

**МТД «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ  
АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»**

УДК 616.33/.342-002.44-072.1

БО ҲУҚУҚИ ДАСТНАВИС

**ХАЙРИДДИН ҲОҶӢ  
РАМАЗОН**

**АРЗӢБИИ КЛИНИКӢ-ЭНДОСКОПӢ ВА БАСОМАДИ ХЕЛИКОБАКТЕРҶОИ  
ПИЛОРИ ДАР БЕМОРИҶОИ МЕЪДА ВА РӮДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ДАР  
АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ИСЛОМИИ АҶҒОНИСТОН**

**АВТОРЕФЕРАТИ  
ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ  
НОМЗАДИ ИЛМҶОИ ТИБ АЗ РӮӢИ ИҲТИСОСИ  
14.01.04 – БЕМОРИҶОИ ДАРУНӢ**

**ДУШАНБЕ**

2019

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои дарунии №1 МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» ва Госпитали шаҳри Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:**

**Шокиров Юсуф Аҳмедович**  
доктори илмҳои тиб, профессори  
кафедраи бемориҳои дарунии №1  
МТД «Донишгоҳи давлатии  
тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ  
ибни Сино»

**Муқарризони расмӣ:**

**Азимзода Саодат Мустафо**  
доктори илмҳои тиб, директори МД  
«Пажӯҳишгоҳи гастроэнтерология» -и  
ҶТ  
**Раҷабова Назира Ибрагимовна**  
доктори илмҳои тиб, директори ҶДММ  
Маркази тиббӣ ва эстетикӣ «Ёсуман»

**Муассисаи тақриздиханда:**

МТД «Донишкадаи таҳсилоти  
баъдидипломии кормандони соҳаи  
тандурустӣ» ВТҲИА ҶТ

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2019 соати \_\_\_ дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-38 МТД Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино дар нишони (734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139) баргузор мегардад, [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи МТД «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2019 тавзеъ гардид.

**Котиби илмии шӯрои  
диссертатсионӣ н.и.т.**

**Ҷамолова Р.Ҷ.**

## МУҚАДДИМА

Солҳои охир дар гастроэнтерологияи муосир дар самти омӯзиши бисёр масъалаҳои таъхиси клиникӣ- эндоскопӣ ва морфологӣ, таъобат, арзёбии вазнинии ҷараёни беморӣ, пешгӯӣ ва пешгирии захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дастовардҳои назаррас дида мешавад. Пас аз кашф шудани нақши *H. Pylori* дар пайдоиши захм идроки этиология ва патогенези таъобати ин беморӣ хеле беҳтар шудааст. Аммо масъалаҳои басомади ошкор намудани паҳншавии ин бактерияҳо дар минтақаҳои гуногуни иқлимӣ-ҷуғрофӣ ҳанӯз ҳам мавзӯи баҳсҳои доманадор боқӣ мемонанд.

Дар таҳқиқоти пешниҳодшудаи эпидемиологӣ аз ҷониби муаллифони муосир (M.J. Blasser, соли 1999.; Я.С. Циммерман, соли 2007.; Г.К. Мирочов, С.С. Саторов, соли 2008.; Х.С. Абдуллоев, соли 2011) ба вобастагии муайяни ҷенақҳои этно-экологии паҳншавии хеликобактер пилори (*H. Pylori*) ишора карда шудааст. Дар кишварҳои рӯ ба инкишофи Осиё, Африқо ва Амриқои Лотинӣ дар синни 10- солагӣ дар 80% кӯдакон ва 90 -95% аҳолии калонсол аз хеликобактер пилори олудашавии пардаи луобии меъда муайян карда мешавад (Василев Ю.В., соли 2004.; Шемхова Ю.В., соли 2015.; Sarnelli G, соли 2003.; Linz V. et al, соли 2007). Дар ҳоле, ки дар кишварҳои пешрафтаи Аврупои Ғарбӣ, ИМА, Япония паҳншавии ин бактерия аз 35-50 бештар нест, дар минтақаҳои гуногуни Федератсияи Россия, дар 44-50% кӯдакон ва 73-91% аҳолии калонсол падидаи мазкур мушоҳида карда мешавад (Завялова О.В. бо ҳаммуаллифон., соли 2015.; Дугина В.В., соли 2012.; Дедова И.И., соли 2015). Ҳамзамон нуктаи назаре ҳаст, ки 70% афроди сироятшуда дар давоми тамоми ҳаёти худ шахсони ҳомили солими бактерия боқӣ мемонанд. Муаллифони сершумор (Blasser M.J., соли 1999.; Vuzas G.M., соли 2004.; Шептулин А.А., соли 2006.; Иваников И.О., соли 2004.) дар таҳқиқоти худ дар 80% афроди солим, ки аломатҳои гистологии муқаррарӣ доштанд, олудашавии луобпардаи меъда аз *H. pylori* - ро дарёфт намуданд.

Ҳамзамон, бо нуктаҳои дар боло зикршуда, аксарияти муаллифони муосир чунин мешуморанд, ки танҳо 30% афроди бо хеликобактериоз сироятшуда метавонанд ба бемориҳои гуногуни гастродуоденитӣ: аксаран

ба гастрити антралии ғайриатрофикӣ, хеле камтар ба бемории захми меъда ва боз ҳам камтар ба саратони меъда гирифтور шаванд. Бинобар ин, нуктаҳои дар боло қайдшуда ба ихтилофҳои муайян дар идроки мутлақи моҳияти этиология ва патогенези бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ишора менамоянд, ки бисёр масъалаҳои баҳснок боқӣ монда, омӯзиши минбаъдаи худро талаб мекунанд.

Минтақаҳои Осиёи Марказӣ, бахусус Ҷумҳурии Исломии Афғонистон, ки бо шароити этно-ҷуғрофӣ, тарзи ғизохӯрӣ, табоҳшавии вазъи иҷтимоиву иқтисодӣ, хонаводагӣ ва сифати экологии зиндагӣ вобаста ба ҷанги шаҳрвандии тӯлкашида фарқ мекунанд, проблемаҳои бисёре аз патологияи қисми болоии узвҳои ҳозима норавшан ва ба қадри кофӣ таҳқиқнашуда боқӣ мемонад.

Ҷараёнҳои хусусиятҳои клиникӣ ва эндоскопӣ, басомад ва сиришти шаклҳои вобастаи хеликобактери захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, табиати пайдоиши он, табиати табоҳшавӣ ва самаранокии табобат пурра омӯхта нашудааст. Нуктаҳои номбурда асос барои интихоби таҳқиқоти мазкур ба шумор мераванд.

## ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

**Мақсади таҳқиқот:** омӯзиши сохтор, басомад, вижагиҳои клиникӣ ва эндоскопии ҷараёни захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар аҳолии таҳҷоии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (дар мисоли сокинони таҳҷоии минтақаи Мазори Шариф).

Барои расидан ба ин мақсад, **вазифаҳои зерин** иҷро карда шуданд:

1. Танзими басомад ва табиати симптоматологияи клиникӣ, тасвири эндоскопии бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаи сокинони таҳҷоии минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.
2. Омӯзиши басомади сироятшавии хеликобактер пилори дар беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта.

3. Муқаррар намудани хусусиятҳои клиникӣ ва эндоскопии бемориҳои замина, басомади рефлюкс эзофагит, гастрити музмин, гастродуоденити музмин дар беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта.

Муайян намудани самаранокии табобати эррадикатсионии беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта.

**Навгони илмӣ.** Дар асоси ташҳиси клиникӣ, эндоскопӣ, бактериологӣ дар шумораи зиёди беморон нахустин маротиба хусусиятҳои симптомологии клиникӣ, нишонаҳои эндоскопии захм, басомад ва табиати шаклҳои вобастаи хеликобактери захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар аҳолии таҳҷоии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон муқаррар шудаанд. Дар минтақаи мазкур пайдошавии аломатҳои классикии шадидтари захми меъда муайян карда шудааст. Пайдошавии намудҳои вазнини захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта кам нестанд, ки бо ба миён омадани дарди шадид ва ихтилоли диспепсикӣ нозил карда мешавад. Захми меъда бештар дар заминаи гастрити музмин, гастродуоденит ва гоҳ-гоҳ БРГЭ ба амал меояд. Ин аст, ки дар теъдоди зиёди беморон намудҳои хеликобактер пилори вобаста ба захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта нишон дода шудааст. Аксар вақт, омезиши аз 6 ба 5, на камтар аз омезиши генҳои хромосомӣ 4,3 ба назар мерасад.

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

Муқаррароти назариявии нави пешниҳодшуда барои бештар намудани имкониятҳои довариҳои ташҳис дар бораи душвории ҷараёни захми меъда, маълумоти адабиётро бо хусусиятҳои минтақавии ҷараёни захми меъда дар минтақаи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон пурра менамояд.

**Робитаи мавзӯи диссертатсия бо нақшаи корҳои илмӣ-таҳқиқотии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино.** Диссертатсияи муаллиф дар доираи Барномаи миллӣ оид ба коҳиш додани беморшавӣ, бештар сохтани ташҳис, табобат ва профилактикаи бемориҳои мавзеи гастродуоденалӣ иҷро карда шудааст.

Мавзӯи диссертатсия чӯзье аз мавзӯи комплекси кафедраи бемориҳои дарунии №1 ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино мебошад.

### **Нуктаҳои асосии ба ҳимоя пешниҳодшаванда:**

1. Омилҳои хатар барои пайдошавии захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар байни сокинони Ҷумҳурии Исломии Афғонистон вобаста ба вижагиҳои ғизохӯрӣ, иқлимӣ ва ҷуғрофӣ, шароити иҷтимоӣ, тамокукашӣ ва носкашӣ, басомади баланди инвазии хеликобактер пилори.
  2. Ба таври клиникӣ захми меъда бештар бо нишонаҳои классикӣ чараён мегирад. Беморӣ бо шиддати бештари дард, мунтазамии он, дардҳои «гурусна» - и шабона, авҷгирии мавсимӣ тавсиф гардида, бештар ба дарунравӣ, зардаҷӯши дардовар, дилбеҳузурӣ, баъзан бо қайқунӣ, ихтилоли рӯда - дарунравӣ, қабз боис мешавад.
  3. Ҳангоми ташхиси эндоскопӣ захми «яғона» (53,3%), «сершумор» (25,4%) меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, захмҳои омусоиди «доирашакл» (5,0%), «пептикӣ» (16,1%), хунравӣ (17,8%) нисбатан камтар мушоҳида карда мешавад.
  4. Бемории захми меъда дар заминаи деформатсияи захми 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 захмӣ бо хеликобактер мушоҳида карда мешавад.
- Робитаи ҳамачонибаи натиҷаҳои нисбатан беҳтари табобати эррадикатсионӣ дар беморони гирифтори захми рӯдаи дувоздаҳангушта (87,5%) дар синни ҷавонӣ дар муқоиса бо захми меъда (71,8%) дар синни калонсолӣ ба мушоҳида мерасад. Натиҷаҳои табобати такрорӣ маълумоти мусбатро дар 63,3% беморон ошкор намуд, дар 36,3% беморон ташаккули захми музмин ба қайд гирифта шуд.

**Ворид намудани натиҷаҳои тадқиқот дар амалия.** Маводҳои кори диссертатсионӣ дар раванди таълими кафедраи бемориҳои дохилии Донишгоҳи вилоятии Мазори Шариф ва Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино ворид карда шудаанд. Ҳамчунин дар амалияи табобати

шубаи гастроэнтерологияи беморхонаи вилоятии Мазори Шариф истифода бурда мешаванд.

**Тасвиби таҳқиқот.** Маводи таҳқиқоти диссертатсионӣ дар конференсияҳои илмӣ солонаи ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино (солҳои 2014, 2015, 2016), дар ҷаласаи комиссияи байникафедравӣ оид ба фанҳои терапевтии ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино баррасӣ ва муҳокима шудааст (Душанбе, соли 2016).

**Интишори натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ.** Дар ҷаҳорҷӯби маводи таҳқиқоти диссертатсионӣ 10 таълифоти илмӣ ба ҷоп расидаанд, ки 3 номгӯи мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшавандаи феҳрасти тавсиянамудаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон мунташир шудаанд.

Натиҷаҳои таҳқиқоти комплексӣ бо истифода аз таҳқиқотҳои клиникӣ, эндоскопӣ, бактериологӣ имконият медиҳанд, ки аз нуқтаи назари муосир ташхиси муфассал шарҳу тавзеҳ карда шавад, вазнинӣ ва пешгӯиҳои беморӣ арзёбӣ гардида, стратегияи табобат дуруст ба роҳ монда шавад.

Муқаррар намудани шаклҳои махсуси осебҳои захмӣ имконият медиҳанд, ки онҳо ба гурӯҳи махсуси дорои хатари баланди пайдо шудани оризаҳои гуногуни захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дохил карда шаванд.

