

ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН
БА НОМИ АБУАЛӢ ИБНИ СИНО

УДК 616.33/.342-002.44-072.1

бо ҳуқуқи дастнавис

ХАЙРИДДИН ҲОҶИ РАМАЗОН

АРЗӢБИИ КЛИНИКӢ-ЭНДОСКОПӢ ВА БАСОМАДИ
ХЕЛИКОБАКТЕРҲОИ ПИЛОРӢ ДАР БЕМОРИҲОИ МЕЪДА ВА РӢДАИ 12-
АНГУШТА ДАР АҲОЛИИҶУМҲУРИИ ИСЛОМИИ АФӢОНИСТОН

ДИССЕРТАТСИЯ

барои гирифтани унвони
номзади илмҳои тиб
бо ихтисоси 14.01.04 –бемориҳои дарунӣ

РОҲБАРИ ИЛМӢ:

Д.И.Т., ПРОФЕССОР
ШОКИРОВ Ю.А.

Душанбе-2019

МУНДАРИҶА

Рӯйхати ихтисороти шартӣ.....	3
САРСУХАН.....	4
Тавсифи умумии кор.....	6
Боби 1. Тафсири адабиёт	10
1.1 ҶАНБАЪҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ПАТОГЕНӢ, ИНФЕКСИЯИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ ВА НАҚШИ ОН ДАР ПАТОГЕНЕЗИ БЕМОРИИ РЕШИ МЕЪДА ВА РДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА, МАСЪАЛАҲОИ ТАБОБАТӢ.....	10
1.2. ҶАНБАҲОИ МУОСИР БАРТАРАФСОЗИИ МУОЛИҶА НАМУДАНИ РЕШИ МЕЪДА ВА РЕШИ РУДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА	22
Боби 2. Мавод ва усулҳои тадқиқотӣ.....	27
Боби 3. Натиҷаҳои тадқиқотҳои шахсӣ ва баррасии инҳо	
3.1 Хусусиятҳои клиникӣ-эндоскопӣ ва лаборатории решмарази меъда ва рӯдаи 12-ангушта дар аҳолии вилояти Мазори Шарифи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон	32
3.2 Самаранокии терапияи эррадикатсионӣ дар беморон бо реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта	63
Боби 4. Муҳокимаи натиҷаҳо.....	73
ХУЛОСА.....	85
Рӯйхати АДАБИЁТҲОИ	88

Рӯйхати ихтисороти шартӣ

ФШ – фишори хун
 ТБУ - ташхиси босуръати уреазӣ
 ВГДС – видеогастроуденоскопия
 БРГЭ – бемории рефлюксии гастрозофагеалӣ
 КДН – кислотаи дезоксирибонуклеинӣ
 ТК – томографияи компутерӣ
 МТБ – муносибати танзимшудаи байналмилалӣ
 ҚИНР – ҷамъияти илмӣ нефрологони Русия
 ДЗИН – доруҳои зиддиилтиҳобии нестероидӣ
 ВЗП – вокуниши занҷирии полимеразӣ
 ҚИТТР – ҷамъияти илмӣ тиббӣи терапевтони Русия
 РЭ – рефлюкс–эзофагит
 СФП – суръати филтратсияи печида
 СМТНГ – сирояти музмини терминалии нокомии гурда
 УСДГ – ултрасадои доплерография
 ТУС – ташхиси ултрасадо
 БМГ – бемории музмини гурда
 ГМ – гастрити музмин
 ГДМ –гастроуденити музмин
 ГНМ –гломерулонефрити музмин
 ГМЭ –гастрити музмини эрози
 ГДМЭ –гастроуденити музмини эрози
 ДМЭ – дуоденит музмини эрози
 ПМ – пиелонефрити музмин
 НМГ – нокомии музмини гурда
 ДЭГ – доираи эзофагогастроуденалӣ
 ЭКГ – электрокардиография
 ЭхоКГ – эхокардиография
 БЗРД – бемории реши рӯдаи дувоздҳангушта
 БЗМ – бемории реши меъда
 НЗМ – нуқсони решии меъда
 НЗР12А – нуқсони решии рӯдаи дувоздҳангушта

САРСУХАН

Муҳиммият. Вақтҳои охир дар гастроэнтерологияи муосир пешравии назаррас дар омӯзиши бисёре аз ташхиси клинико- эндоскопӣ ва морфологӣ, муолича, баҳодиҳии душвории чараён, дурнамо ва пешгирии бемории реши меъда ва рӯдаи дувоздахангушта мушоҳида карда мешавад. Пас аз кашфи нақши хеликобактер пилори дар рушди бемории реши меъда, фаҳмиши этиологӣ, патогенези табобати ин бемориҳо, ба таври назаррас беҳтар гардиданд. Бо вучуди ин, масъалаҳои басомади пайдокунии паҳншавии ин бактерияҳо дар як қатор минтақаҳои иқлимӣ ва ҷуғрофӣ мавриди баррасӣ боқӣ мемонад. Дар қорҳои пешниҳодшудаи эпидемиологӣ аз ҷониби муаллифони муосир [8, 9, 10, 103, 106, 127]. ба вобастагии муайяни этно-экологии паҳншавии хеликобактер пилори ишора карда шудааст. Дар кишварҳои рӯ ба инкишофёфтаи Осиё, Африқо ва Амрикои Лотинӣ аллакай дар синни 10 солагӣ дар 80% кӯдакон ва 90% -95% аҳолии калонсол ифлосшавии пардаи луоби меъда хеликобактер пилори муайян карда мешавад [11, 12, 13, 117, 145]. Дар сурате, ки дар кишварҳои пешрафтаи Аврупои Ғарбӣ, ИМА, Ҷопон, паҳншавии ин бактерия аз 35-50% зиёд нест, дар минтақаҳои гуногуни Федератсияи Русия дар 44-50% -и кӯдакон ва 73-91% -и аҳолии калонсол зоҳир карда мешавад [14, 15, 16, 103]. Ҳамзамон нуқтаи назаре ҳаст, ки 70% -и мардуми сироятшуда дар давоми тамоми ҳаёташон шахсони бактериябарандаи солим боқӣ мемонанд [17, 18, 19, 85, 127, 160]. М.И. Блейсер (1999) дар тадқиқотҳои худ дар 80% -и мардум солим бо расми гистологии муқаррарӣ, ифлосшавии пардаи луоби меъда хеликобактер пилориро дарёфт намуд. Ҳамзамон, бо суҳанони дар боло зикршуда, аксарияти муаллифони муосир чунин мешуморанд, ки танҳо 30% -и мардум бо хеликобактериоз сироятшуда метавонанд ба бемориҳои гуногуни гастродуоденилӣ дучор шаванд: аксаран бо гастрити антрали неотрофикӣ воমেҳӯрад, ва хеле кам бо бемории реши меъда ва боз камтар бо саратони меъда. Бинобар ин, нуқтаҳои

дар боло қайдшуда, ба мухолифатҳои муайян дар фаҳмиши мутлақи моҳияти этиология ва пантогенези бемории реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, бисёр масъалаҳои баҳснок, ки боқӣ мемонад ва омӯзиши минбаъдаи худро талаб мекунад, ишора менамояд.

Дар баробари эътирофи умумии нақш ва аҳамият дар рушди бемории реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта сирояти хеликобактер пилори, бисёр муаллифон нақши омилҳои механикӣ, назарияи гастрикиро идома ба баррасӣ намуда истодаанд. Баъзе муаллифон ба омилҳои пептикӣ, омилҳои вайроншавии таносубии агрессия ва ҳифзи луобпарда бартарӣ медиҳанд, дар ҳолати таъкид намудани аҳамияти шароити генетикӣ, психоэмотсионалӣ, иҷтимоӣ ва тарзи зиндагӣ дар маҷмӯъ [20, 21, 22, 23, 27, 40, 48, 120]. Омилҳои маъмултарин ин паҳншавии бештар бемориҳои қисми болоии узвҳои ҳозима байни сокинони Осиёи Марказӣ дар муқоиса бо қисми аҳолии Аврупо, шароити иқлимӣ ва ҷуғрофӣ, табиати озуқаворӣ, тарзи ҳаёт ба ҳисоб меравад [40, 120]. Илова бар ин, дар қорҳои нашршудаи муаллифон пешбар шудаанд, қорҳои зиёд ба миён меоянд, ки ба вобастагии этно-экологии паҳншавии хеликобактериоз, бемории меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ишорат мекунанд [24, 25, 26, 27, 94, 137, 138, 141]. Минтақаҳои Осиёи Марказӣ, бахусус Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон, ки бо шароити этно-ҷуғрофӣ, табиати озуқаворӣ, бад шудани вазъи иҷтимоиву иқтисодӣ, хонаводагӣ ва сифати экологии зиндагӣ марбут ба ҷанги шаҳрвандии тӯлкашида фарқ мекунад, мушкилоти бисёре аз патологияи қисми болоии узвҳои ҳозима норавшан ва хубнофаҳмида боқӣ мемонад. Ҷараёнҳои хусусиятҳои клиникӣ ва эндоскопӣ, басомад ва табиати шаклҳои вобастаи хеликобактери реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, табиати пайдоиши он, табиати бадшавӣ, самаранокии табобат пурра омӯхтанашуда боқӣ мемонад. Ин аст асос барои интиҳоби ин тадқиқот.

Тавсифи умумии кор

РОБИТАИ МАВЗӢИ РИСОЛА БО НАҚШАИ КОРӢОИ ИЛМӢ-ТАҲҚИҚОТИИ ДДТТ БА НОМИ АБӢАЛӢ ИБНИ СИНО

Диссертатсияи Хайриддини ӢочӢ Рамазон дар доираи Барномаи миллӢ оид ба паст кардани беморшавӢ, беҳтар сохтани ташхис, табобат ва профилактикаи бемориҳои мавзеи гастродуоденалӢ иҷро карда шудааст. МавзӢи рисола ҷузъе аз мавзӢи комплекси кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи АбӢалӢ ибни Сино мебошад.

Мақсади кор: омӢзиши сохтор, басомад, хусусиятҳои клиникӢ ва эндоскопии ҷараӢни реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта дар аҳолии аслии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (намунаи сокинони аслии минтақаи Мазори Шариф).

Барои ноил гаштан ба ин мақсад, вазифаҳои зерин иҷро шуд.:

1. Танзими басомад ва табиати симптоматологияи клиникӢ, тасвири эндоскопии бемории меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаи сокинони аслии минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.
2. Барои омӢзиши басомади сироятшавии хеликобактер пилори дар беморон бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта.
3. Барқарор кардани хусусиятҳои клиникӢ ва эндоскопии бемориҳои замина, басомади рефлюкс эзофагит, гастрити музмин, гастродуоденити музмин дар беморони бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта.

Муайян намудани самаранокии табобати эррадикатсионии беморон бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта.

Навоварии илмӢ. Дар асоси ташхиси клиникӢ, эндоскопӢ, бактериологӢ дар шумораи зиёди беморон нахустин маротиба хусусиятҳои симптомологияи клиникӢ, нишонаҳои эндоскопии реши ҷароҳат, басомад ва табиати шаклҳои вобастаи

хеликобактери реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар аҳолии аслии Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон муқаррар шудаанд. Дар ин минтақа пайдошавии аломатҳои классикии шиддатноктари реши меъда муайян карда шудааст. Пайдошавии намудҳои вазнини реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта кам нестанд, ки бо ба амал омадани дарди саҳт ва ихтилоли диспепсикӣ нозил карда мешавад. Решы меъда бештар дар заминаи гастрити музмин, гастродуоденит ба амал меояд ва гоҳ-гоҳ БРГЭ. Ин аст, ки теъдоди зиёди беморон намудҳои вобастаи хеликобактер пилори аз реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта нишон дода шудааст. Бештари вақт, омезиши аз 6 ва 5, на камтар аз омезиши генҳои хромосомӣ 4, 3 ба назар мерасад.

Муқаррар карда шудааст, ки самаранокии терапияи эррадикатсионӣ дар синни ҷавонӣ нисбат ба синну соли калонтар беҳтар аст.

Муқаррароти назариявии нави пешниҳодшуда барои беҳтар намудани имкониятҳои доварии ташхис дар бораи душвории ҷараёни реши меъда, маълумоти адабиётро бо хусусиятҳои минтақавии ҷараёни реши меъда дар минтақаи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон пурра менамояд.

Аҳамияти амалӣ. Натиҷаи ташхиси пурра бо истифодаи таҳқиқоти клиникӣ, эндоскопӣ ва бактериологӣ барои муаррифӣ намудани намоиши ташхиси муфассал, баҳо додани душвории ҷараён, дурнамо ва дуруст ба роҳ мондани стратегияи табобат имконият медиҳанд.

Дарёфт намудани намудҳои махсуси реш имкон медиҳад, ки ин контингенти беморон ба гурӯҳи махсуси бо хавфи зиёди руҳ додани нуқсҳои гуногуни реши меъда алоқаманд карда шаванд.

Муайян намудани тағйиротҳои илтиҳобӣ ва инфилтративӣ бо далели инфилтратсияи лимфoidӣ ва нейрофилии луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта бо навъи рефлюкс эзофагит, гастрити музмин, гастродуоденит бо зарари решӣ амалан имкон медиҳад, ки аз усулҳои ғайри эррадикатсионӣ ва терапияи зидди решӣ истифода бурда шавад.

Натиҷаи баланди хати якуми нақшаи терапияи эррадикатсионӣ ҳангоми решӣ меъда бо решҳои «ягона», «сершумор» дар ҷавонон дар муқоиса бо гурӯҳи беморони синну солашон калонтар нишон дода шудааст. Самаранокии камтар аз табобати шаклҳои мушаххаси решӣ навъи «решӣ даврашакл», «решӣ петикӣ» мебошанд, ки на аҳён аҳён ба решӣ музмин мегузаранд.

Басомади баланди хеликобактер пилории шаклҳои алоқаманди решӣ меъда ва решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта дар байни сокинони Ҷумҳурии Ислумии Афғонистон дар ташҳиси клиникӣ ва таҳияи нақшаҳои гуногуни табобати патогенетикӣ бояд дар таҷрибаи тиббӣ бояд баррасӣ карда шавад.

Муқаррароти асосӣ барои муҳофизат

- Омилҳои хавф барои пайдошавии решӣ меъда ва решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта байни сокинони Ҷумҳурии Ислумии Афғонистон бо хусусиятҳои ғизо, иқлимӣ ва ҷуғрофӣ, шароити иҷтимоӣ, тамокукашӣ ва носкашӣ, басомади баланди инвазии хеликобактер пилории.
- Ба таври клиникӣ, решӣ меъда бештар бо нишонаҳои классикӣ ҷорӣ мешавад. Бештар шиддатнокии дард, мунтазамӣ, дардҳои «гурӯсна» - и шабона, авҷгирии мавсимӣ ифода карда мешавад. Бештар бо дарунравӣ, зардаҷӯши дардовар, дилбеҳузурӣ, баъзан бо қайқунӣ, ихтилоли рӯда - дарунравӣ, қабз боис мегардад.
- Ҳангоми ташҳиси эндоскопӣ нишон дода мешавад, ки решӣ «ягона» (53,3%), «сершумор» (25,4%) меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, решҳои номусоиди «даврашакл» (5,0%), «пептикӣ» (16,1%), хунравӣ (17,8%) нисбатан кам мушоҳида карда мешавад.
- Бемории решӣ меъда дар заминаи деформатсияи решҳои рӯдаи дувоздаҳангушта (38,1%), гастрити музмин (47,5%), гастродуоденити музмин (48,3%), рефлюкс-эзофагит (22,9%) ба амал меояд. Басомади баланди шаклҳои алоқамандии (74,6%) бемории решӣ хеликобактер мушоҳида карда мешавад.
- Муносибати ҳамаҷонибаи натиҷаҳои нисбатан беҳтари табобати эррадикатсионӣ дар беморони гирифтори решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта (87,5%)

дар синни чавонӣ дар муқоиса бо решӣ меъда (71.8%) дар синни калонсолӣ ба мушоҳида мерасад. Натиҷаҳои таҷрибаҳои такрорӣ маълумоти мусбиро дар 63,3% беморон зоҳир намуд, дар 36,3% беморон ташаккули решӣ музмин ба қайд гирифта шуд.

Ворид намудани натиҷаҳои тадқиқот ба амалия. Маводҳои кори диссертатсионӣ ба раёндаи таълими кафедраи бемориҳои дохили Донишгоҳи вилоятии Мазори Шарифи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино ворид карда шудаанд. Ҳамчунин дар амалиёти тиббии шӯъбаи гастроэнтерологии беморхонаи вилоятии Мазори Шариф истифода бурда мешавад.

Озмоиши кор. Маводҳои кори диссертатсионӣ бояд дар конференсияҳои илмӣ солонаи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (2014, 2015, 2016), дар ҷаласаи комиссияи байникафедравӣ оиди ба ҷанҳои терапевтии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино баррасӣ ва муҳокима шавад. (Душанбе, 2016)

Нашриётҳо. Дар доираи маводҳои диссертатсия 8 қорҳои илмӣ нашр шудаанд, аз онҳо 3 қор дар маҷаллаҳо, ки аз тарафи Комиссияи олии аттестатсионии Вазорати Маорифи Федератсияи Россия барои наشري натиҷаҳои тадқиқотҳои диссертатсионӣ тавсия карда шудаанд.

Ҳаҷм ва сохти диссертатсия

Рисолаи илмӣ дар саҳифаи 115 матни компютерӣ изҳор шудааст (ҳарф Times New Роман-14, фосилаи 1,5). Он аз сарсухан, шарҳи адабиёт, тавсифи мавод ва усулҳои тадқиқот, натиҷаҳо ва муҳокимаи тадқиқоти худ, хулосаҳо, тавсияҳо барои тандурустии амалӣ ва рӯйхати адабиётҳо иборат аст. Маводҳои диссертатсия дар 14 ҷадвал ва 19 расм нишон дода шудаанд. Нишондиҳандаи библиографӣ аз 202 рӯйхати адабиёт иборат аст, ки аз он 123 бо забони русӣ ва 79 бо забонҳои дигар мебошанд.

Боби 1. Тафсири адабиёт

1.1 ҶАНБАЪҲОИ МУОСИРИ ТАШХИСИ ПАТОГЕНӢ, СИРОЯТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ХЕЛИКОБАКТЕР ПИЛОРИ ВА НАҚШИ ОН ДАР ПАТОГЕНЕЗИ БЕМОРИИ РЕШИ МЕЪДА ВА РӢДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА, МАСЪАЛАҲОИ ТАБОБАТӢ.

Дар тибби муосир усулҳои гуногуни ошкор намудани сирояти хеликобактерӣ дар одамон вучуд доранд. Дар адабиёт шумораи кофии пешниҳодшудаи усулҳои диагностикии вучуд доштани бактерияҳои навъи хеликобактер пилори дар организми инсон хеле гуногун ва хеле информативӣ мебошанд. Бо вучуди ин, аз охири асри XX ва ибтидои асри XXI дар адабиёт афзалияти баъзе усулҳои ошкори хеликобактер пилории микроорганизмҳо аз болои дигар баҳс карда мешавад. Сабаби пайдоиши чунин ихтилофот ин дараҷаҳои гуногуни ошкор намудани басомади сирояти хеликобактер ва маълумоти гирифташуда оиди хусусиятҳои штаммҳои хеликобактер пилории намуди дарунии биотипикӣ, тақсмоти иммунологӣ ва мансубияти гении махсус аст. Инчунин, дар масъалаи омӯзиши ҳассосияти штаммҳо ба маводҳо гуногуни зиддихеликобактерӣ.

Аз ҳама соддатарин ва дастрастарин ин усули тадқиқоти бактериологӣ, мебошад, ки барои ошкор намудани организмҳои хурд ба монанди хеликобактер пилорӣ истифода бурда мешавад. Мавод барои омӯзиши бактериологӣ ин биопсияи луобпардаи сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми гузаронидани фиброэзофагогастродуоденоскопия ба даст оварда шудааст. Ба фикри аксари муаллифон, ошкор намудани хеликобактер пилори ҳангоми ташҳиси бактериологии маводи биопсия барои муайян кардани хусусияти хеликобактер пилории бемориҳои алоқаманд бо қисми болоии узви ҳозима ба ҳисоб меравад. Вале, сарфи назар аз мазмуни иттилооти баланди усули тадқиқот, оиди ин/ ё он сабабҳо, на ҳамеша барои

ичроиши он имконият вучуд дорад. Таҷрибаи амалӣ ва назорати беморони гирифтори патологияи қисми эзофагогастродуоденалӣ нишон медиҳанд, ки беморон на ҳамавақт барои гузаронидани муолиҷаи ташҳиси эндоскопӣ розӣ ҳастанд, ва инчунин, дар баъзе беморон норасоӣҳои нисбӣ кам нестанд.

Бо назардошти ин, аз ҳамма оддӣ ва дастрас барои ташҳиси бактериологӣ ин истифода бурдани пасафканди беморон мебошад.

Паҳн кардани микроорганизмҳо бо усули анъанавӣ нисбат ба мироаэрофилии биологӣ дар чигар 3-14 рӯз мебошад, гузаронида мешавад. Одатан, барои баҳисобгирии натиҷаи санҷишҳои бактериологӣ косача аз рӯзи сеюм то рӯзи ҳафтум ва чордахум дида баромада мешавад. Одатан, дар аксари лабораторияҳо усули муайян намудани мансубияти ҷудошудаи бактерияи хеликобактер пилори бо маҷмӯи хусусиятҳои морфологӣ, тинкторалӣ, фарҳангӣ истифода бурда мешавад. Дар косачаи бо муҳити селективӣ, колонияҳои хос инкишоф меёбанд - ғайри гемолитикӣ, баъзан барҷаста, нам, шаффоф ва бо ранги зарди тиллоӣ. Ҳангоми рангкунӣ хеликобактер пилорӣ майда, кӯтоҳ, S-шакл, қат, бо андозаи 2,5-4х,5 миллионяки метр; серҳаракат, бо қамчинаки рӯйпӯш бо лифофа ва иборат аз шакли колбамонанд дар охир мебошад. Қайд кардан зарур аст, ки хеликобактерияҳои пилорӣ кӯна шакли спиралиро тарк намуда ба шакли кокӣ мегузаранд. Иқрор карда мешавад, ки гузариш ба шакли кокӣ низ метавонад ҳангоми ғайриоқилона истифода бурдани антибиотикҳо рух диҳад [2, 28, 29, 30, 31, 149, 153, 154]. Аксарияти муаллифон ишора мекунанд, ки шаклҳои кокии хеликобактер пилорӣ барои ташҳиси дифференсиалӣ мушкилоти муайянеро ба вучуд меоранд ва ба ҳатогҳои ташҳисӣ оварда мерасонанд [2, 32, 33, 35, 36, 128]. Барои таъсис додани бактерияҳои ҷудошуда ба микроорганизмҳо ба монанди хеликобактер пилори, аксари тадқиқотчиён тарзи санҷиши оксидазӣ ва каталазӣро истифода мебаранд, ки барои муайян намудани мансубияти бозътимоди бактерияҳои ҷудошуда ба хеликобактер пилорӣ имконият медиҳад. Барои ҳалли ин масъала ташҳиси биохимиявӣ

босуръати уреазӣ (ТБУ) бештар кофӣ ба шумор меравад, ки дорои ҳассосияти баланд (85-98%) ва спетсификӣ (100,0%) мебошанд. Ташҳиси уреазӣ дорои информативи баланд мебошанд ва ҳамчунин дар истифодабарӣ осон ҳастанд, ки ба тӯфайли он ин ташҳисҳо ба таври васеъ дар амалиёти тиббӣ истифода бурда мешаванд [2, 3, 38, 39, 41, 42, 125, 154, 155]. Дар баробари эътироф намудани иттилоърасонии баланди ташҳисҳои уреазӣ дар охири қорҳои нашршудаи Институти илмӣ-тадқиқотии эпидемиологӣ ва микробиологии ба номи Л. Пастер дар бораи имконияти натиҷаҳои бардурӯғ, ки баъзан боиси табобати эррадикатсионӣ мегарданд, маълумот медиҳад. Ин ҳолатҳо ба сифати асос барои тадқиқот ва як қатор усулҳои ташҳиси лаборатории боэътимод мансубияти микроорганизмҳо ба хеликобактер пилори хизмат мекарданд. Пас, ба усулҳои зерини тадқиқот усулҳои гистологӣ, серологӣ ва усули вокуниши занҷираи полимеразӣ (ВЗП) дохил мешаванд.

Усули гистологӣ зарурати фиброэзофагогастродуоденоскопияро бо биопсияи мақсаднок аз қисмҳои патологӣ луобпардаи қисми эзофагогастродуоденалӣ баён менамояд, ки на ҳамеша имконпазир аст. Усули гистологӣ дар муоинаи микроскопии воситаҳои парафинӣ бо истифодаи махсуси намуди Уортип - Старри, Гимза, Гента, Уоррен Ҷ. ва Моршал асос ёфтааст. Бо вучуди ин, усули гистологӣ низ камбудихо дорад, ин усули барои иҷроиш мушқил аст, гаронбаҳо, ва ҳамчунин, то 21% натиҷаҳои бардурӯғи мусбӣ медиҳад [2, 40, 43, 44, 45, 50, 157, 158, 165, 174].

Усули серологӣ барои ошкор намудани аломатҳои қисми бегона IgG, IgA дар хун ва тарашшӯх IgA дар оби даҳон ва шарбати меъда таъсис дода шудааст, чуноне, ки колонизатсияи хеликобактер пилори мустамлика боиси вокуниши системавии иммуналӣ мегардад. Ташҳиси иммуноферментии (ТИФ) классикӣ бо миқдори муайяни қисмҳои бегонаи зиддихеликобактери ғурӯҳҳои гуногун дар хуни беморон ҳассосият ва хусусияти баланд доранд. Усули вокуниши занҷираи полимеразӣ дар асоси принсипи такрории кислотаи дезоксирибонуклеинӣ бо

муайян намудани генҳои асосии хеликобактер пилори бо истифодаи гуногуни праймерҳо муайян карда шудааст.

Ҳамин тариқ, таҳлили адабиёти усулҳои мавҷуда муайян кардани микроорганизмҳои навъи хеликобактер пилориро нишон медиҳад, ки шумораи кофии методҳои тадқиқот, барои ошкор кардан ва муайян кардани он, ки барои ба даст овардани иттилооти эътимоднок ва табobati қисми эзофагогастродуоденалӣ имкон медиҳад.

Ҳоло, бештари муаллифони муосир, пайдошавии бемории қисми гастродуоденалиро бо хеликобактериоз алоқаманд мекунанд. Асоси чунин фикрронӣ баъзе таъсири патогенӣ ба луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаи микроорганизмҳо ба монанди хеликобактер пилори аст.

Дар адабиёти дастрас ба як қатор гурӯҳҳои омилҳои патогенетикии ба худ хоси хеликобактер пилорӣ, ки ба вайроншавӣ аз рӯи навъи гастрити музмин, гастродуоденит, реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, БРГЭ, сурхрӯдаи Баррет ва саратони меъда ишора кардашудааст.

Яке аз омилҳои дар патогенез пайдо шудани бемориҳои вобаста ба хеликобактер ин тропизми патогенӣ ба эпителии меъда хеликобактер пилори мебошад [45, 46, 49, 51, 148, 151, 166, 167, 168, 169].

Дар қорҳои нашршудаи J. Parsonnet (1996г.), В. Steffen (2011г.), Е.В. Макаренко (2005г.) пайдоиши патологияи гастродуоденалиро бо хусусиятҳои морфологияи ҳуҷайрагии хеликобактҳер пилорӣ алоқаманд мекунанд [47, 53, 54, 55, 170, 171, 172]. Бо вуҷуди ин аҳамияти махсус ба шакли бактерияҳо ва қамчинаки онҳо дода мешавад. Шакли спиралмонанд ба воридшавӣ ва колонизатсияи ин бактерия ба пардаи луобии меъда мусоидат менамояд ва қамчинакҳо ба онҳо барои ҳаракати зуд имконият медиҳанд. Баъд аз мустаҳкам ҷойгир шудани хеликобактер пилорӣ ба эпителии пардаи луобии меъда фаъолияти адгезивии он намудор мешавад, ки маркери молекулавӣ патогенӣ ба ҳисоб меравад [56, 58, 59, 60, 130, 140, 173, 174, 177]. Хеликобактер пилории

часпида ба ҳуҷайраҳои меъда антигенҳоро бо роҳи коркарди ҳисмҳои бегона ба вучуд овардан муайян мекунанд, ки ба луоби меъда зарар меоварад.

Дар баробари ин, баъзе аз муаллифон ба фаъолияти уреаз аҳамияти бузург медиҳанд ва уреазро яке аз омилҳои муҳими пантогении хеликобактер пилори мешуморанд [2, 35, 61, 62, 132, 178, 179], ки кислотаро дар меъда нейтралӣ мекунонанд ва ба луоби аммиак зарар мерасонанд. Бино ба фикри баъзе аз муаллифон F. Vermejo (2000); В.И. Исакова (2003), аҳамияти пантогении уреаз бо онадлоқаманд аст, ки иони аммоний, аз аммиак таҳти таъсири уреаз ташкил меёбад, ба ҳуҷайраҳои эпителиалии меъда таъсири захролуд мерасонад [126, 34]. Бо баробари ин, аммиаке, ки дар меъда ташкил ёфт, ба девори фаготсит таъсири захролудӣ мерасонад, ки боиси ҷудошавии ферментҳои хеликобактер пилорӣ – каталазҳо мегардад, ки фаъолияти нейтрофилҳои микроорганизмро дар робита бо микроорганизм бо тезонидани вокуниши илтиҳобӣ паст мекунад.

Яке аз омилҳои муҳимми патогенезро ба таъсири ситокинҳои хеликобактер пилори мебаранд, штаммҳои ситотоксикии ин бактерияҳо боиси зарари вазнини луоби гастродуоденалӣ, мусоидат ба индуксияи интерлейнин, афзоиши ҳуҷайраи монеавӣ ва апоптоз. Солҳои охир, корҳои ошкор шуда истодаанд, ки бисёртар ба аҳамияти дар пантогенез ба вучуд доштани зарари аломати гастродуоденалӣ ҳисмҳои бегонаи зидди хеликобактерии гурӯҳи А, М, G дар ҳуноба ишора шудаанд [2, 37, 63, 65, 66, 176, 180, 182, 183]. Бо вучуди ин нишон дода мешавад, ки штаммҳои хеликобактер пилори бо сабаби хусусиятҳои антигении гуногун қобилияти якхелаи нишон додани вокуниш илтиҳобӣ надоранд. Ин ҳолат ба таври равшан мефаҳмонад, ки ҳангоми сирояти хеликобактер, дар назорати як шахс зарари нисбатан сабуки қисми гастродуоденалӣ, ва дар шахси дигар, тағйироти ҷиддии бештар дар луобпарда бо решҳо нишон дода шудааст. Нишон дода шудааст, ки дар беморони гирифтори решҳои меъда ва решҳои рӯдаи дувоздаҳангушта дар бисёре аз мушоҳидаҳои штаммҳои ситотоксикии хеликобактер пилори бо микдори

зиддихеликобактерии баъзе иммуноглобулинҳо ва чисмҳои бегона ошкор карда мешаванд [7, 64, 67, 68, 69, 131, 184, 186]. Ин муқаррарот арзиши бузурги ташхисӣ ва дурнамоиро дар арзёбии клиникии ҳамаҷонибаи рӯдаи меъда ва дар тарзи табобат дорад.

Ба ғайр аз суханони дар боло зикршуда, боз омилҳои патогении хеликобактер пилорӣ вучуд доранд, дар патогенез решӣ пуррагии луоби болои эпителиалӣ зерӣ таъсири фермент - мутсиноз, протеаз, ки сафедаро вайрон менамояд - лутсин, ки часпандагии луобро зиёд менамояд, найши муҳимро дорад. Ин механизм аз як тараф пуррагии эпителияи луоби меъдаро вайрон менамояд, аз тарафи дигар, хеликобактер пилориро ба тариқи имкон додани паҳншавии озодана озодона бар луобпардаи меъда ҳифз менамояд.

Илова бар суханони дар боло зикршуда, дар даҳсолаи охир дастовардҳои бузург дар омӯзиши хусусиятҳои генетикии хеликобактер пилорӣ ба даст оварда шудаанд, ки аҳамияти зиёди ташхисӣ, дурнамоӣ дар масъалаҳои рушди стратегияи самараноки табобатро доранд. Татбиӣ таҳлили молекулавӣ - генетикии КДН-и хромосомӣ ва генотипикунонии хеликобактер пилорӣ ба муайян кардани мониторинги табобати сифатнок имконият медиҳад [70, 71, 72, 142, 143, 144, 188, 189, 190]. Муқаррар карда шудааст, ки муайян намудани штаммҳои CagA дар самаранокии табобат бештар номусоид аст, дар ҳолати набудани дурнамои CagA, ҳеле бештар аст. Штаммҳои навъи slvA аксаран бо бемориҳои илтиҳобии меъда алоқаманд мебошанд. Решӣ меъда ва рӯдаи дуваздаҳангушта аксаран бо штаммҳои навъи babA2 алоқаманд ҳастанд. Инчунин нишон дода мешавад, ки натиҷаи самаранокии табобат то ба андозае аз мансубияти гении хеликобактер пилорӣ вобаста аст [73, 74, 75, 162, 163, 164, 192, 193, 194]. Айни замон, корҳои пуршиддат идома дода шуда истодаанд, ки вобастагии вирулентии хеликобактер пилориро аз муносибати генӣ нишон медиҳанд, инчунин пайдарпаии генӣ дар рушди шиддати гуногуни эзофагогастродуоденалӣ муайян карда шудаанд [2, 74, 75, 76, 181, 185, 195, 196,

197]. Бо вучуди мушкилоти амалисозӣ, арзиши баланд, як қатор дигар мушкилотҳо ҳонгоми расидан ба ин тадқиқот, аз ҷумла васеъ ҷорӣ намудани натиҷаҳои ба тибби амалӣ, барои коркарди методи табобати самаранок ва пешгирии бемориҳои қисми болоии узвҳои ҳозима, аз ҷумла бадшавии саҳт имкон медиҳад.

