмаган ва тарқалган оғриқ қайд этилади. Ошқозон чегараси пастка силжиган. Йўғон ичак пайпасланганда унда кўп микдорда ҳаво ва суюқ сакламалар бўлганлиги сабабли кўп ҳолларда ғулдираш эштиради.

Реактив – рефлюкс гастритнинг (С тип) намоён бўлиши ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қавати зарарланиши билан боғлиқ. У аксарият ҳолларда ошқозон резекцияси, вагатомия, холецистэктомия, пилорик жомнинг етишмовчилиги, ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши сабабли юзага келади. Кўпроқ ошқозонни пилорик қисми зарарланганда беморларда оғриқ ва диспептик ўзгаришлар кузатилади. Эпигастрал ва пилорик соҳадаги оғриқлар баъзан (пилорик қисм шиллик қаватида эрозиялар бўлганда) интенсив ва ўткир

тус олади. Улар овқат истеъмол қилгандан сўнг 1– 1.5 соат утгач ёки носпецифик ялиғланишга қарши дорилар қабул қилгандан кейин пайдо бўлиб спазмолитиклар ёрдамида тез йуқолади. Бу уларнинг спастик хусусиятга эга эканлигидан далолат беради. Айрим беморларда енгиллик келтирмайдиган ўт суюқлиги билан қайт қилиш, нахорда оғизда аччиқ таъм, тана вазни камайиши ва камқонлик белгилари кузатилади. Реактив гастритга чалинган бир қисм беморларда ошқозон пилорик қисми шиллик қавати зарарланиши эрозив характерга эга бўлиб баъзан уларда қайталанувчи қон кетишлар оқибатида кахва қуйқаси кўринишдаги қайт қилишлар ёки бутқасимон қора нажас ажралиши (мелена) юзага келиши мумкин. Вақт ўтиши билан беморларда сурункали темир танқислиги камқонлиги ривожланади.

*Лимфоцитар гастрит*да ошқозон шиллик қаватида эрозиялар ва унинг эпителиясининг яққол лимфоцитар инфильтрацияси аниқланади. Соғлом кишида ҳар 100 та эпителиоцитларга 3-5 та лимфоцитлар тўғри келади. Гастрофиброскопия ёрдамида олинган ошқозон шиллик қавати хусусий пластинкаси гистологик теширувида бу нисбат лимфоцитар гастритда камида 100 га 30 ва ундан ортиқ бўлади. Ушбу ўзгаришлар аксарият ҳолларда глютен энтеропатияда ҳам кузатилади.

*Гигант гипертрофик гастрит – Менетрие касаллиги (гигант бурмалар гастрити) амалиёт*да кам учрайди ва кўпроқ аллергик ҳолатлар билан боғлиқ. Беморлар қонида оқсил (50-55 г/л), ошқозондан шира ажралишининг камайиши ва секретор фаолиятнинг сусайишига мойиллик кузатилади. Улар қоринни юқори қисмидаги овқатлангандан сўнг кузатиладиган симилловчи оғриқлар ва эпигастрал соҳадаги оғирлик ҳиссига шикоят қиладилар. Айрим ҳолларда қайт қилиш, диарея кузатилади, иштаҳанинг пасайиши эса баъзан анорексия ҳолатигача олиб келади. Тана вазни 10-20 кг гача камайиши мумкин. 25-40 % ҳолларда ошқозон шираси ажралиши ва қондаги оқсиларнинг камайиши билан боғлиқ бўлган периферик шишлар кузатилади. Гипертрофик гастритга чалинган беморларнинг тахминан 10% да ошқозон карциномаси ривожланади.

Лаборатор ва асбобий текширишлар. Эзофагогастроуденоскопия ёрдамида текшириш гастритларни ташҳислашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Унинг ёрдамида нафақат ошқозон шиллик қаватидаги анатомик ўзгаришлари ўрганиш балки унинг функционал ҳолатини аниқлаш ҳамда кўрсатмалар бўлганда биопсия олиш ва баъзан касаллик этиологиясини аниқлаш мумкин.

Шунингдек гастрофиброскопия ёрдамида сўнги йилларда айрим муолажаларни ўтказиш - хусусан зарарланган соҳага дорилар юбориш, қон кетишларни тўхтатиш, паст интенсивлиги лазер нурлари билан даволаш, ёт жисмларни олиб ташлаш, полипэктомия ва даволаш самарадорлигини баҳолаш учун ҳам фойдаланилади.