Муайян кардани тағйироти илтиҳобӣ-инфилтративӣ бо аломатҳои инфилтратсияи лимфоидӣ ва нейтрофилии пардаи луобпардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта мувофиқи навъи рефлюкс-эзофагит, гастрити музмин, гастродуоденит бо осебҳои захмӣ имконият медиҳад, ки методҳои фаъоли табобати эррадикатсионӣ ва зиддизахмӣ истифода карда шаванд.

Самаранокии олии хатти аввали тарҳи табобати эррадикатсионӣ ҳангоми захми меъда бо осебҳои захмӣ «ягона», «сершумор» дар синну соли ҷавонӣ назар ба гурӯҳи ашхоси калонсол исбот карда шудааст. Табобати намудҳои махсуси осебҳои захмӣ, навъҳои захми «доирашакл», захми «пептикӣ», ки асосан ба шакли музмин мегузаранд, камтаъсир буд.

Басомади баланди Н. рӯлоги дар беморҳои захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар сокинони Ҷумҳурии Ислонии Афғонистон бояд дар

тибби амалӣ, ҳангоми гузоштани ташҳиси клиникӣ ва таҳияи тарҳҳои тафриқии табобати патогенетикӣ ба ҳисоб гирифта шавад.

**Интишори натиҷаҳои диссертатсия.** Дар доираи маводи диссертатсия 10 таълифоти илмӣ нашр шудаанд, ки аз онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи феҳристи тавсиянамудаи Комиссияи олии аттестатсионии назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон нашр карда шудаанд.

**Саҳми шахсии докталаби дарёфти дараҷаи илмӣ.....**

**Сохтор ва ҳаҷми диссертатсия.** Диссертатсия дар 115 саҳифаи матни компютерӣ (хуруфи Times New Roman-14, фосилаи 1,5) иншо шудааст. Он аз сарсухан, шарҳи адабиёт, тавсифи мавод ва методҳои таҳқиқот, натиҷаҳо ва муҳокимаи таҳқиқоти худ, хулосаҳо, тавсияҳо барои тандурустии амалӣ ва рӯйхати адабиётҳо иборат аст. Маводи диссертатсия дар 14 ҷадвал ва 19 расм тасвир карда шудаанд. Феҳристи нишондиҳандаи библиографӣ аз 202 номгӯи адабиёт иборат аст, ки аз он 123-то ба забони русӣ ва 79-то ба забонҳои дигар мебошанд.

## **ҚИСМАТИ АСОСӢ**

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Маводи саҳеҳи диссертатсиярон ташҳиси клиникӣ 118 бемор - сокинони таҳҷойии минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон бо далелҳои муқарраргардидаи захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ташкил намуданд. Ҳамаи беморони дар муоинаи беморхона, табобати диспансерӣ, дар зери назорати динамикии шубҳаи гастроэнтерологии беморхонаи вилояти Мазори Шариф, дар давраи аз соли 2012 то соли 2016 буданд.

Меъёри ворид намудан ба таҳқиқот ин ташҳиси бемории захмии меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар сокинони таҳҷойии минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон буд.

Меъёри истисно аз таҳқиқот ин решии меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, ки ҳамроҳ бо бемориҳои талхадон, ғадуди зери меъда, чигар ва дигар бемориҳои ҷисмонӣ, инчунин гипертензияи рағбӣ, бемории ишемии дил ва дигар бемориҳои аутоиммунӣ буд.

Ба ҳамаи беморон барои муайян намудани ҳолати ҷисмонӣ ташҳиси клиникии умумӣ гузаронида шуд. Таърихи беморӣ, бо таъсиси давомнокии беморӣ, басомади авҷгирӣ, натиҷаҳои табобати пешина ҷамъоварӣ гардид. Шикоятҳои беморон, шиддатнокӣ ва мунтазамии эҳсоси дард, пешгирии аломати дард ва ихтилолоти диспепсикӣ муфассал омӯхта шуд. Басомади зардаҷӯшӣ, орӯғдихӣ, дилбеҳузурӣ, қайкунӣ, халалдоршавии қазои ҳоҷат муайян карда шуд.

Дар бораи табиат ва тартиботи истифодаи ғизо бо хӯриш ва ё бе истифодаи он маълумоти муфассал ҷамъ карда шуд. Басомади хӯриш байни истеъмоли ғизо, бо таваҷҷуҳ ба таркиби меваҳои тару тоза, сабзавот ва меваи хушк, бодом, чормағз, pista, мавиз сурат гирифт. Одатҳои нохушоянд ба мисли тамокукашӣ, носкашӣ, нӯшидани машруботи алкулӣ ва сардкунанда муфассал таҳлил карда шуданд.

Омӯзиши эндоскопӣ гузаронидани видеоэзофагогастроуденоскопияро дар бар мегирифт. Барои таҳқиқоти мазкур, беморон бо хоҳиши худ, бо надоштани нишондоди манфии нисбӣ интиҳоб карда шуданд. Таҳқиқот бо методи Г.Б. Гришман тавассути дастгоҳи ширкати «Olympus EVIS EXERA II» роҳандозӣ гардид (истеҳсоли Чопон, соли 2006), ки имкон медиҳад барои як давраи муолиҷа дар тартиботи НОТҶ пай дар пай муоина намудани ҳолати луобпардаи сурхрӯда ва агар лозим ояд, барои ташҳиси гистологӣ гирифтани маводи биопсикӣ тавсия мешавад. Арзёбии ҳолат ва хусусияти осеббинии патологияи луобпарда мувофиқи тавсияи боби эндоскопии «Таснифоти Сидней» бо дарназардошти тағйироти он, аз соли 1996 гузаронида шуд.

Ташҳиси бактериологӣ барои ошкор намудани бактерияҳои хеликобактер пилори дар озмоишгоҳи кафедраи микробиология, вирусологияи Донишгоҳи вилоятии Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон ва дар кафердаи микробиология, вирусология ва генетикаи ДДТТба номи Абуалӣ ибни Сино гузаронида шуд. Маводи таҳқиқот

пасафканд, хуни бемор ва инчунин, маводи биопсикии луобпардаи меъда буданд.

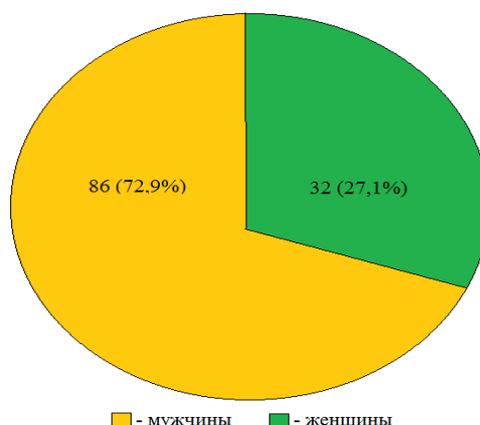
Нигоҳубин дар давоми 4-14 рӯз бо методи стандартӣ амалӣ карда шуд. Фаъолнокии оксидазӣ ва каталазӣ, ташхиси босуръати уреазӣ (ТБУ), вокуниши занҷираи полимеразӣ (ВЗП) муайян карда шуданд. Тайфи (спектри) ҳассосият штаммҳои хеликобактер пилори ба кларитромитсин, амокситсиллин, метронидазол, тетраситклин муайян карда шуданд.

Барои табобати бомуваффақияти эррадикатсионӣ ҳангоми табобати такрорӣ аз тарҳи сегона истифода гардид. Дар хати аввали табобат инҳо муқаррар шуда буд: амокситсиллин бо вояи 1000 мг х 2 маротиба дар як рӯз, кларотромитсин - 500 мг х 2 маротиба дар як рӯз дар муддати 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) муайян карда шуданд.

Таҳлили оморӣ мавод дар компютер ба воситаи барномаи «Statistica 6.0» (Stat Soft, ИМА) гузаронида шуд. Қиматҳои миёнаи нишондиҳандаҳои мутлақ (М) ва иштибоҳҳои стандартӣ ( $\pm$  м), ва нишондиҳандаҳои нисбӣ (Р, %) ҳисоб карда шуданд. Муқоисаи биёрии қиматҳои мутлақи таҳқиқоти мустақил, бо Н-меъёри Крускал-Уоллис (ANOVA), муқоисаи ҷуфтӣ - оид ба меъёри U-Манн Уитни гузаронида шуд. Меъёри -қиматҳои нисбии мустақил аз тарафи Фишер бо ф-меъёр, ва арзишҳои нисбии вобаста бо меъёри  $\chi^2$  муқоиса карда шуд. Фарзияи сифрӣ ҳангоми  $p < 0,05$  будан рад карда шуд.

## НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Натиҷаҳои ташхиси клиникӣ-лабораторӣ ва эндоскопии 118 - беморон бо реши меъда ва реши рӯдаи дувоздаҳангушта дар сокинони аслии минтақаи Мазори Шариф. Мардҳо 86 нафар, занҳо 32 нафар буданд (Расми №1).



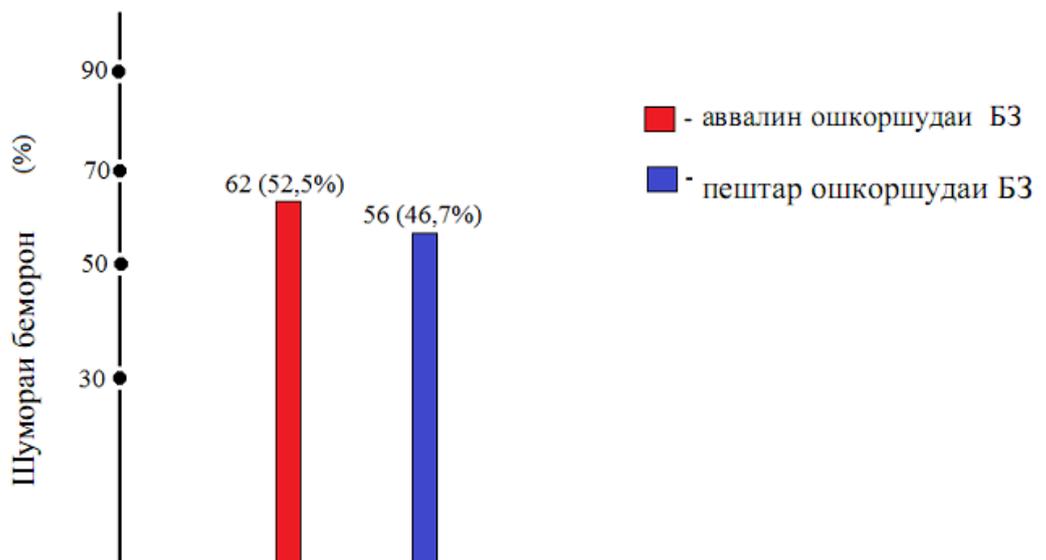
*Расми 1.- Сохтори беморони ташхискардашуда бо бемории*

*реши меъда*

Синни беморон асосан аз 20 то 46 сол, синни медианӣ 32 соларо 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, дарди доимӣ дар минтақаи эпигастралӣ аст, ки аксаран бо зардаҷӯши дардовар, оруғ ва дигар ихтилолҳои дидпепсикӣ алоқаманд буданд.

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

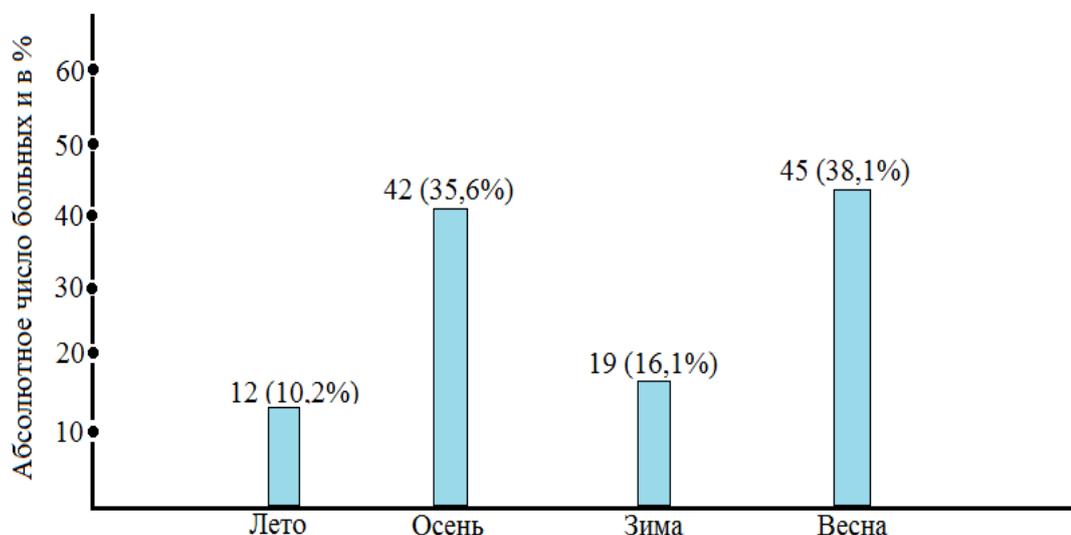
Ба чамъбасти таҳлили низоми ғизо ва табиатҳои ғизо, мо мехоҳем таъкид намоем, ки сокинони минтақаи Мазори Шариф омилҳои манфии низоми ғизоро доранд. Сипас, мо басомади беморони беморхона, вобаста ба давраи солро пешниҳод мекунем (расми №2)



**Расми 2.- Сохтори беморони бистришудаи дорои бемории реши меъда ва реши рӯдаи 12-ангушта (n= 118)  $P>0,05$**

Басомади хуруҷи беморӣ асосан дар як сол 1-2 маротиба бв назар мерасад, тирамоҳ ва баҳор (расми 3).