Таҳлили адабиёти марбут ба эпидемиология, паҳншавии гуногунии басомадро, баъзан иттилооти бар хилофи хеликобактериозро нишон медиҳад. Сирояти хеликобактер пилори дар байни мардум васеъ паҳн шудааст. Чунин ба шумор меравад, ки қариб 60% аҳолии ҷаҳон бо ин микроорганизмҳо сироят шудаанд, бахусус дар кишварҳои тараққиқардаи Осиё, Африқо ва Амрикои Лотинӣ, ки дар он ҷо аллакай дар синни 10-солагӣ дар 80% кӯдакон ифлосшавии луобпардаи меъда ба назар мерасад, дар синни калонсолӣ то ба 90-95% мерасад. Дар кишварҳои пешрафтаи Аврупо, ИМА, Ҷопон, паҳншавии хеликобактер пилори аз 35-50% зиёд нест, дар минтақаҳои Русия ин нишондод дар кӯдакон аз 44-50% ва калонсолон аз 73% то 91% -и аҳоли пасту баланд мушоҳида карда мешаванд. Таҳқиқоти эпидемиологӣ ки аз тарафи В.В.Тсуканов бо дигарон (2013) дар аҳолии Аврупо, ИМА, Канада, Африқо ва Осиёи Ҷанубу Шарқӣ, инчунин дар Сибир гузаронида шуд, барои ошкор намудани вобастагии этно-экологии паҳншавии ин бактерияҳо имконият дод. Муаллифон ишора мекунанд, ки аз нуқтаи назари глобалӣ, робитаи мутлақи бемории реши меъда ва хеликобактер пилори вучуд надорад [106]. Чунин шуморида мешавад, ки вобаста ба ҳолатҳои махсус хеликобактер пилори метавонад ҳамчун коменсалҳо ё самбионти, вале баъзан он метавонад ҳамчун пантоген рафтор кунад [98, 127]. Бо вучуди ин, бисёре аз муаллифон бе созиш изҳор менамоянд: «Не, хеликобактер пилори - не ба бемории реши меъда», реш бояд чун як зухури маҳаллии сирояти бактериявӣ дида баромада шавад [1, 4, 5, 6, 77, 78, 79, 152, 198, 199, 200]. Дар ин ҳолат мавзӯи баҳс пайдоиши шаклҳои вирулентии хеликобактер пилори боқӣ мемонад, онҳо аз аввал вучуд доштанд, ё онҳо аз

тағйирот дар таъсири омилҳои муҳити зист дар натиҷаи мутатсия ба вучуд омаданд. Бо вучуди он ин маълумотҳо то ҳол баҳснок ва то охир норавшан мебошанд.

Ҳамин тариқ, дар адабиёт гузоришҳо пайдо мешаванд, ки қариб 70%-и одамон, якумрӣ барандагони солими бактерияҳо боқӣ мемонанд. M.J. Blasser (1999г.) дар тадқиқотҳои худ ифлосшавии луобпардаи меъдаи хеликобактер пилориро дар 80% -и мардум солим бо сурати муқаррарии меъда дарёфт намуд, ҳамин тавр бо муайян намудани ҷисмҳои бегона ба хеликобактер пилори дар 60% донорҳо солим [127]. Аксари муаллифони муосир мешуморанд, ки тақрибан 30% -и мардум сироятшуда метавонад ба бемориҳои гуногуни алоқаманд бо хеликобактер пилори гирифта шавад, бештар ба гастрити музмин, аҳён аҳён ба бемории реши меъда, ва боз ҳам аҳёнтар ба саратони меъда ва лимфомаи меъдаи хатарнокии паст. Дар робита ба ин, фикрҳо оиди «сирояти суст» ҳисобидани сирояти хеликобактер пилори, ки хусусиятҳои пантогении худро баъд аз 3-10 сол баъд аз сироятшавӣ нишон медиҳанд, комилҳуқуқ мебошанд. Дар баробари ин, он бояд барои рушди хеликобактер пилории алоқаманд бо бемориҳои гастродуоденалӣ ба муқовимати зиёди антибиотикҳо мусоидат мекунад, пастшавии муқовимати микроорганизм, афзоиши ҳолатҳои иммунодефитсӣ, сарфи назар аз андешаҳои гуногуни назарияи сироятӣ алоқаманд бо хеликобактер пилори рушди реши меъда ҳоло аз ҷониби аксарияти муаллифони эътироф шудааст, Бо вучуди ин, то ҳол баъзе аз нофаҳмиҳо ва гуногунфикриҳо вучуд доранд. Ҳамзамон, тарафдорони назарияи сирояткунанда эътироф менамояд, ки дар як қатор мушоҳидаҳо дар беморони гирифта бемории реши меъда бо истифода аз усулҳои сершумор, бактерияҳои намуди хеликобактер пилорӣ муайян карда нашудааст. Тибқи маълумоти M.B. Fennerty et al., G. Meucci et al. (2012г.) басомади хеликобактер пилори беморони манфии бо реши меъда танҳо 80%- ро ташкил медиҳад, ва мувофиқи маълумоти J. Jaine et al., қариб 20%. Е.К. Бронская дар он ақида аст,

ки беморони манфӣи хеликобактер пилори бо бемории реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта аз 20-30% рух медиҳад, меъдавӣ нисбатан бисёр вақт аз 40-50% -и ҳолатҳо. Маълумоти ҳамшабех бо рақамҳо боз ҳам боло аз тарафи Манушкин О.Н., Аронов О.В (2002) дар натиҷаи тадқиқот дар Маскав оварда шудааст, ки дар он басомади хеликобактер пилори реши дуоденалии манфӣ манфӣ ба 38% расидааст, ва реши меъда то 56%. Ин маълумотҳо сабаби пайдоиши асоси таҳрири нав гаштаанд: «хеликобактер пилори вучуд надорад - шаклҳои алоқаманди хеликобактер пилорӣи реши меъда вучуд надорад», ин гуфтаҳо, умуман, бештар бо воқеияти имрӯза рост меоянд реалиям [80, 81, 82, 83, 84, 124, 150, 187, 201, 202]. Ин далел фарқияти хеле назаррас дорад ва дорои аҳамияти назариявӣ амалӣ мебошад, зеро хеликобактер пилори шаклҳои манфӣи бемории реши меъда, умуман ба эррадикатсия мӯҳтоҷӣ надорад. Илова бар ин, баъзе муаллифон ишора мекунанд, нишондиҳандаи клиникӣ, демографӣ алоқамандии хеликобактер пилори ва шаклҳои манфӣи бемории реши меъда, на он қадар фарқ мекунанд. Бо вучуди ин, дигар муҳаққиқон чунин меҳисобанд, ки натиҷаи хеликобактер пилорӣи шаклҳои манфӣи бемории меъда нисбатан бадтар мебошанд ва бо баъзе анамнези кӯтоҳ давом мешаванд, баъзан дар синни калонсолӣ мушоҳида карда мешаванд, нуқсони реши меъда бо пуршавии гӯшт бо давраи кашолшавӣ вобаста аст, ки одатан бо нуқсони диспесикӣ давом меёбад. Ҳамчунин, имконияти пайдоиши бадшавии деструктивии хунравии меъда, перворатсия, пилоростеноза ва гузаштани он ба беморихои саратон баланд аст. Бо вучуди ин, дар даҳсолаи охир, тарафдорони эътирофи хеликобактер пилори ҳамчун сабаби асосии пайдоиши бемории реши меъда зиёд шуда истодааст. Ин муқаррарот бештар бо пайдо шудани қорҳои нашршуда оиди аҳамият дар рушди паталогияи гастродуоденалӣ бо таъсири микроорганизмҳои намуди хеликобактер пилори вобаста мебошад.

Ҳамчунин нишон додашудааст, ки дар натиҷаи таҳқиқоти генетикӣ, гени *CagA* хеликобактер пилори, дар ҳақиқат дар 59,4-91% -и беморони гирифтори

реши меъда дарёфт карда мешавад, дар 74,1% -и беморони гирифтори саратони меъда ва 66% беморони гирифтори касалиҳои функционалӣ. Бо вучуди ин, дар натиҷаи таҳқиқоти кагорӣ A. Hamlet, A. Thoreson et al. (1998г.) хеликобактер пилори дар 95% -и беморони гирифтори бемории реши меъда ошкор карда шуд, ки ҳамчун асос барои хулосабарорӣ оиди вобастагии патологияи гастрродуоденалӣ аз генҳои верулентии хеликобактер пилори хизмат намуд.

Маълумотҳои дар боло зикршуда нишон медиҳанд, ки бисёрии номутобикатиҳо оиди дарки патогенези бемории реши меъда бо таъсир хеликобактер пилори, бисёр масъалаҳое ҳастанд, ки шубҳанок ва норавшан боқӣ мемонанд.

Дар даҳсолаи охир, ҳатто тарафдорони эътиқодманди назарияи пайдоиши реши меъдаи инфексионӣ эътироф мекунанд, ки патогенези он на танҳо бо инфекцияи хеликобактер пилори алоқаманд аст, вале як қатор омилҳои иловагӣ вучуд доранд: генетикӣ, психосоматикӣ, муҳити хориҷӣ ва бисёр дигар омилҳои маҳаллии вобаста аз кислота. Л.И.Аруин, Я.С. Зиммерман (2013) ва Г.К. Мирочев, Х.Х. Мансуров (2006), эътироф менамоянд, ки гуогуномилии патогенези бемории реши меъда, алоҳида таъкид менамоянд, ки реши меъда ин сирояти классикӣ нест, танҳо сирояти луобпардаи меъда хеликобактер пилори барои пайдоиши он кифоя нест. Бо вучуди он, бояд гуфтаҳои муаллифони алоҳидаро ба ёд овард, ки ҳар як кӯшиши ғамонида додани патогенези реши меъда ба нокомӣ меоварад. Як фарзияи бештар оқилона ин аст, ки гипотезаи баъзе соҳаҳои муайяни сирояти хеликобактер пилори дар занҷираи мураккаби бемории реши меъда эътироф карда мешавад.

Тавре ки маълум аст, хеликобактер пилори дар қисми антрали меъда ҷойгир мешавад ва бо ин ба рушди гастрити антралӣ мусоидат мекунад. Дар натиҷа, гиперплазаи G-ҳуҷайраҳо, гипергастринемия рушд меёбад ва истеҳсоли зиёдати H^+ ионҳо нумӯш мешаванд, ки ба ташкил додани соҳаҳои камбудидор дар меъда, инчунин, пешгирии дуоденалӣ имконият медиҳанд. Дар баробари ин

равандҳо шумораи Д-хучайраҳо коҳиш меёбанд, ки истехсоли сомастатин, истехсоли кислотаро дар меъда бозмедоранд, ки ба вайрон шудани пуррагии монеаи луобпардаи-бикарбонати ва рӯйпӯши меъда бо ташаккули тромбҳои наздидеворӣ дар микрорағҳои луобпардаи меъда бо шикаст додани микросиркулятсия. Дар натиҷаи маҷмӯи таъсири патологӣ дар боло зикршуда, хосияти агрессивии шарбати меъдагӣ зиёд мешавад ва потенсиҳои ғимоявии луобпардаи меъда коҳиш. Истехсоли гастрин ва гистамин балан мешавад ва туршии шарбати меъдагӣ меафзояд ва барои ташаккули реш шароит ба вуҷуд меорад [2, 86, 87, 88, 89, 90, 99, 127]. Барои баёни патогенези дуоденалии захи бештари муаллифон тарафдори «назарияи каскад» мебошанд, ки дар он маҳсулоти зиёдании H^+ -ионҳо дар меъда ба туршии решҳои рӯдаи дувоздаҳангушта оварда мерасонад, ки ба ташаккули метабролаи меъда мусоидат менамоянд. Ин манбаҳои метабролаи меъда барои воридшавии хеликобактер пилори ҳамчун нишона мебошанд, ки аз антрум ба рӯдаи дувоздаҳангушта гузариш меёбанд. Онҳо дар манбаи метабролаи меъда бо расонидани зарари ба луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта маскун мегиранд. Дар рушди бемории решҳои меъда баъзе муаллифон назарияи гастрикиро бо тақсимкунии фенотипҳои гастрити музмини артрофикии намуди «решҳои» ва «саратонӣ»-ро низ ба назар [7, 81, 92, 93, 94, 95, 96, 99, 191]. Бо вуҷуди ин, масъалаи таҳкими гастрити музмин дар рушди бемории решҳои меъда ҳанӯз мавриди баҳсу муҳокима боқӣ мемонад. Илова ба ғуфтаҳои дар боло зикршуда, солҳои охир, дар адабиёт як қатор таҳқиқоти нашршуда дарёфт мешаванд, ки ба нақши мелатонин дар пантогенез ва саногенези бемории решҳои меъда ишора мекунанд. Мелатонин ин гормоне мебошад, ки дорои як қатор хусусиятҳои нодир мебошад, ва антиоксиданти эндогении пурқудрат мебошад, дорои хусусияти сироятнопазирӣ мебошад ва дар танзими ритмҳои биологии организм иштирок мекунад. Нақши мелатонин дар пантогенези рушди бемории решҳои меъда боз дар он аст, ки пайдоиши гуногуномии онро нишон медиҳад.

Ҳамин тавр, бо асосҳо кофӣ метавон гуфт, ки бемории реши меъда ин бемории гуогуномил аст, хеликобактер пилори яке аз омилҳои муҳими патогенези хеликобактер пилори алоқаманд бо бемории реши меъда мебошад, ки асосан ба таври маҳаллӣ амал менамояд.

Дар монография нашршудаи охири Я.С. Симмерман ва диг. (2013) концепсияи ҳамаҷонибаи патогенези бемории реши меъда дар асоси дастовардҳои физиология, патфизиология ва маълумоти клиникӣ муаррифӣ шудаанд [99]. Дар асоси таъсири манфии гуногун оид ба организми инсон, аз ҷумла, аз ҷумла стресси психоэмоционалӣ, сирояти хеликобактер пилори, тағйирёбии ҳаво (тирамоҳ, баҳор), ҷойгиршавии генетикии (омилҳои ирсӣ) боиси вайронгардидани механизмҳои маҳаллии худтанзимкунӣ мегардад. Бо вучуди ин, алоқамандии синхронии секреторӣ, баҳаракатоваранда вайрон мегардад, бадшавии гардиши хун ва бофтаҳои трофиканӣ, ки ба агрессияи кислото-пепсикӣ дар соҳаҳои луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, ба камшудани муқовимати он шароит фароҳам меоварад (вайроншавии микросиркуляторӣ, микротромбовӣ, ишемия, тағйири таъсири хеликобактер пилори, афзуншавии ретродиффузияи H^+ -ионҳо).

Решиташкилфтаи манбаи сигналдиҳӣ мегардад, механизмҳои саногенезро бо мусоидат намудан аввалан ба худмахдудкунии реш ва баъдан ба эпителизатсия ва пайдошавии гӯшт, ва инчунин вазифаҳои вайроншударо сафарбар менамояд. Схематикӣ, механизмҳои патологӣ рушди бемории реши меъда бо этапҳои зерин пешкаш карда шавад, бо тақсимкунии онҳо ба омилҳои муҳофизат, омилҳои агрессия, омилҳои эндокринӣ ва омилҳои генетикӣ [99]. Ба омили агрессия механизмҳои атсидопептикӣ, контаминатсияи луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаи хеликобактер пилори, гипертонуси ноустувории асаб, гипергастренемия, афзоиши массаи ҳуҷайраҳои париеталӣ, димоторикаи гастродуоденалӣ ва дар охир фаъолияти раванди дараҷаи туршшавии липидҳоро дохил мекунам.

Ба омилҳо муҳофизӣ асосан вайроншавии монеаи луобпардаи-бикарбонати меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, равандҳои таҷдиди физиологии луобпарда, гардиши хун ва микросиркулятсия механизмҳои дуоденалии тормозии секретсияи меъдавиро дохил мекунанд. Ҳамин тариқ, ҳангоми таҳлили таърихи назарияи пайдоиши реши меъда бо саршавӣ аз механикӣ, зиддиилтиҳобӣ - гастритӣ, рагдор, пептикӣ, аз ҷумла назарияи вайроншавии механизмҳои танзими умумӣ, асабӣ-трофикӣ, кортико-виссералӣ, назарияи фаҳиои конституционӣ-ирсӣ, мо мехоҳем таъкид созем, ки бисёре аз онҳо дар таърих мондаанд. Бо гузашти замон, ин назарияҳо дар низоъ бо назарияҳои нав буданд, албатта, дар робита бо мазмуни бевоситаи оқилона дар патологияи рушд ва қисми душвори «кошинкорӣ»-и омӯзиши пайдоиши бемории реши меъда боқӣ мемонад.

1.2. ҶАНБАҲОИ МУОСИР БАҶРАФСОЗИИ МУОЛИҶА НАМУДАНИ РЕШИ МЕЪДА ВА РЕШИ РУДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА

Дар баробари баъзе аз муваффақиятҳо дар фаҳмидани этиологӣ, патогенези бемории реши меъда дар охири асри XX ва ибтидои асри XXI низ дастовардҳои назаррас дар табобати бемориҳои гастродуоденалӣ бадаст оварда шуд.

Дар ҳалли ин масъала дар ин марҳила беҳтар намудани табобати схемаҳои мавҷуда ва алтернативии эррадикатсионӣ ва роҳҳои пешгирӣ аз муқовимати хеликобактер пилори, ки ба табобат меоварад.

Айни ҳол, «стандартӣ» табобати зидди хеликобактер пилори нақшаҳои сегона эррадикатсия мебошанд, ки аз ҷониби гурӯҳи гастроэнтерологони Аврупо ҳамчун «консенсуси Маастрихт» пазируфта шудаанд, тавсия карда мешаванд. Муаллифони тавсияҳои стратегияи умумии эррадикатсияи хеликобактер пилори роия менамоянд, ки чунин аст: «хеликобактер пилории

хуб - ин хеликобактер пилории мурда аст» [105, 107, 108, 159, 160, 161]. Бо вучуди ин, амали ин гуна стратегия аз тарафи дигар муаллифони баҳс карда мешаванд, зеро на дар ҳамаи беморон бо сирояти хеликобактер пилори патологияи гастродуоденалӣ инкишоф меёбад. Ба таркиби «хати аввал»-и табобат ду антибиотикҳо дохил мешаванд, маводи интиҳоб одатан кларитромитсин ва амокситсиллин ва ингибатори обкаши протонӣ мебошад - омепразола 20 мг ду маротиба дар як рӯз. Ҳамин тавр кларитромитсин 1000мг дар як рӯз ду маротиба вояи 500 мг тавсия карда мешавад, амокситсиллин 1000мг. вояи ду маротиба дар давоми 7 рӯз. Ин доруро метавон бо метронидазол ё тенидозол бо вояи 500 мг 2 маротиба дар як рӯз иваз кард. Муайян шудааст, ки чунин ивази антибиотик ба табobati эррадикатсионӣ таъсир намерасонад. Доруи омепразол бо вояи 20 мг. ду маротиба дар як рӯз дар давоми 3 рӯз тавсия дода мешавад.

Дар доираи схемаи табобати Маастрихтӣ ҳадди камтари ақал барои эътироф намудани самаранокии табobati эррадикатсионӣ, 80% ва ё зиёда, ки бояд баъд аз 4 ё зиёда ҳафта (3 моҳ) пас аз табобат тасдиқ карда шавад. Инунин, муайян шудааст, ки натиҷаҳои табobati пешниҳодшуда барои нақшаи зикршуда ба 78,2 то 86.6% мерасад ва имконияти рушди минбаъдаи муқовимат хеликобактер пилориро ба кларитромитсин ва амокситсиллин хориҷ менамояд [105, 107, 108, 159, 160, 161]. Муаллифон баланд бардоштани вояи шабонарӯзии минбаъдаи ин антибиотикҳои ишорашударо тавсия намедихад, чунин меҳисобанд, ки бе баланд бардоштани самарайи эррадикатсия метавонад сабаби ба вучуд омадани як қатор таъсири иловагӣ оварад. Бо вучуди ин, инчунин баррасӣ менамоянд, ки давомнокии муолиҷа аз 7 то 10, 14 рӯз зиёд карда нашавад. Зеро, тибқи омӯзиши муаллифони воқеӣ дар 10 рӯзи табобат самаранокӣ ба 86% зиёд шуда, дар табobati 14 рӯза 90-92%, балки дар 34-38% таъсири иловагӣ мушоҳида карда шуданд [116, 117, 118, 119, 120, 134, 135, 129, 139]. Айни замон, чунин ҳисобида мешавад, ки махсусан табobati 7-рӯза

бехатар баҳисоб меравад, балки самаранок мебошад ва аз ҷониби аксари муҳаққиқон эътироф карда мешавад. Дар марҳилаи муосир, пас аз татбиқи схемаи табобати Маастрихт, дар адабиёт нашрҳо дар бораи афзоиши муқовимати хеликобактер пилории дуумдрача ба фаъолияти истеъмоли доруҳои антибактериалӣ дар схемаи сегонаи табобат ба миён омаданд, ки ба пастшавии самаранокӣ табобати эррадиацияонӣ меоранд. Басомади штамҳои тобовари хеликобактер пилорӣ ба метронидазол ба 40-60%, ба кларитромитсин 15% ва ба амокситсиллин 2,4% расид [52, 121, 122, 123, 136, 156]. Якчанд маълумоти дар поён овардашударо муаллифони дигар намояндагӣ мекунанд, ки дар он муқовимат ба метронидазол то ба 59,7%, кларитромитсин - 14%, доксатсиклин 33,3% мерасад [102, 175]. Маълумотҳои зиёди гуногуни дар адабиёт пешниҳодшуда, ки ба ин масъала таалуқ дорад, бо эҳтимол аз истифодаи антибиотикҳои мушаххас, паҳншавии штамҳои муайяни хеликобактер пилори дар кишварҳои гуногун ва аз мундариҷаи иттилоотии усулҳои истифодабурдашудаи тадқиқот барои муайян намудани муқавиматнокӣ алоқаманд мебошанд, Қайд кардан зарур аст, ки муқовиматнокӣ хеликобактер пилори ба антибиотикҳои истифодабурдашуда барои табобати эррадикатсионӣ ҳар сол қариб 2 баробар меафзояд, ин далели ҷустуҷӯ ва ба амал ворид намудани тандурустии доруҳои нав мебошад. Дар робита ба ин, маълумотҳои дар боло зикршуда, барои тавсияҳои консепсуси Маастрихти 2»-ро барои истифодаи табобати эррадикатсионӣ, барои ғолиб омадан бар муқовимати хеликобактер пилори, маҷбур намуд. Дар ин бора, табобати «хати дуум» таҳия карда шуд, ки аз ингибитори обкаши протон, се доруи антибактериалӣ иборат аст, ки сазовори номи таботари «чаҳоргона» гаштааст. Ҳамчун ингибиторҳои аз насоси протонӣ маводи висмути каллоидӣ («Де-Нол», «вентрисол» ё «бисмофалк») дар вояи 120мг чор маротиба дар як рӯз, тетрасиклин - 750мг х 2 маротиба 1500мг дар як шабонарӯз (ё доксатсиклин 100мг х 4 маротиба) ва метронидазол 750мг х 2 маротиба дар як рӯз. Ба ҷои метронидазол метавон

фуразолидан муқаррар намуд - 200 мг 2 маротиба дар як рӯз. Ҳамаи доруҳоро дар давоми 7 рӯз истеъиол метавон кард ва «Де-Нол»-ро бошад (ва муодили он) дар давоми 4 ҳафта. Ба гуфтаи муаллифони гуногун, истифодаи схемаи иловагии эррадикатсияи хеликобактер пилори ба ҳисоби миёна 74,2% дар доираи 56,7 то 84,5% самаранок аст.

Муаллифон зарурати маҳдуд кардани нишондодҳои барои табобати эррадикатсиониро доранд ва тавсия медиҳанд, ки баргузориҳои намудҳои табобати эррадикатсионии хеликобактер пилории вобаста аз решӣи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, гастрити музмин, гастродуоденит, БРГЭ, лимфомаи меъда дараҷаи пасти бадсифатӣ, инчунин беморони пас аз иқтои меъда оиди саратони меъда тавсия медиҳанд. Бобаробари ин, гузаронидани табобати эррадикатсионӣ бо беморони хеликобактер пилории манфӣи гастродуоденалӣ ки басомади он мувофиқи маълумоти муаллифони гуногун аз 20 то 50% мерасад, тавсия намедихад. Ҳамчунин, истифодаи табобати эррадикатсиониро бо аломатҳои бемориҳои функционалӣ дошта, ДЗИН, гастрит ва решӣи меъда, дар гастропатияи гуногуни стоматогенӣ тавсия намедиханд. Зеро, дар ин категорияи беморон терапияи эррадикатсионӣ, на танҳо бесамар, балки метавонад таъсири манфӣи расонад. Ғайр аз ин, табобат ғайрисистемавии эмперикӣ, ки ба вайроншавии пурраи хеликобактер пилори ҳатто дар шахсони солими барандаи бактерия равона карда шудааст, ба зиёдшавии муқовимат ва интиҳоби штаммҳои мутанти хеликобактер пилори мусоидат менамояд [99, 127].

Боби 2. Мавод ва усулҳои тадқиқот

Маводи саҳеҳи рисолаи илмӣ ин ташҳиси клиникии 118 бемор - сокинони маҳаллии минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон бо далелҳои муқарраргардидаи решӣ меъда ва решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта буданд. Ҳамаи беморони дар муоинаи беморхона, табобати диспансерӣ, дар зерӣ назорати динамикии шӯъбаи гастроэнтерологии беморхонаи вилоятии Мазори Шариф, дар давраи аз соли 2012 то соли 2016 буданд. Ташҳиси ҳамаи беморон дар давоми мавсими гарм (апрел-октябр) гузаронида шуд.

Меъёрҳо барои ворид намудан ба тадқиқот ин ташҳиси касалӣ: Решӣ меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар сокинони аслии минтақаи Мазори Шариф Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон.

Меъёрҳои истисно аз тадқиқот ин решӣ меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта бо ҳамоҳангии бемориҳои талҳадон, ғадуди зерӣ меъда, чигар, ва дигар бемориҳои ҳисмонӣ, инчунин гипертензияи рағбӣ, бемории ишемиявии дил ва дигар бемориҳои аутоиммунӣ.

Ба ҳамаи беморони ташҳиси клиникии умумӣ барои муайян намудани статуси ҳисмонӣ гузаронидашуд. Таърихи ин беморӣ, бо таъсиси давомнокии беморӣ, басомади авҷгирӣ ҳамъ карда шуд, натиҷаҳои табобати пешина. Шикоятҳои беморон, шиддатнокӣ, мунтазамӣ, пешгирии аломати дард ва вайроншавии диспепсикӣ муфассал омӯхта шуд. Басомади зардаҷӯшӣ, оруғ, дилбеҳузурӣ, қайкунӣ, вайроншавии қазои ҳоҷат муайян карда шуд.

Дар бораи табиат ва тартиботи истифодаи ғизо бо ва ё бе истифодаи хуриш маълумоти муфассал ҳамъ кардашуд. Басомади хуриш байни истеъмоли ғизо, ба таваҷҷуҳ ба таркиби меваҳои тару тоза, сабзавот ва меваи хушк, бодом, чормағз, pista, мавиз. Одатҳои бад, тамокукашӣ, носкашӣ, нӯшидани нӯшокиҳои спиртӣ ва хунуккунанда муфассал таҳлил карда шуданд.

Вазъи ҷисмонӣ бо усули рӯякӣ ва чуқури палпатсияи шикам, перкуссия ва гузаронидани мониторинги фишори хун, кардиографияи барқӣ, муоинаи рентгении сандуқи сина, аъзои ҳозима, ултрасалои маҳватаи шикам барои истилоҳи паталогияи иловагӣ таъсис дода шуд.

Омӯзиши эндоскопӣ гузаронидани видеоэзофагогастродуоденоскопияро дар бар мегирифт. Барои тадқиқоти мазкур, беморон бо хоҳиши худ, бо надоштани зиддинишондоди нисбӣ интихоб карда шуданд. Тадқиқот бо усули Г.Б. Гришман бодастгоҳи ширкати «Olympus EVIS EXERA II» гузаронида шуд. (истеҳсоли Чопон, соли 2006), ки имкон медиҳад, ки барои як муолиҷа дар тартиботи НОТВ пай дар пай муоина намудани ҳолати луобпардаи сурхрӯда ва, агар лозим ояд, барои ташҳиси гистологӣ гирифтани маводи биопсикӣ. Арзёбии ҳолат ва хусусияти эътилоли паталогияи луобпарда мувофиқи тафсияи боби эндоскопии «Таснифоти Сидней» бо назардошти тағйироти он, аз соли 1996 гузаронида шуд.

Ташҳиси бактериологӣ барои ошкор намудани бактерияҳои хеликобактер пилори дар лабораторияи кафедраи микробиология, вирусологияи Донишгоҳи вилоятии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон ва дар кафедрои микробиология, вирусология ва генетикаи ДДТТба номи Абуалӣ ибни Сино гузаронида шуд. Маводи тадқиқот пасафканд, хуни бемор ва инчунин, маводи биопсикии луобпардаи меъда буданд.

Нигоҳубин дар давоми 4-14 рӯз бо усули стандартӣ гузаронида шуд. Фаъолнокии оксидазӣ ва катавлазӣ, ташҳиси босуръати уреазӣ (ТБУ), воқуниши занҷираи полимеразӣ (ВЗП) муайян карда шуданд. Спектри ҳассосият штаммҳои хеликобактер пилори ба кларитромитсин, амокситсиллин, метронидазол, тетраситклин муайян карда шуданд.

Ҳамин тариқ, дар натиҷаи ташҳиси ҳамаҷонибаи бемории мутаносибияти нозологӣ санҷида шуд. Ташҳисҳои гузаронидашудаи эндоскопӣ ва бактериологӣ барои боэътимод муқаррар намудани хусусияти бемории

луобпардаи сурхрӯда, рӯдаи дувоздаҳангушта имконият доданд. Ҳангоми муайян намудани бактерияҳои хеликобактер пилори дар луобпардаи моҳаи гастродуоденалӣ, табобати эррадикатсионӣ гузаронида шуд. (Ҷадвали 2.1).

Ҷадвали 2.1. - Ҳаҷм ва басомади тадқиқот

Номгӯи тадқиқотҳои гузаронидашуда	Шумора басомад	Ҳамагӣ
• Ташхисҳои клиникалии умумии хун, пешоб	118 x 2	236
• Таҳлили биохимиявии хун	118 x 2	236
• Таҳлили умумии пасафканд ва ба тухми гичча	118 x 2	236
• Бактериологическое исследование кала	118 x 2	236
• Вокуниши занҷираи полимеразӣ (ВЗП)	118 x 2	236
• Ташхиси босуръати уреазӣ (ТБУ)	118 x 2	236
• Муайян намудани фаъолнокии оксидазӣ ва каталазӣ (парвариш барои ошкор намудани хеликобактер пилори)	118 x 2	236
• Фиброэзофагогастродуоденоскопия	118 x 2	236
• Ташхиси гистологии биоптатҳо аз луобпардаи меъда ва решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта	40 x 2	80
• Микронакшагирии самтҳои патологияи луоби меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта	118 x 1 + 88	206
• Микронакшагирии препаратҳои гистологӣ	40 x 1	40
• Ташхиси ултрасадои узвҳои маҳватаи шикам	118 x 1	118
• Кардиография	118 x 2	236

Табобати эррадикатсионӣ тибқи нақшаи анъанавӣ, ки бо созишномаи Конфронси Маастрихт (1999) тавсия шудааст, гузаронида шуд.

Барои табобати бомуваффақияти эррадикатсионӣ ҳангоми табобат такрорӣ аз схемаи сегона истифода бурда шуд. Дар хати аввали табобат,

муқаррар шуда буд: амокситсиллин 1000 мг х 2 маротиба дар як рӯз, кларотромитсин - 500 мг х 2 маротиба дар як рӯз дар давоми 7 рӯз, омепразол - 20 мг х 2 маротиба дар як шабонарӯз дар муддати 3 ҳафта. Натиҷаҳои ниҳой пас аз 30 рӯз баъд аз табобати эррадикатсионӣ бо гузориши такрорӣ ВЗП - ташхис барои муайян намудани хеликобактер пилори, эндоскопияи такрорӣ ва Ташхиси иммуноферменти (ТИФ).

Барои ҳар як шахси ташхисшуда варақаи махсус бо тарҳрезии шикоятҳо, маълумотҳои анамнезӣ, маълумоти муоинаи ҷисмонӣ ва натиҷаҳои тадқиқоти махсус гузаронидашуда пур карда шуд. Ҳаҷми таҳқиқотҳои гузаронидашуда дар ҷадвали 2 нишон дода шудааст.