Helicobacter pylori аниқлаш. Уни ошқозон шиллик қаватида тарқалиш даражасини аниқлашнинг қуйидаги бир неча усуллари мавжуд:

- Цитологик;
- Уреза синамаси;
- Гистологик;
- Иммунологик;

Улардан биринчи учтаси амалиётда кенг қўлланилади.

Эндоскопия ёрдамда ошқозонни антрал (шиллик қаватни энг кўп ўзгарган жойидан) ёки ўникки бармоқли ичакдан олинган биоптат қурутилиб **кумуш** ёрдамида бўялади ва микроскопда микроб билан зарарланиш даражаси (саналган *Helicobacter pylori* сонидан келиб чиқиб) аниқланади. Бунда *Helicobacter pylori* билан зарарланишининг қуйидаги учта даражаси фарқланади:

- ✓ Енгил (+) - кўрув майдонида 20 гача микроблар мавжудлиги;
- ✓ Ўрта оғирликда (++) - кўрув майдонида 20тадан 40та гача микроблар мавжудлиги;
- ✓ Юқори (+++) - кўрув майдонида 40 тадан ортиқ микроблар мавжудлиги;

Серологик текшириш. Хеликобактер пилори билан инфицирланган бемор қони зардобида уч-тўрт хафта ўтгандан сўнг специфик антитаначаларни аниқлашга асосланган. Юқори даражадаги антитаначалар титри ҳатто касаллик клиник ремиссия даврида бўлганда ҳам аниқланади. Ушбу мақсадда турли усуллардан шу жумладан қон зардобида IgG ва IgA синфига мансуб антитаначаларни иммунфермент таҳлили ёрдамида баҳолашдан ҳам фойдаланилади. Хелиобактер пилорини серологик усул ёрдамида аниқлаш юқори даражада ишончлиги билан ажралиб туради ва аксарият ҳолларда турли гуруҳ аҳоли орасида инфицирланиш даражасини аниқлаш скрининг мақсадида ўтказилади.

Микробиологик текшириш. Мазкур усул ёрдамида хеликобактер пилорини ўстириш ва антибиотикларга бўлган сезувчанлигини аниқлаш мумкин. Бу ўз навбатида хеликобактер пилори билан ассоциирланган сурункали гастрит, дуоденит ва яра касаллигини даволашда монанд терапия танлаш имкон беради.

Фракцион зондлаш усули. У диаметри 4-5 мм ва узунлиги 100- 150 см бўлган ингичка зонд ёрдамида амалга оширилади. Унинг ошқозонга киритиладиган учи ёпиқ бўлиб ён томонларида тешиклар мавжуд. Зонд ёрдамида текширишдан 3 – 5 кун олдин беморларга антацидлар, H₂ гистамин рецепторлар блокаторлари ва бошқа антисекретор воситаларни қабул қилиш таъқиқланади. Жараён эрталаб нахорда 12 соат оч қолгандан сўнг амалга оширилади. Бемор стулга ўтирган, ҳамда бели билан унинг суянчиғига тиралган ва боши бир оз эгилган ҳолатда бўлиши лозим.

Ошқозон шираси – унинг безлари ва шиллик қавати ишлаб чиқарадиган маҳсулот ҳисобланади. Шунинг учун ошқозон уни текшириш (секретор функцияси) – асосий ёрдамчи усуллардан бири бўлиб, ошқозон шиллик қавати фаолияти ва морфологик ҳолатини ҳамда эвакуатор фаолиятини баҳолашга имкон беради.

Бундай текшириш тоза ошқозон ширасини олиш, секретор циклни турли даврларида секрецияни узоқ вақт нафақат сифатий ўрганиш балки, шира таркибини миқдорий баҳолаш ҳамда ошқозон шиллик қавати тўғрисида батафсил маълумот йиғиш имконини беради. Ошқозондан шира ажралишини текшириш қўйилган мақсад ва вазифаларга мос келиши керак.