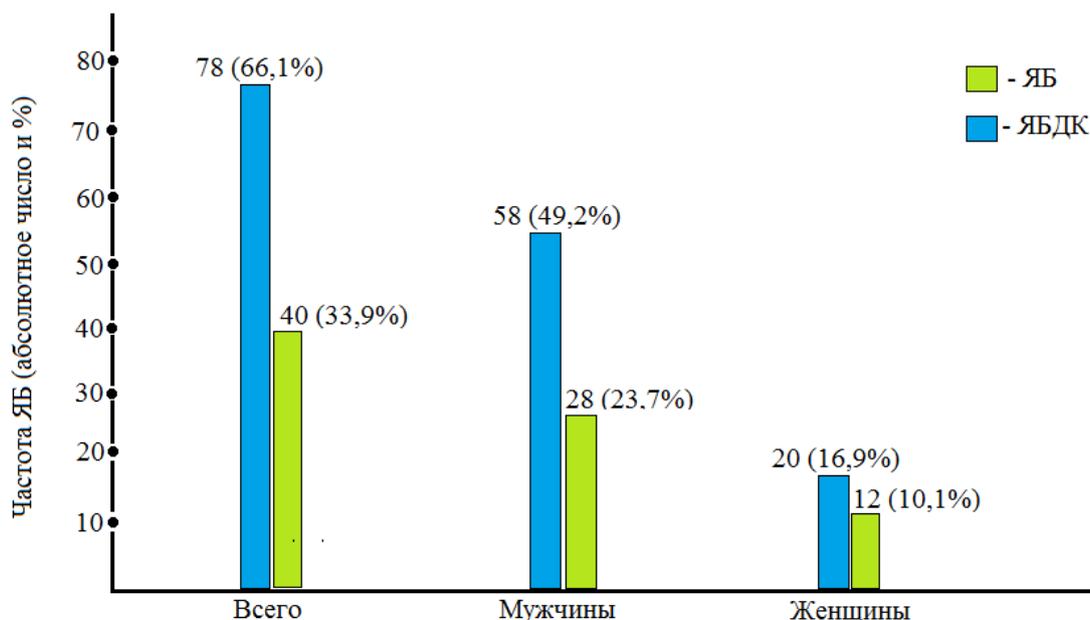
Беморони бо хурҷи решмараз дар тобистон (10,2%) ва зимистон (16,1%) камтар ба қайд гирифта шуд.



*Расми 3.- Сохтори беморони бистришудаи гирифтори бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта вобаста ба фасли сол*

Ҳангоми таҳлили омилҳои хатари пайдоиши бемории захми меъда дар байни сокинони минтақаи Мазори Шариф, муаллифи таҳқиқот мехоҳад, ки баъзе далелҳои ба ҳама маълумро таъкид намояд. Маълум аст, ки хатари инкишофи захми меъда аксаран дар хешовандони ҳамхун назар ба дигар қишри аҳоли 3-4 маротиба бештар аст. Дар тақиқоти мазкур, 28 беморон (23,7%) ба ҳузури бемории захми меъда дар шахсони наздики худ -дар падару модар, бобо, бародари худро нишон доданд. Ин ҳолат, имкон медиҳад, ки ақидаи вучуд доштани тамоюли ирсӣ ба бемории мазкур дар сокинони Мазори Шариф изхори назар карда шавад. Аз байни дигар омилҳои хатар, таъсири муҳити зист, стресси асабию равонӣ ва эмотсионалиро қайд кардан зарур аст, ки дар рӯйдодҳои маъруфи 30 соли охир чун мушкилӣ боқӣ мемонад, ва манбаи вусъати манфӣ ба системаи асаб ва умуман тарзи ҳаёт ба шумор меравад. Давомнокии захм ба анамнези он низ вобастагӣ дорад ва аз 1 то 15 – соларо дар бар мегирад. Анамнези захми меъда дар беморони то синни 30- сола, аз 1 то 5 сол каму зиёд мешуд ва бо боло рафтани синну сол давомнокии анамнез, махсусан дар занон меафзояд.

Дар асоси таҳлили клиникаи эндоскопии захми меъда, дар 40 (33,9%) беморон захми рӯдаи дувоздаҳангушта, дар 78 (66,1%) беморон бемории маҳдудшавии нуқсонии захм дар рӯдаи дувоздаҳангушта, дар 12 (10,1%) занон бемории захми меъда ва 28 (23,7%) мардон, бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта ва дар 58 (49,2%) мардон ва 20 (16,9%) занон ба қайд гирифта шуд (расми 4).



Расми 4. –Басомади бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар байни мардҳо ва занҳои аҳолии вилояти Мазори Шариф n118 бо эътимоднокии  $P < 0,05$

Симптоматологияи клиникаи захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар муқоиса бо гурӯҳи назоратӣ дар ҷадвали №1 оварда шудааст.

**Ҷадвали №1 –Басомади симптоматологияи асосии бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар байни аҳолии вилояти Мазори Шариф**

Симптомология	Гурӯҳи назоратӣ (n20)	Бемории захми меъда (n40)	Бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта (n78)	Ҷамағӣ n118
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%)
Дилбеҳузурӣ	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%)
Оруғдихӣ	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 мутлаки беморон дар қавс оварда шудаанд(%)

Аломати дардноки возехтар, асосан дар давраи 3-5 рӯзи аввали баъд аз бистарикунонӣ, ки фавран истифода намудани маводи спазмолитикӣ ва аналгетикиро барои тафрикаи аломати дард талаб менамуд, ҷалби тавачҷух

намуд. Дар баъзе беморон, ҳиссиёти дарди бошиддат хангоми гузаронидани табобати зиддизаҳмӣ пайдо мешуд. Ҳиссиёти дардовар хангоми бемории захми меъда, аксаран дар майдони эпигастралӣ бо паҳншавӣ дар тарафи рости зерқабурға, дар қисми болои минтақаи ноф ва дар қисми поёни шикам маҳдуд мешуд. Баъзан дард ба бо роҳи сурхрӯда ба боло ба тарафи чап ё рост майдони сандуки сина паҳн мешуд. Пайдоиши дард асосан хусусиятҳои асосии худро нигоҳ медошт, бо ба вучуд омадани ритмикӣ ё баъд аз 15-25 дақиқаи истеъмоли хӯрок. Дардҳои аввала дар аксари беморони гирифтори захми меъда (85,0%) мушоҳида шуд, дар ин гурӯҳи беморон пайдоиши дард, дертар ба қайд гирифта мешуд (15,0%), ки баъзан хусусияти доимӣ доштанд. Дар беморони гирифтори бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта, асосан дардҳо дертар пайдо мешуданд, дард пас аз хӯрок баъди 1-2 соати истеъмоли хӯрок эҳсос мешуд.

Ҳамчунин, шиддатнокии дард, аломати дард дар беморони гирифтори захми меъда, хусусан дарди шабона чалби тавачҷуҳ менамуд.

Аломатҳои классикии дард дар беморони гирифтори бемории захми меъда аксаран бо ихтилоли диспепсикӣ алоқаманд буданд. Эҳсосоти дилбеҳузурӣ камтар дар беморони бо мавқеияти захми меъда (72,7%) дар муқоиса бо гурӯҳи беморон бо мавқеияти нуқсонӣ захм дар рӯдаи дувоздаҳангушта (74,4%) ба қайд гирифта шуд,

Зардаҷӯшӣ ҳам, ки на ҳамеша ба дараҷаи «зардаҷӯши дардовар» мерасид, бештар дар беморони гирифтори захми рӯдаи дувоздаҳангушта мушоҳида мешуд (79,5% дар муқобили 65,0%). Қайқунӣ нисбатан камтар дар беморон бо мавқеияти захм дар меъда (20,0%), ва хангоми мавқеияти он дар рӯдаи дувоздаҳангушта каме бештар (29,5%) ба қайд гирифта шуд.

Пайдоиши қайқунӣ ҳамчун як зухури ғизохӯрӣ, ки бо пайдоиши гипоматорика, дуоденоспазм бо имконпазирии андешаи нуқсонӣ пайдоиши гӯшт дар меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта бо нишонаҳои ибтидоии пилоростеноз ва ё бо иштибоҳҳо дар низоми хӯрокхӯрӣ вобаста аст, аз тарафи муаллифи таҳқиқот арзёбӣ мегардад.

Пасафканди ноустувор, бо тафовути камтари басомад дар гурӯҳҳои дуҷум ва сеҷуми беморон ба мушоҳида расид. Пасафканди моеъ дар беморони гирифтори реши меъда дар 27,5%, қабзият дар 45,0% ба қайд гирифта шуд ва дар беморони бо мавқеияти дуоденалӣ дар 35,9%, 41,0% мутаносибан ба қайд гирифта шуд. Бемориҳои диспепсикӣ, низ бо басомади камтар (аз 10,0% то 30,0%) дар гурӯҳи назоратӣ, бо тартиби муқаррарии эндоскопии луобпардаи эзофагогастроуденалӣ ба қайд гирифта шуд. Пайдоиши дилбеҳузурӣ (15,0%), зардаҷӯшӣ (10,0%), пасафканди моеи даврагӣ (20,0%), қабзият (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 нафар беморон (15,0%) бо захми меъда ва дар 15 (19,2%) бо захми дуоденалӣ барои тасдиқи хунравии пинҳон имконият дод. Бо вучуди ин, ҳолати возеҳи хунравии меъдаро бо қайкунии хун ва динамикаи манфии сатҳи гемоглобини хун ва эритроцитҳо мушоҳида нашуданд, яъне гурӯҳи беморон ба принципҳои бистарикунӣ дар шӯъбаи терапевтӣ риоя карда шуд.

Он нукта ҷалби таваҷҷуҳ менамуд, ки шумораи аломатҳои бемории захмии номбаршуда, аксаран бо ихтилоли невротикӣ, сардари, асабоният (56,7%), ихтилоли хоб (45,0%) ва шароити астеникӣ (31,7%) марбут аст. Пайдоиши ихтилоли невротикиро дар беморони гирифтори бемории захмӣ, аксари муаллифон бо таъсири манфии омилҳои рӯҳию равонӣ, ки боиси ҳалалдоршавии системаи асаб мегарданд, алоқаманд мекунанд. Басомади шаклҳои стоматогении ихтилолотии системаи асаб, ки дар адабиёт оварда шудааст, дар беморони гирифтори захми меъда, аз 20,0% то 65,0% каму зиёд мешавад. Дар мушоҳидаҳои муаллифи таҳқиқот дар сокинони вилояти Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон аз 31,7% то 56,7% -и беморони гирифтори бемории захми меъда ба мушоҳида мерасад.

Натиҷаҳои таҳлили 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 рӯдаи

дувоздахангуштаро нишон доданд. Ин натиҷаҳо далели маъруфро тасдиқ намуданд, ки чараёни паталогияи минтақии гастродуоденалиро дар байни шахсони солим имкон медиҳанд. Басомади чунин шаклҳои ҷорӣ осеббинии меъда ва рӯдаи дувоздахангушта мувофиқи маълумоти муаллифони гуногун, аз 15,0% то 30,0% ҳолатҳо гуногун аст, ки бо натиҷаҳои тадқиқоти мувофиқат мекунад (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2. - Нишондиҳандаҳои клиникӣ-эндоскопии захми меъда ва рӯдаи дувоздахангушта дар сокинони вилояти Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (n=118)**

№	Натиҷаҳои эндоскопӣ	Гурӯҳи назоратӣ n20	Беириии решӣ меъда n40	Бемории захми рӯдаи дувоздахангушта n78	Ҳамагӣ n118
1	Рефлюкс эзофагит	2 (10,0%)	8 (20,0%)	19 (24,4%)	27 (22,9%)
2	Гастрити музмин	6 (30,0%)	18 (45,0%)	38 (48,7%)	56 (47,5%)
3	Гастродуоденити музмин	3 (15,0%)	17 (42,5%)	37 (47,4%)	54 (45,8%)
4	Дигаргуншавии шакли рӯдаи дувоздахангушта	2 (10,0%)	8 (20,0%)	37 (47,4%)	45 (38,1%)
5	Заҳми ягона	-	16 (40,0%)	47 (60,2%)	63 (53,3%)
6	Заҳми сершумор	-	11 (27,5%)	19 (24,4%)	30 (25,4%)
7	Заҳми доирашакл	-	6 (15,0%)	-	6 (5,0%)
8	Заҳми пептикӣ	-	7 (17,5%)	12 (15,4%)	19 (16,1%)
9	Заҳми хунрав	-	6 (15,0%)	15 (19,2%)	21 (17,8%)

*Эзоҳ:* шумораи мутлақи беморон дар қавс (%) оварда шудааст.