Ҷадвали 2.2. - Дизайни омӯзиши эътилоли луобпардаи сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар беморони

Усулҳои тадқиқот	Хусусияти беморони ташхисшуда
	Дар тадқиқот беморон бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта бе бемориҳои дахлдори талхадон, ғадуди зери меъда, рӯдаи ғафс ва дигар бемориҳои ҷисмонӣ дохил карда шудаанд.
Ташхиси умумиклиникавӣ	Муайян намудани маълумоти анамнез, таъсис додани басомад ва хусусияти симптоматологии реши меъда ва ихтилоли диспептикӣ.
Лабораторӣ	Таҳлили умумии хун, таҳлили умумии пешоб, тадқиқоти биохимиявӣ, муайян намудани озмоишҳои нодуруст, аланин-аминотрансфераза, аспартат-аминотрансферазаи дараҷаи карбамид, креатини хуноба, электролит, С-сафедаи реактивӣ, фибриноген.
Омӯзиши функционалии вазиғаи сектори меъда	Муайян намудани функсияи кислотаи-ташаккули меъда.
Тадқиқоти рентгенӣ	Рентгенографияи узвҳои сандуқи сина, тасвири панорамии гурда, агар зарур бошад рентгени маҳватаи шикам, аъзои ҳозима, томографияи копутери.
Кардиография, омӯзиши Эхо-сонографӣ	Ултрасалони узвҳои маҳватаи шикам, гурда, пешобдон, простата, чигар, испурч, Кардиография, Эхо Кардиография аз рӯи нишондодҳо.

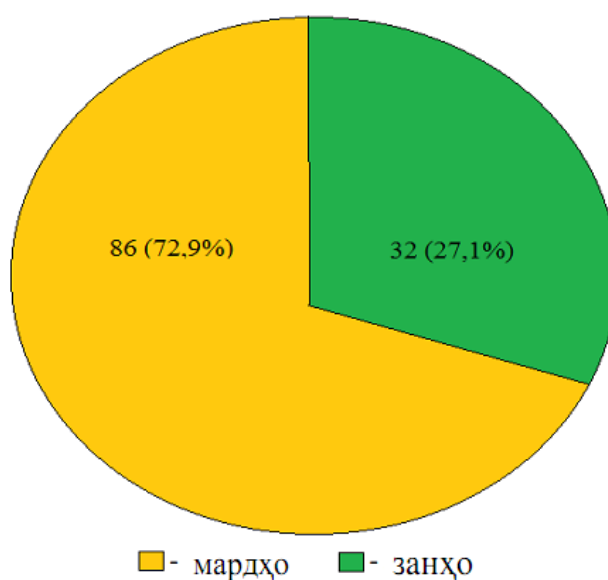
Тадқиқоти эндоскопӣ	Видеоэзофагогастроуденоскопия бо усули Г.Б. Гришман бо асбоби ширкати «Olympus EVIS EXERA II» дар тартиботи НОТВ. Бо нишондодҳои биопсий аз луобпардаи сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта. Хулоса мувофиқи боби эндоскопии классификатсияи Сидней (1999г.).
Тадқиқоти Морфологӣ	Муоинаи гистологӣ, ситологии маводи биопсия бо ранги бо гематоксилин-эозин.
Тадқиқоти Бактериологӣ	Маводи ташхис - пасафканд ва хуни бемор. Нигоҳубин дар давоми 3-14 рӯз гузаронида шуд. Гузаронидани фаъолияти оксидазӣ, каталазӣ, Таҳлили босуръати уреазӣ (ТБУ). вокуниши занҷири полимеразӣ (ВЗП). Муайян намудани спектри хассосияти зотҳои хеликобактер пилори ба кларитромитсин, амокситсиллин, татрасиклин. Муайян намудани хусусиятҳои намуди генетикии хеликобактер пилори, омӯзиши ҷисмҳои бегонаи IgG пеш ва пас аз табобат.
Ҳангоми ошкор намудани хеликобактер пилори табобати эрадикалӣ гузаронида шуд	Нақшаи табобати: кларитромитсин - 500мг х 2маротиба. Амоксатсиллин - 1000мг х 2маротиба. дар як шабонарӯз 7 рӯз. Омепразол - 20мг х 2м. дар давоми 3 ҳафта (шартнома сегонаи нақшаи табобати ЕНРЗС Маастрихт (2007). Назорат баъд аз чор ҳафтаи табобат, бо усули ВЗП).

Таҳлили омории мавод дар компютер ба воситаи барномаи «Statistica 6.0» (Stat Soft, ИМА) гузаронида шуд. Арзишҳои миёнаи арзишҳои мутлақ (М) ва хатоҳои стандартӣ ($\pm m$), ва нишондиҳандаҳои нисбӣ (Р, %) ҳисобкарда шуданд. Муқоисаи биёрии арзишҳои мутлақ корҳои мустақил, бо Н-меёри Крускал-Уоллис (ANOVA), муқоисаи ҷуфтӣ - оид ба меёри U-Манн Уитни гузаронида шуд. Меёри - арзишҳои нисбии мустақил аз тарафи Фишер бо ф-меёр, ва арзишҳои нисбии вобаста бо меёри χ^2 муқоиса карда шуд. Гипотезаи сифрӣ ҳангоми $p < 0,05$ рад карда шуд.

Боби 3. Натиҷаҳои тадқиқотҳои шахсӣ

3.1. Хусусиятҳои клиникӣ-эндоскопӣ ва лаборатории решмарази меъда ва рӯдаи 12-ангушта дар аҳолии ш. Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

Натиҷаҳои ташҳиси клиникӣ-лабораторӣ ва эндоскопии 118 – беморони дорои реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангуштаи сокинони аслии минтақаи Мазори Шариф. Мардҳо 86 нафар, занҳо 32 нафар буданд (расми 3.1).



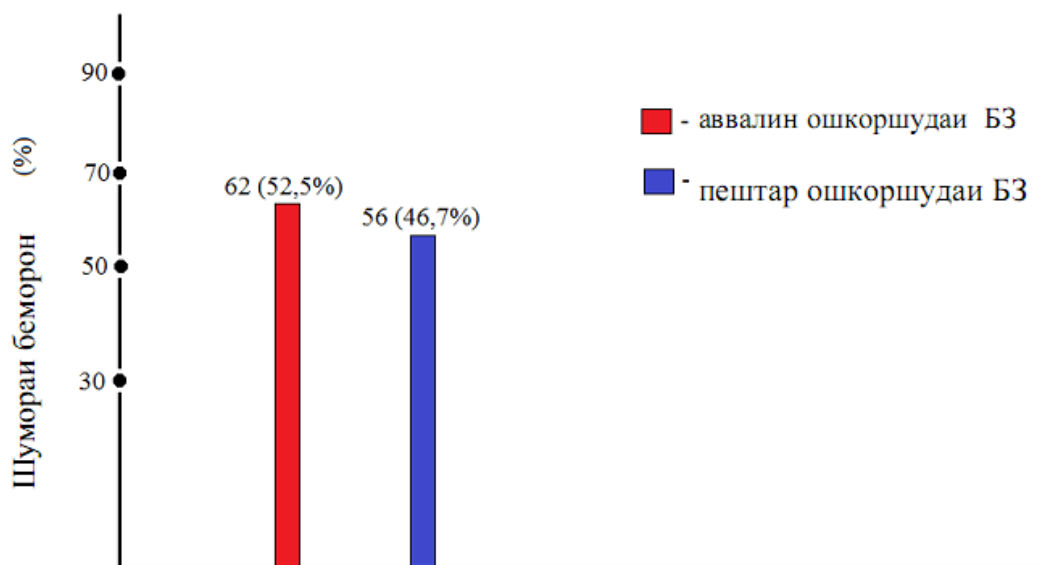
Расми 3.1. - Сохтори беморони ташҳискардашуда бо бемории реши меъда

Синни беморон асосан аз 20 то 46 сол, синни миёна 32 солро ташкил дод буд, яъне, махсусан бемории реши меъда дар ҷавонӣ ва қобили меҳнат ба қайд гирифта шуд. Таҳлили сабабҳои мурочиат намудани беморон ба духтур ин, дард доимӣ дар минтақа эпигастралӣ, ки аксаран бо зардаҷӯши дардовар, оруғ ва дигар ихтилолҳои дидпепсикуӣ алоқаманд буданд.

Ошкор гардид, ки на ҳаимаи беморон дарҳол ба духтур аз оғози дард, асасан дар 2-3 ҳафта аз саршавии беморӣ муроҷиат менамуданд.

Таҳлили речаи хӯрок, хусусияти истеъмол намудани ғизо ва байни фосилаи хӯрок баъзе аз хусусиятҳои дарёфт шуданд. Дар маҷмӯъ, ҳамаи беморон ба ду хӯрок дар як давоми рӯз ишора мекарданд. Барои субҳона истеъмоли шири чӯшонида нон, тухм чухми чӯшонидава зирбонида, шакар ва мураббои мевагӣ. Барои хӯроки нисфирӯзӣ ва шом, аксаран афзалият ба гӯшт, картошка, оши палави афғонӣ, суюқҳо бо иловаи қаламфури сиёҳ ё сурх медиҳанд. Бо вучуди ин, истеъмоли тамоку ва носкашӣ, кашидани нос дар байни занҳо низ маъмул мебошад. Барои «хуриш» 1-2 маротиба дар як шабонарӯз мева истеъмоли мекунанд, тарбуз, харбуза, меваи хушк ва бодом, pista, чормағз. Бинобар ин, аксарияти беморон бо реши меъда афзалият ба ғизои бирён бо илова намудани ҳанутҳои тунд медиҳанд.

Ба ҷамъбасти таҳлили низоми ғизо ва табиатҳои ғизо, мо мехоҳем таъкид намоем, ки сокинони минтақаи Мазори Шариф омилҳои манфии низоми ғизоро доранд. Сипас, мо таъмин басомади беморони беморхона, вобаста ба давраи сол (расми 3.2)



Расми 3.2. - Сохтори бистарӣ қунондани беморон бо реши меъда (ЗМ)

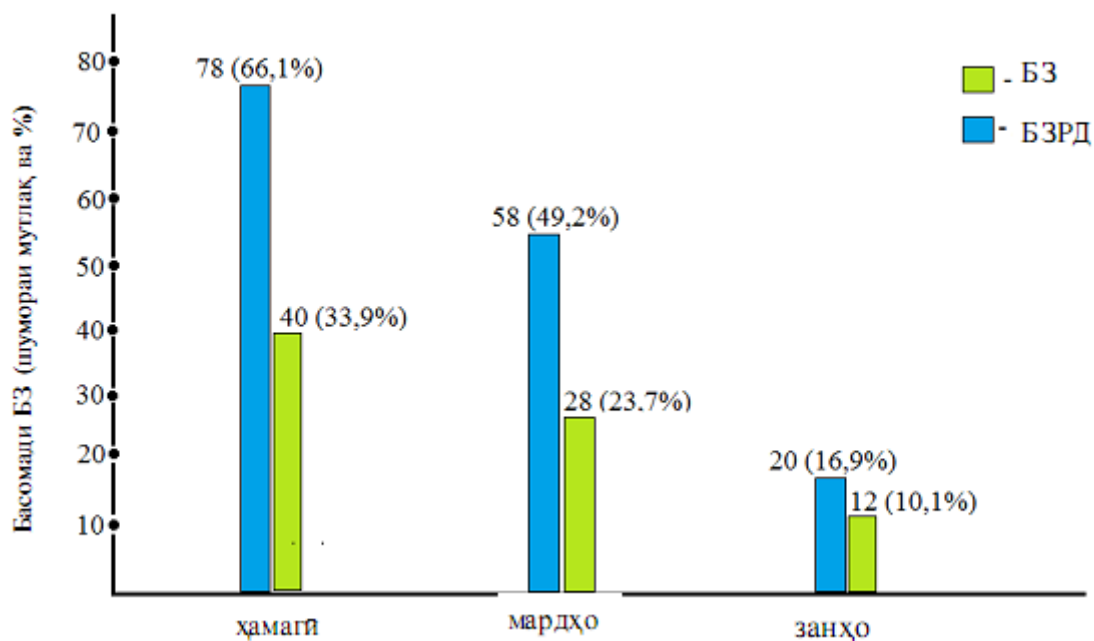
Таҳлили мазкур нишон медиҳад, ки тақрибан бо басомади якхела беморон бо авҷгирии якумин ё тақроран бо бемории реши меъда ба беморхона қабул карда мешаванд. Басомади бештар авҷгирии беморони қаблан ташхисшуда, асосан 1-2 маротиба дар як сол, тирамоҳ ва фаслҳои баҳор мушоҳида карда мешавад.

Ҳангоми таҳлили омилҳои хатар пайдоиши бемории реши меъда дар байни сокинони минтақаи Мазори Шариф, мо мехоҳем, ки ба баъзе далелҳои ба ҳама маълум таъкид намоем. Маълум аст, ки хатари рушди реши меъда бисёр вақт дар хешовандони ҳамхун назар ба аҳолии умумӣ 3-4 маротиба бештар аст. Дар тақиқоти мо, 28 беморон (23,7%) ба ҳузури бемории реши меъда дар шахсони наздики худ дар падару модарашон, бобо, бародар, нишон дода шудаанд. Ин ҳолат, имконият медиҳад, ақидаи вучуд доштани моили ирсӣ дар сокинони Мазори Шариф изҳори намоем. Аз байни дигар омилҳои хатар, таъсири муҳити зист, стресс невро-равонӣ ва эмотсионалиро қайд кардан зарур аст, ки дар чорабиниҳои маъруфи 30 соли охир мушкил боқӣ мемонад, ва манбаи вусъати манфӣ ба системаи асаб ва умуман тарзи ҳаёт боқӣ мемонад. Бинобар ин, сокинони минтақаи Мазори Шариф, рӯйхати кофии омилҳои хавф, ки сабаби муқаррар пайдоиши бемории реши меъда мебошанд, доранд.

Аз 118 беморони дар беморхона ҷойгиршуда бемории реши меъдаи аввалӣ дар 62 бемор (41 мард ва 21 зан) ошкор шуд, дигарон бо авҷ гирифтани бемории қаблан вучуддошта бистарӣ карда шуданд. Давомнокии анамнези реш аз синну соли муайян вобаста буд, 1 то 15 - сола. Анамнези реш дар беморони то синни 30- сола, аз синни 1 то 5- сола каму зиёд мешуд, бо боло рафтани синну сол давомнокии анамнез зиёд мешуд, махсусан дар занон.

Дар асоси ташҳиси клиникӣ-эндоскопии реши меъда, дар 40 (33,9%) беморон реши рӯдаи дувоздаҳангушта, дар 78 (66,1%) беморон бемории маҳдудшавии нуқсони реш дар рӯдаи дувоздаҳангушта, дар 12 (10,1%) занон бемории реши меъда ва 28 (23,7%) мардон, бемории реши рӯдаи

дувоздахангушта ва дар дар 58 (49,2%) мардон ва 20 (16,9%) аз 118 беморони муоинашудаи бемории решӣ ошкор кардашуданд (расми. 3.3).



Расми 3.3. - Басомади решӣ меъда ва решӣ рӯдаи дувоздахангушта байни мардон ва занони сокинони минтақаи Мазори Шариф нӯ 118 дурустӣ $P < 0,05$.

Омӯзиши симптомологии клиникии беморони решӣ, бо муқоисаи онҳо бо гурӯҳи муқоисавӣ (назоратӣ) беморон ба ду гурӯҳи тақсими шуданд. Дар поён мо ба басомад ва хусусияти симптомологияи клиникии решӣ меъда ва решӣ рӯдаи дувоздахангуштаро пешниҳод менамоем (ҷадвали 3.1).

Ҷадвали 3.1. - Басомади асосии бемории решӣ меъда ва решӣ рӯдаи дувоздахангушта байни сокинони минтақаи Мазори Шариф

Симптомология	Гурӯҳи назоратӣ (n̄20)	Бемории решӣ меъда (n̄40)	Бемории решӣ меъдаи дувоздахангушта (n̄78)	Ҳамагӣ n̄118
Дардҳои аввала	-	34 (85,0%)	12 (15,4%)	46 (39,0%)
Дардҳои дерина	-	6 (15,0%)	66 (84,6%)	72 (61,0%)

Дардҳои гуруснаи шабона	-	31 (77,5%)	59 (75,6%)	90 (76,3%)
Ритмикӣ	-	36 (90,0%)	74 (94,8%)	110 (93,2%)
Мавсимӣ	-	22 (55,0%)	28 (35,9%)	50 (42,4%)
Дилбеҳузури	3 (15,0%)	29 (72,5%)	58 (74,4%)	87 (73,2%)
Зардаҷӯшӣ	2 (10,0%)	26 (65,0%)	62 (79,5%)	88 (74,6%)
Оруғ	4 (20,0%)	26 (65,0%)	56 (71,8%)	82 (69,5%)
Қайкунӣ	-	8 (20,0%)	23 (29,5%)	31 (26,3%)
Дарунравӣ	4 (20,0%)	11 (27,5%)	28 (35,9%)	39 (33,0%)
Қабзият	6 (30,0%)	18 (45,0%)	32 (41,0%)	50 (42,4%)
Мелена	-	6 (15,0%)	15 (19,2%)	21 (17,8%)

Эзоҳ: Шумораи мутлақи беморон дар қавс нишонгузорӣ шудаанд (%)

Таҳлили мазкури зухуроти клиникӣ дар беморон бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта нишон дод, ки дар ин минтақа дар ҳамаи беморон тафрикаи классикии равшан бо аломатҳои хоси маҷмӯи баланди ихтилолҳои диспепсӣ қайд карда мешавад.

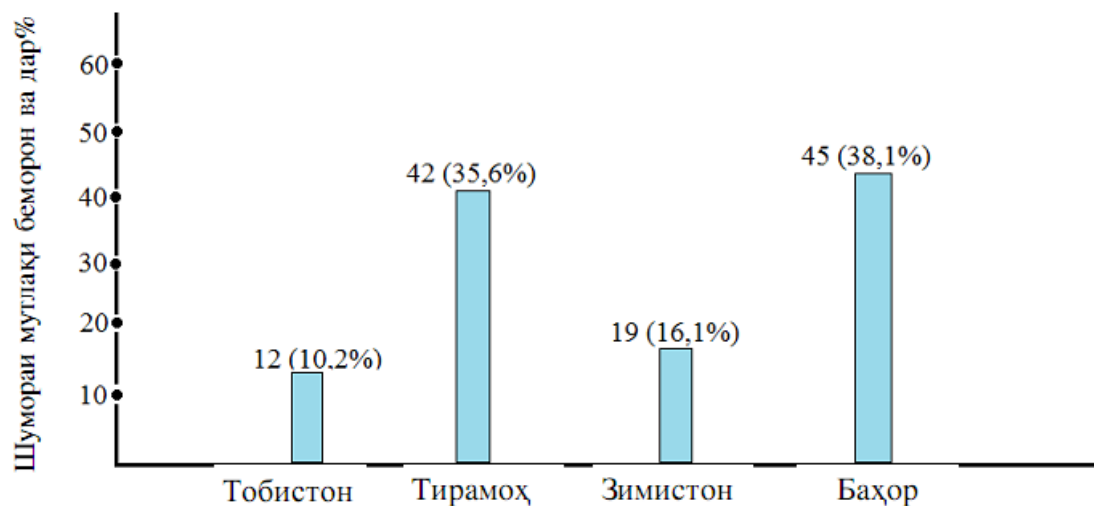
Аломати дардноки боз ҳам равшан диққатро ба худ ҷалб менамуд, асосан дар давраи 3-5 рӯзи аввали баъд аз бистарикунонӣ, ки феврал чорӣ намудани маводҳои спазмолитикӣ ва аналгетикиро барои тафрикаи аломати дард талаб менамуд. Дар баъзе беморон, ҳиссиёти дарди бо шиддат ҳангоми гузаронидани табобати зидди решӣ пайдо мешуд. Ҳиссиёти дардовар ҳангоми бемории реши меъда аксар вақт дар майдони эпигастралӣ бо иррадиатсия дар тарафи ростӣ зерқабурға, дар қисми болои минтақаи ноф ва дар қисми поёни шикам маъдуд мешуд. Баъзан дард ба бо роҳи сурхрӯда ба боло ба тарафи чап ё ростӣ майдони сандуқи сина паҳн мешуд. Пайдоиши дард асосан хусусиятҳои асосии худро нигоҳ медошт, боба вучуд омадани ритмикӣ ё баъд аз 15-25 дақиқаи истеъмоли хӯрок. Дардҳои аввала дар аксари беморони гирифтори реши меъда (85,0%) мушоҳида шуд, дар ин гурӯҳи беморон пайдоиши дард, нодир дертар ба қайд гирифта мешуд (15,0%), ки баъзан хусусияти бештар доимӣ доштанд. Дар беморони гирифтори бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта асосан дарҳои дертар пайдо мешуданд, дард пас аз хӯрок пас аз 1-2 соати истеъмоли хӯрок зоҳир мешуданд. Дардҳо аксар вақт дар майдони чапи эпигастралӣ бо

иррадиатсия баъзан ба тарафи рост, чапи зерқабурға маҳдуд мешуданд, иррадиатсия бо роҳи сурхрӯда ба боло ба минтақаи гулӯ, қисми чап ва рости пушти қафаси сина, ки аҳён набуд, мушоҳида мешуданд. Шакли нисбии шуоъзании ҳассиёти дарднокро дарёфт накардем, он худсарона рух меод, баъзан як комбинатсияи дард тамоми шикам мушоҳида мешуд. Бо вучуди ин, ритми доимии дард намуди пайдошавии дардҳои пешина дар гирифтори бемории реши меъда, дарди баъдтар дар беморони бо маҳдудии реши рӯдаи дувоздаҳангушта (84.6%) нисбатан аломати табиӣ дошт.

Ҳамчунин, шиддатнокии дард, аломати дард дар беморони решӣ диққатро ҷалб менамуд, ки хусусан дарди шабона.

Дарди гуруснаи шабонаи беморони решӣи ташхисшудаи аҳолии мо тақрибан бо басомади якхела мушоҳида мешуданд. Ин дар 77,5% -и беморон бо реши меъда ва 75,6% -и беморони гирифтори маҳдуди рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида карда шуд.

Пайдошавии дардҳои мавсимӣ, дар 55,0%-и беморон бо диагнози гузошташудаи бемории реши меъда ва 35,9% -и беморони гирифтори реши рӯдаи дувоздаҳангушта ба қайд гирифта шуд. Ҳамчунин, фарқияти назарраси басомади дарҳои имавсимӣ дар ин гурӯҳи беморон, эҳтимолан бо возеҳтари мавсимии шадид ва зуд-зуди бемории реши меъда алоқаманд аст (расми 3.4)



Расми 3.4. - Басомади беморони бистаришуда вобаста ба фасли сол

Барои шарҳи чараёни мавсимии бемории реши меъда мо басомади беморони бистарӣ кардашударо аз давраи соли таҳлил намудем. Чуноне, ки аз маълумотҳои додашуда дида мешавад, баландтарин қўллаи бистарикунии беморони реши меъда дар фасли тирамоҳ ва баҳор ба мушоҳида мерасад. Одатан камтар бо авҷгирии реши меъда дар тобистон (10,2%) ва дар давраи зимистон (16,1%) бистарӣ шуданд, аксарияти беморон дар тирамоҳ (35,6%) ва баҳори (38,1%), дар беморхона бистарӣ шуданд.

Аломатҳои классикии дард дар беморон бо бемории реши меъда аксаран бо ихтилоли диспепсикӣ алоқаманд буданд. Эҳсосоти дилбеҳузурӣ камтар дар беморони бо локализатсияи реши меъда (72,7%) дар муқоиса бо гурӯҳи беморон бо локализатсияи нуқсони решӣ дар рӯдаи дувоздаҳангушта (74,4%) ба қайд гирифта шуд, дар ҳоле, ки оруғ нисбатан кам дар беморони реши рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида кардашуд (71,8% зидди 15,0%).

Зардачӯшӣ, ки на аҳёнан ба дараҷаи «зардачӯши дардовар» мерасид, низ бештар дар беморони реши рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида мешуд (79,5% зидди 65,0%). Қайқунӣ нисбатан кам дар беморони бо локализатсияи реш дар меъда (20,0%), ва ҳангоми локализатсияи рӯдаи дувоздатангушта каме бештар (29,5%) ба қайд гирифта шуд.

Пайдоиши қайқунӣ, ки мо ҳамчун як зухуроте, ки бо пайдоиши гипоматорика, дуоденоспазм бо имконпазирии нуқсони пайдоиши гӯшт дар меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта бо нишонаҳои ибтидоии пилоростеноза ва ё бо ҳатогихо речаи хӯрока вобаста аст, баҳо медиҳем.

Пасафканди ноустувор, бо фарқияти кам дар басомад дар гурӯҳи дуҷум ва сеҷуми беморон ба мушоҳида расид. Пасафканди моеъ дар беморони гирифтори реши меъда дар 27,5%, қабз дар 45,0% ба қайд гирифта шуд, ва дар беморони бо локализатсияи дуоденалӣ дар 35,9%, 41,0% мутаносибан ба қайд гирифта шуд.

Касалиҳои диспепсикӣ, низ бо басомади кам (аз 10,0% то 30,0%) дар гурӯҳи назоратӣ, бо расми муқаррари эндоскопии луобпардаи эзофагогастродуоденалӣ ба қайд гирифта шуд. Пайдоиши дилбехузуруй (15,0%), зардаҷӯшӣ (10,0%), пасафканди моеи даврагӣ (20,0%), қабз (30,0%), дар сокинони солими минтақаи Мазори Шариф шояд бо табиати ғизо дар ин минтақа ва умуман тарзи ҳаёт вобаста аст. Муайян намудани нишонаҳои «melena» дар 6 беморон (15,0%) бо реши меъда, ва дар 15 (19,2%) бо реши дуоденалӣ барои тасдиқи хунравии пинҳон имконият дод. Бо вучуди ин, оёти равшани хунравии меъда бо қайкунии хунин ва динамикаи манфии сатҳи гемоглобини хун ва эритроцитҳоро мушоҳида накардем, яъне контингенти беморон ба принципҳои бистарикунӣ дар шӯъбаи терапевтӣ риоя карда шуд.

Диққатро он ҷалб менамуд, ки шумораи аломатҳои бемории решӣи номбаршуда аксаран бо ихтилоли невротикӣ, дарди сар, асабоният (56,7%), ихтилоли хоб (45,0%) ва шароити астеникӣ (31,7%) марбут аст. Пайдоиши ихтилоли невротикӣ дар беморони гирифтори бемории решӣ, аксари муаллифон бо таъсири манфии омилҳои рӯҳию равонӣ, ки боиси вайрон гардидани системаи асаб мегарданд, алоқаманд мекунанд. Басомади шаклҳои стоматогении вайроншавии системаи асаб, ки дар адабиёт оварда шудааст, дар беморон бо реши меъда, аз 20,0% то 65,0% камузиёд мешавад. Дар мушоҳидаҳои мо, дар сокинони аҳолии Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон аз 31,7% то 56,7% -и беморони гирифтори бемории реши меъда ба мушоҳида мерасад.

Ҳамин тариқ, ба ҷамъбасти таҳлили симптомологии клиникии бемории реши меъда дар байни сокинони минтақаи Мазори Шариф Ҷумҳурии Исломии Афғонистон, мо мехоҳем баъзе аз хусусиятҳои клиникро ишора кунем. Дар беморони гирифтори реши меъда, ин беморӣ бо шиддатнокии классикӣ мушоҳида карда мешавад. Дар беморони гирифтори реши меъда, одатан дарди барвақт, дар беморони реши рӯдаи дувоздаҳангушта дарди баъдтар зикр карда

мешавад. Аксар вақт аст, дарди шадида гуруснаи шабона, ки ритмикӣ ва мавсимино нигоҳ медорад, мушоҳида карда мешавад. Аломати дард, аксаран бо касалҳои диспепсикӣ, дилбеҳузурӣ, зардаҷӯшӣ, оруғ, баъзан кайкунӣ, ихтилоли ихроҳ ва мелена алоқаманд аст. Басомади бемории дарунравӣ дар гурӯҳи 2 ва 3 беморон мушоҳида кардамешавад, бо беморони решӣ меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта тақрибан якхела, танҳо бо вариантҳои зиёд ё камшавӣ он, ба таври назаррас афзоиш ёфтани дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ. Ин аст, ки аксар вақт аломатҳои ихтилоли системаи асаб дар шакли дарди сар, асабоният ва ихтилоли хоб ба мушоҳида мерасад. Ин вазъият, эҳтимолан бо хусусиятҳои имтеъилоли ғизои сокинони ин минтақа, ҳолатҳои стресси зудзуд марбут ба ҷанги шаҳрвандии дарозмуддат, шароитҳои иҷтимоӣ-иқтисодӣ, зиндагӣ ва тарзи ҳаёташон, дар маҷмӯъ алоқаманд аст. Сипас, натиҷаҳои таҳқиқоти эндоскопии беморон дар гурӯҳҳои назоратӣ ва асосиро пешниҳод менамоем (ҷадвали 3.2).

Ҷадвали 3.2. - ишондиҳандаҳои клиникӣ-эндоскопии решӣ меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар сокинони минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (n=118)

Натиҷаҳои эндоскопӣ	Гурӯҳи назоратӣ n=20	Бемории решӣ меъда n=40	Бемории решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта n=78	Ҷамагӣ n=118
Рефлюкс эзофагит	2 (10,0%)	8 (20,0%)	19 (24,4%)	27 (22,9%)
Гастрити музмин	6 (30,0%)	18 (45,0%)	38 (48,7%)	56 (47,5%)
Гастродуоденити музмин	3 (15,0%)	17 (42,5%)	37 (47,4%)	54 (45,8%)
Дигаргуншавии шакли рӯдаи дувоздаҳангушта	2 (10,0%)	8 (20,0%)	37 (47,4%)	45 (38,1%)
Решӣ ягона	-	16 (40,0%)	47 (60,2%)	63 (53,3%)
Решӣ сершусор	-	11 (27,5%)	19 (24,4%)	30 (25,4%)
Решӣ даврашакл	-	6 (15,0%)	-	6 (5,0%)
Решӣ пептикӣ	-	7 (17,5%)	12 (15,4%)	19 (16,1%)

Реши хунравӣ	-	6 (15,0%)	15 (19,2%)	21 (17,8%)
--------------	---	-----------	------------	------------

Эзоҳ: шумораи мутлақи беморон дар қавс (%)

Натиҷаҳои ташҳиси эндоскопӣ дар беморони гурӯҳи назоратӣ дар 2 (10,0%) расми рефлюкс эзофагит, дар 6 (30,0%) гастрити музмин, дар 3 (15,0%) гастродуоденити музмин ва 2 (10,0%) деформатсияи решаҳои рӯдаи дувоздаҳангуштаро нишон доданд. Ин натиҷаҳо далели маъруфро тасдиқ намуданд, ки чараёни русти паталогияи минтақаи гастродуоденалро дар ҳайни шахсони солим имкон медиҳанд. Басомади чунин шаклҳои ҷори изътилоли меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта мувофиқи маълумоти муаллифони гуногун, аз 15,0% то 30,0% -и ҳолатҳо гуногун аст, ки бо натиҷаҳои тадқиқоти мо мувофиқат мекунанд.

Дар гурӯҳи дуҷоми беморони ташҳисшуда давомнокии нуқсони решӣи меъда дар 8 (20,0%) беморон бо рефлюкс эзофагит, гастрити музмин дар 18 (45,0%), гастродуоденити музмини дар 17 (42,5%), дар ҳоле ки дар 8 (20,0% беморон%) зухуроти нӯйсони решаи рӯдаи дувоздаҳангушта баррасӣ карда шуд. Дар гурӯҳи сеҷоми беморони локализатсияи нуқсони решӣи ирӯдаи дувоздаҳангушта нисбатан каме бештар пайдоиши рефлюкс эзофагит (24,6%) гастрити музмин (48,7%) гастродуоденити музмин (47,4%) нуқсони решаи рӯдаи дувоздаҳангушта (47,4%) мушоҳида карда шуд. Бино ба маълумотҳои ташҳиси эндоскопӣ басомади бемории решӣи рӯдаи дувоздаҳангушта бо басомади решӣи меъда дар муқоиса ба ду баробар зиёд буд. Бемории решӣи меъда дар 40 (33,9%) дарёфт шуд, дар ҳоле ки локализатсияи решӣи рӯдаи дувоздаҳангушта дар 78 (66,1%) беморони ташҳисшуда баррасӣ шудааст. Бартарии басомади бемории решӣи рӯдаи дувоздаҳангушта нисбат ба решӣи решӣи меъда дар сокинони Мазори Шариф, бешубҳа, бо маълумоти нашршудаи адабиётҳо марбут ба дигар минтақаҳои иқлимӣ-географӣ ба вуқӯъ мепайвандад.

Ҳангоми ташҳиси эндоскопӣ тағйироти решӣ ба гиперемияи баррасишуда, бо ҳузури даҳанаи решӣ баррасӣ карда, ки эҳтимоли бештар ба шакли овал ё

даврашакл доранд. Қаъри реш аксаран бо фибринозҳои ранги зардча пур карда шудаасн. Кунҷҳои реш ҳамчун чоҳ бархоста буданд, луобпардаи атрофи реш бо манотиқи илтиҳобӣ пӯшида шуда буд. Қаъри нуқсони решӣ, шакли он то андозае аз марҳилаи инкишофи нуқсони решӣ иборат буд. Дар марҳилаи шадиди нуқсони решӣ ифодаёфта илтиҳобӣ ба назар мерасид, ба осонӣ осебпазир, ки ба хунравӣ меовард дар 21 беморон (17,8%) ба қайд гирифта шуд, қаъри реш, одатан бо фибриоз пур шуда буд. Хангоми шаклҳои вазнини нуқсони решӣ бо намуди реше «даврашакл» ва «пептикӣ», решҳои андозаи зиёда аз 1,5 см, тафриқаи бештари майдони реш илтиҳоби гиперемия, хунравии кам, пуршавии фиброзии қаъри реш бо майли он ба фишор ва ибтидоии афзоиши бофтаи якҷоякунандаи атрофи кунҷҳои решӣ баррасӣ карда шудаанд.