Текшириш босқичлари

Ошқозон ширасини текширишга беморлар қуйидагича тайёрланади. Бир кун олдин, соат 20:00 кечикмасдан енгил кечки овқат қабул қилинади. Текшириш куни эрталаб нонушта қилинмайди шунингдек, суюқлик ва дори воситаларини қабул қилиш ҳам ман этилади. Чекиш мумкин эмас.

Ошқозон ширасининг олинган порциялари кўрилганда қуйидагиларга эътибор берилади:

- Рангига;
- Консистенциясига;
- Қўшимча бирикмалар бор ёки йўқлигига;
- Ҳидига.

Меъёрида меъда шираси деярли рангсиз. Ўт суюқлигининг мавжудлиги (ўн икки бармоқли ичакдан ошқозонга тушганда) унга сариқ ёки яшил, қоннинг мавжудлиги қизил ёки кўпинча қора-жигарранг беради, кўп миқдорда қон бўлиши зондлашни зудлик билан тўхтатишга кўрсатма ҳисобланадин. Соғлом кишида шира консистенцияси суюқ. Унинг таркибида қанча шиллик кўп бўлса, шунча ёпишқоқ ва чўзилувчан баъзида бу хусусият шунчалик кучли бўладики уни асосий таркибий қисмидан текшириш учун ажратиб бўлмайди. Шилликнинг кўп миқдорда бўлиши гастрит касаллигидан далолат беради. Аралашмаларда юқорида келтирилганлардан ташқари бир кун олдин истеъмол қилинган овқат қолдиқлари ҳам бўлиши мумкин. Бу ошқозонни бўшалиш фаолияти бузилганлигини кўрсатади.

Кимёвий текширишлар. Ширанинг ташқи белгиларига таъриф берилгандан кейин унинг кимёвий таркиби текширилади.

Ҳар бир порциясида аниқланади:

- эркин хлорид кислота;
- умумий кислота;
- боғланган хлорид кислота;
- сут кислотаси;

- порциянинг максимал кислоталиги - пепсин миқдори.

Соғлом одам ошқозони ширасида ҳам кам миқдорда оқсиллар (пепсин, гастромукопротеин) мавжуд бўлади: гастритда, қон кетаётган ярада, ошқозон раки парчаланишида ошқозондаги оқсил ҳамда боғланган хлорид кислота миқдори ошади. У ошқозон ширасини алоҳида порциясида (5 мл) ҳар қандай эркин кислота бўлганда сариқ рангга бўялиб, улар нейтралланганда эса бинафша тусга кирувчи ализарин натрий иштирокида титрлаш йўли билан аниқланади. Ализарин билан титрлашда сарфланган NaOH нинг миллилитрдаги (20 га кўпайтирилган) миқдорини умумий кислоталик кўрсаткичидан айтириб ташлаш йўли билан эркин хлорид кислота миқдори аниқланади.

Даволаш. Беморларни даволаш дориларсиз ва дорилар ёрдамида амалга оширилади. *Дориларсиз даволаш.* Беморларга тайёрлашдан олдин таркиби обдан майдаланган илиқ таомларни кунда 5-6 марта яхшилаб чайнаб истеъмол қилиш тавсия этилади. Сурункали атрофик бўлмаган гастритга чалинган беморлар овқат рационидан ошқозон шиллиқ қаватига агрессив таъсир кўрсатувчи тузли, дудланган, ёғли, қовурилган ва аччиқ таомлар истисно қилинади, шунингдек спиртли ичимликлар ман этилади. Аксинча А типдаги сурункали атрофик гастритда ошқозонга механик таъсирларни камайтириш билан бир қаторда унинг секретор фаоллиятини кучайтирувчи гўштли, сабзавотли қайнатма шўрвалар, ёғсиз балик, етарли даражада сабзавот ва мевалар, шарбатлар ҳамда қахва буюрилади. Шунингдек, таом тайёрлашда зираворлардан кенг фойдаланиш мақсадга мувофиқ.