Дар гурӯҳи дуҷуми беморони ташхисшуда давомнокии нуқсонҳои захми меъда дар 8 (20,0%) - беморон рефлюкс эзофагит, дар 18 (45,0%) - гастрити музмин, дар 17 (42,5%) - гастродуоденити музмин аст, дар ҳоле ки дар 8 (20,0 %-и беморон) зӯҳуроти нуқсонҳои захми рӯдаи дувоздахангушта баррасӣ карда шуд. Дар гурӯҳи сеҷуми беморони дорои мавқеияти нуқсонҳои захми рӯдаи дувоздахангушта нисбатан каме бештар пайдоиши рефлюкс эзофагит - (24,6%), гастрити музмин - (48,7%), гастродуоденити музмин - (47,4%) нуқсонҳои захми рӯдаи дувоздахангушта (47,4%) мушоҳида карда шуд.

Ҳангоми ташхиси эндоскопӣ тағйироти захми ба гиперемияи баррасишуда, бо ҳузури захми антралӣ баррасӣ гардид, ки эҳтимоли бештар шакли байзвӣ ё доирашакл доранд. Қари захми, аксаран бо фибринозҳои ранги зардча пур шудааст. Кунҷҳои реш ҳамаҷун ҳаҷм бархоста буданд,

луобпардаи атрофи реш бо манотиқи илтиҳобӣ пӯшида шуда буд. Шакли қаъри нуқсони захмӣ, то андозае аз марҳилаи инкишофи нуқсони решӣ иборат буд. Дар марҳилаи шадиди нуқсони возеҳи захмӣ илтиҳоб ба назар мерасид, ба осонӣ осебпазир буд, ки ба хунравӣ меовард, вай дар 21 нафар бемор (17,8%) ба қайд гирифта шуд, қаъри реш, одатан бо фибриоз пур шуда буд. Ҳангоми шаклҳои вазнини нуқсони захмӣ бо намуди захми «доирашакл» ва «пептикӣ», захмҳои андозаи зиёда аз 1,5 см, тафриқаи бештари майдони захм, илтиҳоби гиперемия, хунравии кам, пуршавии фиброзии қаъри реш бо тамоюли он ба фишор ва ибтидои афзоиши бофтаи баҳаморандаи атрофи кунҷҳои решӣ баррасӣ карда шудаанд. Заҳми «доирашакл» дар 6 (15,0%), заҳми "пептикӣ" дар 7 (17,5%) нафар беморони гирифтори заҳми меъда ва 12 (15,4%) гирифторони заҳми рӯдаи дувоздаҳангушта ба қайд гирифта шуд.

Аксаран, заҳми ягона ошкор карда мешуд, ки он дар 63 (53,3%) беморон ба назар расид, дар баробари ин, дар 16 бемор (40,0%) заҳм дар меъда ва дар 47 (60,0%) беморон заҳм дар рӯдаи дувоздаҳангушта ҷойгир шуда буд.

Заҳмҳои сершумор (ду ва ё зиёда) тақрибан бо басомади яксон дар 30 нафар бемор (25,4%) муайян гардид.

Натиҷаҳои омӯзиши хусусиятҳои ҷараёни заҳми меъда дар байни мардон ва занони гурӯҳҳои синну соли ҷавон ва калонсол пешниҳод мегардад (ҷадвали 3).

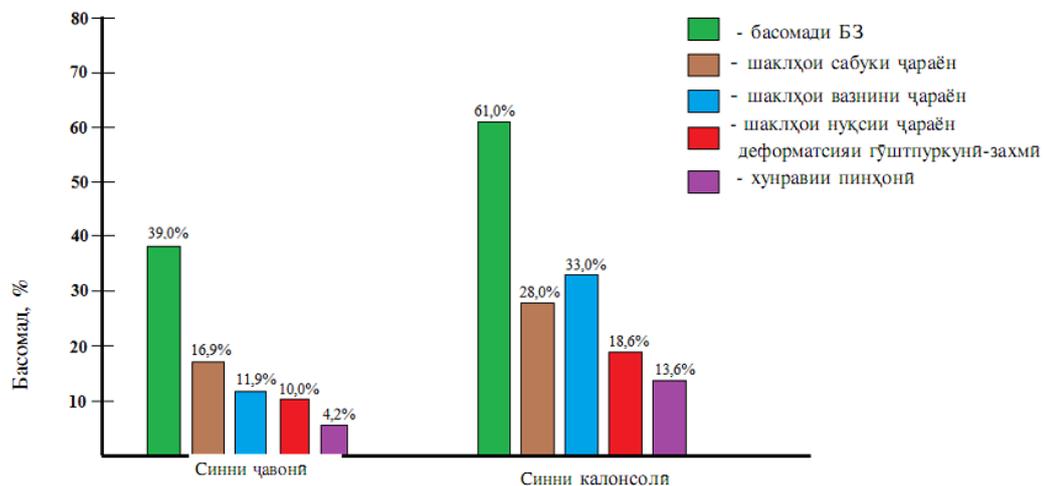
**Ҷадвали 3.- Хусусиятҳои ҷараёни бемории заҳми меъда дар гурӯҳҳои синну солии ҷавон ва калонсол дар байни мардон ва занон (n= 118)**

№	Тавсифи нуқсони захмӣ	мардҳо n86		занҳо n32		Ҳамагӣ n118
		То 29 сола n33	Аз 30 сола боло n53	То 29 сола n13	Аз 30 сола боло n19	
1	Ҷойгиршавиҳои заҳми меъда	11	18	4	7	40 (33,9%)
2	Ҷойгиршавии решӣ рӯдаи дувоздаҳангушта	22	35	9	12	78 (66,1%)
3	Заҳми ягона	19	24	11	9	63 (53,4%)
4	Заҳми сершумор	7	14	2	7	30 (25,4%)
5	Заҳми доирашакл	-	5	-	1	6 (5,0%)

6	Заҳми пептикӣ	7	10	-	2	19 (16,1%)
7	Деформатсияи рӯдаи дувоздаҳангушта	11	16	2	6	45 (38,1%)
8	Хунрав	3	12	2	4	21 (17,8%)

*Эзоҳ:* шумораи мутлақи беморон, ҳамаги бо % (n=118). Тафовути назаррас дар P<0,05

Натиҷаи чунин таҳлил бартарии захми меъдаро дар байни мардони гурӯҳи калонсол нишон дод. Шаклҳои сабуки захми навъи «ягона» бештар дар ҷавонон ба назар расида, осебҳои вазнину оризадори захми меъда бошанд, бештар дар гурӯҳи синнусоли калонсол –дар мардҳо нисбат ба занҳо бештар ба назар расиданд. Аз ҷумлаи оризаҳо бештар деформатсияи хадшавӣ-захмии пиёзаки рӯдаи дувоздаҳангушта бо аломатҳои пилоростенози пӯшида ва хуншорӣ муайян карда шуд (расми 5).

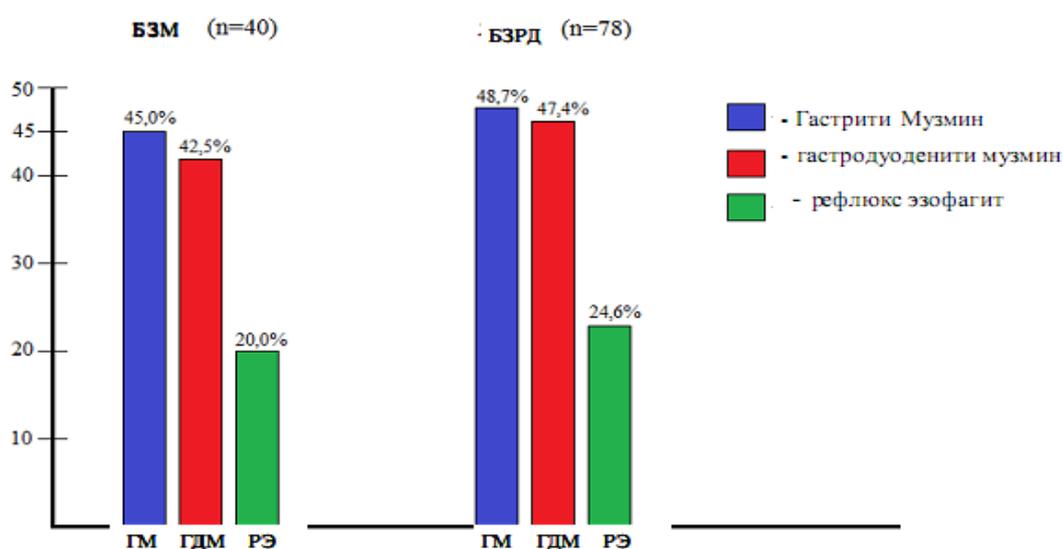


**Расми 5. - Тағйирҳои муқоисавии басомад ва шакли ҷараёни бемории захмӣ дар синни ҷавонӣ ва калонсолӣ, n= 118, тафовути боэътимод P>0,05**

Тибқи сарчашмаҳои маъруф ва адабиёти илмии соҳавӣ, аксари муҳаққиқон ба омехташавии босуръати гастрити музмин, гастродуоденит, рефлюкс эзофагит дар беморон бо захми меъда ва захми рӯдаи дувоздаҳангушта ишора мекунанд. Бо вучуди ин, басомад ва хусусияти тасвири эндоскопӣ ва морфологии гастрити музмин, гастродуоденит, рефлюкс эзофагит дар адабиёт ба таври гуногун пешниҳод шудаанд, баъзе муаллифгон ба таври назаррас, гурӯҳи дигар бошад, бо каму зиёдшавӣ аз 36,0% то 88,0% мушоҳидаҳо пайдо менамоянд. Баъзе муаллифгон ба

пахншавии гастрити атрофикӣ дар беморони гирифтори захми меъда ишора мекунанд, дар ҳоле ки дигарон басомади яксонро дар муқоиса бо бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта, бо ишора намудан ба басомади баланди ғайриатрофикӣ ва гаранулематозӣ ошкор намуданд.

Бо вучуди ин, аксари муаллифон басомади ҷойгиршавии гастрити музмин ва шаклҳои гуногуни омехташудаи онро дар қисми антралӣ, на камтар дар қисм ва қисми фундалии меъда эътироф менамоянд. Дар мушоҳидаҳои муаллифи таҳқиқот, ки ба сокинони таҳҷойии вилояти Мазори Шариф вобаста аст, тағйироти зерин дар беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта аз рӯйи хусусият ва ҷойгиршавӣ муайян шудааст (расми 6).



**Расми 6.- Басомади бемории сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар беморони гирифтори захм. Тафовути назаррас  $P < 0,05$ .**

Басомади баланди хеликобактер пилории бемории захмӣ (80,0% захми меъда, 71,8% захми рӯдаи дувоздаҳангушта) эҳтимолан бо паҳншавии баланди хеликобактериоз дар ин минтақа вобаста бошад. Дар адабиёти дастрас маълумот дар бораи тақсимои нобаробари паҳншавии хеликобактериоз дар кишварҳои гуногун вучуд дорад. Бо вучуди ин, паҳншавии камтари хеликобактериоз дар кишварҳои пешрафтаи Аврупо

нисбат ба кишварҳои дорой бадтарин шароити бехдоштии зиндагӣ нишон дода мешавад. Илова бар ин, баъзе муаллифон ба паҳншавии зиёди шаклҳои алоқаманди хеликобактер пилории бемориҳои захми меъдаю рӯда дар мардон ва гурӯҳи дигар дар занон ишора мекунанд. Дар маҷмӯъ, дар ин маврид, ҳеҷ гуна вазоҳати ниҳой вучуд надорад, бисёре аз масъалаҳои паҳншавии хеликобактериоз баҳснок боқӣ мемонанд, ки омӯзиши минбаъдaro талаб доранд. Дар маводи омӯхташудаи муаллифи таҳқиқот бемориҳои вобаста ба хеликобактер пилори, тақрибан дар занон ва мардон яксон дучор мешавад, вале тафовути андак дар миёни ҷавонон ва калонсолон вучуд дорад (ҷадвали 4).

**Ҷадвали 4. – Басомади тухмгузории хеликобактер пилори дар беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар миёни ҷавонон ва калонсолон**

Ҷойгиршавии захм	Синни ҷавонӣ (n46)	Хеликобактер пилори +	Синни калонсолӣ (n42)	Хеликобактер пилори +	P
1. Бемории захми меъда (n32)	15	46,9%	17	53,1%	-
2. Бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта (n56)	31	55,4%	25	44,6%	-

Натиҷаҳои пешниҳодшудаи басомади хеликобактериоз дар беморони дорой захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта афзоиши миёнаи басомади тухмгузории хеликобактер пилориро дар синни калонсолӣ (53,1% дар муқобили 46,9%) нишон дод. Дар ҳоле ки, дар синни ҷавонӣ, дар беморони гирифтори бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта низ басомади хеликобактериоз андаке меафзояд. Ин тартибот, бо тафовути миёнаи байни басомади тухмгузории хеликобактер дар беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта имкон медиҳад, андешаҳо дар хусуси он, ки хеликобактер пилорӣ алоқаманд бо захми меъда метавонад новобаста аз синну сол пайдо шаванд, пешниҳод гардад. Маълум аст, ки басомади сирояти

хеликобактериозӣ бештар ба риоя шудани меъёрҳои беҳдоштию беҳзистӣ, шароити ғизохӯрӣ, шароити иҷтимоии шуғли аҳоли ва умуман ба тарзи ҳаёт вобаста аст.