Бештари вақт реше ягонаи андозаи то 1.0-1.5 см ошкор карда мешуд, ки дар 63 (53,3%) одатан шакли байзавӣ ё даврашакл дошт. Дар баробари ин, дар 16 бемор (40,0%) бо реше меъда ошкор карда шуд (расми. 3.5) ва 47 (60,0%) беморон бо бемории реше рӯдаи дувоздаҳангушта (расми. 3.6) бо басадар дар локализатсияи реше.



Расми 3.5. - Нуқсони ягонаи реше меъда



Расми. 3.6. - Решы ягонаи дуоденалии решаи рӯдаи дувоздахангушта

Решҳои сершумор (ду ва ё зиёда) дар 30 бемор (25,4%) дар аҳолии умумӣ, дар ин ҳолат дар 11 (27,5%) бо решаи меъда ва дар 19 (24.4) беморон бо локализатсияи дуоденалии реш ошкор карда шуд (расми 3.7 ва 3.8).



Расми 3.7. - Решы бисёрқарати меъда



Расми 3.8. - Реши бисёркаратаи рӯдаи дувоздаҳангушта

Реши вазнини нуксони решии намуди «даврашакл» дар 6 (15,0%) беморони гирифтори реши меъда (расми.3.9), ошкор шуд, мо чунин тартиботи нуксони решӣро дар беморон реши рӯдаи дувоздаҳангушта сушоҳида карда натавонистем. Бо вучуди ин, реши «даврашакл» аксар вақт дар қисми антралии меъда ҷойгир шуда буд (10,0%) ва камтар ходисаҳо (2 беморон 5,0%) дар бадан меъда (расми 3.10).



Расми 3.9. - Реши «Даврашакл»- и қисми антралии меъда



Расми 3.10. - Реши «Даврашакл» дар қисми меъда

Реши пептикий дар 19 (16,1%) бо беморони решӣ ба қайд гирифта шуд, дар ҳоле, ки дар 7 (17,5%) дар меъда ва дар 12 (15,4%) беморон дар луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта (расми. 3.11 ва 3.12).



Расми 3.11. -Реши пептикий минтақаи антралии меъда



Расми 3.12. - Реши пептикий рӯдаи дувоздахангушта

Нисбатан, шакли мушаххаси зуд-зуд дар 13 беморони гирифтори реши меъда дар (32,5%), камтар дар беморони гирифтори реши рӯдаи дувоздахангушта (15,4%) ба мушоҳида мерасид.

Маълум аст, ки ба шаклҳои махсуси нуқсони решӣ, мувофиқи намуди решҳои «давращакл», «пептикӣ» аксари муаллифони гурӯҳи муайяни беморонро дохил мекунанд, бо ишоракунии ба ҷараёни шаклҳои боз ҳам вазнинтар ва номусоид, ки аҳёнан бо авҷгирии хунравии профузии меъда, бурриш, пилоростеноза, пенитратсияи реш ба ғадуди зерӣ меъда ва зараррасонии саратонӣ. Дар таҳқиқоти мо, дар 4 беморон бо реши меъда ба хунравии меъда, 2 беморон ба пенитратсияи реш ба ғадуди зерӣ меъда ва дар 6 беморон, аломатҳои пилоростеноз дар беморони БЗРД ошкор шуд, ишора шуданд.

Аз ин рӯ, ҳангоми бемории реши меъда аз 13 бемор бо шакли махсуси нуқсони реш дар 30,8% -и беморон ҳодисаҳои хунравии меъда мушоҳида карда шуд. Ҳангоми реши рӯдаи дувоздахангушта аз 12 бемори бо реши «пептикӣ» дар 2 (16,7%) ба пенитратсияи реш ба ғадуди зерӣ меъда нуқс гашт, 6 бемор (50,0%) нишонаҳои пилоростеноза доштанд, ки имконияти баён намудани фикр оиди боз ҳам душвори ҷараёнгирии реш дар ин гурӯҳи беморон дошт. Ҳамзамон, диққат ба он дода мешуд, ки дар рафти муқаррарии ҷараёни нуқсони

реши, дар 6 беморон (15,0%) бо реши меъда ва дар 15 беморон (19,2%) бо бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта нишонаи хунравии пӯшида ташхис шудааст (ҷадвали 3.3)

Ҷадвали 3.3. -Хусусиятҳои ҷараёни бемории реши меъда дар гурӯҳҳои синну солии хурдтар ва калонсол, байни мардон ва занон (n=118)

Тавсифи нуқсонҳои реши	мardxo n=86		занxo n=32		Ҳамагӣ n=118
	То 29 сола n=33	Аз 30 сола боло n=53	То 29 сола n=13	Аз 30 сола боло n=19	
Ҷойгиршавиҳои реши меъда	11	18	4	7	40 (33,9%)
Ҷойгиршавии реши рӯдаи дувоздаҳангушта	22	35	9	12	78 (66,1%)
Реши ягона	19	24	11	9	63 (53,4%)
Реши сершумор	7	14	2	7	30 (25,4%)
Реши даврашакл	-	5	-	1	6 (5,0%)
Реши пептикӣ	7	10	-	2	19 (16,1%)
Деформатсияи решаи рӯдаи дувоздаҳангушта	11	16	2	6	45 (38,1%)
Хунравӣ	3	12	2	4	21 (17,8%)

Эзоҳ: шумораи мутлақӣ беморон, ҳамагӣ бо % (n=118). Фарқияти назаррас дар $P < 0,05$

Барои омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни бемории реши байни мардон ва занон, вобаста ба синну сол, беморон ба 2 гурӯҳ тақсим шуда буданд, гурӯҳи мардон ва занон, ба тақсимкунӣ онҳо ба ду зергурӯҳҳои синни то 30-сола ва боло (Ҷадвали №3). Дар байни mardxo дар синни ҷавонӣ бемории реши дар 33 (28,0%) ва дар 13 нафар занон (11,0%), ҳамагӣ 46 бемор (39,0%) беморон, байни синну соли боло дар 53 mardxo (44,9%), ва 19 нафар занон (16,1%), ҳамагӣ 72 беморон (61,0%) ошкор карда шуд.

Дар синни ҷавонӣ реши меъда дар мардон дар 11 (9,3%) нафар ба қайд гирифта шуд, дар занон 4 (3,4%), ҳамагӣ дар 15 (12,7%) беморон аз 118 беморони ташхисшуда. Дар синни калонсолӣ бештар, дар 25 беморон (21,2%), дар 18 (15,3%) мардон ва 7 (5,9%) занон ошкор шуд. Аз ин рӯ, реши меъда дар мардон

дар гурӯҳҳои синнусолии калонтар бештар вомехӯрад, нисбат ба синну соли ҷавонӣ, дар байни занон камтар мушоҳида карда шудааст.

Бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта дар синни ҷавонӣ дар 31 беморон (26,3%), дар 22 (18,6%) писарон ва 9 (7,6%) духтарон мушоҳида карда шуд. Дар синни калонсолӣ БЗРД дар 47 (39,8%) беморони ташхисшуда бо афзоиши басомади назаррас байни мардҳо мушоҳида шуд, онҳо 35 (29,7%) нафар буданд ва занҳо 12 (10,1%) нафар.

Натиҷаҳои бадастовардаи таҳлили мазкур, басомади хеле баланди бемории решӣро байни гурӯҳҳои синнусолии калон нисбат ба синни ҷавонтар, ва бо баланд шудани басомад байни мардон нишон доданд.

Бо хусусияти ҳаҷм ва шакли навъи реши «ягона» дар синни ҷавонӣ дар 30 беморони ташхисшуда ошкор карда шуд, дар 19 мардон (16,1%) ва 11 (9,3%) занҳо. Дар ин синну сол нуқсон решӣ одатан дар қисми антралии меъда ва решаи рӯдаи дувоздаҳангушта ҷойгир мешуданд, камтар бо чуқурӣ хурд, минтақаи илтиҳоби гиперемия ва геморрагия фарқ мекарданд. Аксаран бо шакли даврашакл ва байзавӣ, бе фарқияти назаррас дар мардон ва занон. Дар синну соли калонтар басомади чунин тартиботи шакли нуқсони решӣ дар 33 беморон (28,0%), 24 мардон (20,3%) ва 9 нафар занон (7,7%) дучор мешуд. Бино ба нишонаи эндоскопӣ ба шиддатнокии нуқсони решӣ, ба минтақаҳои боз ҳам чуқур, минтақаҳои тафрикаи илтиҳобӣ, гиперемия ва хунравӣ диққат дода мешуд. Фарқияти махсуси аломатҳои клиникӣ дар ин гурӯҳи беморон, аз тарафи мо дарёфт нашуд, вале таваҷҷӯҳ ба давомнокии дард ва ихтилоли дипепсикӣ дода мешуд, ки дар гурӯҳҳои синну соли калонтар дар рузи 5-10 -ум нисбат ба беморони гурӯҳи ҷавон, сокит мешуд.

Нуқсони решӣи навъи «сершумор» асосан аз ду иборат буд, аксаран реши «бӯсакунанда» аз 4 реш зиёд набуд, бо андозаи 0.5-0,9 см. Реши сершумор дар синни ҷавонӣ нисбатан кам вомехӯрд, дар 7 (5,9%) нафар мардон ва 2 (1,7%) нафар занон, ҳамагӣ 9 беморон (7,7%). Дар ҳоле ки чунин тартиботи реш

гурӯҳҳои синну соли калонтар нисбатан зуд ошкорва дар 14 (11,9) мардон ва 7 (5,9%) занон, ҳамагӣ дар 21 (17,8%) беморони ташхисшуда ба назар расид.

Решҳои сершумор дар меъда одатан дар қисми антралии меъда ҷойгир мешуданд, баъзан бо ҷойгиршавии решҳои ҷуфтӣ дар қисми меъда ва дар сеяки миёнаи меъда дар девори пушти он омехта мешуд. Мо хусусияти андозаҳо (калон), шакл, ҷуайрӣ ва канори решро мушоҳида накардем, нишонаҳои реш ба қонунҳои умумии қабулшуда мутобиқ буданд ва аз марҳилаи нуқсони реш вобаста буданд.

Ҳамин тариқ, решҳои сершумор дар мардҳои синну солалашон калон мушоҳида кардашуданд, дар занон нисбатан камтар, бо басомади якхела, дар ҳар ду гурӯҳ, синни ҷавонӣ ва калонтар мебошанд.

Ин ҳолат, дар ҳамаи эҳтимолият аз ҳислатҳои бад вобаста аст, аз 7 занони ҷавон, 6-тояшон ба истифодаи нос ишора намуданд ва ба истеъмоли хуришҳои тунд, қаламфури сабз, сурх ва сиёҳ афзалият медоданд.

Бино ба адабиётҳои дастрас басомади решҳои сершумори меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, аз 17,0% то 27% -и ҳолатҳо мушоҳида карда мешаванд, аксар вақт дар мардҳо ҷойгиршавии нуқсони реш дар меъда ба мушоҳида мерасад. Аз омилҳои хавф, имконияти ба вучуд овардани ин гуна нуқсони решӣ, аксари муаллифони ба хусусияти аҳамияти баъзе аз корҳо, тарзи ғизо ва одатҳои бад: тамокукашӣ, истеъмоли нӯшокиҳои спиртӣ, ҳолатҳои стресси зуд ва бемориҳои системаи ҳозима вобаста аз кислота (гастрити музмин, гастродуоденит, панкреатит ва ғ.).

Шаклҳои махсуси нуқсони решӣ, решҳои навъи «даврашакл» дар 6 беморони гирифтори решҳои меъда муайян карда шудааст, дар ҳоле, ки дар 5 беморон дар мардони синну калонсолӣ ва дар занҳо дар синни ҷавонӣ муайян карда шуд. Ба таври клиникӣ бо дарди саҳт бештар фарқ мекард, баъзан бо зардаҷӯшии шадид. Дард дар 12-16-ум рӯз баъди бистарӣ шудан кам мешуд. Ба таври эндоскопӣ, бо гиперемияи кунҷӣ, минтақаи илтиҳобӣ бо хунравии паҳншавии

бофтаҳои пайваस्तкунанда бо қари чуқуртар бо фиброноз пуршуда фарқ мекард. Ҳамаи беморон бо хоҷагиҳои деҳқонӣ машғул буданд, хӯрокҳои тунд, зирбонидаро истеъмол мекарданд, одатҳои бад доштанд, ҳамаашон сигор ва нос мекашиданд, дар давраи ҳаёт ҳолатҳои зиёди стрессиро гузарониданд.

Реши «пептикӣ» ҳамагӣ дар 19 (16,1%) беморон, дар мардҳо 17 (14,4%), дар занҳо 2 (1,7%) нафар гурӯҳҳои синнусолии калонтар, дар 12 (10,2%) беморон дар синну соли ҷавонӣ дар 7 беморон (5,9%) мушоҳида карда шуд. Ба таври клиникӣ, бо дарди саҳт ва ихтилоли диспептикӣ фарқ мекард. Андозаи эндоскопии захмҳои «петикӣ» дар 1.2-1.6 см. каму зиёд мешудад, бо канораҳои болошудаи гиперемия, қитъаҳои хурди хунравии каноравӣ дар қисми антралии меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ҷойгир шуданд. Ҳамин тавр, реши «пептикӣ» асосан дар мардҳои синну солашон калонтар бо ҷойгиршавии нуқсони решӣ дар рӯдаи дувоздаҳангушта, хеле кам дар занон дар синни калонсолӣ, одатан дар қисми антралии меъда ҷойгир мешаванд, дида мешаванд.

Аз шаклҳои мураккаби ҷараёни бемории решӣ бо деформатсия гӯштпуршавӣ дар байни ҷавон дар 13 (11,0%) нафар мушоҳида карда шуд, ки аз онҳо 11 (9,3%) мардон ва 2 (1,7%) занон ба қайд гирифта шуданд. Дар сурате ки дар синни калонтар дар мардон дар 16 (13,6%) нафар ва занон дар 6 (5,0) нафар, ҳамаги беморон 22 (18,6%) ба қайд гирифта шуданд.

Ин вақт, бисёр вақт деформатсияи решӣи решаи рӯдаи дувоздаҳангушта (37 беморон, 31,4%), қисми антралии меъда камтар (8 беморон, 6,8%) ошкор карда шуданд. Аз ин рӯ, деформатсияи решӣ, зуд-зуд бештар дар мардони гурӯҳҳои синнусолии калонтар бо бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта бо давомнокии анамнез беш аз 3 сол мушоҳида мешуд. Бо вучуди ин, хеле кам (17 беморон, 14,4%), нуқсони решӣ ҳангоми якумин мароти бистарикунии беморон бо давомнокии анамнези реши меъда давоми сол насб карда шуд. Ба таври клиникавӣ, дар ин гурӯҳҳои беморон (26 беморон, 22,0%) ҳодисаҳои қайқунӣ бо аруғдиҳии шадид мушоҳида мешуданд, ки барои гумонбар шудан ба нишонаҳои

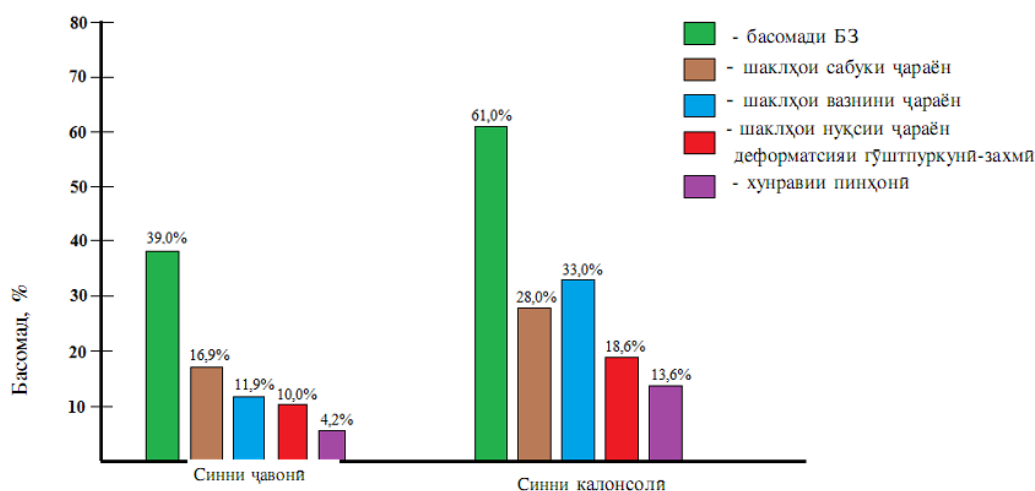
аввали пилоростеноза имконият медоданд. Ташхиси эндоскопии қисми пилорӣ хеле гузаранда боқӣ мемонд, вале ташхиси рентгенӣ нишон дод, ки баъзе гипоматорикаи муайяни холишуда ба дуоденум, ки ба шумо ҳузури нишонаҳои аввали пилоростеноза имкон медод, мушоҳида карда мешуд.

Аз тарафи дигар, аз ҳама бештар пайдо шудани авҷгирии бемории решӣ дар шӯъбаҳои тибби, ин нишонаи хунравии пӯшида буданд, аз тарафи мо дар 21 (17,8%) дар аҳолии умумии ташхисшуда ошкор карда шуд. Дар беморони гирифтори решӣ дар синни ҷавонӣ нишонаҳои хунравии пинҳон дар 3 (2,5%) мардон, дар 2 (1,7%) занон, ҳамаги дар 5 беморон (4,2%) нишон дод. Дар ҳоле ки дар синни калонсолтар дар 16 беморон (13,0%), аз онҳо 12 мардон (10,2%), ва дар 4 занон (3,4%) ошкор карда шуд. Барои ҳамин хунравии гастродуоденалии пинҳон нисбатан маъмул дар гурӯҳҳои синнусолии калон бо таҳлил решӣа давомнок мушоҳида карда мешавад, бештар аз 3-5 сол.

Ҳамин тариқ, бо ҷамъбаст намудани баррасиҳои ҷараёни бемории решӣ дар синни ҷавонӣ, байни мардон ва занон, мо мехоҳем, ки хусусиятҳои зеринро қайд намоем. Бемории решӣ дар синни ҷавонӣ дар 46 (39,0%) беморон, дар мардон бисёртар (33 беморон, 28,0%), дар занон камтар (13 беморон 11,0%) мушоҳида карда мешаванд. Дар сурате, ки дар гурӯҳҳои синнусолии калонтар нисбатан бештар дар 72 (61,0%), дар 53 (44,9%) мардҳо ва 19 (16,1%) занон вомерхӯранд.

Шаклҳои нисбатан сабуки ҷараёни бемории решӣ навъи реши «ягона» дар синни ҷавонӣ, дар 20 беморон (16,9%) мушоҳида мешаванд. Ин тартиби ҷараёни бемории решӣ дар гурӯҳҳои синнусолии калонтар, дар 33 (28,0%) бо бартарии мардон дар ҳар ду гурӯҳ ба қайд гирифта шуд. Шаклҳои вазнини ҷараёни решӣ навъи решҳои «сершумор», «даврашакл» ва «пептикӣ» бештар дар гурӯҳҳои синну соли калонтар мушоҳида мешуданд, дар 39 (33,0) беморон, аҳёнан дар синни ҷавонӣ дар 14 (11,9%) беморон муайян карда шуд. Шаклҳои мураккаби ҷараёни бемории решӣ дар шакли деформатсияи решӣ (ҷавонон - дар 13 (10,0%)

беморон, калонсолон 22 нафар, 18,6%), бо аломатҳои хунравии пинҳонӣ (чавонон - 5 беморони чавон 4,2%, калонсолон 16 нафар, 13,6%), ҳамчунин, бештар дар гурӯҳи синнусолии калонтар дар муқоиса бо гурӯҳи беморони чавон ба қайд гирифта шуд. Дар поён мо таҳлили муқоисавии шаклҳои ҷараёни маълумоти бемории решӣро дар гурӯҳҳои синнусолии чавон ва калонтар пешниҳод менамоем (расми 3.13).



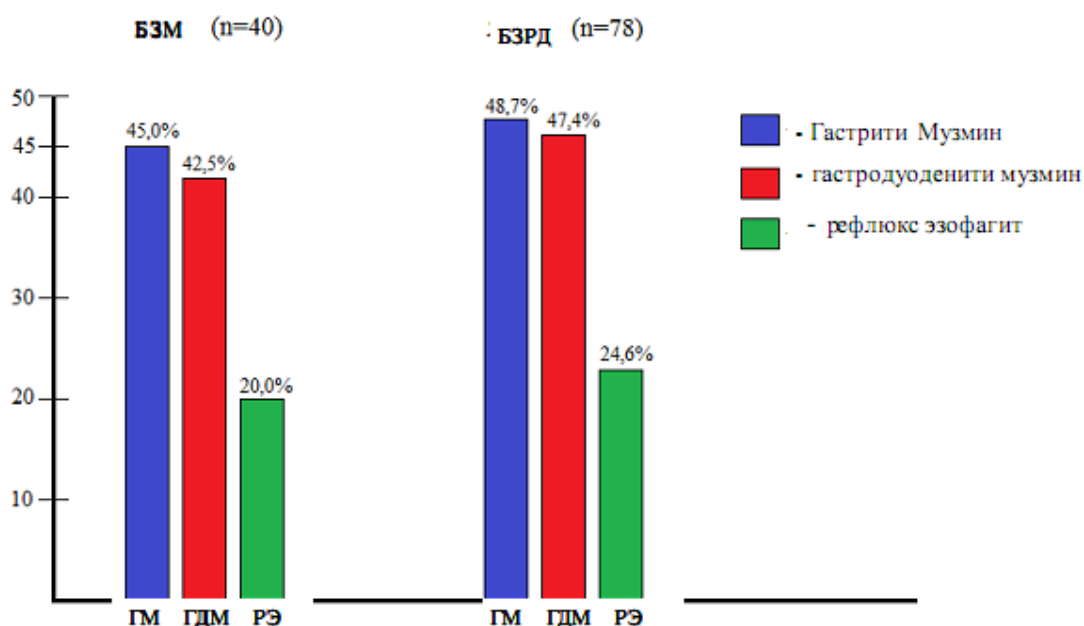
Расми 3.13. - Тавсифи муқоисавии басомад ва шакли ҷараёни бемории решӣ дар синни чавонқ ва калонсолӣ, $n = 118$, фарқияти назаррас $P > 0,05$

Маълумотҳои овардашуда нишон медиҳад, ки бемории решӣ бештар дар гурӯҳҳои синнусолии калонтар маъмул аст, нисбатан бештар бо шаклҳои шадид ва мураккаби ҷараён мегузаранд. Омилҳои хатари нисбатан вазнини ҷараёни бемории решӣ дар гурӯҳҳои синнусолии калон, хусусан давомнокии анамнези решӣ, низоми озӯқаворӣ, авҷгирии зуд зуд бе усулҳои табобатии лозима, мақсаднок, комплексӣ, одатҳои бад: сигоркашӣ, носкашӣ, хусусиятҳои низоми истеъмоли ғизо, ҳолатҳои бисёри стрессӣ ва умуман тарзи ҳаёт дар ин минтақа.

Дар баробари хусусиятҳои дар боло зикркардашудаи ҷараёни решӣ меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар ин минтақа, мо мехоҳем, натиҷаҳои таҳлили басомади бемориҳои сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаро пешниҳод кунем, аксаран дар якҷоягӣ бо бемории решӣ оварда мешуданд.

Аз 40 беморон (33,9%) бо реши меъда, дар якҷоягӣ бо ошкор намудани реши меъда дар давоми ташхиси эндоскопӣ дар 8 (20,0%) нафар аломатҳои бемории рефлюксии гастроэзофагеалӣ (БРГЭ) бо рефлюксэзофагит, дар 18 (45,0%) нафар гастрити музмин ва дар 17 (42,5%) гастродуоденити музмин (расми 15). Дар беморони реши рӯдаи дувоздаҳангушта гастрити музмини дар 38 (48,7) нафар музмин дар 37 (47,4%), рефлюкс эзофагит дар 19 беморон (24,4%), ошкор шуд.

Таҳлили муқоисавии басомад ва хусусията беморҳои сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, дар гурӯҳи беморони бо реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта хусусиятҳои муҳим ба ошкор намудан танҳо бо басомади ками гастрити музмин, гастродуоденити музмин ва рефлюкс эзофагит дар беморон бо реши рӯдаи дувоздаҳангушта иҷозат надод. (расми 3.14)



Расми 3.14. -Басомади бемории сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар беморон бо гирифтори реш. Фарқияти назаррас $P < 0,05$

Тибқи сарчашмаҳои адабиёт, аксари муҳаққиқон ба омезиши зудии гастрити музмин, гастродуоденит, рефлюкс эзофагит дар беморон бо реши

меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта ишора мекунанд. Бо вучуди ин, басомад ва хусусияти тасвири эндоскопӣ ва морфологии гастрити музмин, гастродуоденит, рефлюкс эзофагит дар адабиёт гуногун пешниҳод шудаанд, баъзе муаллифон ба таври назаррас пайдо менамоянд, дигарашон бо каму зиёдшавӣ аз 36,0% то 88,0%-и мушоҳидаҳо. Баъзе муаллифон ба паҳншавии гастрити атрофӣ дар беморони гирифтори реши меъда ишора мекунанд, дар ҳоле ки дигарон басомади яхела дар муқоиса бо бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта пайдо намуданд, бо ишора намудан ба басомади баланди ғайриатрофӣ ва гранулематозӣ. Бо вучуди ин, аксари муаллифон ҷойгиршавии басомади гастрити музмин ва шаклҳои гуногуни он дар қисми антралӣ, на кам бо қисм ва қисми фундалии меъда омехташударо эътироф менамоянд. Дар мушоҳидаҳои мо, ки ба сокинони аслии минтақаи Мазори Шариф вобаста аст, тағйиротҳои зерин дар беморон бо реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта аз рӯи хусусият ва ҷойгиршавӣ муайян шудааст (Қадвали 3.4).

Қадвали 3.4. -Нишонаи эндоскопии гастрити музмин, гастродуоденит дар беморони гирифтори бемории реши

Табиати патология	Антра лӣ	Антра лӣ + чисм	Антра лӣ + фунда лӣ + чисм	Дуоден ит	Атрофи кӣ	Неатрофи кӣ	Гранулемат озӣ
Гастрити музмин (n=56)	26 (46,4%)	16 (28,6%)	14 (25,0%)	-	18 (32,1%)	27 (48,2%)	11 (19,6%)
Гастродуоден ити музмин (n=57)	24 (42,1%)	18 (31,6%)	15 (26,3%)	57 (100,0%)	14 (24,6%)	30 (52,6%)	13 (22,8%)
Ҳамагӣ	50 (44,2%)	34 (30,0%)	29 (25,7%)	57 (50,4%)	32 (28,3%)	57 (50,4%)	24 (21,2%)

Натиҷаҳои пешниҳодшудаи натиҷаҳои муқоисашудаи таҳлили эндоскопии хусусияти патологияи меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта дар беморони бо реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта фарқи назарраси

вобаста ба ҷойгиршави инуксони решӣ ёфт нашуд. Бо вучуди ин, бояд ба хусусияти табиати патологияи фоноӣ ишора намуд.

Бештар тағйироти илтиҳобии луобпардаи меъда дар қисми антралии он ҷойгир мешуданд. Тақрибан бо бартарии якхелаи басомад тағйироти луобпарда дар қисми антралӣ+ қисми меъда ва камтар дар қисми фундалӣ ва қисми меъда ушоҳида карда мешуд. Тағйироти атрофӣ зуд-зуд дар луобпардаи меъда ошкор мешуд ва тағйироти ғайриатрофикии назарраси луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта бартарӣ доштанд. Хусусияти тағйироти боз ҳам вазнини дар луобпарда камтар ба назар мерасид, аз 19,6% то 22,9% дар беморони гирифтори бемории решӣ.

Ҳамин тариқ, таҳлили бемориҳои заминаи луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта варами назарраса гипоремия ошкор шуд. Тағйирёбии луобпарда табиати маъмулро дорост, махсусан дар минтақаи антралӣ, на аҳёнан бо тағйироти атрофӣ ва гранулематозӣ.

Дар баъзе мушоҳидаҳои зери девори меъда ва решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта шабакаи рагдор ба мушоҳида мерасад. варами гипермӣ бо манбаи атрофӣ, инчунин, дар қисми фундалӣ ва қисми меъда ба қайд гирифта шуд. Аз ин рӯ, тағйироти дар боло зикршудаи луобпарда ва решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта бешубҳа вазнинии ҷараёни бемории решӣро бадтар менамояд.

Бо дарназардошти манфиати қавӣ дар даҳсолаи охир аз охири асри XXI, аксарияти муҳаққиқон ба омӯзиши бисёре аз бемории рефлюксии гастрозофагеал бо рушди рефлюкс эзофагит, мо, инчунин, басомад ва табиати БРГЭ-ро омӯхтем, ки ба якҷоягӣ бо бемории решӣ бештар мувофиқат мекунад.

Дар асоси тадқиқотҳои клиникӣ-эндоскопӣ дар маводҳои мо марбут ба сокинони аслии минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон БРГЭ дар 8 беморон (20,0%), бо решӣ меъда ва 19 бемор (24,4%) бо бемории решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта, ҳамагӣ аҳолии умумӣ дар 27 беморон (22,9%) ошкор карда шуд.

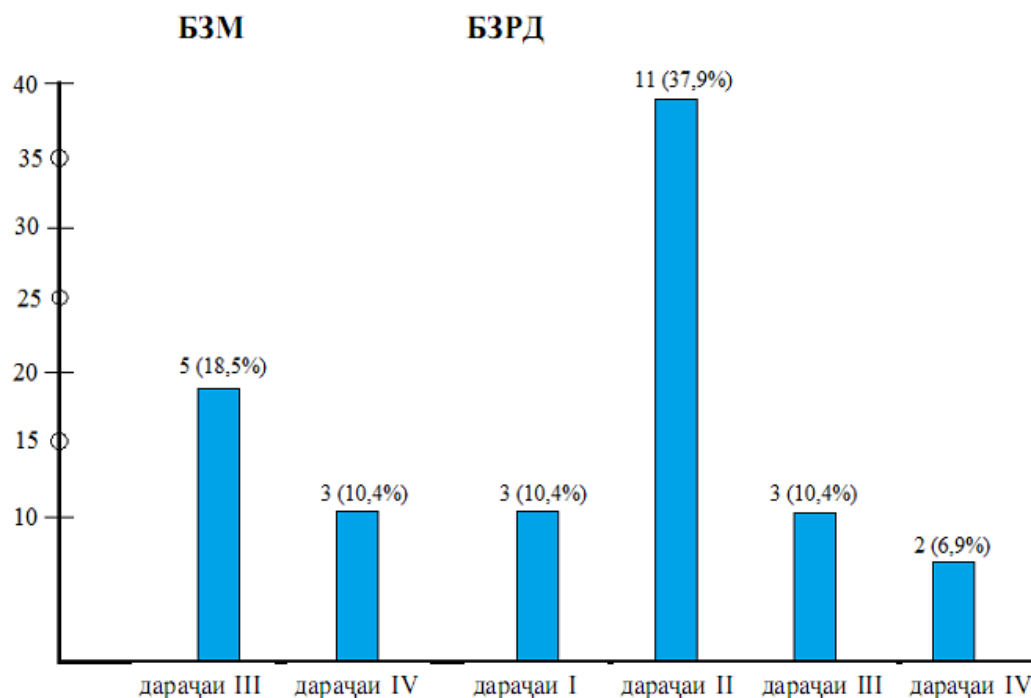
Бино ба маълумоти адабиёти дастрас паҳншавии БРГЭ дар байни аҳолии кишварҳои гуногун аз 20,0% то 40,0%-ро ташкил медиҳад. Бо вучуди ин, аксари муаллифони муосир ҳодисаҳои бештари паҳн шудани БРГЭ байни аҳоли, бо мурочиат накардани беморон ба ёрии тиббӣ, махсусан ҳангоми шаклҳои сабуки чараёни беморӣ мепайванданд, Дар баробари ин, як қатор мушкилоти ташхисӣ вобаста ба зухуроти гуногуни клиникӣ, ки зери ниқоби дигар бемориҳо пинҳон мебошанд, вучуд дорад, набудани ташхисҳои эпидемиологӣ ҳамаҷониба, ки ба таъсиси басомади ҳақиқии БРГЭ имконият медиҳад. Басомади БРГЭ дар маводи таҳқиқотии мо дар беморони гирифтори бемории решӣ муносиб ба расм пешбиниамудаи адабиёт мебошад.

Бо вучуди ин, бояд дараҷаи пасти ба беморхона мурочиат намудани аҳолии ин минтақаи Ҷумҳурии Исломии Афғонистонро қайд намуд, ки умуман диспансеризатсияи аҳоли ҳангоми омилҳои хатари пайдошавии бемории решӣ, инчунин БРГЭ вучуд надорад. Бо таҳлили омилҳои хавфи БРГЭ дар беморони бо реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангкшта, ки ба вайроншавии механизми антралӣ меоварад, мо механизмҳои умумии таъсири ҳолатҳои стресси зуд, махсусан ғизо ва одатҳои бадро дида истодаем. Ҳарчанд ки дар адабиёт, дар қорҳои нашршуда муаллифони пешбар муҳокимаи бузург оиди дарки патогенези пайдоиши БРГЭ, ки аксари он норавшан ва баҳсангез боқӣ мемонад.

Аломати клиникии маъмултарини БРГЭ бо рефлюкс эзофагит зардаҷӯшии марбут ба ҳамроҳшавии туршии меъда бо луобпардаи сурхрӯда бо бемории решӣ хос буд. Ҳамчунин, оруғ бо мазаи турш дар даҳон, дисфагия бо маҷмӯи дард дар эпигастрия дар қади сурхрӯда ба аломатҳои умумии бемориҳои вобаста аз кислотаи меъда ба қайд гирифта шуд. Ниқобҳои БРГЭ-ро бояд қайд кард, ки дар 4 бемор (14,8%) ниқоби сабук, ки бо сулфаи сабук ҳамроҳӣ мекард, ки духтурон онро бо кашидани тамоку алоқаманд намуданд. Аз ин рӯ, барои ташхиси дақиқи БРГЭ гузаронидани фиброэзофагогастроуденоскопия

арзиши бузург дорад, ки имконияти таъсис додани тасвири ҳадафи беморию дорад.