Дорилар билан даволаш сурункали гастритни *кечиш типларини* инобатга олган ҳолда олиб борилади. В, АВ ва С типдаги гастритларни даволаш комплекс даволаш учун қуйида келтирилган қатор антисекретор дорилардан фойдаланилади ва улар 5-та асосий гуруҳларга бўлинади:

➤ Антацидлар - хлорид кислотани нейтраллаб, пепсинни адсорбирлайди. Алюмин сақловчи антацидлар юқорида қайд этилган таъсирдан ташқари цитопротектив самара кўрсатиб, гликопротеинлар синтезини кучайтиради ва репаратив жараёнларни тезлаштиради. Сўриладиган антацидларга натрий гидрокарбонат, магний оксид ва бошқалар киради. Сўнги йилларда амалиётда кўпоқ сўрилмайдиган (тизимли бўлмаган) антацидлар қўлланилмоқда. Алюминий фосфат, алюминий – магнийли антацид- маалокс, фосфолюгель, алмагель ва бошқалар ушбу дори гуруҳини вакили ҳисобланади. Антацидларни кунда 3-4 мартта овқатдан 1 - 1,5 соат кейин ичиш мақсадга мувофиқ. Айрим шифокорлар тимизли бўлмаган антацидларни уйқудан олдин ичишни тавсия этишади. Лекин бундай ёндошиш шубхали бўлиб дорининг кислотани нейтралловчи хусусияти намоён бўлмаслиги мумкин;

➤ Селектив бўлмаган м-холиноблокаторлар (атропин, платифиллин, метацин) – кучсиз антисекретор хусусиятга эга. Уларни буюрганда айрим беморларда тахикардия, ич қотиши, сийишнинг бузилиши, кўз ичи босимини ортиши каби ножўя таъсирлар кузатилиши мумкин;

➤ Селектив М - холиноблокаторлар пирензепин, гастроцепин ва бошқалар ошқозон шиллик қавати фундал хужайраларини блоклайди ва 50 мг кунда 2 марта таом истеъмол қилишдан ярим соат олдин ичишга буюрилади.

➤ H₂ гистамин рецептори блокаторлари. Уларни бир неча авлоди мавжуд бўлиб 1 чисига – циметидин, 2 - ранитидин, 3 - фамотидин, квамател, 4 – низатидин қиради;

➤ Протон помпаси ингибиторлари – юқори селектив таъсир курсатиб, ошқозон шиллик қаватини кислота ишлаб чиқариш хусусиятини блоклайди. Хозирги вақтда уларнинг ҳам 4 авлоди фарқланади. Кунда 1 авлод - омепразол 20-40 мг, 2 - пантопризол 20-40 мг, 3- рабепразол 20 мг, эзомпризол 4 - лансопризол 30-60 мг дан буюрилади.

Ўраб олувчи воситалар шу жумладан цитопротекторлар – сукральфат, денол ва бошқалар изолецитин, пепсин ўт кислоталарни ўзига боғлаб олади ва простагландинни ошқозонда узоқ муддат сақлаб шилик ишлаб чиқарилишини кучайтиради. Улар кунда 1 г.дан 4 марта (таом истеъмол қилишдан 1 соат олдин 3 марта ва 1 марта ётишдан олдин) 2 - 4 хафта давомида ичилади.

Идиопатик пангастритда (АВ тин) узоқ муддат парhezга амал қилиш яъни дудланган, ёғли гушт, аччиқ, шўр ва зираворлар қушилган таомлар истеъмол қилиш ман этилади. Репаратив жараёнларни кучайтирувчи ва яллиғланишга қарши таъсир курсатувчи сукралфат(вентер), висмут учкалии дицитрат (денол), софалкон, мизопростол (сайтотек) каби дориларни 1 г дан кунда 3 мартта овқат истеъмол қилгандан сўнг 1,5- 2,0 соат ўтгач қабул қилиш тавсия этилади. Шунингдек вақти вақти билан прокинетикларни, спазмолитикларни, А, Е витаминлари ва аскорбин кислотаси буюрилади. Беморлар узоқ муддат баргизуд, мойчечак, ялпиз, далачой дамламаларини, плантаглюцид гранулаларини қабул қилиниши керак. Идиопатик пангастрит аниқланган беморлар йилда 1 марта малигнизацияни инкор қилиш мақсадида ошқозон шиллик қаватидан биопсия олиниб гастрофиброскопия кўригидан ўтишлари зарур.