Дар омӯзиши вазъи иҷтимоию маишӣ бо хеликобактер пилори бемории захмӣ алоқамандии як қатор омилҳоро нишон дод, ки боиси сирояти аъзои оила мегарданд. Ҳолатҳои чуфти бемории алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилори дар падару модар, бародарон ва хоҳарон кам нестанд. Тасдиқ карда шудааст, ки омили бештар пешбари сироят дар бисёр оилаҳо бо даст аз як табақ истеъмол кардани ғизо аз тарафи ҳамаи аъзои оила мебошад.

Натиҷаи таҳлили генотипии *H. pylori* дар этиологияи захми меъда аз *H. pylori* дар 6 нафар бемори гирифтори захми навъи «доирашакл», дар 6 нафар бемори гирифтори захми навъи «пептикӣ», дар 6 нафар бемори гирифтори захми навъи «сершумор», дар 4 нафар бемори гирифтори захми навъи «ягона» чунин хусусиятҳо ошкор карда шуданд (ҷадвали 5).

**Ҷадвали 5. -Муқоисаи вазнинии ҷараёни нуқсонҳои захмӣ бо басомади хусусияти генотипӣ ҳангоми БЗМ ва БЗРД. (n22)**

Тавсифномаи нуқсонҳои захмӣ	Омехта аз 6 генҳо	Омехта аз 5 генҳо	Омехта аз 4 генҳо
Заҳми «доирашакл» (n6)	4 (66,6%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
Заҳми «пептикӣ» (n6)	6 (100,0%)	-	-
Заҳми «сершумор» (n6)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	4 (66,6%)
Заҳми «ягона» (n4)	-	-	4 (100,0%)
Ҳамагӣ (n22)	11 (50,0%)	2 (9,0%)	9 (41,0%)

Дар беморони гирифтори шакли вазнини захми меъда ва рӯдаи дувоздахангушта аксаран омехтаи маҷмӯи генҳо аз 6 омехтаи хромосомӣ дида мешавад. Бо намуни захми «доирашакл» дар аксарияти беморон генотипи иборат аз 6 генҳои хромосомӣ КДН (66,6%), бидуни истисноии имконияти инкишофи шакли нохушоянди захм ҳангоми омехтаҳои 5 ва 4-и генҳои хромосомӣ ошкор карда шуд. Бо вучуд доштани захми «пепетикӣ» дар маводи тақиқотии муаллифи диссертатсия дар ҳамаи беморони таҳқиқшуда генотипи комбинатсияи 6 генҳо ошкор шудааст.

Ҳамин тариқ, штаммҳои хеликобактер пилори, ҳамчун омилҳои инкишофи этиологии бемории захми гастродуоденалӣ дар доираи миқёси гуногун каму зиёд мешаванд, вале шумораи омехтаи генҳои хромосомии КДН хангоми бемориҳои вазнин захмӣ афзоиш меёбанд. Ин ақидаро муаллифони алоҳидаи муосир низ ҷонибдорӣ мекунанд.

Натиҷаҳои ҳади аввали табобати беморони гирифтори захми меъда то андозаи муайян аз синнусол, давомнокии анамнези беморӣ ва хусусияти осеби захмӣ вобастагӣ доранд (ҷадвали 6).

**Ҷадвали 6. -Натиҷаҳои нақшаи табобати ҳади аввали беморони гирифтори БЗМ ва БЗРД дар сокинони минтақаи Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (Омепразол -20смг 2маротиба+Кларитромитсин -500мг х 2маротиба. + Амоксатилин -1000мг х 2маротиба**

Табиати патология	Синнусол аз 18-29 сола n32		Натиҷаи эрадикатсия %	Ғуштуркунии захм %	Синнусол аз 30-50 сола n56		Натиҷаи эрадикатсия %	Ғуштуркунии захм %
	мардҳо	занҳо			мардҳо	занҳо		
1. БЗМ: (n32) 1А захми «ягона»	2	2	4 (100%)	4 (100%)	3	2	5 (100%)	4 (80,0%)
1Б захми «сершумор»	2	2	4 (100%)	4 (100%)	3	2	4 (80,0%)	3 (60,0%)
1В захми «доирашакл»	-	-	-	-	5	1	2 (33,3%)	1 (16,7%)
1Г захми «пептикӣ»	3	-	1 (33,1%)	1 (33,1%)	3	2	3 (60,0%)	2 (40,0%)
2. БЗРД (n32) 2А захми «ягона»	4	4	8 (100%)	8 (100%)	6	6	12 (100%)	12 (100%)
2Б захми «сершумор»	7	2	9 (100%)	9 (100%)	10	6	14 (87,5%)	12 (75,0%)
2В захми «пептикӣ»	4	-	2 (50,0%)	2 (50,0%)	5	2	4 (57,1%)	4 (57,1%)

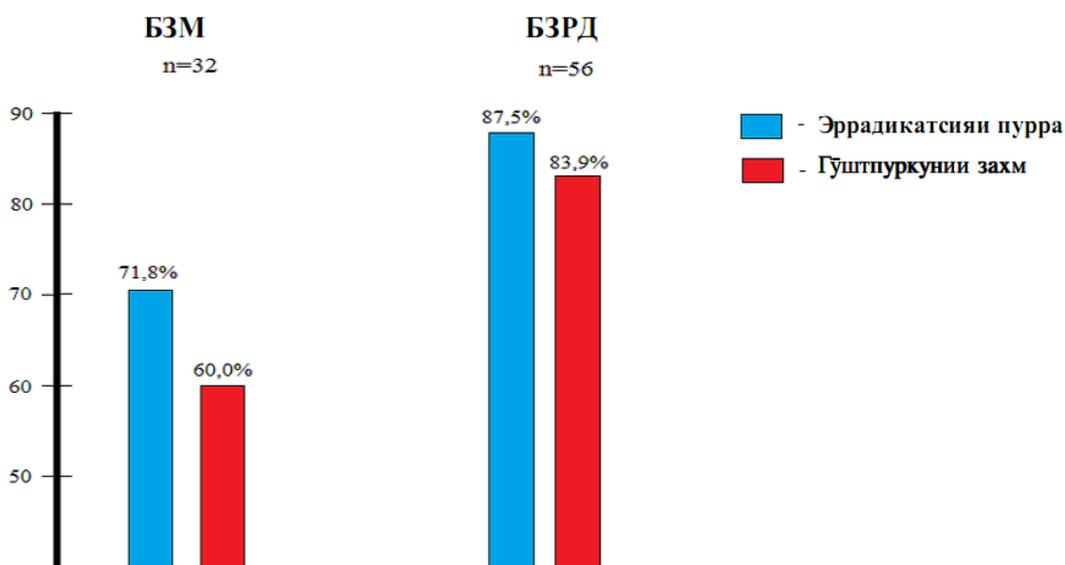
Дар гурӯҳи беморони гирифтори меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар синну соли ҷавонӣ ҳам дар мардон ва ҳам дар занон натиҷаи табобати эррадикатсионӣ бо гӯштпуркунӣ ҳангоми нуқсонҳои захиҳои «ягона» ва «сершумор» зиёд буданд, ба 100,0% расиданд, яъне дар ҳамаи беморон дида мешуд. Дар ин гурӯҳи ташхисшуда, натиҷаҳои нохушоянди табобати эррадикатсионӣ бо гӯштпуркунии нуқсонҳои захиӣ дар ду нафар бемори гирифтори захиҳои «пептикӣ» ба қайд гирифта шуд.

Натиҷаҳои нисбатан ғайриқаноатбахш дар гурӯҳҳои синну соли калонтар ба назар расид. Гӯштпуркунии пурра дар (80,0%) беморони дорои захиҳои «ягона» ва дар (60,0%) беморони дорои захиҳои «сершумор» дида шуд, эррадикатсияи пурра дар 80,0%-и беморони дорои захиҳои меъда ба назар расид. Эррадикатсияи бомуваффақият дар (33,3%) -и беморони дорои захиҳои «доирашакл» ва 60,0% беморони дорои захиҳои «пептикӣ» мавҷуд буд.

Эррадикатсияи пурра ҳангоми захиҳои «ягона» бомуваффақият (100,0%), ҳангоми захиҳои «сершумор» (87,5%, 75,0%) ва ҳангоми захиҳои «пептикӣ» 57,1%-ро ташкил намуд.

Дар баробари натиҷаҳои мусбати эндоскопӣ коҳиш ёфтанд ва пурра аз байн рафтани синдроми дард ва ихтилолҳои диспептикӣ ба амал омад.

Натиҷаҳои ҳулосаи ниҳойӣ дар хусуси самаранокии ҳадди аввали табобат дар популятсияи умумии беморони таҳқиқшуда натиҷаҳои беҳтарин дар гурӯҳи беморони гирифтори захиҳои меъда нисбат ба беморони гирифтори захиҳои рӯдаи дувоздаҳангушта ба даст оварда шуд (расми 7).



*умии*

Пас аз анҷом додани ҳадди аввал дар 16 (18,2) беморон эррадикатсияи пурра ба амал наомад, дар 22 (25,0%) гӯштпуркунии захм реш дида шуд. Ҳамаи ин беморон, асосан ба гурӯҳи калонсолон дохил мешуданд, ки шаклҳои нохушоянди осебҳои захмро доштанд.

Тибқи тавсияҳои созишномаи Маастрихт (соли 1994) беморон аз давраи такрорӣ табобат бо истифодаи тарҳи квадратотерапия гузаштанд: 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, Де-Нол - 240мг х 2 маротиба дар як шабонарӯз.

Арзёбии натиҷаҳо пас аз хатми давраи табобат имконият доданд, ки эррадикатсияи пурра дар 10 (62,5%), гӯштпуркунии захм дар 14 (63,6%) барқарор карда шавад. Дар 8 нафар бемори боқимонда (6-БЗМ, 2- БЗРД) дар 3 нафар захми «доирашакл» ва «пептикӣ» -и меъда, дар 2- нафар дар захми «пептикӣ»-и дуоденум гӯштпуркунии пурра ба назар нарасид. Ҳангоми эндоскопияи такрорӣ захимшавии даҳонаи нуқсонӣ захмӣ, ғафсшавии фиброзии канорҳо бо сабзидани бофтаи пайвастукунанда ба назар расид, ки имконият медиҳад аз хусуси ташаккулёбии захми «музмин» хулоса бароварда шавад.

## ХУЛОСА

### НАТИҶАҲОИ АСОСИИ ИЛМИИ ДИСЕРТАТСИЯ

1. Вижагиҳои клиникии захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар сокинони вилояти Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон аломатҳои классикии зухуроти тафриқаи беморӣ мебошанд. Аломати дард шадидӣ, мунтазамӣ, дардҳои «гурусна» - и шабона, ҷараёни мавсимии хос мебошанд. Аксаран бо дарунравӣ, зардаҷӯш (74.6%), дилбеҳузурӣ (73.2%), оруғдихӣ (69.5%), қабзият (42.4%), ихроҷи моеъ (33,0%), қайқунӣ (26 мушоият, 3%), мелена (17.8%) ба амал меояд. [3-А, 4-А, 8-А]

2. Беморӣ захмӣ, асосан бо ҷойгиршавии нуқсонӣ захм дар рӯдаи дувоздаҳангушта (66,1%), камтар дар меъда (39.1%), асосан дар мардон (72.9%) дар синни миёнсоли, калонсоли, синнусоли қобили меҳнат ба

мушоҳида мерасад. Дар заминаи бемориҳои сурхрӯда, меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта: гастрити музмин - (47,5%), гастродуоденити музмин - (48,3%) деформатсияи решаи рӯдаи дувоздаҳангушта - (38,0%), рефлюкс эзофагит - (22,9 %) ба амал меояд. [7-А]

3. Тасвири эндоскопии нуқсони захмӣ ҳангоми бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта, бо каму зиёдшавии камтари басомад, бештар бо намудҳои зерин ошкор мешаванд: захмҳои «ягона» - (53,3%), «сершумор» - (25,4%), «пептикӣ» -(16,1%), «доирашакл» (5,0%). Нуқсони захмӣ бо хунравӣ - дар 17,8%, нишонаҳои чуброншудаи «пилоростеноз» - дар 22,0% беморон ба мушоҳида мерасанд. Шаклҳои мураккаби нуқсони захмӣ бештар дар гурӯҳҳои синнусолии калон мушоҳида карда мешаванд. [2-А, 5-А]