Бино ба таснифоти Савори ва Миллер мо шаклҳои зерини БРГЭ бо рефлюкс-эзофагит ошкор кардем (расми 3.15.).



Расми 3.15. - Басомади клиникӣ-эндоскопӣ ва дараҷаи вазнинии рефлюкс-эзофагит дар беморони БРГЭ ҳангоми БЗМ ва БЗРД дар сокинони минтақаи Мазори Шариф (n̄27)

Ҳангоми реши меъда дар 5 беморон (18,5%) РЭ дараҷаи III (В) бо резиши даврашакл дар мавқеи дисталии сурхрӯда ва РЭ IV-дараҷа дар 3 беморон (10,4%), ошкор шуд. Дар ин аҳолии беморон ташхисшуда, мо РЭ I-II -ро пайдо накардем, пас, дар беморони гирифтори реши меъда қараёни бемории БРГЭ бо рефлюкс-эзофагит хеле зиёд дучор мешаванд.

Дар беморони гирифтори бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта хеле зуд басомади РЭ дараҷаи (IIIB) дар 11 (37,9%) муайян карда шудааст, ва камтар, тақрибан бо басомади якхела РЭ (IA) дараҷаи (IIB) ва (IV). Дар баробари ин, бояд таъкид намуд, ки мо тағйироти наратраси эндоскопиро, ки хос ба шаклҳои

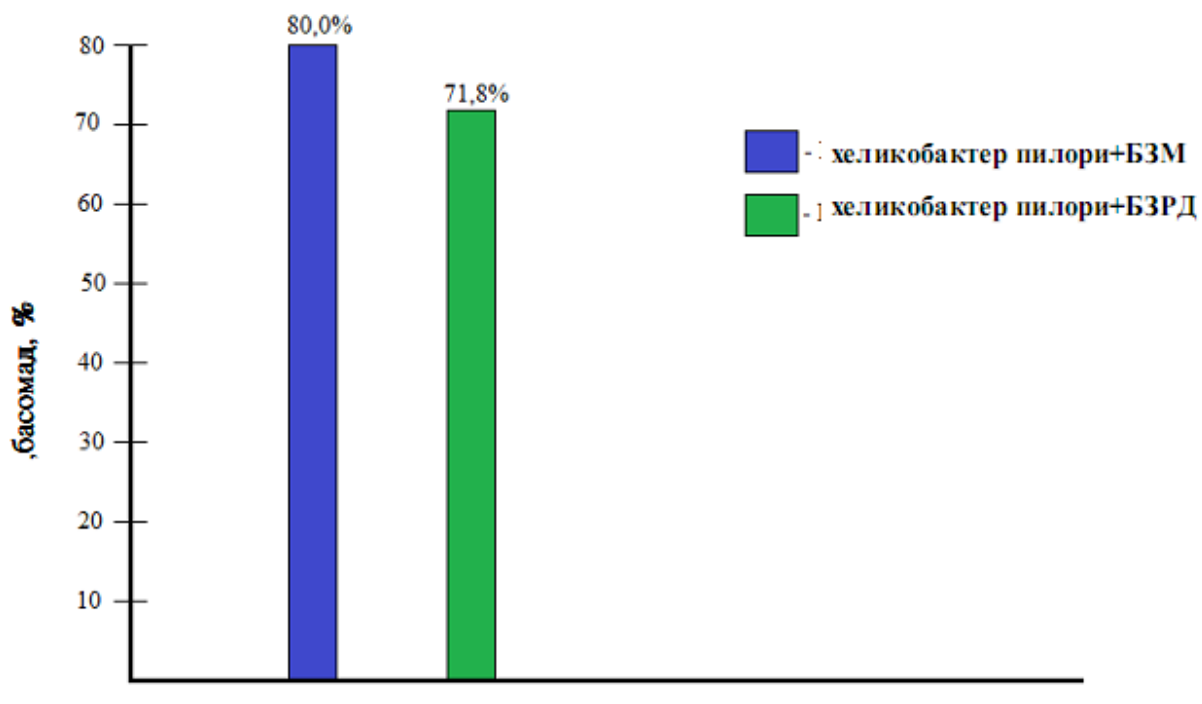
(IVГ) (VD) дар чараёни БРГЭ ва сурхрӯдаи Баррет мебошанд, ошкор карда натавонистем.

Бинобар ин, чунин гуногунии шаклҳои чараёни БРГЭ бо рефлюкс-эзофагит, эҳтимолан бо интихоби беморон дар ташхиси беморон бо бемории решӣ алоқаманд аст, ғайр аз мо дар омӯзиш масъалаи муайян кардани, муносибати бемории решӣ бо БРГЭ ро нагузоштаем. Дар таҳқиқоти мазкур, мо мехоҳем нишон диҳем, ки дар беморони бо реши меъда шаклҳои бештар вазнини рефлюкс-эзофагити дараҷаи (IIВ) мушоҳида карда шудаасмт, ва аз ҳама камтар бо шаклҳои бештар вазнини рефлюкс-эзофагит дараҷаи III и IV.

Фарқияти басомади БРГЭ ва РЭ байни мардон ва занони калонсол боэътимод набуданд, гарчанде тамоюли ночиз ба баланд бардоштани басомади рефлюкс-эзофагити дараҷаи II нест, новобаста аз синну сол қайд карда шуда буд. Ин ҳолат эҳтимолан бо шумораи зиёди беморони БРГЭ дар аҳолии аз тарафи мо омӯхташуда вобаста аст, бешубҳа ҳалли ин масъалаҳо таҳқиқоти бузургро вобаста ба чараёни ва паҳншавии БРГЭ дар байни сокинони Ҷмхурии Исломии Афғонистон талаб мекунад.

Дар оянда, барои муайян кардани шаклҳои алоқаманди хеликобактер пилории бемории решӣ мо бо истифода аз кишти бактериологӣ, муайян намудани фаъолнокии оксидазӣ ва каталазӣ, ташхиси босуръати уреазӣ (ТБУ), аз тарафи мо басомад ва табиати шакли алоқаманди хеликобактер пилории бемории решӣ дар байни сокинони минтақаи Мазори Шарифи Ҷумхурии Исломии Афғонистон. Маводи барои тадқиқот, ки мо қаблан ишора намуда будем, ихроҷи беморон ва маводи биопсӣ аз антрум ва ҷисми меъда буд. Дар натиҷаи тадқиқотҳои бактериологӣ хеликобактер пилори дар 32 (80,0%) бемор аз 40 - бемори ташхисшуда бо реши меъда ва дар 56 (71.8%) аз 78 беморон бо бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта ошкор карда шуд. Аз ин рӯ, дар ҳар ду гурӯҳ хеликобактер пилории алоқаманд бо бемории решӣ нисбатан тез-тез

вомехӯоданд, бо афзоиши омории басомади назаррас дар беморони гирифтори реши меъда (расми 3.16.).



Расми 3.16. - Басомади хеликобактер пилори дар беморони БЗМ (n̄40) ва БЗРД (n̄78). Фарқияти назаррас $P < 0,05$

Хосиятҳои микробиологии омӯзиши хеликобактер пилори нишон дод, ки ҳамаи зотҳои алоҳида хусусиятҳои хоси морфологӣ ва фарҳангӣ доранд, яъне ба хусусиятҳои биологии онҳо мусоидат менамуданд. Ҳодисаҳои басомади шаклҳои алоқаманди хеликобактер пилории бемории решӣ эҳтимолан бо паҳншавии ҳаланди хеликобактериоза дар ин минтақа вобаста аст. Дар адабиётҳои дастрас маълумот дар бораи тақсими нобаробари паҳншавии хеликобактериоза дар кишварҳои гуногун вучуд дорад. Бо вучуди ин, ки паҳншавии ками хеликобактериоз дар кишварҳои тараққикардаи Аврупо

нисбат ба кишварҳои дорони бадтарин шароити санитарии зиндагӣ нишон дода мешавад. Илова бар ин, баъзе муаллифон ба паҳншавии зиёди шаклҳои алоқаманди хеликобактер пилории бемориҳои меъдаю рӯда дар мардон, ва дигарон дар занон ишора мекунанд. Дар маҷмӯъ, дар ин бора, ҳеҷ возеияти ниҳоқӣ вучуд надорад, бисёре аз масъалаҳои паҳншавии хеликобактериоз баҳснок боқӣ мемонад, ки талаб омӯзиши минбаъдaro дорад. Дар маводи омӯзишии мо бемориҳои вобаста ба хеликобактер пилори тақрибан якхела дар занон ва мардон вомехӯрад, вале камтар фарқият дар ҷавонон ва калонсолон вучуд дорад (Ҷадвали 3.5).

Ҷадвали 3.5. -Басомади тухм коштани хеликобактер пилори дар беморони гирифтори реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта дар ҷавонон ва калонсолон

Ҷойгиршавии реш	Синни ҷавонӣ (n̄46)	Хеликобактер пилорм +	Синни калонсолӣ (n̄42)	Хеликобактер пилори +
1. Бемории реши меъда (n̄32)	15	46,9%	17	53,1%
2. Бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта (n̄56)	31	55,4%	25	44,6%

Натиҷаҳои пешниҳодшудаи басомади хеликобактериоз дар беморони бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта афзоиши миёнаи басомади тухмгузории хеликобактер пилориро дар синни калонтар (53.1% зидди 46,9%) нишон дод. Дар ҳоле ки, дар синни ҷавонӣ, дар беморони гирифтори бемории реши рӯдаи дувоздаҳангушта низ каме басомади хеликобактериоз меафзояд. Ин тартибот, бо фарқияти миёна байни басомади тухмгузории хеликобактер дар беморон бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта имкон медиҳад, фикрҳоро оиди он, ки хеликобактер пилории алоқаманд бо реши меъда метавонад новобаста аз синну сол пайдо шавад, пешниҳод мекунанд. Маълум аст, ки басомади сирояти хеликобактериозӣ бештар аз

меъёрҳои санитарӣ-гигиенӣ ва шароити ғизо ва шароити иҷтимоии шуғли аҳоли ва умуман аз тарзи ҳаёт вобаста аст.

Дар омӯзиши вазъи ҷаъиятӣ-зиндагонӣ бо бемории решӣи алоқаманд бо хеликобактер пилори як қатор омилҳо, ки боиси сирояти аъзои оила мегарданд, нишон дод. Ҳолатҳои чуфти бемории алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилори дар падару модар, бародарон ва хоҳарони кам нестанд. Тасдиқ карда шудааст, ки омили бештари пешбари сироят дар бисёр оилаҳо истифодаи ғизо бо даст аз як табақ мебошад. Умуман, дар ин масъала, оид ба беҳтар намудани қоидаҳои иҷтимоӣ, тандурустӣ ва санитария, ба мақомоти тандурустӣ лозим аст, ки кӣшишҳои бузург дар гузаронидани маҷмӯи корҳои пешгирикунанда ба харҷ диҳанд.

Ғайр аз ин, аз 88 беморон бо бемории решӣ бо озмоиши мусбат ба хеликобактер пилории намуна аз ихроҷ дар 22 нафари онҳо таҳхис ба хеликобактпер пилорӣ гузаронида шуд. Намунаҳои КДН ба 7 муносиҳбатҳои генотипӣ тақсим карда шудааснд, ки иборат аз таркиби гуногуни генҳои хромосомӣ мебошанд. Натиҷаи таҳлили генетикӣ нишон дод, ки дар этиологияи бемории решӣ зотҳои гуногуни зиёди генотипи хеликобактер пилори афзалиятнок баҳисоб мераванд, ки аз иборат аз маҷмӯи 6 гени хромосомӣ иборат мебошанд, ки дар 11 (50,0%) беморон дар маводи биопсии аз минтақаи антруми меъда дар намунаҳои КДН аз ин беморон ошкор карда шуданд, дар 2 (9,0%) ва 5 (27,7%) генотип аз маҷмӯи 4 хромосома дарёфт карданд, дар дигар 4 (18,3%) беморон генотип аз маҷмӯи генотипии 3 генҳои хромосомӣ ошкор карданд (Қадвали 3.6).

Қадвали 3.6. -Басомади генотипҳо ҳангоми БЗМ ва БЗРД (n=22)

Шумораи генотипҳо	Комбинатсияи генҳои хромосомӣ	Шумораи намунаҳои мусбии генҳои хромосомӣ	Басомад бо %
1	ureB, ureC, cagA, cagH, vacS1, vacS2	11	50,0%
2	ureB, ureC, cagH, vacS1,	2	9,0%

	vacS2		
3	ureB, ureC, cagA, cagH	5	22,7%
4	ureB, ureC, cagH	4	18,3%
Ҳамагӣ		22	100,0%

Таҳлили натиҷаҳои пешниҳодшуда нишон доданд, ки дар беморони гирифтори бемории решӣ байни сокинони минтақаи Мазори Шариф, аз ҳама бештар комбинатсияи генотипи 6 генҳои хромосомии гуногун мушоҳида мешаванд, комбинатсияи генотипи генҳои 4 ва 3 кам мушоҳида мешаванд, хеле кам бошад генотипи комбинатсияи генҳои 5. Комбинатсияи генҳои vac s1, vac S2 диққатамонро ҷалб менамуд, ки дар беморони изолятсияшуда аз 6 ва 5 генҳо мушоҳида карда шуд ва дар ҳолатҳои дигар, комбинатсияи ошкоршудаи генҳои ure B, ure C, cag A, cag H.

Натиҷаҳои гирифташудаи генотипӣ аз тарафи мо бо дуғвории клиникӣ-эндоскопӣ ва морфологӣ тасвири ҷараёни бемории решӣ ташхис гузаронида шудааст. Муаррифии маълумоти тартиби тақсим дар 6 беморон мувофиқи «решӣ даврашакл» дар 6 беморони решӣ «сершумор» ва дар 4 беморон бо нуқсони решӣ (Қадвали 3.7.).

Қадвали 3.7. -Муқоисаи вазнинии ҷарёни нуқсони решӣ бо басомади хусусияти генотипӣ ҳангоми БЗМ ва БЗРД. (n=22)

Характеристикаи нуқсони решӣ	Комбинатсия аз 6 генҳо	Комбина тсия аз 5 генҳо	Комбинатсия аз 4 генҳо
Решӣ «даврашакл» (n=6)	4 (66,6%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
Решӣ «Пептикӣ» (n=6)	6 (100,0%)	-	-
Решӣ «сершумор» (n=6)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	4 (66,6%)
Решӣ «ягона» (n=4)	-	-	4 (100,0%)
Ҳамагӣ (n=22)	11 (50,0%)	2 (9,0%)	9 (41,0%)

Маълумотҳои пешниҳодшудаи муқоисавӣ барои баёни фикр оиди характеристикаи генотипии хеликобктер пилорм имконият доданд. Дар беморони шакли ёфтшуда, аксаран комбинатсияи маҷмӯи генҳо аз 6

комбинатсияи хромосомӣ дида. Бо намуди решӣ «даврашакл» дар аксарияти беморон бо genotypeгенотипи аз 6 генҳои хромосомӣ КДН (66,6%) ошкор шуд, бе истисноӣ имконияти таҳияи чунин пешгӯии шакли номусоиди бемории решӣ ҳангоми комбинатсияҳои 5 ва 4-и генҳои хромосомӣ. Бо вучуд доштани решӣ «пепетикӣ» дар маводи тадқиқотии мо дар ҳамаи беморони ташхисшуда генотипи комбинатсияи 6 генҳо ошкор шудааст.

Ҳамин тариқ, зотҳои хеликобактер пилори, ҳамчун омили рушди этиологии бемории решӣ гастродуоденалӣ дар доираи диапазонҳои гуногун каму зиёд мешаванд, вале шумораи комбинатсияи генҳои хромосомии КДН ҳангоми бемориҳои вазнин решӣ зиёд мешаванд. Ин шароит, пурра бо мушоҳидаҳои аксарияти муаллифони муосир, ки ба муносибатҳои бевоситаи вазнини нисбӣ ва шиддатнокии симптомологияи клиникии бемории решӣ бо шумораи генҳои хромосомии КДН ишора мекунанд, мувофиқ мебошад. Зиёд намудани комбинатсияи генҳои хромосомии КДН эҳтимолан омилҳои асосии патогенӣ ва вирулентии хеликобактер пилориро бо рамзифода мекунанд.

Аз ин рӯ, ба ғайр аз омилҳои манфии дар боло зикршуда, барои рушди бемории решӣ дар минтақаи Мазори Шариф Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон, баъзе хусусиятҳои муҳим генотипии хеликобактер пилори, ки бештар бо шакли вирулентии хеликобактер пилори вохӯрад, ки иборат аз комбинатсияи 6 ва 5 (59,0%) (13 беморон аз 22 ташхисшудагон), бемории решӣ гастродуоденалӣ мебошанд.

Барои дурустии натиҷаҳои генотипӣ ва арзиши бузурги ташхисии он дар арзёбии вазнинии чараёни бемории решӣ, аз тарафи мо мо сатҳи зиддихеликобактерии иммуноглобулинҳои гурӯҳи G ва иммуноглобулинҳои умумии A, M, G дар хунобаи 22 беморон бо натиҷаҳои бадастовардаи генотипӣ омӯхта шуд.

Бо истифодаи усули ташхисии ТИФ дар хунобаи 17 (77.2%) беморони ташхисшуда ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактерии гурӯҳи IgG дарёфт шуданд.

Бино ба адабиётҳои басомади ошкор шудани ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактерӣ тибқи маълумотҳои муаллифони гуногун аз 68,0% то 82,6% -и беморон каму зиёд мешаванд, дар мушоҳидаҳои мо басомади ошкор шудани ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактериҳои гурӯҳи IgG нисбатан дар раҳамҳои нигоҳ дошта, то 86,4% -и ташхисшудагонро тартиб дод. Баландии миқдори ҷисҳои бегонаи зиддихеликобактерӣ дар ҳунобаи ду беморон ба 20 в / мл, дар дигарон аз 60 в / мл зиёд то ба 120 в / мл ва зиёдтар расидан (Ҷадвали №7.). Арзишҳои диностикӣ ва дурустии бузургии миқдори ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактериалӣ дар адабиёти баҳснок баррасӣ мешавад, баъзе муаллифон афзуншавии миқдори ҷисҳои бегонаи зиддихеликобактерӣ ба 20 в / мл ва камтарро батавзи диностикӣ нодуруст меҳисобанд, ҳол он ки дигарон миқдори 20 в / мл ва зиёдро натиҷаи мусбии диностикӣ мешуморанд, вале бештари муаллифон барои ташхиси эътимодноки зиёдшавии миқдори ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактериалӣ аз 20 боло ва то 60-120 в / мл расиданро мешуморанд. Дар маводи таҳқиқотии мо дар ду бемор миқдори ҷисҳои бегонаи зиддихеликобактерӣ ба расид 20 в / мл, дар дигарон 60 в / мл ва зиёдта буданд, ки барои тасмим гирифтани оиди муҳимии диностикӣ ва миқдори зиёди ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактерӣ имкон медоданд. Аз ҳама титлоотӣ зиёдшавии назаррасии миқдори иммуноглобулинҳои гурӯҳи IgG буданд, - то ба 26,31 в / мл. расиданд, дар ҳоле, ки сатҳи иммуноглобулинҳои гурӯҳи А ва В дар доираи арзишҳои муқаррарӣ 3,26 в / мл қарор доштанд. Аз ин рӯ, ҳангоми бемориҳои илтиҳобии минтақаи гастродуоденалӣ бо ташаккули нуқсонии решӣи табиати хеликобактерӣ барои ҳифзи организм мебарояд.

Дар баробари аломати махсуси ҷисмҳои бегона, асосан иммуноглобулини навъи G зиёд мешавад. Ин муқаррарот бо маълумотҳои нашрҳои дигар муаллифон, ки дар масъалаҳои генотипӣ ва сироятнопазириро ҳангоми бемории минтақаи гастродуоденалии хусусияти хеликобактерро ба таври муфассал омӯхтаанд, мутобиқ қарда мешаванд (ҷадвали 3.8.).

Чадвали 3.8. -Натиҷаҳои тадқиқоти ТИФ, барои ошқори зиддихеликобактерии IgG дар беморони гирифтори бемории решӣ (n̄22)

Гурӯҳи ташхисшудагон	Микдори зиддихеликобактерии AtIgCa	Натиҷа	Шумораи беморон
БЗИ ва БЗРД (n̄22)	1:10	Шубҳанок	3
	1:20	Мусбии паст	2
	1:40	Мусбӣ	1
	1:60>	Мусбӣ	7
	1:120>	Мусбии зиёд	9
Ҳамагӣ			22

Ҳамин тариқ, бо баробари ҷамъбасти ин бахш, мо мехоҳем, ки ба баъзе хусусиятҳои ҷараёни бемории решӣ байни сокинони минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон боз истем. Бемории решӣ дар ин минтақа дар 74,1% ба сирояти хеликобактерӣ сурат мегирад. Фарқияти махсуси назарраси басомади сироятшудагони хеликобактер пилори байни гурӯҳҳо синнусолии ҷавон ва калонтар, инчунин байни мардон ва занон, аз тарафи мо муайян карда нашудааст. Сирояти хеликобактериозӣ тақрибан бо басомади якхела, албатта, новобаста аз синну сол, ҷинс, дар аксари беморон бо бемории решӣ мушоҳида шуданаш мумкин аст. Усулҳои серолгии таҳқиқот паҳншавии генотипҳоро бо басомади баланди мувофиқати ғеҳои хромосомии КДН-ро нишон доданд, ки боз ҳам ҷараёни вазнии бемории решӣро дар минтақа ба авҷ меоранд. Мавҷудияти натиҷаи мусбат дар хеликобактер пилори бо усули ТИФ, 86,4% -ро ташкил дод, тақрибан бо басомади якхела, бо бартарии ғайримухими натиҷаҳои мусбии зиёди микдори ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактерӣ, асосан IgG. Зиддият дар зиёдии микдори ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактерии IgG, эҳтимолан аз пастшавии иммунитет вобаста аст, махсусан дар беморон бо ҷараёни такроршавии дарозмуддати авҷгирии бемории решӣ бо шаклҳои вазнини хусусияти нуқсони решӣ меъда ва / рӯдаи дувоздаҳангушта.

3.2. Самаранокии терапияи эррадикатсионӣ дар беморон бо реши меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар сокинони Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон

Барои омӯзиши самаранокии табобати эррадикатсионӣ мо беморонро бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта интихоб намудем, онҳоро аз рӯи синну сол, чинс ва хусусияти нйқсони решӣ бо натиҷаҳои клиникӣ, лабораторӣ ва эндоскопӣ ҷудо кардем. Бо шикоятҳои асосӣ ва симптоматологияи бемории решӣ, мӯҳлати гӯштпуркунии нуқсони решӣ ва дараҷаи эррадикатсия арзёбӣ мешуд.

Барои табобат нақшаи маъруфи табобати сегона, ки ҳамчун тавсия ҳамчун табобати бемории решӣ аз тарафи консенсиуми Маастрихтӣ (1996) ва қарори созишии маҷлиси машваратии ЕНPSG Маастрихт ва Флоренсия (2002, 2005, 2007) бо иловаҳои он тавсия шудааст, истифода бурда шуданд. Ҳангоми бесамара будани хати аввали табобат пас аз санаи мӯҳлати назоратии табобат, курси дуюми табобат ҷаҳоргона бо илова намудан ба табобати комплексӣ омепразол 20мг 1x2 бор дар як шабонарӯз, кларитромитсин 500 мг x 2 маротиба, амоксатсиллин 1000мг x 2 маротиба, ба илова намудан ба нақша препарати субситрони висмут (Де-Нол) 240мг x 2 маротиба дар як рӯз. Табобати зиддихеликобактерӣ дар давоми 7 рӯз гузаронида шуд, препаратҳои H2 - блокатори гистимин ва субситрони висмут барои 3 ҳафта муқаррар карда шуда (Ҷадвали №8.).

Самаранокии табобат пас аз ба охир расидани давраи назоратии мӯҳлати табобат арзёбӣ шуда буд, бо таҳқиқоти такрории се усули ташхисӣ: таҳқиқоти ВЗП-и ихроҷ, ТИФ - и хуноба ва муоинаи эндоскопӣ.

Ташхиси такрории ихроҷ бо усули ВЗП пас аз як моҳи баъди ба охир расидани табобати зиддихеликобактерӣ гузаронида шуд. Фосилаи ин тартибот

аз рӯи сарчашмаҳои адабиёт, ба хоҳири интисоҳи хеликобактер пилори аз организм ва пешгири кардани ҷудошавӣ ва регенератсияи КДН-и микроорганизмҳои мурда, нигоҳдошта шуд.

Сипас, мо ба натиҷаҳои нақшаи табобати хати аввалро пешкаш менамоем (Ҷадвали 3.9.).

Таблица 3.9. -Натиҷаҳои нақшаи табобати хати аввал дар бемории БЗМ ва БЗРД дар сокинони минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон (Омепразол 20мг 2маротиба+Кларитромитсин 500мг х 2маротиба. + Амоксатилин 1000мг х 2маротиба

Табиати патология	Синну сол аз 18-29 сола n̄32		Натиҷаи эррадикация %	Ғуштуркунии реш %	Синну сол аз 30-50 сола n̄56		Натиҷаи эррадикация %	Ғуштуркунии реш %
	мардҳо	занҳо			мардҳо	занҳо		
1. БЗМ: (n̄32) 1А реши «ягона»	2	2	4 (100%)	4 (100%)	3	2	5 (100%)	4 (80,0%)
1Б «зами сершумор»	2	2	4 (100%)	4 (100%)	3	2	4 (80,0%)	3 (60,0%)
1В реши «давраша кл»	-	-	-	-	5	1	2 (33,3%)	1 (16,7%)
1Г реши «пептикий»	3	-	1 (33,1%)	1 (33,1%)	3	2	3 (60,0%)	2 (40,0%)
2. БЗРД (n̄32) 2А реши «ягона»	4	4	8 (100%)	8 (100%)	6	6	12 (100%)	12 (100%)
2Б «зами сершумор»	7	2	9 (100%)	9 (100%)	10	6	14 (87,5%)	12 (75,0%)
2В реши «пептикий»	4	-	2 (50,0%)	2 (50,0%)	5	2	4 (57,1%)	4 (57,1%)

Натиҷаҳои пешниҳодшудаи табобат, табобати самаранокии нисбатан баландро нишон медиҳанд, эҳтимолан бо хусусиятҳои аҳолии ин минтақа,

тамоюли хурд ва хеле ками истеъмолкунии антибиотикҳо ҳангоми бемории зуком ва дигар бемориҳо вобаста мебошанд. Ин муқаррарот нигоҳ ҳассосияти баланди хеликобактер пилори ба антибиотикҳоро бо аз байн бурдани имконияти рушди зотҳои тобовари ин бактерияҳо то оғози табобат нигоҳ медорад.

Натиҷаҳои табобат дар дараҳаи муайяни аз синну сол, давомнокии анамнези решӣ ва хусусияти нуқсони реш вобаста буд. Фаҳмост, ки бо назардошти шиддати дард, зардаҷӯши дардовар, қабз, ба баъзе беморон дар давоми 3-5 рӯз дар ба блок схема спазмолитикҳо, доруҳои антатсидӣ, доруҳои исҳоловари растанӣ то нест шудани ин аломатҳо ҳамроҳ мекарданд.

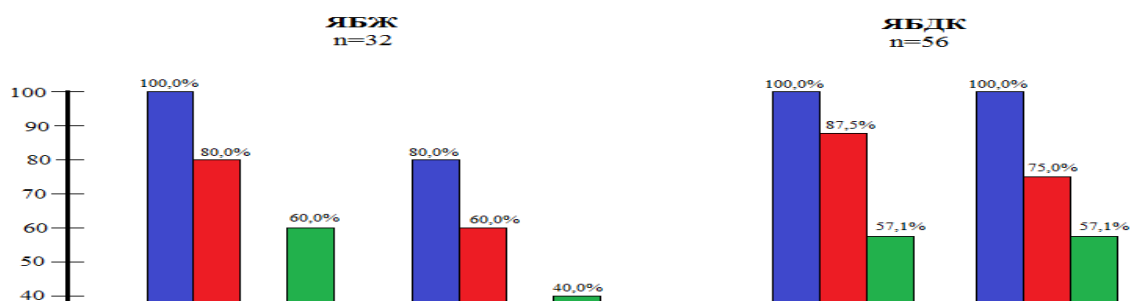
Дар беморони гирифтори решӣ меъда ва решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта дар синну соли ҷавонӣ ҳам дар мардон ва ҳам дар занон натиҷаи табobati эррадикатсионӣ бо гӯштпуршавӣ ҳангоми нуқсонҳои решӣ «ягона» ва «сершумор» зиёд буданд, ба 100,0% расиданд, яъне дар ҳамаи беморон. Дар ин гурӯҳи ташхисшуда, натиҷаҳои ноҳоли табobati эррадикатсионӣ бо гӯштпуркунии нуқсони решӣ дар беморони ба решӣ «пептикӣ» дар ин гурӯҳи беморон ба қайд гирифта шуд, танҳо дар як бемор ҷойгиршавии реш дар меъда ва дар ду нафар бо ҷойгишшавии дуоденалӣ эррадикатсияи пурраи пурра бо гӯштпуркунии нуқсони решӣ мушоҳида карда шуд, дар ду беморони боқимонда бо ҷойгиршавии реш дар меъда ва ду нафари решӣ дуоденалӣ натиҷаҳои манфӣ гирифта шуд. Ҳамин тариқ, дар синни ҷавонӣ натиҷаҳои ғайриканоатбахши бемории решӣ аз 32 беморони ҷавон дар 4 (12,5%), ва дар боқимонда 28 (87,5%) натиҷаҳои табобат муваффақ буданд.

Дар сурате, ки дар гурӯҳи дуюм натиҷаҳои табобат дар беморони решӣ меъда нисбатан бадтар буданд. Эррадикатсияи пурра ҳангоми решӣ «ягона» бомуваффақият буд ва ба 100,0% беморон расид, вале гӯштпуркунии пурра дар 4 беморон (80,0%) ба мушоҳида мерасид. Ҳангоми решӣ «сершумор» дар меъда эррадикатсияи пурра дар 4 (80,0%), ва гӯштпуркунии реш дар 3 беморон (60,0%)

муқаррар карда шуд. Аз 6 бемороне, ки гирифтори решӣ «даврашакл»-и меъда буданд, эррадикатсияи пурра танҳо дар 2 беморон (33,3%), ва гӯштпуркунӣ танҳо дар 1 (16,7%), бемор бо ин шакли нуқсони решӣ мушоҳида карда шуд. Натиҷаҳои ба ин монанд ҳангоми решӣ «пептики»-и меъда, аз 5 беморони гирифтори ин намуди нуқсони решӣ, эррадикатсияи пурра дар 3 (60,0%) ва генератсия бо гӯтпуркунии реш дар 2 беморон (40,0%) мушоҳида карда шуданд.

Нисбатан натиҷаҳои беҳтар ҳангоми табобати бемории решӣи рӯдаи дувоздаҳангушта ошкор карда шудаанд, ҳангоми решӣ «ягона» эррадикатсияи пурра бо гӯштпуркунии реш (100,0%) дар ҳамаи беморон ба қайд гирифта шуд. Дар ҳоле ки ҳангоми решӣ «сершумор» эррадикатсия дар 87,5% ва гӯштпуркунии реш дар 75,0% -и беморони ташхисшуда ба амал омад. Ҳангоми решӣ «пептикӣ» эррадикатсияи пурра бо гӯштпуркунии реш дар 4 (57,1%) аз 7 беморон бо ин гуна нуқсони реш ошкор карда шуд.

Сипас, мо нисбатан натиҷаҳои табобати решӣи меъда ва решӣи рӯдаи дувоздаҳангушта вобаста ба хусусияти нуқсони решӣро таҳлил намудем (расми. №18). Таҳлили зарари чунин тартибот вобаста ба хусусияти нуқсони решӣ натиҷаҳои нисбатан беҳтарро дар гурӯҳи беморони гирифтори БЗРД нишон доданд. Ин муқаррарот бо маълумотҳои адабиётӣ бо зикри бисёре аз муаллифони муосир, бештар ба мушоҳида оиди рафти нисбатан мусоиди бемории решӣи рӯдаи дувоздаҳангушта дар муқоиса бо решӣи меъда мувофиқат менамояд.