Рефлюкс гастритда (С тин) ошқозонни тезроқ бўшалишини таъминловчи-метоклопрамид, лоперамид, домперидон, бромоприд (виабен), перитол каби дорилар буюрилади. Улар одатда 1/2-1 таблеткадан кунда 3 марта овқатланиш олдидан қабул қилинади. Шунингдек ичишга сукралфат, софалконларни 1 г дан кунда 3 мартта овқат истеъмол қилгандан сўнг 1,5- 2,0 соат ўтгач қабул қилиш тавсия этилади. Сульпирид (эглонил, догматил) кундузи ва тунда 0,05 г дан,

кўрсатмалардан келиб чиқиб антацидлар (алмагель, фосфалюгель, маалокс, улькосан) буюрилади.

Беморларда сурункали гастритнинг *H. pylori* ассоциирланган шакли аниқланганда даво чоралари клиник белгиларни бартараф этиш, ошқозон секретор фаолиятини пасайтириш ва бактерия ирадикациясига қаратилган бўлиши лозим. Бу мақсадда ҳозирги вақтда 2011 йилда қабул қилинган “МАОСТРИХ IV КОНСЕНСУС”си алгоритмидан фойдаланилади. Унга кўра беморга 4-6 ҳафта давомида протон помпаси ингибиторлари (омепразол кунда 40 мг, пантопразол, рабепразол ёки бошқалар), амоксицилин (кунда 2 г) ва кларитромицин (кунда 2 маҳал 500 мг дан) 10-14 кун давомида буюрилади. Амоксицилин ўрнига метронидазол (500 мг дан кунда 2 маҳал) таблеткаларидан фойдаланиш мумкин. Резерв антибиотиклар сифатида сезувчанлик аниқлангандан сўнг левофлораксин, фуразолидон, рифаксимин, рифабутинлар ҳам тавсия этилади. Юқоридагилардан ташқари ошқозон ширасида кислоталик юқори бўлса антисекретор воситалар (антацидлар, селектив ва селектив бўлмаган М - холиноблокаторлар, H₂ гистамин рецептори блокаторлари ва ўраб олувчи воситалар – цитопротекторлар) қўлланилади.

А типдаги гастритни даволаш учун ўрин босувчи терапия сифатида табиий ошқозон шираси (бир ош қошиқдан ½ стакан сув билан овқат вақтида, ацидин - пепсин таблеткасини ½ стакан сувда эритиб овқатдан олдин), ошқозонни кислота ишлаб чиқариш фаолиятини кучайтирувчи ва яллиғланишга қарши воситалар (баргизуб - зубтурум баргидан дамлама 1 ош қошиқдан 3 маҳал овқатгача ичиш ёки плантоглоцид 0,5-1,0 г кунда 3 марта овқатдан олдин), ошқозон ости беши ферментлари етишмовчилигини тикловчи препаратлар (абомин, фестал, дигестал, панзинорм, мезим форте, креон кунда 1 таблеткадан овқат вақтида), микроциркуляция ва репаратив жараёнлар ва шиллик қават озикланишини яхшиловчи дорилар (актовегин, солкосерил 5,0 мл мушак орасига ёки томир ичига 10-15 кун, метилурацил 0,5 г кунда 3 маҳал, витаминлар шу жумладан фолий ва аскорбин кислоталари) тавсия этилади.

Беморлардаги оғриқ синдромини бартараф этиш учун М-холинолитиклар (гастроцепин 25-50 мг кунда 2 маҳал), селектив спазмолитиклар (мебеверин-дюспаталин 200 мг кунда 2-3 маҳал) буюрилади.

Профилактикаси. Касалликнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасига овқатланиш тартибига риоя қилиш, механик, кимёвий, термик ножўя таъсирга эга яъни ошқозон шиллик қаватига қўзғатувчи ҳамда салбий таъсир кўрсатувчи таомлар ва ичимликларни (биринчи навбатда спиртли) истеъмол қилмаслик, шахсий гигиена қоидаларига риоя қилиш, оғиз бўшлиғи санацияси ва бошқалар киради. Касб билан боғлиқ бўлган зарарли таъсирларни бартараф этиш, тамаки ва носвой чекишдан воз кечиш ҳам шулар

жумласидандир.

Фойдаланилган адабиётлар:

- 1 Гадаев А Г Ички касалликлар –turon zamin-2014
- 2 Нобел Дж Общая врачебная практика -2005
- 3 Василенко В Х Внутренние болезни -1995