4. Бемории захмӣ дар 74,5% беморони алоқаманд бо хеликобактер пилори мавҷуд буданд. Ҳамзамон дар 80,0% -и беморони гирифтори захми меъда, дар 71,8% беморони гирифтори бемории захми рӯдаи дувоздаҳангушта зотҳои хеликобактер пилори ошкор шуданд. Хеликобактер пилори тақрибан ба басомади яксон дар байни ҷавонон, афроди синнусоли калонтар ҳам байни мардон ва ҳам занон ошкор мешавад. Дар беморони бо натиҷаҳои мусбати омӯзиши ВЗП бештар омехтаи 6, 5 КДН хромосомӣ ва миқдори зиёди ҷисмҳои бегонаи зиддибактериалии иммуноглобулинҳои гурӯҳи G, ки ба ҷараёни боз ҳам вазнини бемории захмӣ дар ин минтақа ишора мекунад, муайян карда мешаванд. [1-А, 2-А]

5. Табобати эррадикатсионии сечузъии бемории захмии алоқаманд бо шакли хеликобактер пилори бо таъйини кларитромитсин, амоксатсиллин дар якҷоягӣ бо ингибитори кашандаи протонӣ - омепразол хеле пурнатиҷа мебошанд. Эррадикатсияи пурра дар 71,8%, гӯштпуркунии захм дар 60,0% беморони БЗМ мушоҳида карда мешавад. Ҳангоми БЗРҚ эррадикатсия дар 87,5%, гӯштпуркунии захм дар 83,5% беморон ба амал меояд. Натиҷаи табобат,

албатта аз мавқеи ҷойгиршавӣ ва хусусияти нуқсони захм, зотҳои хеликобактер пилори ва синни бемор вобаста аст, натиҷаҳои беҳтарини таъобат дар синни ҷавонӣ нишон дода мешавад. [6-А, 9-А, 10-А]

#### **ТАВСИЯҶО ОИД БА ИСТИФОДАИ АМАЛИИ НАТИҶАҶО**

1. Барои ташҳиси ҳамачонибаи мураккаб ва хусусияти ҷараёни бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта байни сокинони Ҷумҳурии Исломии Афғонистон гузаронидани ташҳисҳои клиникӣ, эндоскопӣ, ва таҳқиқоти 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 боэътимоди уреазӣ (ТБУ), санҷишҳои оксидазӣ ва каталазӣ барои ташҳиси аввалаи бемории захмии алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилори ва рӯдаи дувоздаҳангушта тавсия карда мешавад.
3. Барои таъобати бемории захмии алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилори, гузаронидани таъобати сечузъӣ бо нақшаи таъйин намудани кларитромитсин, амокситсилин дар муддати 7 рӯз, омепразол дар муддати 3 ҳафта тавсия карда мешавад. Ҳангоми бесамар баромадани хатти аввали таъобат, гузаронидани давраи такрорӣ таъобат 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 арзёбии боэътимоди таъобати самаранокии эррадикатсионӣ, баъди ба итмом расидани муҳлати таъобат зарур аст, дар якҷоягӣ бо эндоскопияи такрорӣ ва ВЗП, таҳқиқоти КДН хеликобактер пилори, муайян кардани сатҳи миқдори ҷисмҳои бегонаи антибактериалии гурӯҳи IgG зарур аст. Дар баробари ин, барои беҳтар намудани мониторинги эпидемиологӣ дар

минтақа зарур аст, ки як қатор силсилаи чорабиниҳои беҳдоштию беҳзистӣ барои пешгирии бемории захмӣ дар минтақа гузаронида шавад.

## **ФЕҲРИСТИ ТАЪЛИФОТИ ЧОПШУДАИ МУАЛЛИФ ДОИР БА МАВЗӢИ ДИССЕРТАТСИЯ**

### **Мақолаҳо дар маҷалаҳои тақризшаванда:**

1-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов // Ж. «Вестник педагогического университета». -2015. -№2(63-1). С.125-129.

2-А. Хайриддин Х.Р. Комплексная оценка клинических, невротических, эндоскопических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов, М. Джумаев // Ж. «Вестник Авиценны». -2016. -№1. -С.48-52.

3-А. Хайриддин Х.Р. Результаты комплексного лечения хеликобактер пилори ассоциированных форм язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазари Шариф Исламской Республики Афганистан / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов// Ж. «Вестник Авиценны».-2017.-№3.-С. 299-302.

### **Мақола ва фишурдаҳои дар конфросҳо нашршуда:**

4-А. Хайриддин Х.Р. Эндоскопические особенности желудочной рефлюксной болезни на фоне соматической патологии / Х.Р. Хайриддин, С.Х. Асадуллоев, С.В. Джалилов // Материалы 62-ой годичной научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».-Душанбе.-2014.-С.16-17.

5-А. Хайриддин Х.Р. Некоторые клинические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, Х.Н. Махмадов / Материалы 62-ой годичной научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».-Душанбе.- 2014 -С.108-110.

6-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопическая оценка фоновых заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны у больных с язвенной болезнью желудка и 12-

перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров // Материалы 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи».-Душанбе.-2015.-С. 297-298.

7-А. Хайриддин Х.Р. 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 // Материалы 11-ой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы».-Душанбе. -2016.-С.69.

8-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей г. Мазори Шариф / Х.Р. Хайриддин // Материалы 11-ой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы».-Душанбе. -2016.-С.97.

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. Джалилов // Материалы 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины».-Душанбе.-2016-С.132-133.

10-А. Хайриддин Х.Р. Особенности клинических, невротических расстройств у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки жителей Исламской Республики Афганистан / Х.Р. Хайриддин // Материалы 12-ой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной году молодёжи «Роль молодежи в развитии медицинской науки».-Душанбе.-2017. -С.89.

## РҶҶҲАТИ ИҲТИСОРАҲО

БМГ –бемории музмини гурдаҳо

ВПЗ –вокуниши полимеразии занҷирӣ

НМГ- норасоии музмини гурдаҳо.

РЭ – рефлюкс–эзофагит

СФК – суръати филтратсияи калобачавӣ

ТЗУ –тести зуди уреазӣ

Са – калсий

К – калий

Mg – магний

Na – натрий

## АННОТАТСИЯИ

Хайриддин Ҳочӣ Рамазон

### «АРЗЁБИИ КЛИНИКӢ-ЭНДОСКОПӢ ВА БАСОМАДИ ХЕЛИКОБАКТЕРҲОИ ПИЛОРИ ДАР БЕМОРИҲОИ МЕЪДА ВА РӮДАИ ДУВОЗДАҲАНГУШТА ДАР АҲОЛИИ ҶУМҲУРИИ ИСЛОМИИ АФҶОНИСТОН»

**Вожаҳои калидӣ:** хеликобактер пилори, таҳқиқи эндоскопӣ, захми меъда, гастрити музмин, тафрикаи беморӣ, зардаҷӯш, табобати диспанскрӣ, ташҳиси клиникӣ, захми музмин, пешгирии беморӣ

**Мақсади таҳқиқот:** аз омӯзиши сохтор, басомад, вижагиҳои клиникӣ ва эндоскопии ҷараёни захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар аҳолии таҳҷоии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон (дар мисоли сокинони таҳҷоии минтақаи Мазори Шариф) иборат мебошад.

**Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Танзими басомад ва табиати симптоматологияи клиникӣ, тасвири эндоскопии бемории захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангуштаи сокинони таҳҷоии вилояти Мазори Шарифи Ҷумҳурии Исломии Афғонистон.

2. Омӯзиши басомади сироятшавии хеликобактер пилори дар беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта.

3. Муқаррар намудани хусусиятҳои клиникӣ ва эндоскопии бемориҳои замина, басомади рефлюкс эзофагит, гастрити музмин, гастродуоденити музмин дар беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта.

4. Муайян намудани самаранокии табобати эррадикатсионии беморони гирифтори захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта.

**Навгони таҳқиқот.** Дар асоси ташҳиси клиникӣ, эндоскопӣ, бактериологӣ дар шумораи зиёди беморон нахустин маротиба хусусиятҳои симптомологияи клиникӣ, нишонаҳои эндоскопии захм, басомад ва табиати шаклҳои вобастаи хеликобактери захми меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта дар аҳолии таҳҷоии Ҷумҳурии Исломии Афғонистон муқарраршудаанд.

**Тавсияҳо оид ба истифодаи натиҷаҳои таҳқиқот.** Барои табобати бемории захми алоқаманд бо шаклҳои хеликобактер пилори, гузаронидани табобати сечузъӣ бо нақшаи таъйин намудани кларитромитсин, амокситилин дар муддати 7 рӯз, омепразол дар муддати 3 ҳафта тавсия карда мешавад. Ҳангоми бесамар баромадани ҳатти аввали табобат, гузаронидани давраи такрорӣ табобат бо нақшаи квадротерапия тавсия карда мешавад: тетрасиклин - 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. . Дар баробари ин, барои беҳтар намудани мониторинги эпидемиологӣ дар минтақа зарур аст, ки як қатор силсилаи чорабиниҳои беҳдоштию беҳзистӣ барои пешгирии бемории захми дар минтақа гузаронида шавад.

**Соҳаи истифода:** шӯъбаҳои гастроэнтрологияи беморхонаҳо ва дармонгоҳҳо

**ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

УДК 616.33/.342-002.44-072.1

**ХАЙРИДДИН ХОДЖИ  
РАМАЗОН**

**Клинико эндоскопическая оценка и частота хеликобактер  
пилори ассоциированных форм язвенной болезни желудка и  
двенадцатиперстной кишки у жителей Исламской  
Республики Афганистан**

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук  
по специальности 14.01.04 – внутренние болезни

**Душанбе-2019**

Работа выполнена на кафедре внутренних болезней №1 Таджикского государственного медицинского университета имени Абуали ибни Сино и Областного госпиталя г. Мазори Шариф Исламской Республики Афганистан

**Научный руководитель:** **Шокиров Юсупджон Ахмедович**  
доктор медицинских наук, профессор  
кафедры внутренних болезней №1  
ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»

**Официальные оппоненты:** **Азимзода Саодат Мустафо**  
доктор медицинских наук, директор  
ГУ «Институт гастроэнтерологии» РТ  
**Раджабова Назира Ибрагимовна**  
доктор медицинских наук, директор ООО  
Медико-эстетический центр «Жасмин»

**Ведущая организация:** ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения» РТ

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 года в «\_\_\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-038 при ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139, [tajmedun.@tj](mailto:tajmedun.@tj), +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Ученый секретарь**  
**диссертационного совета**  
**кандидат медицинских наук**

**Джамолова Р.Д.**

## Введение

**Актуальность.** В последнее время в современной гастроэнтерологии наблюдается значительный рост в изучении многих вопросов клинико-эндоскопической и морфологической диагностики, лечения, оценки тяжести течения, прогноза и профилактики язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. После открытия роли *H. pylori* в развитии язвенной болезни значительно улучшилось понимание этиологии, патогенеза лечения этих заболеваний. Однако вопросы частоты обнаружения распространённости этих бактерий в различных климато-географических регионах остаются предметом широкой дискуссии. В представленных эпидемиологических работах современных авторов указывается определённая зависимость распространения *H. pylori* от этно-экологических параметров. (М.Ж. Blasser, 1999г.; Я.С. Циммерман, 2007г.; Г.К. Мироджов, С.С. Саторов, 2008г.; Х.С. Абдулов, 2011г.). В развивающихся странах Азии, Африки, Латинской Америки уже к 10-летнему возрасту у 80% детей и у 90%-95% взрослого населения обнаруживают контаминацию слизистой оболочки желудка *H. pylori* (Васильев Ю.В., 2004г.; Шемхова Ю.В., 2015г.; Sarnelli G, 2003г.; Linz B. et al, 2007г.). Тогда как в развитых странах Западной Европы, США, Японии распространённость этих бактерий не превышает 35-50%, а в различных регионах Российской Федерации обнаруживается у 44-50% детей и у 73-91% взрослого населения (Завялова О.В. с соавт., 2015г.; Дугина В.В., 2012г.; Дедова И.И., 2015г.). При этом существует точка зрения, что 70% инфицированных людей на протяжении всей жизни остаются здоровыми бактерионосителями. Многие авторы (Blasser M.J., 1999г.; Buzas G.M., 2004г.; Шептулин А.А., 2006г.; Иваников И.О., 2004г.) в своих исследованиях обнаружили контаминацию слизистой оболочки желудка *H. pylori* у 80% здоровых людей с нормальной гистологической картиной желудка. Наряду с вышеуказанным, большинство авторов современности считают, что лишь 30% инфицированных хеликобактериозом людей могут заболеть различными гастродуоденальными заболеваниями: чаще антральным неатрофическим гастритом, реже язвенной болезнью желудка и ещё реже раком желудка. Следовательно, вышеприведённое суждение указывает на

определённые противоречия в абсолютном понимании сущности этиологии и патогенеза язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, многие вопросы которых остаются спорными и требуют своего дальнейшего изучения.