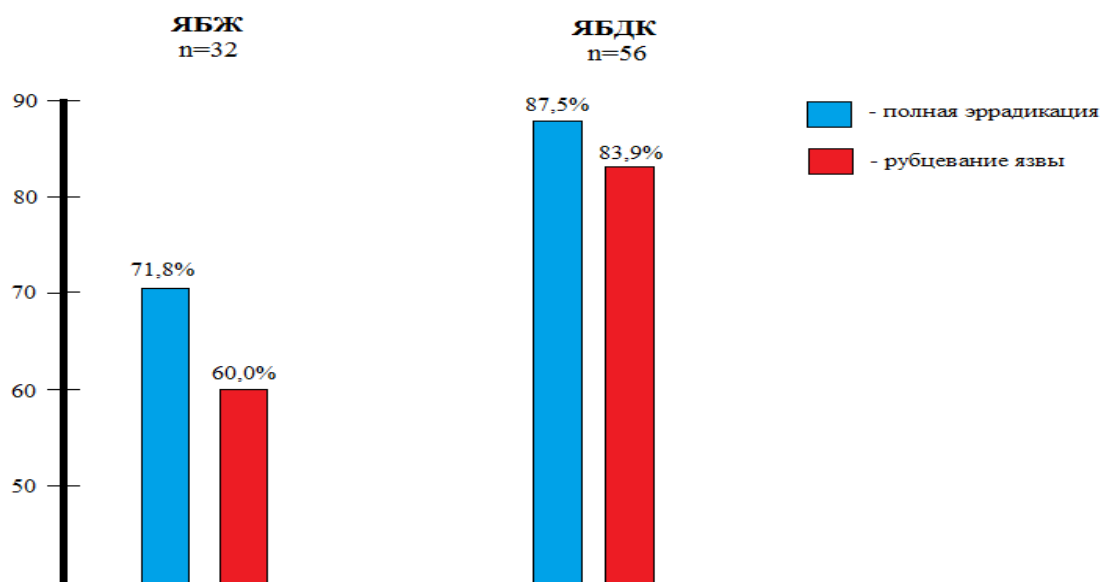


Расми 3.17. - Баҳодиҳии муҳоисавии натиҷаҳои табобат вобаста ба хусусияти нуқсони решӣ дар беморони бо БЗМ ва БЗРД

Ҳамин тариқ, дар аҳолии умумии беморон, ки муолиҷаи комплексӣ гузаронида шуд, дар гурӯҳи беморони гирифтори решӣ меъда эррадикатсияи пурра дар 9 (28.1%) беморон, ва гӯштпуркунии пурраи реш дар 13 беморон (40,0%) ба амал наомад. Дар беморони гирифтори бемории решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта эррадикатсияи пурра дар 7 беморон (12,5%) ва гӯштпуркунии реш дар 9 беморон (16,0%) қайд гирифта шуд.

Ҳамаи ин беморони гурӯҳҳои якум ва дуюм ба синну сол калонтар, ки асосан, бо хусусияти махсуси нуқсони решӣ, шаклҳои номусоиди нуқсони решӣ ба қайд гирифта шуд, дохил мешуданд. Дар поён натиҷаҳои таҳлили муҳоисавии самараноки табobati 88 беморони аҳолии умумии ташхисшударо меоварем, аз онҳо гирифтори бемории решӣ меъда 32 нафар, бо гирифтори бемории решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта дар 56 беморони ташхисшуда мушоҳида карда шуд (расми №19.). Дар аҳолии умуми аз 32 беморон бо решӣ меъда, эррадикатсияи пурра дар 23 (71,9%) беморон, ва гӯштпуркунии реш дар 19 беморон (60.0%), дар ҳолате ки дар гурӯҳи беморони гирифтори решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта эррадикатсияи пурра дар 49 (87.5%), бо гӯштпуркунии пурраи реш дар 47 беморон (83.9%) ошкор карда шуд.

Барои қарори ниҳии фарорасии эррадикатсияи пурра дар якҷоягӣ бо тадқиқоти гузаронидашудаи ВЗП омӯзиши такрорӣ баъд аз 3 моҳи ба охир расидани табобат гузаронида шуд, миқдори ҷисмҳои зиддихеликобактерии иммуноглобулинҳои гурӯҳи IgG омӯхта мешуд. Натиҷаи ин тадқиқот паस्त шудани миқдори иммуноглобулинҳои мушаххаси зиддихеликобактерии кам аз 20 в / мл-ро нишон дод, ки ба хулосабарорӣ оиди эррадикатсияи пурра самаранок имкон дод. Баъзе аз тағйироти мусбӣ вобаста ба бемориҳои сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ҳангоми ташҳиси эндоскопӣ ва морфологии луобпарда баъди табобат ба қайд гирифта шуд.(расми 3.18.)



Расми 3.18. Тавсифи муқоисавии натиҷаҳои табобат дар аҳолии умумии беморони БЗ ташҳисшудаи сокинони минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон. Фарқияти назаррас $P < 0,05$.

Ҳангоми ташҳиси эндоскопӣ баъди ба охир расидани табобат ба заминаи назоратӣ паस्तшавии фаъолнокии нишонаҳои илтиҳоб, варам ва гиперемияи луобпарда дар қисми поёнии сурхрӯда, дар қисми антралӣ, қисми фундалӣ, пилорикии меъда, реша ва луобпардаи дуоденум мушоҳида карда мешуд. Бо вуҷуди ин, нишонаҳои эндоскопии гипертрофия, атрофия, дар якҷоягӣ бо

пастшавии нишонаҳои фаъолнокии инфилтратсияи илтиҳобӣ нисбатан нигоҳ дошта мешуд. Дар зер динамикаи гистологии бемориҳои заминаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаро меорем (Чадвали 3.10).

Чадвали 3.10. -Тасвири морфологии гастрити музмин, гастродуоденита дар беморони гирифтори БЗМ ва БЗРД пеш ва баъд аз курси табобат (n̄88)

Тасвири морфологӣ	Пеш аз табобат		Баъд аз табобат	
	БЗМ n̄32	БЗРД n̄56	БЗМ n̄32	БЗРД n̄56
Гиперемияи рағҳо	32 (100,0%)	54 (96,4%)	2 (6,3%)	6 (10,7%)
Инфилтратсияи лимфоситарӣ	32 (100,0%)	54 (96,4%)	9 (28,1%)	18 (32,1%)
Инфилтратсияи нейрофӣ	32 (100,0%)	54 (96,4%)	11 (34,4%)	16 (28,6%)
Эпителія дисплазия	14 (43,7%)	26 (46,4%)	8 (25,0%)	11 (19,4%)
Эпителіяи гиперплазия	12 (37,5%)	22 (39,3%)	7 (21,8%)	11 (19,6%)
Эпителіяи атрофия	16 (50,0%)	28 (50,0%)	9 (28,1%)	18 (32,4%)
Метаплазияи рӯда	2 (6,2%)	8 (14,2%)	0 (0%)	2 (3,6%)
Гиперплазияи фовеоларӣ	9 (28,1%)	12 (21,4%)	2 (6,3%)	4 (7,1%)

Эзоҳ: шумораи мутлақи беморони дар қавс (%)

Натиҷаҳои пешниҳодшудаи таҳлили морфологӣ пастшавии назарраси нишонаҳои фаъолнокии илтиҳоби, гиперемияи рағҳои луобпардаро нишон медиҳанд. Нишонаҳои инфилтратсияи лимфоситарӣ ва нейтрофилӣ якбора дар давоми табобат кам шуданд. Эпителіяи дисплазия, нишонаҳои гиперплазияи фовеоларӣ ба таври назаррас паст шуданд. Динамикаи мусбат дар минтақаҳои эпителіяи атрофӣ ва эпителіяи гиператрофии луобпардаи меъда ба қайд гирифта шуд.

Ҳамин тариқ, дар якҷоягӣ бо эррадикатсияи муваффақи хеликобактер пилорӣ бо ғуштпуркунии нуқсонӣ реш, бартари назарраси рефлюкс эзофагит, гастрити музмин ва гастродуоденит мушоҳида карда мешавад. Далели мазкур ба пастшавӣ ва нестшавии бисёре аз аломатҳои бемории решӣ, ки ҳангоми таъхиси клиникӣ симптоматологии бемори решӣ пайдо мешавад, инъикос меёбад (Чадвали 3.11.).

Ҷадвали 3.11. -Динамикаи аломатҳои клиникӣ бемории решӣ пеш ва баъд аз табобат (nӯ88)

Симптоматология	Пеш аз табобат		Баъд аз табобат	
	БЗМ nӯ32	БЗРД nӯ56	БЗМ nӯ32	БЗРД nӯ56
1. Аломати дард	32 (100%)	56 (100%)	7 (21,8%)	12 (21,4%)
2. Диобеҳузурӣ	24 (75,0%)	42 (75,0%)	-	-
3. Зардаҷӯшӣ	21 (65,6%)	43 (76,8%)	2 (6,3%)	4 (7,1%)
4. Оруғ	21 (65,6%)	40 (71,4%)	3 (9,4%)	6 (10,7%)
5. Қайкунӣ	6 (18,8%)	14 (25,0%)	-	-
6. Дарунравӣ	6 (18,8%)	12 (21,4%)	-	-
7. Қабз	7 (21,9%)	22 (39,3%)	-	-
8. Мелена	4 (12,5%)	11 (19,6%)	-	-

Пас аз як курси табобат динамикаи мусбӣи наратрас бо аз байн рафтани пурраи бисёр нишонаҳои бемории решӣ мушоҳида карда мешуд. Дар охири табобат эҳсосоти дилбеҳузурӣ, қайкунӣ, дарунравӣ, қабз ва мелена тамоман аз байн рафтанд, ташҳиси ихроҷ хуни пинҳон дар заминаи табобати такрорӣ манфӣ буданд. Каме, эҳсосоти даврии зардаҷӯш (6,5%, 7,1%), оруғ (9,4%, 10,7%) дар беморони ақаллиа боқӣ мемонд, асосан бо нест шудан дар аксари беморон.

Фишурдаи зуҳури аломати дард низ дар ҳамаи беморон нест шуданд, вале дар 7 беморон (21,8%) бо реши ва дар 12 беморон (21,4%) бо бемории реши рӯдаи дувоздатангушта эҳсосоти вазнинии давра ба давра бо эҳсоси дард дар минтақаҳои эпигастралӣ ба амал меомаданд. Чуноне, ки мо қаблан дар беморони бо натиҷаҳои манфӣи табобати эррадикатсионӣ ва бо гӯштпуркунии нопурраи шаклҳои махсуси нуқсони решӣро пешниҳод намудем, ин аломатҳо нигоҳ дошта мешуданд.

Ҳангоми ташҳиси эндоскопии такрорӣ дар 13 беморон бо реши меъда ва 9 бо беморон бо реши рӯдаи дувоздаҳангушта пастшавии гиперемия, қисми минтақаи илтиҳобӣ мушоҳида карда мешуд, дар 7 бемор нишонаҳои ибтидоии барқарорсозии нуқсони решӣ ишора карда мешуд. Дар дигарон нишонаҳои зичшавии канораҳои нуқсонир решӣ бо аломатҳои ибтидоии ташаккулёбии бофтаи пайвасткунанда мушоҳида карда шуданд, атрофи реш нишонаҳои

инфилтратсия нигоҳдошта мешуданд, яъне тамоюл ба ташаккули реши «музмин» вучуд дошт.

Бо назардошти паст шудани самаранокии схемаҳои стандартии табобати сегона, эҳтимолан дар натиҷаи паҳншавии назарраси зотҳои тобовар хеликобактер пилорӣ ба доруҳои зиддибактериалӣ имконпазир алоқамандшуда, ҷустуҷӯи схемаи табобати алтернативи, аз ҷумла захираи доруҳои зиддибактериалиро талаб менамояд. Барои дастгирии ин пешниҳод тавсияҳои таҳқиқи таҳхис ва табобати бемории решӣ алоқаманди хеликобактер пилорӣ, қабули декларатсияи аз тарафи олимони барои кишварҳои Амрикои Лотинӣ, кишвари Осиё ва Чин гувоҳӣ медиҳанд. Дар он маслиҳатҳо ва нақшаҳои табобат вучуд доранд, ки аз тавсияҳои созишномаи Маастрихти фарқ мекунад, аз ҷумла, дар алоқа бо безътимоднокии доруҳои тавсияшудаи зиддибактериалӣ, тавсия дода мешавад, ки доруҳои алтернативӣ - фуразолидон истеъмол карда шаванд.

Дар асоси тавсияҳои дар боло аз ҷониби мо зикр кардашуда барои табобати такрорӣ нақшаи зерини табобатӣ тҳия карда шудааст: Омепразол 20 мг х 2 маротиба дар як рӯз +тетрасиклин 500мг х 4 маротиба дар як рӯз + фуразолидон 200 мг х 2 маротиба дар як шабонарӯз бо илова ба сафедаи нақшаи висмути препаратсубситрона (Де-нол 240мг х 2 маротиба дар як шабонарӯз) (Ҷадвали 3.12).

Ҷадвали 3.12. -Натиҷаҳои курси такрории табобати эррадикатсионии дар беморон бо реши меъда ва реши рӯдаи дуводзаҳангушта (n=22)

Характер язвенного повреждения	Пеш аз табобат		Баъд аз табобат			
	Хеликобактер пилори (+)	Гӯштпуркунии реш (-)	Хеликобактер пилори		Гӯштпуркунии реш	
	n	n	+	-	+	-
БЗМ (n=13)						
1. Решӣ «ягона»	-	1		-	1	
2. Решӣ «сершумор»	1	2		1	2	

3. Реши «даврашакл»	4	5	2	2	2	3
4. Реши «пептикӣ»	4	5	2	2	2	3
БЗРД (n=9)						
1. Реши «сершумор»	2	4	-	2	4	-
2. Реши «пептикӣ»	5	5	2	3	3	2
Всего	16	22	6 (37,5%)	10 (62,5%)	14 (63,6%)	8 (36,4%)

Эзоҳ: шумораи мутлақи беморон, дар қавс %-и самаранокӣи табобат

Баъди ташхиси такрорӣ пас аз анҷоми давраи истиноди табобат, аз 16 беморон (9 бо БЗМ, 7 бо БЗРД) эррадикатсияи пурра дар 10 беморон (67,5%), ва дар 6 (37,5%) беморон бо хеликобактер пилори мусбӣ боқи мемонд, қайд карда шудааст, гӯштпуркунии пурра аз 22 бемор дар 14(63,6%), ба қайд гирифта шуд, дар боқимонда 8 (6-БЗМ, 2- БЗРД) беморон гӯштпуркунии пурраи нуқсони реш қайд гирифта нашудааст. Ҳангоми эндоскопияи такрорӣ, ғафсшавии қаъри нуқсони реш, ғафсшавии фиброзии кунҷҳои бо афзоиши бофтаҳои пайвастананда ошкор карда шуд, ки ба хулосабарории ташаккули реш «музмин» имконият медиҳад (расми 3.19.).



Расми 3.19. - Реш музмини меъда

Ҳамин тариқ, бо чамъбасти натиҷаҳои табобати хати 1 ва курси табобати такрорӣ аз рӯи нақшаи додашуда - табобати квадратӣ (квадротерапия), со ба хулоса мебарорем, ки аз ҳама табобати самарабахш ва муваффақона ин

табобати решҳои «ягона» ва «сершумор» ба ҳисоб меравад, хусусан дар беморони синну солашон ҷавон. Ҳангоми табобати такрории квадратӣ мо натавонистем натиҷаҳои пурраи эррадикатсияи гӯштпуркунии нуқсони захиминро ба даст оварем дар 6 (18,7%) бемор аз 32 беморони решӣ меъда хеликобактер пилори мусбӣ боқи мемонд, дар 8 (25,0%) беморон гӯштпуркунии пурраи нуқсони решӣ дар шахсони калонсол оғоз нашуд.

Боби 4. Муҳокимаи натиҷаҳо

Дар гастроэнтерологияи муосир патологияи минтақаи гастродуоденалӣ байни сокинони кишварҳои гуногун, хусусан дар минтақаҳои Осиёи Марказӣ бемории бештар маъмул аст. Дар даҳсолаи охири асри XXI афзоиши назаррас дар омӯзиши проблемаҳои этиология, патогнез, клинико-эндоскопӣ ва ташҳиси морфологӣ, муолиҷа ва пешгирии реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида карда мешавад. Пас аз кашфи нақши хеликобактер пилори дар рушди бемории решӣ, дарки хусусияти масъалаи пайдоиш ва табобати ин бемориҳо ба таври назаррас такмил ёфтанд. Вале, сарфи назар аз дастовардҳои назарраси гастроэнтерологияи муосир масъалаҳои басомади дарёфти паҳншавии хеликобактериоз дар минтақаҳои гуногуни иқлимӣ ва ҷуғрофӣ мавзӯи баҳс боқӣ мемонад бояд, албатта бо қайд намудани вобастагии паҳншавии этно-экологии хеликобактер пилорӣ.

Ҳамзамон нухтаи назаре ҳаст, ки 70% одамоне, ки мубталои сирояти хеликобактер пилори мебошанд, дар давраи тамоми ҳаёти бактериябарангони солим боқӣ мемонанд [57, 99, 109, 113, 142, 150]. Ҳамчунин маълумотҳои ҳастанд, ифлосшавии луобпарда бо хеликобактер пилори дар 80% -и мардуми солим бо тавсири гистологии муқаррарии луобпардаи меъда дарёфт мешаванд.

Минтақаҳои Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон бошад, ки аз қисми Аврупоии аҳоли бо шароитҳои иқлимӣ- ҷуғрофӣ, ҳислати истеъмоли ғизо, ҷамъияӣ-иқтисодӣ, зиндагӣ, дохилӣ, ҳолатҳои басомад эҳсосоти стрессиву равонӣ ва тарзи ҳаёт дар маҷмӯъ, хусусиятҳои клиникии симптоматологии, шаклҳои алоқаманди хеликобактер пилорӣ бемориҳои гастродуоденалӣ ва натиҷаҳои табобат омӯхтанашуда боқӣ мемонанд, ки сабаби интиҳоб намудани мавзӯи тадқиқотӣ мебошанд.

Барои иҷрои мақсад ва вазифаҳои тадқиқот мо 118 беморонро бо реши меъда ва рӯдаи 12-ангушта дар сокинони аслии минтақаи Мазори Шариф Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон ташҳиш намудем.

Меъёрҳои дијагностикӣ ва дохил намудан ба тадқиқот усулҳои тадқиқоти клиникӣ, лабораторӣ, функционалӣ, эндоскопӣ ва бактериологӣ, ба таври мушаххас муайян намудани бемории решӣ меъда ва рӯдаи 12 -ангушта имкон дод.

Меъёрҳои истисно ин мавҷудияти бемориҳои ҳамроҳикунандаи аз ғадуди зерӣ меъда, талхадон, чигар, бемории ишемии дил, гипертона ва нишонаҳои шадиди нуқси қарроҳии бемории решӣ буданд.

Ташҳиси эндоскопӣ бо усули Г.Б.Гиршман бо аппарати ширкати «Olympus EХЕРА II» дар речаи НОTV гузаронида шуд, ки ба ташҳиси луобпардаи сурхрӯда, меъда, рӯдаи 12-ангушта имкон медиҳад ва агар зарур бошад, ба гирифтани маводи биопсикӣ барои боби «таснифоти Сидней», бо назардошти тағйироту иловаҳо аз соли 1996.

Барои ошкор кардани хеликобактер пилорӣ ташҳиси парвариши бактериологӣ бо ҷорӣ кардан, муайян кардани фаъолнокии оксидазӣ ва каталазӣ, ташҳиси босуръати уреазӣ (ТБУ, изҳороти вокуниши занҷираи полимеразӣ (ВЗП) гузаронида шуд.

Табоботи эррадикатсионӣ мувофиқи нақшаи тавсияшудаи Конфронси Маастрихти, бо иловаҳои он (соли 1999, соли 2000) гузаронида шуд. Баъд аз ба охир расидани курси табобат ба мӯҳлати назорати эндоскопияи такрорӣ бо омӯзиши бактериологии хеликобактер пилорӣ гузаронида шуд.

Таҳлили натиҷаҳои тадқиқоти 118 беморони гирифтори бемории решӣ бартарии назарраси мардонро нишон доданд, онҳо 86 нафар буданд, занон дар 32 нафар аз синни 20 то 46 сола, яъне асосан дар синни қавонӣ, миёна ва синни қобилияти қорӣ дошта гирифторӣ беморӣ буданд. Таҳлили сабабҳои мурочиат нишон доданд, ки беморон асосан бо шиддатнокии дард аз омезиши зудӣ зардаҷӯши дардовар, оруғ ва дигар ихтилолҳои диспетикӣ мурочиат мекарданд. Мурочиат ба духтур одатан баъд аз 2-3 ҳафта пас аз оғози пайдоиши ихтилоли дард, диққатамонро ҷалб менамуд. Таҳқиқотҳои тартиботи хӯрдани хӯрок,

афзалият доштан ба хӯроки зирбонида, шӯрбои сахт чӯшонида шуда бо истифода аз ханут тунд, қаламфури сурх ва сиёҳ ва чойи қавиро нишон доданд. Аз одатҳои бад таваҷҷӯҳ ба истифодаи кашидани тамокутва нос дода шуд. Басомади бемории решӣ дар занон ва мардон бо бартарии ҷойгиршавии реш дар рӯдаи 12-ангушта дар муқоиса бо меъда идома меод. Ин ҳолат хеле пайваста бо маълумоти адабиёти аксари муаллифони муосир мебошад, бо ишора намудан ба паҳншавии бемории решӣ рӯдаи 12-ангушта дар муқоиса бо решӣ меъда дар аҳолии кишварҳои гуногун (Х.Х. Мансуров, Г.К. Мирочев, 2000; Я.С. Зиммерман ва диг., 2008). Басомад ва мавсимии авҷгирӣ дар аксарияти беморон дар тирамоҳ ва баҳор ба мушоҳида мешуд (73,7%), аҳёнан дар тобистон ва зимистон (26,3%).

Бо таҳлили омилҳои хавф барои имконияти бемории решӣ дар байни сокинони Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон, мо мехоҳем басомади хеле баланди ҷойгиршавии ирсиро қайд намоем, эҳтимол бо басомади баланди издивоҷи хешутаборӣ. Дар мушоҳидаҳои мо аз 118 беморони ташхисшуда 28 беморон (23,7%) дар мавҷудияти бемории решӣ дар падар, бобо, бародари худро ишора намуданд.

Далели мазкур бо ақидаи муаллифони алоҳида мувофиқат мекунад, ки аҳамияти ҷойгиршавии ирсӣ ба рушди бемории решӣ ишора мекунад. Омили дигари боз ҳам воқеии хавф паҳншавии баланди хеликобактериоза, хусусан байни аҳолии деҳот, басомади бемории решӣ алоқаманд бо хеликобактер байни мардуми Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон ба 74,6% беморонро ташкил дод. Дар кори эпидемиологӣ, ки аз ҷониби корманди мо (Х.С. Абдуллоев, С. Сатторов соли 2011) иҷро карда шудааст, басомади хеликобактериоз байни аҳолии деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон, ки бо табиати иқлимӣ-ҷуғрофӣ, этно-экологӣ ва тарзи ғизои сокинони Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон наздик аст, 92,0% аҳолиро ташкил дод. Бо вучуди ин, шаклиҳои алоқаманди хеликобактер

пилории бемории решӣ дар минтақаи аҳолии деҳоти Ҷумҳурии Тоҷикистон 32,0% -и беморон ташкил дод.

Басомади баланди шаклҳои бемории решӣи алоҳаманд бо хеликобактер пилори дар байни мардumi Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон, бахусус дар муқоиса бо сокинони қисми шимолӣ, ва марказии Мамлакатҳои Давлатҳои Ихтиёрӣ (СНГ), бо қисми Аврупоии аҳоли гузаронидани таҳқиқоти эпидемиологии мақсаднокро талаб менамояд.

Ҳамчунин диққатамонро яке аз омилҳои хавфи рушди бемории решӣ бештар ҷалбнамуд, ки ин фишори равонӣ-эҳсосии зуд, ки дар ин минтақа дар давраи ҳозира хос аст.

Натиҷаи эзофагогастродуоденоскопияи гузаронидашуда имкон дод, ки хусусияти нуқсони решӣ, басомади ҷойгиршавӣ, тағйирёбии заминавии луобпарда, сурхрӯда, меъда ва рӯдаи 12-ангуштаро муайян намоем. Натиҷаҳои таҳқиқоти эндоскопӣ байни гурӯҳи назоратӣ иборат аз одамони комилан солим бо набудаи шикоятҳо ва радди вазъи соиатикӣ дар 10,0% нишонаҳои рефлюкс эзофагит, дар 30,0% гастрити музмин, 15,0% гастродуоденити музмин ва 10, 0% деформатсияи решаи рӯдаи 12-ангушта ошкор карда шуд. Ин муқаррарот далели вучуддоштаро, ки ба ҷараёни пинҳони патологияи минтақаи гастродуоденалӣ байни шахсони комилан солим тасдиқ мекунад, (Х.Х.Мансуров, Г.К.Мироҷев 2001; Я.С. Зиммерман ва диг., 2008.).

Таҳқиқоти эндоскопӣ дар беморони бо аломатҳои клиникии бемории решӣ барои муайян намудани решӣи ягона дар 16 (40,0%) бо ҷойгиршавӣ дар меъда ва дар 47 (60.2%) дар рӯдаи 12-ангушта имконият дод, яъне, басомади бештар мусоиди нуқсони решӣ дар беморони гирифтори бемории решӣи рӯдаи 12-ангушта афзалиятнок буд. Нуқсони решӣи сершумор тақрибан бо тақрибан ба басомади якхела бо афзоиши кам (24,4 зидди 27,5%) басомади мушоҳида ҳангоми бемории решӣи меъда. Ба таври дурнамо номусоид (J. Blasser et al., 2001; Я.С. Зиммерман ва диг., 2008) нуқсони замини навъи «даврашакл» решӣи танҳо

дар беморони гирифтори реши меъда (15,0%) мушохида мешуданд, дар омӯзиши мо, чунин тратиботи захи дар беморони гирифтори бемории реши рӯдаи 12-ангушта ба қайд гирифта нашуданд. Нисбатан зуд-зуд, тақрибан бо басомади якхела бемории решӣи навъи аҳми «пептикӣ», дар беморон бо реши меъда (17,5%) ва реши рӯдаи 12 -ангушта (15,4%) ошкор карда шуд.

Шаклҳои мураккаби нуқсони решӣ бо аломатҳои хунравии пинҳон, ки хунравии тамосӣ медиҳад дар 15,0% -и беморон бо ҷойгиршавии реш дар меъда ва дар 19,2% ҷойгиршавии дуоденалӣ ба қайд гирифта шуд. Тасвир деформатсияи решаи рӯдаи 12 -ангушта дар 8 беморон (20,0%) бо реши меъда ва дар 37 (47,4%) ҳангоми реши рӯдаи 12-ангушта, дар ҳоле, ки 26 (22,0%) аз онҳо бо аломати пилоростенозай компенсатсияшуда ошкор шуданд.

Қайд кардан зарур аст, ки табиат ва шакли нуқсони решӣ то андозае аз синну сол ва давомнокии анамнези решӣ вобаста аст. Дар синни ҷавонӣ бештар реши ягонаи вомехӯрад, ва камтар намуди реши сершумор. Дар гурӯҳҳои синну соли колонтар басомади нуқсони решӣи сершумор ва шаклҳои махсуси дурнамоии навъи «даврашакл» ва «пептикӣ» бештар дар мардон нисбат ба занон вомехӯранд.

Ҳамин тариқ, дар гурӯҳҳои синнусолии калонтар бештар шаклҳои шадид ва мураккаби бемори решӣ нозил карда шуд. Омилҳои хавф барои ин намуди ҷараён анамнези боз ҳам давомнок, басомади авҷгирӣ, набудани усулҳои мақсадноки эррадикатсионӣ ва табобати зидди решӣ, инчунин одатҳои бад: тамокукашӣ ва носкашӣ, хусусият хатоӣ ғизоӣ ва ҳӯрокворӣ. Дар баробари ин, аҳамияти муайяни баъзе бемориҳои заминаи сурхрӯда, меъда ва рӯдаи 12-ангушта аст.

Дар 40 беморон бо бемории реши меъда дар 8 (20,0%), БРГЭ бо нишонаҳои рефлюкс эзофагит, дар 18 (45,0%) нишонаҳои гастрити музмин, дар 17 (42,5%) гастродуоденити музмин ошкор шудааст. Ҳамчунин, дар беморони гирифтори бемории реши рӯдаи 12-ангушта БРГЭ бо рефлюкс эзофагит дар 19

(24,4%), гастрити музмин дар 38 (48,7%), гастродуоденити музмин дар 37 (47,4%), дар холе, ки дар 37 (47,4%) аз онҳо бо тасвир деформатсияи реша ошкор шудааст. Дар баробари ин, бояд қайд кард, ки басомад хусусии назарраси заминаи бемории решӣ аз тарафи мо дарёфт нашуд, танҳо афзоиши ками басомади онҳо дар бемории решӣ рӯдаи 12-ангушта.

Ҳамчунин ба мавҷудияти гастрити музмин аксар вақт дар қисми антралӣ (44,2%) антралӣ + қисм дар (30,6%), антралӣ+ қисм + қими фундалӣ дар 29 (26,7%), ҳангоми мавҷудияти эпителияи атрофӣ дар 32 (28,3%), гастрити гранулимотозӣ дар 24 (21,2%) беморони ташхисшуда бо бемории решӣ низ диққат дода мешуд. Тибқи сарчашмаҳои адабиёти мавҷуда, басомади тасвири эндоскопӣ ва морфологӣ гастрити музмин, гастродуоденит, рефлюкс эзофагит ба таври гуногун пешниҳод шудаанд, бо каму зиёдшавӣ аз 36,4 то 88% -и мушоҳидаҳо (Х.Х. Мансуров, Г.К. Мирочев, 2005; Я.С.Зиммерман 2008; ва диг.,) Бартарии басомади ҷойгиршавии тағйиротҳои илтиҳобии луобпарда дар қисми антралӣ бо комбинатсияи қисми фундалӣ ва қисми меъда таъкид карда мешавад. Ҳамамон, баъзе аз муаллифон ба паҳншавии тағйироти атрофикии эпителия ҳангоми бемории решӣ меъда ишора ишора карда мешавад, дигарон ба басомади яхелаи ин дигаргуниҳо ҳангоми бемории решӣ рӯдаи 12-ангушта ишора мекунанд. Аз ин рӯ, дар адабиёт муҳолифоти муайян оиди фаҳмиши мутлақи ин масъала вучуд дорад, маълумотҳои гирифтаи мо ба тасвири умумии мавҷудияти маълумотҳои мавҷуда ишора мекунанд. Бо вучуди ин, бисёре аз муаллифон, ба таври равшан мегӯянд, ки ошкор намудани тағйиротҳои баррасишуда дар луобпардаи, махсусан бо бо атрофияи луобпардаи минтақаи гастродуоденалӣ бешубҳа мураккабии чараён ва дурнаморо дар робита бо азнав ташаккулёбии реш ва саратони меъда бадтар мекунад.

Бо дарназардошти манфиати бузург дар даҳсолаи охир ба этиология, патогенези пайдошавии БРГЭ бо нишонаҳои рефлюкс эзофагит, бо нуқсони эрозӣ ва решӣ қисми поёни сурхрӯда, дар охир мо мехостем, ба баъзе

хусусиятҳои бозистем. Дар моводи таҳқиқоти мо БРГЭ бо рефлюкс эзофагит дар беморони бо реши меъда дар 8 (20,0%) дар 19 (24,7%) ҳангоми бемории реши рӯдаи 12-ангушта, ки дар маҷмӯъ дар аҳолии умумии беморони ташхисшуда дар 27 (22, 3%) беморон вомехӯрад. Басомади БРГЭ тибқи маълумотҳои адабиёти марбут ба дигар минтақаҳои иқлимӣ ва ҷуғрофии қитъаи гуногун аз 20% то 40% -и беморон дар байни аҳоли каму зиёд мешаванд. Бо вучуди ин, бисёре аз муҳаққиқон оиди паҳншавии назаррасии БРГЭ байни аҳолиро бо пайвастании чунин як басомади хурди БРГЭ бо аломатҳои гуногуни клиникӣ, бо бадрафтории беморон нисбати духтурон, ва ниқоби мавҷудбуда, ки дигар бемориҳоро пинҳон мекунанд, алоқаманд мекунанд.

Ҳалли муаммои БРГЭ дар Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон берун аз доираи кори мо мебошад, вале мо метавонем чунин хулоса барорем, ки дар 22,3% -и беморони гирифтори бемории решӣ, БРГЭ бо рефлюкс эзофагит ошкор карда мешавад, тақрибан бо басомади яхела ҳангоми ҷойгиршавии меъдавӣ ва дуоденалии реш. Омилҳои хавфи пайдоиши БРГЭ бо рефлюкс эзофагит, ба фикри мо ташаккулёбии механизми зиддирефлюксии вобаста бо патогенези решӣ, хусусияти ғизо, тарзи ҳаёт, ҳолатҳои зуд стрессии ҳоси ин минтақа аст ва бешубҳа бо таъсири хеликобактериоз мебошанд. Албатта, барои ҳалли масъалаи паҳншавии БРГЭ, навъҳои он, хусусиятҳои клиникии чараён гузаронидани омӯзиши миҳёсии бузург дар Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон вобаста ба ин масъала мебошад.

Барои муайян кардани басомади хеликобактер пилории алоқаманд бо бемории решӣ, аз тарафи мо бо усулҳои дар боло қайдшуда барои пайдо намудани ин бактерияҳо тадқиқот гузаронида шуд. Натиҷаҳои таҳқиқоти мазкур натиҷаҳои хеликобактер пилории мусбатро дар 80,0% -и беморон бо реши меъда ва 71,8% -и беморони гирифтори бемории реши рӯдаи 12-ангушта, ки 74,5% -и беморони аҳолии ташхисшударо ташкил дод, нишон дод. Омӯзиши хусусиятҳои морфологии шаклҳои ҷудошудаи хеликобактер пилори нишон

доданд, ки ба штаммҳо ва хосиятҳои морфологӣ хос мебошанд. Басомади шаклҳои алоқаманди бамориҳои решӣ бо хеликобактер пилори мувофиқи маълумотҳои муаллифони пешбар [1,2, 98, 99], аз 32,0% то 80,0% -и беморон каму зиёд мешаванд. Ҳамҳамон, муаллифони пешбар равшан ба басомади пасти паҳншавии хеликобактериоза ишора ва бемориҳои вобаста ба он дар қисми аврупоии аҳоли дар муқоиса бо кишварҳои бо бадтарин шартҳои санитарӣ, иқлимӣ-ҷуғрофӣ ва тарзи ҳаёт дар маҷмӯъ таъкид мекунанд. Баъзе муаллифон ба паҳншавии бештари хеликобактериоза ва бемориҳои марбут ба он байни мардон ишора мекунанд, дигарон бошанд байни занон.

Натиҷаҳои таҳқиқоти мо байни мардони аслии Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон басомади хеле баланди бемории решӣ алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилориро нишон дод. Дар баробари ин бемории решӣ меъда алоқаманд бо хеликобактер пилорӣ бартарӣ дошт (80,0%) дар муқоиса бо ҷойгиршавии решӣ рӯдаи 12-ангушта (71,8%). Таҳлили муқоисавии басомади ошкор шудани хеликобактер пилори вобаста аз синну сол ва давомнокии анамнези решӣ фарқияти муайяни басомади ошкоршавии ин бактерияҳоро нишон дод.

Ҳангоми бемории решӣ меъда дар синни нисбатан ҷавон бештар дар синни калонтар (53,1%) ошкор карда шуд. Дар сурате, ки дар бемории решӣ рӯдаи 12-ангушта бештар дар синни ҷавонӣ (55,4%), камтар дар синни калонтар (44,6%) ошкор карда шуд. Ин ҳолат имкон медиҳад, ки фикри худро оиди бемории решӣ шаклҳои алоқаманди хеликобактер пилори метавонад дар тасодуфӣ новобаста аз синну сол рух диҳад, ва бештар аз шароити санитарӣ ва гигиени, тарзи ҳаёт вобаста аст. Масалан, дар ин минтақа, ба таври анъанавӣ аксаран хӯрокро аз як табақ бо даст меҳ-ранд, ки имконияти паҳншавӣ ва реинфексии хеликобактериоза мешавад. Натиҷаҳои генотипии хеликобактер пилори омезиши генотипҳои гуногунро нишон доданд, аммо бартарии маҷмӯи 6 генҳои хромосомӣ, на камтар аз комбинитсияҳои 5,4,3 генҳои хромосомӣ иборат

мебошанд. Муқоисаи омезиши генҳои хромосомӣ бо ҷараёни мураккаб ва хусусияти нуқсони решӣ қонунгузориҳои муайянро нишон доданд. Ҳангоми шаклҳои вазнини зарари решӣ аз рӯи навҳи, «даврашакл», «пептикӣ», аксаран омехта аз 6-генҳои хромосомӣ, ҳангоми решҳои «ягона» ва «сершумор» комбинатсияи 5,4,3-генҳои хромосомӣ ошкор карда шуд. Ин натиҷаҳо қомилан бо нуқтаи назари аксари муаллифон, ки ба омезиши баланди генҳои хромосомӣ дар шаклҳои вазнини ҷараёни бемории решӣ, ки ба пешгӯии барои ҷараёни вазнини беморӣ имконият медиҳанд, ишора мекунанд.

Тасдиқи чунин таъминот, инчунин зиёд шудани миқдори иммуноглобулинҳои зиддихеликобактерии гурӯҳи G ва иммуноглобулинҳои калони A, M, G дар ҳуноба мебошад. Омӯзиши ТИФ афзоиши миқдори ҷисмҳои бегонаи зиддибактериалии гурӯҳи IgG-ро дар ҳунобаи 17 (77.2%) беморон аз 22 таххисшудагон нишон дод. Дар ин ҳолат, афзоиши назаррас дар 8 беморон (миқдор 1:40, 1:60) ба қайд гирифта шуд, дар 9 беморон саҳт афзудааст (миқдор 1: 120>). Бино ба адабиётҳо, басомади афзоиши миқдори ҷисмҳои бегонаи зиддибактериалӣ аз 68,0% то 87,6% -и мушоҳидаҳо қаму зиёд мешвад.

Натиҷаҳои тадқиқоти ба даст оварда дар беморони гирифтори бемории решӣ басомади зиёдшавии миқдори ҷисмҳои бегонаи зиддибактериалӣ бо нишондодҳои адабиёти марбут, ки ба дигар минтақаҳои мамлакат вобаста аст, мувофиқат мекунад.

Омӯзиши терапияи эррадикатсионӣ, ки бо нақшаи маъруфи тҳабобатӣ, ки аз тарафи консенсиуми Маастрихтӣ ва қарори комиссияи созиш (1996, 2002, 2005), барои табобати бемории решӣ тавсия карда шудааст, ҳеле самаранок мебошад. Дар натиҷаи табобат бо ҳати якуми терапияи сегона бо таъин намудани омепразол 20 мг ду маротиба дар як шабонарӯз, кларитрромитсин 500 мг ду маротиба дар як шабонарӯз, амокситсилин 1000мг ду маротиба дар 1 рӯз дар давоми 7 рӯз, бо давом додани истеъмоли омепразол дар давоми 3 ҳафта, дар мӯҳлати назоратӣ эррадикатсияи пурра дар 87,5%, гӯштпуркунии реш дар

83,7% -и беморони гирифтори бемории реши рӯдаи 12 - ангушта ошкор карда шудааст. Ҳангоми бемории реши меъда эррадикатсияи пурра дар 71,8%, гӯштпуркунии захи дар 60,0% -и беморон ба амал омад. Натиҷаҳои муолиҷа дар дараҷаи муайян аз синну сол, ҷойгиршавии нуқсони реш, аз хусусият ва шакли реш вобаста буд. Нисбатан натиҷаҳои беҳтар ҳангоми бемории реши рӯдаи 12-ангушта, махсусан дар синни ҷавонӣ ошкор карда шуд.

Муваффақияти табобати эррадикатсионӣ дар корҳои нашршудаи бештари муаллифон аз 68,0% то 92,0% каму зиёд мешаванд, ки вобаста ба дигар минтақаҳои иқлимӣ ва ҷуғрофӣ кишвар мебошанд. Маълумотҳои мо ба натиҷаҳои табобати дар боло зикршуда шабоҳат доранд, вале бояд ба табобати бомуваффақияти камтари реши меъда дар минтақаи Мазори Шариф Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон ишора намуд (гӯштпуркунии пурраи реш дар 60,0% -и беморони дарёфт шудааст). Эҳтимолан, ин ҳолат бо интиҳоби тасодуфӣ беморони ба тадқиқот дохилнамудаи муаллифони гуногун, бе имконияти истисноӣ ин ҳолат бо зарари вазнини решӣи луобпардаи хеликобактер пилори мушаххас ба минтақа вобаста аст. Таҳлили натиҷаҳои табобати аз тарафи мо гузаронидашудаи шаклҳои нуқсони решӣ, маълумоти мухталифро нишон доданд.

Ҳангоми бемории реши меъда, бо нуқсони решӣи «ягона», эррадикатсияи пурра дар 100,0% беморон ошкор шудааст, дар 80,0% ҳангоми реши «сершумор», бо шакли махсуси нуқсони решӣи реши навъи «даврашакл» дар 33,3% ва «пептикӣ» дар 60,0% -и беморон ошкор карда шудааст, ки 71,8% аҳолии умумӣ ташхисшударо ташкил медиҳад.

Гӯштпуркунии пурраи нуқсони решӣ дар ин гурӯҳи беморон ҳангоми реши «ягона» дар 80,0%, «сершумор» дар 60,0%, «пептикӣ» дар 40,0%, «даврашакл» дар 16,7% -и беморон ба қайд гирифта шуд, ки 60,0%-и шумораи умумӣ аҳолии ташхисшудагонро ташкил медиҳад.

Дар гурӯҳи беморони гирифтори бемории реши рӯдаи 12 - дувоздаҳангушта, эррадикатсияи пурра дар 100,0% -и беморон бо реши «ягона», 87,5% бо реши «сершумор» ва 57,1% бо реши «пептикӣ» ба амал омад, ки шумораи умумии аҳолии ташхисшуда 87,5% - ро ташкил дод. Гӯштпуркунии пурраи нуксони решӣ ҳангоми реши «ягона» дар 100,0%, «сершумор» дар 75,0%, «пептикӣ» дар 57,1% -и беморони ба амал омад, ки 83,7% -и аҳолии умумии ташхисшударо ташкил медиҳад.

Омӯзиши натиҷаҳои табобат дар ҷанбаи синну солӣ, қидаҳои пештар изҳорнамудаи моро тасдиқ карданд, ки натиҷаҳои табобат нисбатан аз ҷойгиршавии реш, аз хусусият ва мураккабии зарари решӣ ва албатта аз синну сол вобаста аст, натаҷаҳои беҳтар дар синни ҷавонӣ нисбат ба синни калонтар мебошанд. Дар синни калонсолӣ бештар шаклҳои мураккаби зарари решӣ вомерхӯрданд.

Ниҳоят, барои тасдиқи табобати бомуваффақияти хеликобактер пилори аз тарафи мо муайян намудани миқдори ҷисмҳои бегонаи зиддихеликобактерии иммуноглобулинҳои гурӯҳи IgG, ки ба таври назаррас аз 20в/ мл паст мешуд, баҳогузорӣ карда мешуд. Бо таври эндоскопӣ дар якҷоягӣ бо гӯштпуркунии нуксони решӣ тамоюли мусбат аз тарафи патологияи заминавии сурхрӯда, меъдава рӯдаи 12-ангушта қайр карда мешуд. Дар аксари беморон (ба ғайр аз 6,3% ҳангоми БЗМ ва дар 10,7% ҳангоми БЗРД) аломатигиперемияи рағҳои луобӣ пурра аз байн рафт. Инфилтратсияи нейтрофилӣ ва лимфоситӣ ба таври назаррас паст шуд (100,0% ҳангоми БЗМ, 96,4% ҳангоми БЗРД). Ба таври клиникӣ пастшавии динамикии аломати дард бо пурра аз байн рафтани он дар 7-10-ум рӯз табобат, инчунин ихтилоли диспепсикӣ мушоҳида карда шуд. Инчунин, «мелена» низ аз байн рафт, ташхиси такрори ихроҷ ба «хуни пинҳонӣ» дар давоми табобат бе тайин кардани доруҳои хуннигаҳдоранда дар 4-7 рӯз аз оғози табобат манфӣ мешуд, бе динамикаи манфии баландии гемоглобин ва эритроцитҳо.

Ҳангоми бесамаранокии табобати хати аввала дар 13 (40,0%) беморон бо реши меъда ва 9 (16,0%) бо бемории реши рӯдаи 12 - ангушта, дар ин ҳолат, дар 16 аз онҳо бо натиҷаҳои мусбӣи хеликобактер пилори курси табобати такрорӣ гузаронида шуд. Табобати квадратӣ аз таъин намудани доруҳои зерин иборат буд: омепразол 20мг х 2маротиба дар давоми як шабонарӯз + тетрациклин 500мг х 4маротиба дар як шабонарӯз + фуразолидон 200мг х 2маротиба дар як шабонарӯз + Де-Нол 240мг х 2 маротиба дар як шабонарӯз бо давомнокии мувофиқи усули умум.

Натиҷаҳои чунин тартиботи табобат боиси ба даст овардани эррадикатсияи пурра дар 10 (62,5%) беморон, гӯштпуркунии пурра дар пурра дар 14 (63.6%) беморон гардид. Дар 8 беморон (36,4%), ҳангоми эндоскопияи такрорӣ, ташаккули нишонаҳои реши «музмин» дарёфт шуд.

Ҳамин тариқ, дар 6 (18,7%) беморон бо реши меъда дар натиҷаи табобати такрорӣ, мо натавонистем эррадикатсияи пурраро ба даст орем. Ҳамзамон дар 8 беморон, аз онҳо дар 6 (18,7%) бо бемории реши меъда ва 2 (3,6%) бо бемории реши рӯдаи 12-ангушта бо шаклҳои махсуси нуқсонӣи решӣ, реши «музмин» ташаккул ёфт.

ХУЛОСА

НАТИҶАҶОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИСЕРТАТСИЯ

1. Хусусиятҳои клиникии решӣ меъда ва рӯдаи 12 - дувоздаҳангушта дар сокинони минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон аломатҳои классикии зухуроти тафриқаи беморӣ мебошанд. Аломати дард саҳт, мунтазамӣ, дардҳои «гурӯсна» - и шабона, ҷараёни мавсимӣ хос мебошанд. Аксар вақт бо дарунравӣ, зардаҷӯш (74.6%), дилбеҳузурӣ (73.2%), оруғ (69.5%), қабз (42.4%), ихроҷи моеӣ (33,0%), қайқунӣ (26 мушоият, 3%), мелена (17.8%) ба амал меояд. [3-А, 4-А, 8-А]

2. Бемории решӣ асосан бо ҷойгиршавии нуқсони реш дар рӯдаи 12-ангушта (66,1%), камтар вақт дар меъда (39.1%), асосан дар мардон (72.9%) дар синни миёнсолӣ, калонсолӣ, синну соли қоби меҳнат ба мушоҳида мерасад. Дар заминаи бемориҳои сурхрӯда, меъда ва рӯдаи 12-ангушта: гастрити музмин (47,5%), гастродуоденити музмин (48.3%) деформатсияи решҳои рӯдаи 12 - ангушта (38,0%), рефлюкс эзофагит (22,9 %) ба амал меояд. [7-А]

3. Тасвири эндоскопии нуқсони решӣ ҳангоми бемории решӣ меъда ва решӣ рӯдаи 12 - ангушта, бо каму зиёдшавии ками басомад, бештар бо намуди зерин ошкор мешаванд: решҳои «яғона» (53,3%), «сершумор» (25,4%), «пептикӣ» (16,1%), «давращакл» (5,0%). Нуқсони решӣ бо хунравӣ дар 17,8%, нишонаҳои компенсатсияшудаи «пилоростеноз» дар 22.0% беморон мушоҳида мешаванд. Шаклҳои муракаби нуқсони решӣ бештар дар гурӯҳҳои синнусолии калонтарп мушоҳида карда мешаванд. [2-А, 5-А]

4. Бемории решӣ дар 74,5% -и беморон алоқаманд бо хеликобактер пилори буданд. Ҳамзамон дар 80,0% -и беморони гирифтори решӣ меъда, дар 71,8% -и беморони гирифтори бемории решӣ рӯдаи 12 - ангушта зотҳои хеликобактер

пилори ошкор шуданд. Хеликобактер пилори таҳрибан ба басомади яхела байни ҷавонон, синну соли калонтар ҳам байни мардон ва ҳам занон ошкор мешавад. Дар беморони бо натиҷаҳои мусбии омӯзиши ВЗП бештар комбинатсияи 6,5 КДН хромосомӣ, ва миқдори баланди ҷисмҳои бегонаи зиддибактериалии иммуноглобулинҳои гурӯҳи G, ки ба ҷараёни боз ҳам вазнини бемории решӣ дар ин минтақа ишора мекунанд, муайян карда мешаванд. [1-A, 2-A]

5. Табобати эррадикатсионии секомпонентаи бемории решӣ алоқаманд бо шакли хеликобактер пилори бо таъиноти: кларитромитсин, амоксатсилин дар якҷоягӣ бо ингибитори помпаи протонӣ - омепразол хеле пкрнатиҷа мебошанд. Эррадикатсияи пурра дар 71,8%, гӯштпуркунии реш дар 60,0% -и беморони БЗМ мушоҳида кардамешавад. Ҳангоми БЗРҚ эррадикатсия дар 87,5%, гӯштпуркунии реш дар 83,5% -и беморон ба амал меояд. Натиҷаи табобат албатта аз ҷойгиршавӣ ва хусусияти нуқсони решӣ, зотҳои хеликобактер пилори ва синни бемор вобаста аст, натиҷаҳои беҳтарини табобат дар синни ҷавонӣ нишон дода мешавад. [6-A, 9-A, 10-A]

ТАВСИЯҲО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҲО

1. Барои ташҳиси ҷамаҷонибаи мураккаб ва хусусияти ҷараёни бемории решӣ меъда ва рӯдаи 12 -ангушта байни сокинони Ҷумҳурии Исломии Афғонистон гузаронидани ташҳисҳои клиникӣ, эндоскопӣ, ва тадқиқотҳои бактериологӣ зарур аст, ки натиҷаҳои он ба раванди муфассали ташҳиси клиникӣ имкон медиҳад.
2. Гузаронидани воқуниши занҷираи полимеразӣ (ВЗП) ба муайян намудани КДН хеликобактер пилори бо гузориши ташҳиси бозътимоди уреазӣ (ТБУ), санҷишҳои оксидазӣ ва каталазӣ барои ташҳиси аввалаи бемории решӣ

алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилори ва рӯндаи 12-ангушта тавсия карда мешавад.

3. Барои табобати бемории решӣи алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилори, гузаронидани терапияи секомпонента бо нақшаи таъин намудани кларитромитсин, амокситсилин дар давоми 7 рӯз, омепразол дар давоми 3 ҳафта тавсия карда мешавад. Ҳаргоми бесамаранокии хатти аввали табобат, гузаронидани курси такрории табобат бо нақшаи квадротерапия тавсия карда мешавад: тетрациклин 500мг х 4 маротиба дар як шабонарӯз+ фуразолидон 200мг х 2 маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 7 рӯз, Де-Нол 240мг х 2маротиба дар як шабонарӯз + омепразол 20мг х 2маротиба дар як шабонарӯз дар давоми 3 ҳафта.

4. Барои баҳогузорию боэътимоди табобати самаранокии эррадикатсионӣ, баъди ба итмом расидани мӯҳлати табобат зарур аст, дар якҷоягӣ бо эндоскопияи такрорӣ ва ВЗП, тадқиқоти КДН хеликоҳактер пилори, муайян кардани сатҳи миқдори ҷисҷҳои бегонаи антибактериалии гурӯҳи IgG зарур аст. Дар баробари ин, барои беҳтар намудани мониторинги эпидемиологӣ дар минтақа зарур аст, як қатор силсилаи чорабиниҳои санитарӣ-гигиени барои пешгирии бемории решӣ дар минтақа гузаронида шавад.

Рӯйхати адабиёт

1. Абдуллоев, Х.С. Лечение *Helicobacter pylori*-ассоциированных заболеваний в амбулаторных условиях /Х.С. Абдуллоев, С. Саторов, Ю.А. Шокиров// Вклад ТГМУ в подготовку кадров, медицинскую науку и улучшение здоровья общества: тез. докл.57-й годичн. конф. с межд. участием. – Душанбе, 2009. - С.184-185.
2. Абдуллоев, Х.С. Микробиология ва генетикаи хеликобактерияҳои аз беморони хеликобактериоз руёнидашуда /Х.С. Абдуллоев, С. Саторов, Г.М.Ахмедова// Авҷи зуҳал. - 2011. - №1. - С.49-54.
3. Абдуллоев, Х.С. Распространенность, диагностика и генетика хеликобактериоза в Республике Таджикистан /Х.С. Абдуллоев, С.Саторов, Г.М.Ахмедова// Здравоохранение Таджикистана. -2010. -№2. -С. 12-14.
4. Абдулханов, Р.А. Резистентность *Helicobacter pylori* к основным компонентам эрадикационной схемы / Р.А. Абдулханов, Л.В. Кудрявцева, В.А. Исаков // «Педиатрия» им. Г.Н. Сперанского. 2002. - № 2 (прил.).1. С. 21-22.
5. Агеева, Т.А. Морфологическое состояние периульцерозной зоны при обострении *Helicobacter pylori*- ассоциированной хронической язвой желудка/Т.А.Агеева, Ю.Г.М Мальцева//Медицина и образование в Сибири. -2012. - №4. -С.
6. Андерсен, Л.П. Новые виды рода *Helicobacter pylori* у человека / Л.П. Андерсен // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2003. -Т.13. — №2. — С. 81-85.
7. Аруин, Л.И. *Helicobacter pylori*: каким образом один возбудитель вызывает разные болезни /Л.И. Аруин// Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2004. -№1. – С. 36-41.
8. Барановский, А.Ю. Функциональная диспепсия: метод, рек. / А.Ю. Барановский, О.Б. Фукина. СПб., 2001. - 21 с.

9. Баранская, Е.К. Клинический спектр предраковой патологии желудка / В.Т. Ивашкин // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2002. -Т. 12, №3. С. 7-14.
10. Баркшкина, Н.В. Актуальность проблемы диагностики хеликобактериоза /Н.В.Баркшкина//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2009. -№2. - С.50
11. Вариабельность сердечного ритма у железнодорожных служащих, страдающих язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной и неассоциированной с инфекцией *Helicobacter pylori*/ Ю.В.Шелехова, Н.А.Храмцова, Е.В.Онучина и др.//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2015. - Вкп.118. -№6. -С.36-40
12. Василхев, Ю.В. Функциональная диспепсия, хронический гастрит: лечение больных / Ю.В. Василхев // Журн. доказательной медицины для практикующих врачей Consilium Medicum. 2004. - №6. - С. 381-386.
13. Васильев, Ю.В. Синдром диспепсии: диагностика, лечение / Ю.В. Васильев // Журн. доказательной медицины для практикующих врачей Consilium medicum. 2003. - №1 (прил.). - С. 3-7.
14. Васкулоэндотелиальный фактор роста и некоторые показатели эндотелиальной дисфункции у больных с хроническими воспалительными заболеваниями гастродуоденальной зоны/О.В.Завхялова, Ю.М.Спиваковский, Ю.В.Черненко и др.//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2015. -№4. -С.44-47.
15. Влияние иммуномодуляторов рибомунила и ликопида на показатели иммунитета при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки/В.В.Дугина, Рашми Ширали, С.Р.Бабаян и др.//Клиническая медицина. -2012. -№1. -С.75-79.

16. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // The Merck Manual. Руководство по медицине. Диагностика и лечение / гл. ред. Роберт С. Портер; пер. с англ. под ред. И.И. Дедова. - М.: ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ», 2015.- С. 164-166.
17. Горшенин, Т.Л. Клинико-морфологические особенности язв желудка и двенадцатиперстной кишки в пожилом и старческом возрасте/ Т.Л. Горшенин, А.А.Смирнов, Ал.Ал.Смирнов и др.//Вестник Новг.ГУ. -2012. -№66. -С.33-36.
18. Дасаева, Л.А. Диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и подбор эффективных схем лечения у больных разного возраста/Л.А.Дасаева//Российский медицинский журнал. гастроэнтерология. -2013. - №20. -С.23-31.
19. Диагностическая значимость дыхательных тестов в диагностике инфекции *Helicobacter pylori*/ И.В.Маев, С.И.Рапопорт, Д.Н.Андреев и др.// Клиническая медицина. -2013. -№2. -С.29-33.
20. Динамика показателей врожденного и адаптивного иммунного ответа у больных язвенной болезнью луковицы двенадцатиперстной кишки в ходе стационарного лечения/В.В.Захарова, Э.С.Гаврилова, А.В.Карпунина и др.//Вестник Чувашского университета. -2013. -№3. -С.422. -426.
21. Ермолов, А.С. Инструментальная диагностика рефлюкс-эзофагита. / А.С. Ермолов, Т.П. Пинчук, М.М. Абакумов и др.// Хирургия. 2003. - №10. -С. 25-32.
22. Захарова, Н.В. Комбинированная схема эрадикации *Helicobacter pylori* /Н.В. Захарова// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2006. - №3. - С.45-51.
23. Захарова, Н.В. *Helicobacter pylori*-ассоциированные хронические гастриты (патогенез, возможности дифференцированной терапии): дисс...д-ра. мед. наук: 14.00.05 /Н.В. Захарова. -СПб,2009. -261с.
24. Иванов, А.Н. Влияние Нг-блокаторов и ингибиторов протонной помпы на интрагастральную кислотность и интрапептическую pH у больных ГЭРБ/ А.Н.

Иванов, Э.П. Яковенко, А.В. Яковенко и Эксперим. и клин, гастроэнтерол. 2004. - № 4. - С. 16-20.

25. Иванишкина, Е.В. Корректирующие эффекты электромагнитного излучения миллиметрового диапазона на показатели окислительного стресса после стандартной антихеликобактерной терапии у больных язвенной болезнью /Е.В.Иванишкина, В.Г.Подопригорова//Клиническая медицина. -2012. -№1. -С.50-54.

26. Ивашкин, В.Т. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезни/ В.Т. Ивашкин, А.С. Трухманов Избранке лекции по гастроэнтерологии/ под. ред Шептулин А.А., Трухманов А.С. и др.- М., 2003. - 30 с.

27. Ивашкин, В.Т. Гастрит: современные представления, принципк диагностики и лечения /В.Т. Ивашкин, Т.Д. Лапина// Болезни органов пищеварения: для специалистов и врачей. 2001. - №3. - С. 54-60.

28. Ивашкин, В.Т. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции *Helicobacter pylori* у взрослых/В.Т.Ивашкин, И.В.Маев, Т.Л.Лапина и др.//Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2012. -№1. -С.87-89

29. Ивашкин, В.Т. Современная гастроэнтерология и предопухолевке заболевания пищеварительной системы /В.Т. Ивашкин// Рос. журн. гасроэнтерологии, гепатологии. 2002. - №2. - С. 4-7.

30. Ивашкин, В.Т. Что делать с инфекцией *Helicobacter pylori*: перспективы ближайшего будущего /В.Т. Ивашкин, Т.Л. Лапина// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колонопроктологии. 2000. - №2 - С.3-4.

31. Илхченко, А.А. РН-метрия в оценке ингибиторов протонной помпы /А.А. Ильченко, Э.Я. Селезнева, С.Ю. Сильвестрова// Рос. журн. Гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. - Т. 13. - №3.1. - С.78-84.

32. Ильчишина, Т.А. Особенности лабораторной диагностики *Helicobacter pylori* и клинического течения хронического гастрита и язвенной болезни

двенадцатиперстной кишки при бациллярно-кокковом диморфизме бактерии: дисс. К.м.н.:14.00.46/Т.А.Илхчишина. -СПб,2008. -116с.

33. Инфекция *Helicobacter pylori* у детей [Электронный ресурс] / Кориненко Е.А.- М.:ГЭОТАР-Медиа,2011.-<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970420409.html>

34. Исаков, В.А. Хеликобактериоз /В.А. Исаков, И.В. Домарадский. -М., 2003.

35. Калашникова, В.А. Опыт использования коммерческих тест-систем для серологической диагностики антител к *Helicobacter pylori*/В.А.Калашникова. - Ветеринарная патология. -2009. -№1. -С.84-85

36. Колесникова, И.Ю. Дуоденогастральный рефлюкс при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки и хроническом гиперацидном гастрите /И.Ю. Колесникова, Г.Г. Беляева, В.В. Дурова, В.С. Волков// Терапевтический архив. 2003. - Т.75. - №2. - С. 18-24.

37. Кононов, А.В. Местный иммунный ответ на инфекцию *Helicobacter pylori* Текст. /А.В. Кононов// Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., копролог. — 1999. — №2. С. 15-22.

38. Коротько, Г.Ф. Системная организация эвакуаторной деятельности гастродуоденального комплекса /Г.Ф. Коротько, А.Н. Арипов// Южно-рос. мед. журн. 2003. - №2. - С. 42-46.

39. Косынкина, Т.М. Действие *helicobacter pylori* на эффекторы противоопухолевого иммунитета в слизистой оболочке желудка/ Т.М. Косынкина.- Международный журнал экспериментального образования.-2010.-№8.-С.44-46.

40. Кудрявцева, Л.В., /Л.В.Кудрявцев, С.Г.Довгаль, П.Л. Щербаков, И.О. Иваников //Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2000. - Т. 10. - N2. - Прил. N10. - С. 41.

41. Лапина, Т.Л. У больного диспепсия. Что делать? /Т.Л. Лапина// Журн. доказательной медицины для практикующих врачей Consilium medicum. -2001. -Т. 4. -№6. -С. 271-274.
42. Лоранская, И.В. Проблемы лечения хеликобактерной инфекции/И.В. Лоранская, Л.Г. Ракитская, Л.Д.Мамедова//Русский медицинский журнал. -2013. - №31. -С.1638-1640
43. Маев, И.В. Современное представление о заболеваниях желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *Helicobacter pylori* /И.В. Маев// Терапевтический архив. 2006. - №2. - С. 10-15.
44. Маев, И.В. Ультоп как базисный препарат эффективной тройной терапии инфекции *Helicobacter pylori* у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки /И.В. Маев, Е.С. Вьючнова, М.И. Щекина// Терапевтический архив. — 2003. — Т. 13. — № 4. — С. 81-85.
45. Маев, И.В. Эзомепразол в лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки при различных режимах антихеликобактерной терапии /И.В. Маев, А.Е. Курило, Е.С. Вьючнова, М.И. Щекина// Терапевтический архив. 2003. - Т. 75. - № 2. - С.23-26.
46. Маев, И.В. Новые подходы к диагностике и лечению хронических эрозий желудка /И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, М.Г. Гаджиева// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. - Т.13. - №1. -С. 43-50.
47. Макаренко, Е.В. Хронический гастрит: достижения и проблемы последнего десятилетия Текст. /С.И. Пиманов, Е.В. Макаренко// Клиническая медицина. — 2005. —№ 1. — С. 54-58.
48. Мансуров, Х.Х. Использование кваматела у больных с патологией верхнего отдела пищеварительного тракта, ассоциированной с *Helicobacter pylori* /Х.Х. Мансуров, Г.К. Мироджов, Ф.Х. Мансурова // Мат. юбилейной конф. Душамбе. 2000. - С. 19-22.

49. Мансуров, Х.Х. Рекомендации по лечению *Helicobacter pylori* /Х.Х. Мансуров, Г.К. Мироджов, Ф.Х. Мансурова. - Душанбе, 1998.
50. Мансуров, Х.Х. Современный взгляд на некоторые спорные вопросы язвенной болезни хеликобактерной инвазии /Х.Х. Мансуров// Клиническая медицина. 2005. - №2. - С.63-66.
51. Мансурова, Ф.Х. Эффективность омепразола в тройной антихеликобактерной терапии больных эрозивным гастродуоденитом и ЯБДПК, ассоциированных с инфекцией *Helicobacter pylori* /Ф.Х. Мансурова, Р.И. Одинаев// Проблемы ГАЭЛ. 2000. - №2(20). -С. 12-21.
52. Материалы третьего международного симпозиума «Диагностика и лечение заболеваний, ассоциированных с *Helicobacter pylori*». 7 апреля 2000 г., г. Москва // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2000. № 10 (прил.). - Т. 10. - С.2-5.
53. Медведев, В.Н. Сравнительная оценка секреторной функции желудка, изучаемая зондовым методом и интрагастральной рН-метрией /В.Н. Медведев, Л.М. Зеленская, В.Ф. Орловский// Клиническая медицина. -1990. №3 - С.89-92.
54. Мовчан, К.Н. Результаты лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, с учетом трансформации взглядов на содержание терапии/К.Н.Мовчан, А.И. Могила, И.С.Смигельский//Фундаментальные исследования. -2013. -№11. -№1. -С.143-150.
55. Минушкин, О.Н. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта /О.Н. Минушкин// Журн. доказательной медицины для практикующих врачей Consilium medicum. 2004. - Т. 6. - №6. - С. 376381.
56. Минушкин, О.Н. Эффективность применения лингвальных форм мотилиума в гастроэнтерологической практике /О.Н. Минушкин// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2001. -№3. - С. 74-76.
57. Нижевич, А.А. Значение анти- САГА серологического иммунного ответа у детей с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной

с *Helicobacter pylori*/А.А.Нижевич, Е.С. Кучина, Э.Н. Ахмадеева//Фундаментальные исследования. -2012. -№4. -С.212-215.

58. Никитин, И.Г. Опыт применения омепразола у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки/И.Г.Никитин, М.П. Прушковская //Лечебное дело. -2010. -№4. -С.29-32

59. Новик, А.А. Концепция и стратегия исследования качества жизни в гастроэнтерологии /А.А. Новик, Т.Н. Попов, Н.Л. Денисов// Терапевтический архив. 2003. - Т. 75. - № 10. - С. 42-46.

60. Осадчук, М.А. Хронический гастрит с функциональной диспепсией /М.А. Осадчук, А.Л. Пахомова, И.М. Кветной // Рос. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. 2002. - №2. - С. 19-23.

61. Околоков, А.Н. Диагностика болезней внутренних органов / А.Н. Околоков. - М.: Дубль Фрейг, 1999. С. 48-52.

62. Осипенко, М.Ф. Роль грандаксина в лечении функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта /М.Ф. Осипенко, Ю.А. Храмов, Т.А. Макарова, Е.Г. Вдовенко// Терапевтический архив. 2000. - Т. 72. -№6. - С.23-26.

63. Оценка эффективности препарата «Винилин» (бальзам Шостаковского) в терапии язвенной болезни, ассоциированной *Helicobacter pylori* /И.А.Гималетдинова, Л.Р.Абсалямова, А.В.Спиридонов и др.//Вестник современной клинической медицины. -2015. -№6. -С.35-40.

64. Пасечников, В.Д. Эффективность комплексной терапии лансопразолом и цисапридом в лечении гастроэзофагеальной рефлюксной болезни /В.Д. Пасечников// Гастроэнтерология. – 2002. - №1. – С. 10-12.

65. Пасечников, В.Д. Ключи к выбору оптимального ингибитора протонной помпы для терапии кислотозависимых заболеваний /В.Д. Пасечников// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. - Т. 14. - № 3. - С.32-41.

66. Пасечников, В.Д. Ранний рак верхних отделов пищеварительного тракта/С.З. Чуков// Consilium medicum. -2002. Прил. «Диспепсия». - С. 1318.