Что касается регионов Средней Азии, особенно Исламской республики Афганистан, отличающихся этно-географическими условиями, характером питания, ухудшением социально-экономических, бытовых и экологических условий жизни, связанных с затянувшейся гражданской войной, многие вопросы патологии верхнего отдела пищеварительного тракта остаются не ясными и малоизученными. Остаются совершенно не изученными клинико-эндоскопические особенности течения, частота и характера хеликобактер ассоциированных форм язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, природа его возникновения, характер осложнений, эффективность лечения. Что и послужило основанием для выбора данного исследования.

## **Общая характеристика работы**

**Цель работы:** изучить структуру, частоту, клинико-эндоскопические особенности течения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у коренных жителей Исламской Республики Афганистан (на примере коренных жителей области Мазори Шариф).

### **Задачи исследования:**

4. Установить частоту и характер клинической симптоматиологии, эндоскопическую картину язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у коренных жителей области Мазори Шариф, Исламской Республики Афганистан.
5. Изучить частоту высеваемости *H. pylori* у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.
6. Установить клинико-эндоскопические особенности фоновых заболеваний, частоту рефлюкс эзофагита, хронического гастрита, хронического гастродуоденита у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.
7. Определить эффективность эрадикационной терапии у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

**Научная новизна.** На основании клинического, эндоскопического, бактериологического исследования большого количества больных впервые установлены особенности клинической симптоматики, эндоскопические признаки язвенного повреждения, частота хеликобактер - ассоциированных форм язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у коренных жителей Исламской Республики Афганистан. Установлены более интенсивные проявления классических признаков язвенной болезни в данном регионе. Нередко выявляются более тяжелые формы язвенного повреждения желудка и 12-перстной кишки, протекающие с выраженным болевым синдромом и диспептическими расстройствами. Язвенная болезнь чаще протекает на фоне хронического гастрита, гастродуоденита, реже ГЭРБ с рефлюкс - эзофагитом.

Показано наличие у большого количества больных *H. pylori* - ассоциированных форм язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Чаще наблюдается сочетание из 6 и 5, реже - из 4, 3 хромосомных генов.

Установлено, что эффективность эрадикационной терапии значительно выше у молодых лиц по сравнению со старшей возрастной категорией.

Представленные новые теоретические положения улучшают возможность диагностического суждения о тяжести течения язвенной болезни, восполняют сведения литературы о региональных особенностях течения язвенной болезни в регионе Исламской республики Афганистан.

#### **Связь темы диссертации с планом научно-исследовательских работ ТГМУ им. Абуали ибни Сино:**

Диссертационная работа Хайриддина Хожи Рамазона выполнена в рамках Национальной программы по снижению уровня заболеваемости, улучшения диагностики, лечения и профилактики заболеваний гастродуоденальной зоны. Тема исследования является фрагментом комплексной темы кафедры внутренних болезней №1 ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Факторы риска возникновения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей Исламской Республики Афганистан связаны с особенностями питания,

климато-географическими, бытовыми условиями, табакокурением и употреблением насвая, высокой частотой *H. pylori* инвазией.

2. Клинически, язвенная болезнь чаще протекает с выраженными классическими симптомами. Более выражена интенсивность болевого синдрома, ритмичность, ночные "голодные" боли, сезонность обострений. Заболевание часто сопровождается диспептическими расстройствами, мучительной изжогой, отрыжкой, тошнотой, реже рвотой, расстройствами кишечника (поносами, запорами).

3. При эндоскопическом исследовании чаще выявляются "одиночные" (53,3%), "множественные" (25,4%) язвенные повреждения желудка и 12-перстной кишки. Прогностически неблагоприятные язвы по типу "круглой" (5,0%), "пептической" (16,1%), кровоточащей (17,8%) встречается сравнительно реже.

4. Язвенная болезнь протекает на фоне деформации луковицы 12-перстной кишки (38,1%), хронического гастрита (47,5%), хронического гастродуоденита (48,3%), рефлюкс-эзофагита (22,9%). Наблюдается высокая частота хеликобактер-ассоциированных (74,6%) форм язвенной болезни.

5. Сравнительно лучшие результаты комплексного эрадикационного лечения наблюдаются у больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки (87,5%) в молодом возрасте по сравнению с язвенной болезнью желудка (71,8%) в старшем возрасте. Результаты повторного курса лечения способствовали положительной динамике у 63,3% пациентов. Формирование хронической язвы наблюдалось у 36,3% больных.

**Внедрение в практику результатов исследования.** Материалы диссертационной работы внедрены в учебный процесс кафедры внутренних болезней Университета Хаким Санои г. Мазори Шариф, Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино. Также используются в лечебной практике гастроэнтерологического отделения Областного госпиталя Хаким Санои г. Мазори Шариф.

**Апробация работы.** Материалы диссертационной работы доложены и обсуждены на ежегодных научных конференциях ТГМУ имени Абуали ибни Сино (2014г., 2015г., 2016г., 2017), на заседании межкафедральной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ТГМУ имени Абуали ибни Сино (Душанбе, 2018г.).

Результаты комплексного обследования с использованием клинического, эндоскопического, бактериологического исследования позволят с современных позиций интерпретировать постановку развернутого диагноза, оценить тяжесть течения, прогноз и правильно построить стратегию лечения.

Установление особых форм язвенного повреждения позволит отнести этот контингент больных в особую группу с повышенным риском возникновения различных осложнений язвенной болезни.

Выявление воспалительно-инфильтративных изменений с признаками лимфоидной и нейтрофильной инфильтрацией слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки, по типу рефлюкс-эзофагита, хронического гастрита, гастродуоденита с язвенным повреждением практически дает возможность использовать активные методы эррадикационной и противоязвенной терапии.

Доказана, высокая эффективность первой линии схемы эррадикационной терапии при язвенной болезни с "одиночными", "множественными" язвенными повреждениями у лиц молодого возраста, по сравнению с группой больных в старшем возрасте. Менее эффективным оказалось лечение особых форм язвенного повреждения по типу "круглая язва", "пептическая язва", которые нередко переходят в хроническую язву.

Высокую частоту *H. Pylori*- ассоциированных форм язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей Исламской Республики Афганистан необходимо учитывать в лечебной практике, при постановке клинического диагноза и разработке дифференцированных схем патогенетической терапии.

**Опубликование результатов диссертации.** По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, из них 3 работы в журналах, рекомендованных ВАК при Президенте Республики Таджикистан.

**Личный вклад соискателя учёной степени.....**

**Объём и структура диссертации.** Диссертация изложена на 115 странице компьютерного текста (шрифт Times New Roman-14, интервал 1,5). Состоит из введения, обзора литературы, описания материала и методов исследования, результатов и обсуждения собственных исследований, заключения, списка литературы. Материалы диссертации иллюстрированы 14 таблицами и 19 рисунками.

Библиографический указатель содержит 202 источника литературы, из которых 123 – на русском и 79 – на других языках.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Материал и методы исследования.** Достоверным материалом диссертационной работы явилось клиническое обследование 118 больных – коренных жителей области Мазори Шариф Исламской республики Афганистан с установленными признаками язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Все больные находились на стационарном обследовании, лечении и диспансерном, динамичном наблюдении в гастроэнтерологическом отделении областного госпиталя г. Мазори Шариф, за период с 2012 по 2016 гг.

Критериями включения в исследования являлось наличие диагноза: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки у коренных жителей области Мазори Шариф Исламской республики Афганистан.

Критериями исключения из исследования являлись язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки с сопутствующими заболеваниями желчного пузыря, поджелудочной железы, печени и другой соматической патологии, а также артериальной гипертензией, ИБС и другими метаболическими, аутоиммунными заболеваниями.

Всем пациентам проводилось общеклиническое обследование установления соматического статуса. Собирались анамнез заболевания, с установлением продолжительности заболевания, частота обострений, исходы предыдущих методов лечения. Детально изучались жалобы больных, интенсивность, ритмичность, локализация болевого синдромом и диспепсических расстройств. Устанавливалось частота изжоги, отрыжки тошноты, срыгивания, расстройства стула, цвет испражнений.

Подробно собирали информацию о характера и режима употребления пищи с употреблением или без острых приправ. Частоту перекусов между употреблением пищи, обращая внимание на содержания свежих фруктов, овощей и сухофруктов, миндаля, орехов, фисташек, урюм. Подробно анализировались

вредные привычки, употребление табакокурения, насвая, спиртных и прохладительных напитков, крепкого чая.

Эндоскопическое исследование включало проведение видеоэзофагогастродуоденоскопии. Больные отбирались по согласию, с отсутствием относительных противопоказаний для проведения данного исследования. Исследование проводилось по методике Г.Б. Гиршмана, аппаратом фирмы "Olympus EVIS EXERA II" (производство Япония, 2006), позволяющим в течение одной процедуры в режиме НОТV последовательно осмотреть состояние слизистой оболочки пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки и при необходимости прицельно взять биопсийный материал для гистологического исследования. Оценка состояния и характер патологии слизистой оболочки проводилась согласно рекомендациям эндоскопического раздела "Сиднейской классификации", с учётом её модификации от 1996 года.

Бактериологическое исследование для выявления бактерий *H. pylori* проводилось в лаборатории кафедры микробиологии, вирусологии Областного университета Исламской Республики Афганистан. Материалом исследования являлись кал и кровь больного, также, биопсийный материал из слизистой оболочки желудка.

Культивирование проводилось в течение 4-14 дней по общепринятой методике. Определялись оксидазная и каталазная активность, быстрый уреазный тест (БУТ), постановка полимеразной цепной реакции (ПЦР). Спектр чувствительности штаммов *H. pylori* определяли к кларитромицину, амоксициллину, метронидазолу, тетрациклину. Иммунологическим методом определялись специфический анти-хеликобактерный IgG и общие иммуноглобулины класса А,М,С в сыворотке крови методикой ИФА.

Эррадикационная терапия проводилась по общепринятой схеме, рекомендованной соглашением Маастрихтской конференции (1999г.).

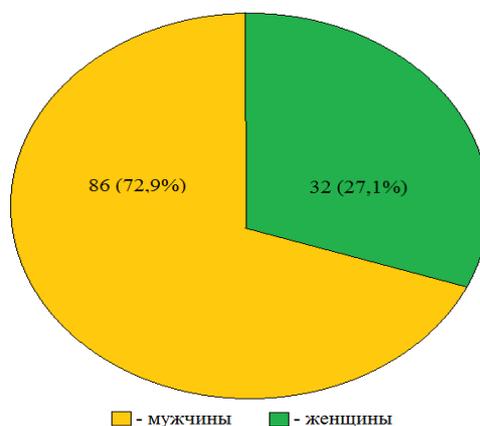
Для успешной эррадикационной терапии пользовались тройной схемой, при повторном курсе лечения проводили квадротерапию. При первой линии лечения назначали: амоксициллин по 1000 мг x 2 раза в сутки, кларотромицин – 500 мг x 2

раза в сутки в течение 7 дней, омепразол – 20 мг x 2 раза в сутки в течение 3х недель. Окончательные результаты оценивались через 30 дней после проведения эррадикационного лечения с повторной постановкой ПЦР – исследования для определения *H. pylori*, повторной эндоскопией и ИФА исследования.

Статистическая обработка материала проводилась на ПК с помощью прикладной программы «Statistica 6.0» (Stat Soft, USA). Вычислялись средние значения абсолютных значений (M) и их стандартные ошибки ( $\pm m$ ), а также относительные показатели (P, %). Множественное сравнение абсолютных величин независимых выборок делали по H-критерию Крускала-Уоллиса (ANOVA), парные сравнения – по U-критерию Манна-Уитни. Независимые относительные величины сопоставлялись по ф-критерию Фишера, а зависимые относительные величины – по критерию  $\chi^2$ . Нулевая гипотеза отвергалась при  $p < 0,05$ .

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

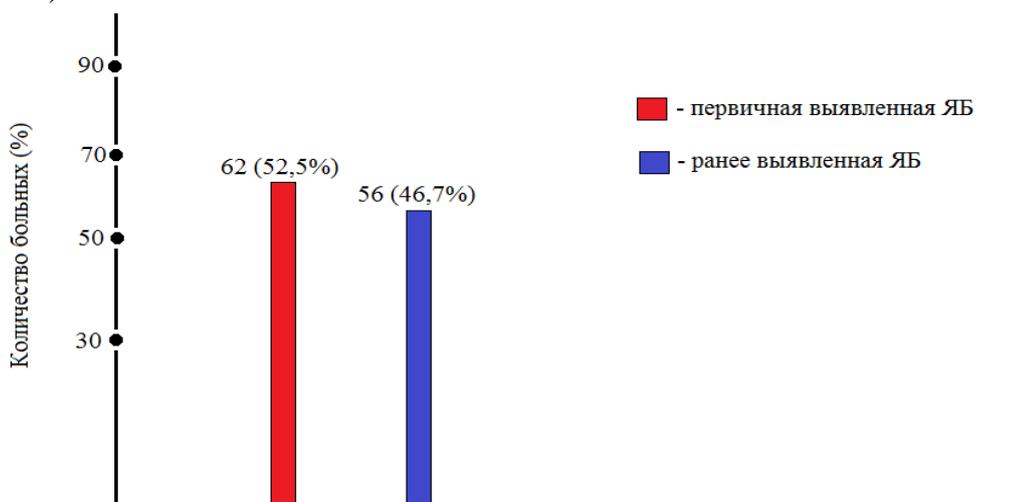
Представлены результаты клинико-лабораторного и эндоскопического исследования 118 – больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки у коренных жителей области Мазори Шариф. Мужчин было 86 человек, женщин - 32 (рисунок 1.)