67. Профилактика и лечение хронических заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта: метод. рек. / под ред. В.Т. Ивашкина. М., 2000. -128 с.
68. Раков, А.А. Сравнительная оценка антисекреторной активности фамотидина, омепразола и рабепразола (париета) при язвенной болезни по данным суточного рН-мониторирования /А.А. Раков, Ю.С. Макаров, В.В. Горбаков и др. //Воен. мед. журн. -2001. №9. - С.54-58.
69. Результаты лечения больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, с учетом трансформации взглядов на содержание эрадикационной терапии/К.Н.Мовчан, А.И.Могила, И.С.Смигельский и др.//Фундаментальные исследования. -2013. -№11. -С.143-150
70. Роль IL-1 и IL-8 в патоморфозе слизистой оболочки желудка при *Helicobacter pylori* – ассоциированном гастрите/Е.С.Агеева, О.В.Штыгашева, А.С.Пуликов и др.//Бюллетень ВСНй СО РАМН. -2011. -№1(77). -Ч.1. -С.16-20.
71. Роль эпителиоцитов, секретирующих сосудистый эндотелиальный фактор роста, панкреатический полипептид и глюкагон, в возникновении опухолевых заболеваний желудка/М.А.Осадчук, Д.В. Балашов, А.М.Осадчук//Клиническая медицина. -2012. -№2. -С.44-49.
72. Руководство по медицине. Диагностика и лечение / The Merck Manual.гл. ред. Роберт С. Портер; пер. с англ. под ред. И.И. Дедова. - М.: ООО «ГРУППА РЕМЕДИУМ», 2015. – 4640
73. Рыкова, С.М. Психовегетативные аспекты функциональных расстройств пищевода и желудка и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни/ С.М. Рыкова, А.П. Погромов, Г.М. Дюкова// Эксперим. и клин, гастроэнтерол. 2003.- № 1. - С. 105-106.
74. Рысс, Е.С. Некоторые актуальные проблемы функциональной патологии пищевода /Е.С.Рысс/ Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. - 2002. -№ 1. -С. 6-9.
75. Саблин, О.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и её внепищеводные проявления: клинко — диагностическое значение двигательных дисфункций верхних отделов пищеварительного тракта: Дис. д- ра мед. наук. Спб., 2004. - 41 с.

76. Сверлик, И.С. Анализ применения схем эрадикационной терапии/И.С. Сверлик, Н.В. Верлан//Сибирский медицинский журнал. -2014. -№6. -С.76-77
77. Сейдахметова, А.А. Асказан шырышты кабатдагы *Helicobacter pylori* эрадикациясынын динамикасы/А.А. Сейдахметова, Г.М.Калменова, Н.Д. Калменов. - Вестник КазНМУ. -2016. -№1. -С.78-80
78. Складанская, О.А. Атрофический гастрит, вызванный *Helicobacter pylori*, как предраковое заболевание /Т.Д. Лапина// Арх. патол. 2004. -№6. -С. 57-60.
79. Старостин, Б.Д. Оценка эффективности ингибиторов протонной помпы/ Старостин Б.Д.// Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2003. - № 4. - С. 21-27.
80. Степченко, А.А. Возможности персонализации фармакотерапии язвенной болезни в условиях функционирования стандартов и формулярной системы лечения заболеваний/А.А.Степченко, Н.Г.Филиппенко//Архив внутренней медицины. -2012. - №1(3). -С.35-40.
81. Степченко, А.А. Иммунные нарушения у больных язвенной болезнью, ассоциированной с различными штаммами *Helicobacter pylori*/А.А. степченко//Вестник ВолГМУ. -2008. -№1(25). -С.44-47
82. Степченко, А.А. Лечение больных с различными штаммами *Helicobacter pylori*/А.А. Степченко//Вестник ВолГМУ. -2008. -№1(25). -С.42-44
83. Теплова, Н.В. Лечение больных с синдромом диспепсии /Н.В. Теплова, Н.Н. Теплова// Русский мед. журн. Прил. №1. 2004. - Т.6.1. С. 32-35.
84. Терещенко, С.Ю. Диагностика хронической инфекции *Helicobacter pylori* у детей/С.Ю. Терещенко, И.А.Ольховский//Клиническая лабораторная диагностика. - 2014. -№2. -С.48-53
85. Ткаченко, Е.И. Оптимальная терапия язвенной болезни /Клиническая фармакология. – 1999. - № 1. - С. 11-13.

86. Уровень про- и противовоспалительных цитокинов, фенотип окислительного метаболизма у больных язвенной болезнью ассоциированной с различными штаммами *Helicobacter pylori*/А.А.Степченко, Н.Г.Филиппенко, Н.Н. Прибылова и др.//Человек и его здоровье.-2010.-№3.-С.135.-139.
87. Успенский, Ю. П. Анализ мировых данных по резистентности *Helicobacter pylori* к кларитромицину/Ю.П.Успенский, Н.В.Барышникова, А.Н. Суворов// Вестник практического врача. -2013. -№1. -С.20-28
88. Файзуллина, Р.А. Факторы патогенности и вирулентности *Helicobacter pylori* и их роль в развитии хеликобактер-ассоциированной гастродуоденальной патологии/Р.А.Файзуллина, Е.В. Абдуллина//Практическая медицина. -2011. - №1(49). -С.74-78
89. Фелхдшера, Н.А. Сравнение фармакокинетических свойств и эффективности действия ингибиторов протонной помпы /Н.А. Фельдшера// Качественная клиническая практика. 2001. - №1. -С. 31-40.
90. Фирсова, Л.Д. Особенности психической сферы больных с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки на разных стадиях заболевания /Л.Д. Фирсова// Терапевтический архив. 2003. - Т.75. - №2. - С. 21-23.
91. *Helicobacter pylori*- ассоциированная инфекция у детей города Казани и факторы, оказывающие влияние на эффективность ее эрадикации/ А.Р. Халикова, Р.А. Файзуллина, И.И.Ахметов и др.//Генк и клетки.-2014.0-№3.-С.272-275

- 92.** HELICOBACTER PYLORY- инфекция: современные аспекты, диагностика и терапии: пособие для врачей/Л.В.Кудрявцева,П.Л.Эрбаков, И.О.Иваников,и др.- .- М.,2004.-41с
- 93.** Хомерики, С.Г. Роль кокковых форм *Helicobacter pylori* в патогенетических механизмах и персистенции хеликобактерной инфекции // Рос. журнал гастроэнтерол., гепатол., колопроктол., 2011.- Т. XI. - № 2.- Прилож. № 13. - С. 99.
- 94.** Циммерман, Я.С. Актуальные проблемы гастроэнтерологии в нашей стране / Я.С. Циммерман // Клиническая медицина 2003. - №4. - С.4-11.
- 95.** Циммерман, Я.С. Действительно ли «открытие» *Helicobacter Pylori* стало «революцией» в гастроэнтерологии /Я.С. Циммерман// Клиническая медицина. - 2013. -т. 91, № 8. - С.13-21
- 96.** Циммерман, Я.С. Депрессивный синдром в гастроэнтерологии: диагностика и лечение /Я.С. Циммерман, И.Я. Циммерман// Клиническая медицина. - 2007. №5. - С. 15-23.
- 97.** Циммерман, Я.С. Диагностика и комплексное лечение основных гастроэнтерологических заболеваний /Я.С. Циммерман. Пермь, 2003.
- 98.** Циммерман, Я.С. Клиническая гастроэнтерология /Я.С. Циммерман. М.; ГЕОТАР-Медия, 2009. - 416 с.
- 99.** Циммерман, Я.С. Проблема растущей резистентности микроорганизмов к антибактериальной терапии и перспективы эрадикации *Helicobacter pylori* - инфекции/Я.С. Циммерман// Клиническая медицина. -2013. -№6. -С.14-20
- 100.** Циммерман, Я.С. Проблема хронического гастрита /Я.С. Циммерман// Клиническая медицина. 2008. - №5. - С. 13-21.
- 101.** Циммерман, Я.С. *Helicobacter pylori*-инфекция и рак желудка /Я.С. Циммерман// Клиническая медицина. 2004. - №4. - С. 9-15.

- 102.** Циммерман, Я.С. Синдром функциональной диспепсии: современные представления, спорные и нерешенные вопросы /Я.С. Циммерман// Клиническая медицина. — 2004. — №5. — С. 16-22.
- 103.** Циммерман, Я.С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии/Мю: МЕДПресс-информ,2013. -224с.
- 104.** Циммерман, Я.С. Эволюция стратегии и тактики лечения *Helicobacter pylori*-зависимых заболеваний (по материалам консенсусов «Маастрихт-1-3» 1996-2005) /Я.С.Циммерман// Клиническая медицина-2007. -№8. -С. 4-12.
- 105.** Циммерман, Я.С. «Римские критерии-III» и синдром функциональной (гастродуоденальной) диспепсии /Я.С. Циммерман// Клиническая медицина-2008. 4. - С. 59-66.
- 106.** Цуканов, В.В. *Helicobacter pylori* и язвенная болезнь: этиологическая и патогенетическая зависимость? /В.В. Цуканов// Клиническая медицина. – 2004. -№ 1. -С. 36-41.
- 107.** Шептулин, А.А. Алгоритм диагностики и лечения при синдроме неязвенной диспепсии /А.А. Шептулин, О.З. Колмакова// Рус. мед. журн. -2000. Т. 2. - №5. - С.291-293.
- 108.** Шептулин, А.А. Диагностика и лечение инфекции *Helicobacter pylori*: основные положения согласительного совещания «Маастрихт-3» /А.А. Шептулин, В.А. Киприанис// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2006. №2. - С. 88-91.
- 109.** Шептулин, А.А. Обсуждение проблемы инфекции *Helicobacter pylori* в ходе Европейской гастроэнтерологической недели /А.А. Шептулин, О.А. Морданова// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. - Т. 14. - №2. - С. 88-92.
- 110.** Шептулин, А.А. Париет новый блокатор протонного насоса /А.А. Шептулин// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2000. -Т. 12. — №3. - С. 12-16.

111. Шептулин, А.А. Синдром функциональной (неязвенной) диспепсии /А.А. Шептулин// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2000. - Т. 1. - №8. - С. 13-17.
112. Шептулин, А.А. Синдром неязвенной диспепсии /А.А. Шептулин, О.З. Колмакова// Избранные лекции по гастроэнтерологии/ В.Т. Ивашкин, А.А. Шептулин ред. М., 2001. - С. 33-53.
113. Шептулин, А.А. Современное представление о патогенезе, диагностике и лечении синдрома функциональной диспепсии /А.А. Шептулин// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. - Т. 12. - №1. - С. 19-26.
114. Шептулин, А.А. Consilium medicum. Приложение. -2002. С.13.
115. Шептулин, А.А. Современные алгоритмы лечения язвенной болезни /А.А. Шептулин// Клиническая медицина. 2004. - №1. - С. 5760.
116. Шилова, М.В. Язвенная болезнь желудка/М.В.Шилова//Бюллетень медицинских Интернет-конференций. -2014. -№5. -С.527
117. Штыгашева, О.В. Распространенность инфекции *Helicobacter pylori* и частота диспепсических жалоб у населения Хакасии /О.В. Штыгашева, В.В. Цуканов// Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2004. - Т. 14. - № 1. - С. 33-36.
118. Шумихин, А.В. Клинико-лабораторные показатели иммунной тромбоцитопении, ассоциированной с *Helicobacter pylori*-инфекцией, возможности оптимизации терапии: дисс...к.м.н.:14.01.04-внутренние болезни/ А.В. Шумихин. - Пермь, 2011. -115с.
119. Экина, М.И. Применение ингибиторов протонной помпы в лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*: дис. . канд. мед. наук / М.И. Экина. -М., 2003. -С. 115.
120. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса Маастрихт 4, Флоренция, 2010)/ И.В.Маев,

А.А.Самсонов, Д.Н.Андреев, и др.//Вестник практического врача. -2012. -№1. -С.87-94.

121. Элынтейн, Н.В. Ошибки в гастроэнтерологической практике / Н.В. Элынтейн. -М.: Мед. информ. агентство, 1998. -224 с.

122. Эседов, Э.М. Динамика содержания оксида азота в желудочном соке у больных с Хеликобактер-ассоциированными заболеваниями желудка и двенадцатиперстной кишки до и после лечения/Э.М.Эседов, А.С.Абасова//Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2012. -№5. -С.22-28.

123. Этнопопуляционнке особенности распределения полиморфизма гена IL-1 β при Helicobacter pylori – ассоциированной гастродуоденальной патологии/Е.С.Агеева, О.В. Штыгашева, Н.В. Рязанцева и др.//Бюллетень сибирской медицины. -2011. -№3. -С.14-18.

124. An African origin for the intimate association between humans and Helicobacter pylori /B. Linz [et al.]// Nature.-2007.-№445.-P.915-918.

125. Antibiotic prophylaxis for GI endoscopy /M.A. Khashab [et al.]// Gastrointestinal Endoscopy.-2015.-V.81.-P.81-89.

126. Bermejo San Jose F. Efficacy of four widely used techniques of the diagnosis of Helicobacter pylori infection in gastric ulcer disease /Bermejo San Jose F., Boixeda de Miguel D.// Rev. Clin. Esp. — 2000. — Vol.200. — N.9. P.475—479.

127. Blasser, M.J. Hypothesis: The changing relationships of Helicobacter pylori and humans: Implications for health and disease /M.J. Blasser// J. Infect. Dis. – 1999.- №179 (6).- P.1523-1530.

128. Buzas, G.M. A Helicobacter pylori-eradication is a prokineticus kezeles hatasa azelctminosegre fimckcionalis dyspepsiaban /G.M. Buzas// Orv Iletil. 2004. -Oct. 17.-Vol. 145(42).-P. 2141-2145.

129. Chen, C.L. Dyspeptic symptoms and water load test in patients with functional dyspepsia and reflux disease /C.L. Chen, H.H. Lin, M.C. Chen, L.C. Huang// Scand. J. Gastroenterol. 2005. - Jan. -Vol. 40(1). - P.28-32.
130. Cinar, K. The effect of Helicobacter pylori eradication in patients with functional dyspepsia: assessment of different diagnosis test /K. Cinar, I. Soykan, A. Ozden// Turk. J. Gastroenterol.- 2004. Sep. - Vol. 15(3). - P. 159-163.
131. Drossman, D.A. The functional gastroduodenal disorders and Rome-III process /D.A. Drossman// Gastroenterol. 2006. - Vol. 130(5). - P. 1377-1390.
132. Dubois, A. Intracellular Helicobacter pylori and Gastric Carcinogenesis: An "Old» Frontier Worth Revisiting // Gastroenterology.-2011.- T.132.-№ 3.- C. 1177--1180.
133. Egan, L.J. New perspectives in gastric acid suppression: genetic polymorphisms predict the efficacy of proton pump inhibitors /L.J. Egan, J.A. Murray// Dig. Dis. 2000. - Vol. 18. - P. 58-63.
134. Farley, A. Rabeprazole versus ranitidine for the treatment of erosive gastroesophageal reflux disease: A double-blind, randomized clinical trial /A. Farley, D. Lawrence, M.D. Wruble et al. // Amer. J. Gastroenterol. 2000. - Vol. 95.-P. 1894-1899.
135. Feinle-Bisset, C. Diet, food intake and disturbed physiology in the pathogenesis of symptoms in functional dyspepsia /C. Feinle-Bisset, R. Vozzo et al.// Amer. J. Gastroenterol. -2004. Vol. 99. - P. 170-181.
136. Fisher, B. Differential psychosocial associations of symptom clusters in dyspepsia /B. Fisher, V. De Gucht// 8 th UEGW. Brussels, 2000. - Abstracts // Gut. - 2000. - Vol. 32 (Suppl. 1). - P. A44-A44.
137. Fisher, B. Heterogeneity of symptom pattern, psychosocial factor, and pathophysiological mechanisms in severe functional dyspepsia /B. Fisher, J. Tack, V. De Gucht, Z.I. Shkedy et al.// Gastroenterology. 2003. - Apr. - Vol. 124 (4). -P.903-910.
138. Fox, J.G. Helicobacter pylori canatensis sp. nov. isolated from humans with diarrhea as an example of an emerging pathogen /J.G. Fox, C.C. Chien, F.E. Dewhirst et al.// J. Clin. Microbiol. 2000. - Vol. 38. - P.2545-2546.

139. Gerson, L.B. A prospective study of oesophageal 24-h ambulatory pH monitoring in-patient with functional dyspepsia /L.B. Gerson, G. Triadafilopoulos// Dig Liver Dis. 2005. - Feb. - Vol. 37(2). - P.87-91.
140. GBuzs, B. Seasonal variation of Helicobacter Pylori eradication rates with standard triple therapies: A 11-year retrospective study (2000-2010) // G Buzs, B Premecz, I Barta, J Jyzan, J Nagy, Ÿ Szilgyi // Z Gastroenterol - Budapest - 2011; 49 - A8
141. Gillen, D. Esomeprazole 40 mg BD Produces Profound 24th Acid Suppression with Minimal Acid Breakthrough /D. Gillen, A. Wirz, K. McColl// Abstract Book. DDW. - Orlando, 2003. - Abstract 103477.
142. Guo-Qiang Wang, Qiu Hai-Bo, Li-Yi Zhang, Rajiv-Prasad Keshari, Zhi-Wei Zhou et al. Relationship between H.Pylori infection and clinicopathological features and prognosis of gastric cancer // BMC Cancer.-2010.-10.-p.374
143. Guruge, J.L. Epithelial attachment alters the outcome of Helicobacter pylori infection // Proc.Natl.Acad.Sci.USA. - 2010 - Vol. 95, №7 - P.
144. Hall, W. Gastric mucosal mast cells are increased in Helicobacter pylori-negative functional dyspepsia /W. Hall, M. Buckley, P. Crotty, C.A. O'Morain// Clin. Gastroenterol. Hepatol. 2003. - Sep. - Vol. 1(5). - P. 363369.
145. Helicobacter pylori vacA-genotype and cagA-gene in a series of 383 Helicobacter pylori-positive patients /J. Rudi [et al.]// Z. Gastroenterol. – 2000.-№ 38.-P. 559-564.
146. Holtman, G. A placebo-controlled trial of itopride on functional dyspepsia /G. Holtman, N. Talley, T. Liebrechts et al.// N. Engl. J. Med. 2006. -354(8).-P. 832-840.
147. Hou, X.H. Correlation of gastric liquid emptying with various thresholds of sensation in healthy controls and patients with functional dyspepsia /X.H. Hou, Q. Li, L. Zhu, X. Xic, J.D. Chen// Dig. Dis. Sci. -2004. Feb. - Vol. 49(2). - P. 188-195.
148. Johannes, G. Pathogenesis of H. pylori Infection Clinical Microbiology Reviews/ G. Johannes, H. Kusters, M. Arnoud et al.// July 2006. -Vol. 19, №3.-P. 449-490.

149. Jones, M.P. D. alexithymia and somatosensory amplification in functional dyspepsia /M.P. Jones, A. Schettler, K. Olden, M. Crowell// Psychosomatics. 2004. - Nov.-Dec. - Vol. 45(6). - P.508-516.
150. Korrola, A. The effect of Helicobacter pylori eradication on intestinal metaplasia in patients with duodenal and benign gastric ulcers /P. Sipponen, H. Pautelin et al// Aliment/ Pharmacol. Ther. 2002. - Vol.16. - P. 515- 520.
151. Kusters, J.G., Moons L.M.G., van Delft J. et al. A pro-inflammatory IL-10/IL-12 gene profile is associated with an increased risk for developing Barrett's esophagus [abstract]. Gastroenterology 2006; 130 (4; Suppl 2): A76.
152. Lee, J. Impact of clarithromycin resistance on eradication of Helicobacter pylori in Helicobacter pylori infected adults /J. Lee, J. Shin, I. Roe et al.// Antimicrob. Agents Chemother. 2005. - Vol. 49. - P. 1600-1603.
153. Lee, T. Systematic review: Is there excessive use of proton pump inhibitors in gastro-oesophageal reflux disease?/ T.Lee, M. Fennertg, C. Howdenll Aliment. Pharmacol. Ther. 2004. - Vol. 20 (11-12). - P. 12411251.
154. Li, Y. The link between psychosocial factor and functional dyspepsia: an epidemiological study /Y. Li, Y. Nie, W. Sha, H. Su// Clin. Med. J. (Engl.). 2002. - Vol. 15(7). - P.1082-1081.
155. Locke, C.R. Helicobacter pylori and dyspepsia: a population-based study of the organism and host /C.R. Locke, N.J. Talley, D.K. Nelson// Aver. J. Gastroenterol.-2000.- Vol. 95.-№8. P.1906-1913.
156. Lopez Gaston, A. Dyspepsia funcional e infection por Helicobacter pylori: no existe relacion causal /A. Lopez Gaston, A. Andrusch, P. Catuogno// Acta Gastroenterol. Latinoam. 2003. - Vol. 33(1). - P. 13-21.
157. Lorenzo, M. Pattern of gastric emptying in functional dyspepsia: an ultrasonographic study /M. Lorenzo, A.M. Bucceri, F. Catalano, L.A. Muratore, A. Blasi, A. Brogna// Dig. Dis. Sci. 2004. - Mar. - Vol. 49(3). - P.404-407.

158. Madisch, A. Treatment of functional dyspepsia with a herbal preparation; A double-blind, randomized, placebo-controlled, multicenter trial /A. Madisch, G. Holtmann, G. Mayr et al.// *Digestion*. 2004. - Vol. 69. - P. 45-52.
159. Malfertheiner P. Helicobacter pylori eradication in functional dyspepsia new evidence for symptomatic benefit /P. Malfertheiner// *Europ. J. Gastroenterol. Hepatol.* - 2001. - Vol. 13(Suppl. 2). - P.9-13.
160. Malfertheiner, P. Guidelines for the management of Helicobacter pylori infection business briefing /P. Malfertheiner, F. Megraud, C. O'Morain et al.// *Europ. Gastroenter. Review*. 2005. - Vol. 59-60. - P. 998-999.
161. Malfertheiner, P. Maastricht guidelines: an evolving concept /P. Malfertheiner// *Maastricht-3 Guidelines for Helicobacter pylori infection. — 13 United European Gastroenterology Week. Copenhagen, 2005.*
162. Malt, E.A. Mutilation anxiety differs among females with fibromyalgia and functional dyspepsia and population controls /E.A. Malt, H. Ursin// *J. Psychosom. Res.* 2003. - Vol. 54(6). - P.523-531.
163. McColl K.E.L. Proton pump inhibitors differences emerge in hepatic metabolism /K.E.L. McColl, P. Kennerley// *Digest. Liver Dis.* - 2002. -Vol. 34.-P. 461-467.
164. Moayed, P. Eradication of Helicobacter pylori for non-ulcer dyspepsia /P. Moayed, S. Soo, J. Deeks et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005. - Vol. 25. - CD002096.
165. Moayed, P. Pharmacological interventions for non-ulcer dyspepsia /P. Moayed, S. Soo, J. Deeks et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004. -Vol. 18. - CD001960.
166. Momynaliev, K.T. Genotyping of Helicobacter pylori from patient with duodenal ulcer in Moscow region, Russia /K.T. Momynaliev, V.M. Govorun, L.V. Kudryavtseva// *Gut*. 2002. - Vol. 51(Suppl. 11).-P. 17.
167. Monnikes, H. Gastric perception thresholds are low and sensory neuropeptide levels high in Helicobacter pylori-positive functional dyspepsia /H. Monnikes, I.R. van der Voort, B. Wollenberg et al.// *Digestion*. 2005. -Vol. 71(2).-P.111-123.

168. Nelson, D.B. Dyspepsia is associated with CagA-positive *Helicobacter pylori* /D.B. Nelson, M. Murdoch, I.K. Sandozi// *Amer. J. Gastroenterol.* 2001. -Vol. 95. -№ 12. - P. 3412-3417.
169. Pantoflicrova, D. Acid inhibition on the first day of dosing: comharison of for proton pump inhibitors /D. Pantoflicrova, G. Dorta, P. Jornod et al. // *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2003. - Vol. 17. - P. 1507-1514.
170. Parsonnet ,J. Modeling cost-effectiveness of *Helicobacter Pylori* screening to prevent gastric cancer /J. Parsonnet, R.A. Harris, H.M. Hack et al.// *Lancet.* -1996.-N348.- P. 150-154.
171. Peura, D.A. Lansoprasole in the treatment treatment of functional dyspepsia: two double-blind, randomized, placebo-controlled trials /D.A. Peura, T.O. ICovacs, D.C. Metz et al.// *Amer. J. Med.* 2004. - Jun. -Vol. 116(11). -P.740-748.
172. Quigley, E.M. Functional dyspepsia and non-erosive reflux disease (NERD) overlapping or discrete entities? /E.M. Quigley// *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2004. - Aug. - Vol. 18(4). - P.695-706.
173. Quigley, E.M. Revier article: gastric emptying in functional gastrointestinal disorders /E.M. Quigley// *Aliment Pharmacol. Ther.* 2004 -Nov. - Vol. 20 (Suppl. 7). - P.56-60.
174. Robert, P. Citalopram in doses of 20–60 mg is effective in depression relapse prevention: a placebo-controlled 6 month study/P.Robert,S.A. Montgomery// *Int. Clin. Psychopharmacol.* 2001; 19 (Suppl. 1): 29–35.
175. Robinson, M. Clinical pharmacology of proton pump inhibitors /M. Robinson, J. Horn// *Drugs.* 2003. - Vol. 63. - P. 1-15.

- 176.** Saito, N. Coccoid *Helicobacter pylori* Can Directly Adhere and Invade in Agminated Formation to Human Gastric Epithelial Cells/ Saito N, K.Konishi ,F. Sato // *Advances in Microbiology* - Vol. 2 No. 2 - 2012, 112-116
- 177.** Sarnelli ,G. Symptoms associated with impaired gastric emptying of solids and liquids in functional dyspepsia /G. Sarnelli, P. Caenepeel, B. Geypens et al.// *Amer. J. Gastroenterol.* 2003. - Apr. - Vol. 98(4). - P.783-788.
- 178.** Scarpignato, C. Acid suppression in Barrett's Esophagus: 250 questions, 250 answers /C. Scarpignato, I. Pelosini, E. Molina, R. Giuli, J.R. Siewert; D. Couturier and C. Scarpignato eds.. Jon Libbey Eurotex. - Paris, 2003.-Vol. II.-P. 437-455.
- 179.** Shaib, Y. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States /Y. Shaib, H.B. El-Serag// *Amer. J. Gastroenterol.* 2004. - Nov. - Vol. 99(11). - P.2210-2216.
- 180.** Sipponen, P. Serum levels of amidated gastrin-17 and pepsinogen I in atrophic gastritis: an observational casecontrol study /P. Sipponen, P. Ranta, T. Helske et al.// *Scand. J. Gastroenterol.* 2002. - Vol. 37. - P. 785-791.
- 181.** Soo, S. Eradication of *Helicobacter pylori* for non-ulcer dyspepsia /S. Soo, P. Moayyedi et al. // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2004. - Vol. 18. -CD002301.
- 182.** Soo, S. Psychological interventions for non-ulcer dyspepsia /S. Soo, P. Moayyedi, J. Deek, B. Delaney, M. Lewis, D. Forman// *Cochrane Database Syst. Rev.* 2005. - Fhr. - Vol. 18(2). - CD002301.
- 183.** Stepan, V. Gastrin biosynthesis in canine G cells /V. Stepan, K. Sugano, T. Yamada et al.//*Amer. J. Physiol. Gastrointest Liver Physiol.* -2002. Vol. 282. - P. 766-775.
- 184.** Suovaniemi, O. GastroPanel: Diagnosing Atrophic Gastritis From Serum Providing a Tool for Evidence-based Medicine /O. Suovaniemi, M. Harkonen, L. Paloheimo, P. Sipponen// *BusinessBriefing: Global Health Care.* - 2003. - P. 1-4.
- 185.** Sykora, J. Gastric emptying of solids in children with *H.pylori*-positive and *H.pylori*-negative non-ulcer dyspepsia /J. Sykora, A. Malan, J. Zahlava et al.// *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2004. - Sep. - Vol. 39(3). - P. 246-252.

- 186.** Tack, J. Functional gastroduodenal disorders /N. Talley et al. // Cochrane Database Syst. Rev. 2006. -№6. - C. 73-81.
- 187.** Tack, J. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia /J. Tack, K.J. Lee// J. Clin. Gastroenterol. 2005. - Vol.39. - P. 211-216.
- 188.** Tack, J. Prevalence and symptomatic impact of non-erosive reflux disease in functional dyspepsia /J. Tack, P. Caenepeel, J. Arts, K.J. Lee, D. Sifrim, J. Janssens// Gut. 2005. - Jun. 21.
- 189.** Talley, N.J. Update on the role of drug therapy in non-ulcer dyspepsia /N.J. Talley// Rev. Gastroenterol. Disord. 2003. - Winter. - Vol. 3(1). - P. 25-30.
- 190.** Tan, H.J. Non-ulcer dyspepsia patients have more severe dyspepsia score /H.J. Tan, A. Aminuddin, N. Surumar et al.// Gut. 2002. - Vol. 51. (Suppl. 3)-P. A193-A193.
- 191.** Thompson, W.G. Functional bowel disorder and functional abdominal pain -Rome-II: a multinational consensus Document on functional gastrointestinal disorders /W.G. Thompson, G.F. Longstreth, D.A. Drossman et al. // Gut. -1999. Vol. 45. -P. 1143-1148.
- 192.** Tutuian, R. A PPI is a PPI is a PPI: lessons from prolonged intragastric pH monitoring /R. Tutuian, P. Katz, D. Castell// Gastroenterology. -2000.-Vol. 118.-P.17.
- 193.** Vaezi, M.F. CagA-positive strains of *Helicobacter pylori* may protect against Barrett's esophagus/ M.F. Vaezi, G.W. Falk, R.M. Peek et al. // Amer. J. Gastroenterol. 2000. - Vol. 95. - P. 2206-2211.
- 194.** Watanabe, K. Amoxicillin resistance in *Helicobacter pylori*: studies from Tokyo, Japan from 1985 to 2003 /K. Watanabe, A. Tanaka, K. Imase et al. // *Helicobacter*. 2005. - Vol. 10. - №1. - P. 4-11.
- 195.** William, C. Orr Night-time gastro-esophageal reflux disease: prevalence, hazards and management/ C. William // European J. of Gastroenterology and Hepatology. 2005. - №17. - 113-120.
- 196.** Werdmuller, B.F. Clinical presentation of *Helicobacter pylori*-positive and-negative functional dyspepsia /B.F. Werdmuller, T.G. van der Putten, T.G. Balk et al.// J. Gastroenterol. Hepatol. 2000. - 15. - P. 498-502.

- 197.** Whitaker, M. Proton pump inhibitors in the elderly population /M. Whitaker// Europ. J. Gastroenterol. Hepatol. 2002. - Vol. 14 (Suppl. 1). -P. 5-9.
- 198.** Wright, N. A. Mechanisms involved in gastric atrophy // Helicobacter pylori. Basic Mechanisms to Clinical Cure 2000/ Eds. R.H. Hunt, G.N.J. Tytgat. -Dordrecht, Boston, London: Kluwer Academic Publishers, 2000. -P.239-247.
- 199.** Wu, J.C. Obesity is associated with increased transient lower esophageal sphincter relaxation/ J.C. Wu, L.M. Mui, C.M. Cheung et al.//Digestion. 2007.- Vol. 132. N 3. - P. 883-889.
- 200.** Yacyshyn, B. The clinical importance of proton pump inhibitor pharmacokinetics /B. Yacyshyn, A. Thompson// Digestion. 2002. - Vol. 66. -P. 67-78.
- 201.** Yamaoka, Y. Conservation of Helicobacter pylori genotypes in different ethnic groups in Houston, Texas /Y. Yamaoka, H.M. Malaty, M.S. Osato// J. Infect Dis. 2000. - Vol. 181. - № 6. - P. 2083-2086.
- 202.** Zhao, L. Clinical and psychological assessment on xinwei decoction for treating functional dyspepsia accompanied with depression and anxiety /L. Zhao, A.P. Gan// Amer. J. Med. 2005. - Vol. 33(2). - P. 21-57.

ФЕҲРИСТИ КОРҶОИ ЧОПШУДАИ МУАЛЛИФ ДОИР БА МАВЗЌИ ДИССЕРТАСИЯ

Мақолаҳо дар маҷалаҳои тахриршаванда

- 1-А. Комплексная о́йенка клинических, невротических, эндоскопических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Х.Р. Хайридин, Ю.А. Шокиров, С.С. Дҷалилов, М.Дҷумаев // Вестник Ави́йенна. -2016. - №1. -С.48-52.
- 2-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Дҷалилов // Вестник педагогического университета. -2015. -№2(63-1). С.125-129.

Мақолаҳо ва тезисҳо дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо

3-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазори Шариф И РА/Х.Р.Хайриддин // науч. практ. конф, и Достижения и перспективы развития медицинской науки 2014. -С.48

4-А. Хайриддин Х.Р. Некоторые невротические расстройства у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазори Шариф ИРА / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов // науч. практ. конф. 2016.-С.132-133

5-А. Эндоскопические особенности желудочной рефлюксной болезни на фоне соматической патологии / С.Х. Асадуллоев, С.В. Джалилов, Х.Р. Хайриддин // науч. практ. конф. "медицинская наука и образования" 2014-С.16-17

6-А. Хайриддин Х.Р. / Некоторые клинические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, Х.Н. Махмадов / науч. проект. конф. "медицинская наука и образования" 2014. -С.108-110

7-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопическая оценка фоновых заболеваний эзофагогастро дуоденальной зоны у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров // науч. практ. конф."Вклад медицинской науки в оздоровлении семьи". 2015-С.297-298

8-А. Х.Р. Хайриддин Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазори Шариф ИРА / Х.Р. Хайриддин, З.С. Нодирова, Р.К. Рахимова / науч. практ. конф. "Медицинская наука: достижения и перспективы". 2016-С.69

9-А. Хайриддин Х.Р. Некоторые невротические расстройства у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки у жителей области мазори Шариф ИРА /

Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Дчалилов / науч. практ. конф. "Проблемк теории и практики современной медицинк.2016-С.132-133

10-А. Хайриддин Х.Р. Особенности клинических, невратических расстройств у больных язвенной болезнхю желудка и 12-перстной кишки чители Исламской Республики Афганистан / науч. практ. конф."Ролх молодежи в развитии медицинской науки"-2017. -С.89.