*Рисунок 1.- Структура обследованных больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки*

Возраст больных колебался от 20 до 46 лет, медиана возраста составила 32 года, т.е., главным образом, язвенная болезнь наблюдалась в молодом, трудоспособном возрасте. Анамнестические данные свидетельствовали о том, что главной причиной обращаемости являлись упорные болевые ощущения в эпигастральной области, часто сочетающиеся с мучительной изжогой, отрыжкой и другими диспепсическими расстройствами.

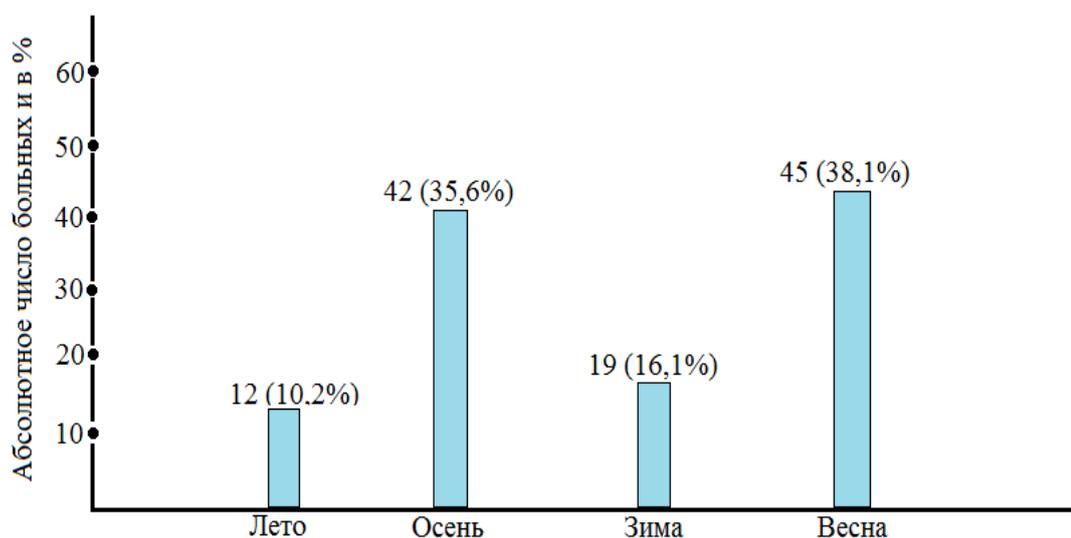
Анализ пищевого режима, характера приёма пищи и в промежутках между основными приёмами пищи выявили некоторые особенности. В основном все пациенты указывали на двухразовый режим питания. При этом, на завтрак отдавали предпочтение употреблению молока с печеной лепешкой, отварным и жареным яйцам, сахару, варению с фруктами. На обед и на ужин - жаренному мясу, картошке, афганскому плову, отварным мясным супам с добавлением острого черного или красного перца. При этом больные, не редко употребляют табакокурение и насвай (курение насвая также широко распространены среди женского пола). В качестве "перекусов" 1-2 раза в сутки употребляются фрукты, арбузы, дыни, сухофрукты и миндаль, фисташки, орехи. Примерно с одинаковой частотой госпитализируются больные с первичным и повторно выявленным обострением ЯБ, с небольшим преобладанием первично выявленных больных (Рисунок 2).



**Рисунок 2.- Структура госпитализированных больных с ЯБЖ и ЯБДК  
(n=118) P>0,05**

Частота обострений выявленных больных, наблюдается главным образом 1-2 раза в год, осеннее и весеннее время года (Рис. 3).

Реже поступали с обострением язвенной болезни в летний (10,2%) и зимний периоды года (16,1%).

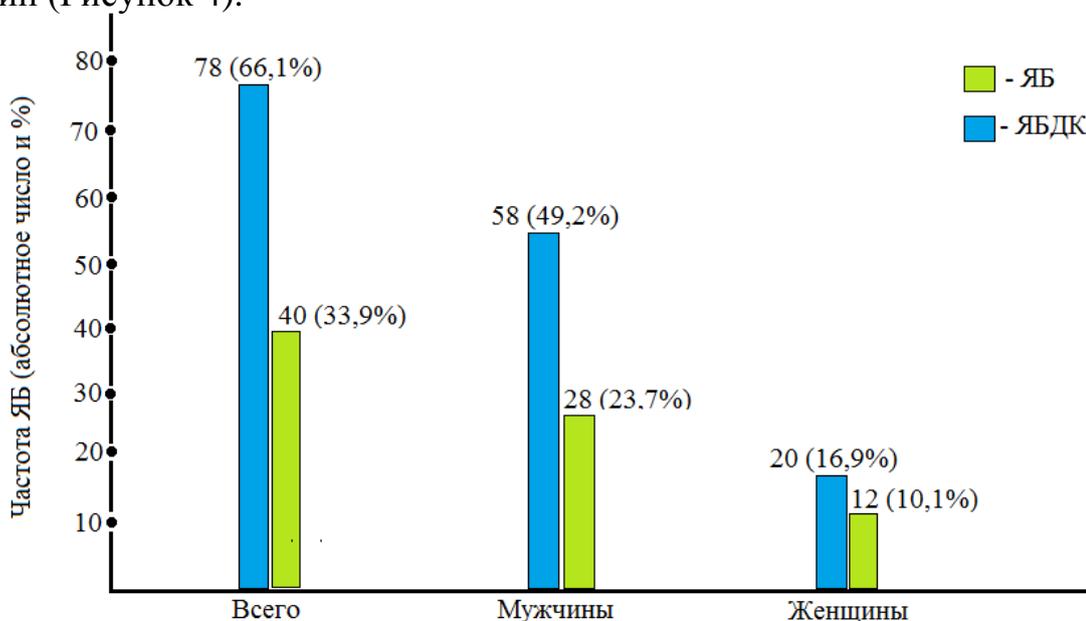


**Рисунок 3.- Частота госпитализированных больных ЯБЖ и ЯБДКв зависимости от периода года.**

Анализ факторов риска возникновения язвенной болезни у жителей области Мазори Шариф показали некоторые особенности. Известно, что риск развития язвенной болезни у кровных родственников в 3-4 раза выше чем в общей популяции. В наших наблюдениях 38 (32,2%) пациентов указывали на наличие язвенной болезни у близких родственников у отца, матери, дедушки, брата, подчеркивая значимость наследственной предрасположенности. Немало важное значение имеет характер питания, санитарно-гигиеническая условия, нервно-психические и эмоциональное напряжение, которые по известным событиям за последние 30 лет остается источником отрицательного раздражения на нервную систему и на образ жизни в целом.

Продолжительность язвенного анамнеза определено зависила от возраста, колебались от 1-ого до 15 лет. Язвенный анамнез у пациентов до 30 лет, колебалась от 1-ого до 5 лет, с увеличением возраста увеличивался продолжительность анамнеза.

На основании клинико-эндоскопического исследования язвенная болезнь желудка установлено у 40 (33,9%), язвенная болезнь 12-перстной кишки у 78 (66,1%) пациентов с преобладанием локализации язвы в 12-перстной кишке. Язвенная болезнь желудка установлено у 12 (10,1%) женщин и у 28 (23,7%) мужчин, язвенная болезнь 12-перстной кишки у 58 (49,2%) мужчин и у 20 (16,9%) женщин (Рисунок 4).



**Рисунок 4. -Частота язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки среди мужчин, женщин у жителей области Мазори Шариф n=118 достоверность  $P<0,05$**

Клиническая симптоматология язвенной болезни в сравнении с контрольной группой представлена в таблице 1.

**Таблица 1.-Частота основной симптоматиологии язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазори Шариф**

Симптоматология	Контрольная группа (n=20)	Язвенная болезнь желудка (n=40)	Язвенная болезнь 12-перстной кишки (n=78)	Всего n=118
Ранние боли	-	34 (85,0%)	12 (15,4%)	46 (39,0%)
Поздние боли	-	6 (15,0%)	66 (84,6%)	72 (61,0%)
Ночные голодные боли	-	31 (77,5%)	59 (75,6%)	90 (76,3%)
Ритмичные	-	36 (90,0%)	74 (94,8%)	110 (93,2%)
Сезонные	-	22 (55,0%)	28 (35,9%)	50 (42,4%)
Тошнота	3 (15,0%)	29 (72,5%)	58 (74,4%)	87 (73,2%)
Изжога	2 (10,0%)	26 (65,0%)	62 (79,5%)	88 (74,6%)
Отрыжка	4 (20,0%)	26 (65,0%)	56 (71,8%)	82 (69,5%)

Рвота	-	8 (20,0%)	23 (29,5%)	31 (26,3%)
Поносы	4 (20,0%)	11 (27,5%)	28 (35,9%)	39 (33,0%)
Запоры	6 (30,0%)	18 (45,%)	32 (41,0%)	50 (42,4%)
Мелена	-	6 (15,0%)	15 (19,2%)	21 (17,8%)

*Примечание: Обозначено абсолютное количество больных в скобках (%)*

Обращало на себя внимание более выраженная, интенсивная болевая симптоматика, особенно первые 3-5 дней с момента госпитализации, требующего экстренного введения спазмолитиков и анальгизирующих препаратов для купирования болевого синдрома. У некоторых больных болевые ощущения возникали приступообразно, повторялись на фоне проведения противоязвенного лечения. Болевые ощущение при язвенной болезни желудка чаще локализовались в эпигастральной области с иррадиацией в правое подреберье, надпупочную область и в нижние отделы живота. Иногда болевые ощущения распространялись по ходу пищевода вверх в левую или в правую загрудинную область. Возникновение болевого синдрома, главным образом, сохранял свои основные признаки, возникая ритмично сразу или через 15-25 минут после приема пищи. Ранние боли наблюдались у большинства больных с язвенной болезнью желудка (85,0%), редко у этого контингента больных наблюдались поздние возникновения болевых ощущений (15,0%), иногда, носившие более постоянный характер. У больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки, главным образом, возникали поздние боли, болевые ощущения стихали после приема пищи, появляясь через 1-2 часа после еды.

Следует указать, что интенсивные болевые ощущения чаще возникали по ночам, сопровождаясь вынужденным положением.

Классические проявления болевого синдрома у больных с язвенной болезнью часто сочетались диспептическими расстройствами. Чувство тошноты наблюдался незначительно реже у больных с локализацией язвы в желудке (72,7%) по сравнению с группой больных с локализацией язвы в дуоденуме (74,4%). Изжога, нередко достигающая до степени "мучительной" также наблюдалась чаще у больных язвенной болезнью 12-перстной кишки (79,5% против 65,0%). Сравнительно реже наблюдалось рвота (20,0% против 29,0%). Появление рвоты мы расценивали как проявление пищевого стаза, связанного с

возникновением гипомоторики, дуоденоспазмом, допуская мысль о возможности рубцовой деформацией желудка и 12-перстной кишки с начальными проявлениями пилоростеноза, либо с погрешностями пищевого режима.

Неустойчивый стул, с незначительной разницей по частоте наблюдался во второй и третьей группе больных. Жидкий стул у больных с язвенной болезнью желудка наблюдался у 27,5%, запоры у 45,0%, а у больных с дуоденальной локализацией 35,9%, 41,0% соответственно. Диспептические расстройства с незначительной частотой (от 10,0% до 30,0%) отмечались в контрольной группе с нормальной эндоскопической картиной слизистой оболочки эзофагогастродуоденальной области. Появление тошноты (15,0%), изжоги (10,0%), отрыжки (20,0%), периодически жидкого стула (20,0%), запоры (30,0%) у практически здоровых жителей области Мазори Шариф, по всей вероятности, связано с характером питания в этом регионе и образом жизни в целом. Выявление симптома "мелена" у 6 (15,0%) больных с язвенной болезни желудка и у 15 (19,2%) с дуоденальной язвой подтверждала возможность скрытого кровотечения. Однако, явных признаков желудочного кровотечения с кровавой рвотой и отрицательной динамикой уровня гемоглобина крови и эритроцитов мы не наблюдали, т.е. контингент больных соответствовали принципам госпитализации в терапевтическое отделение.

Обращало внимание, что перечисленные симптоматология язвенной болезни часто сочетались с невротическими расстройствами, головными болями, раздражительностью (56,7%), нарушением сна (45,0%) и астеническим состоянием (31,7%). Возникновение невротических расстройств у больных с язвенной болезнью большинство авторов связывают с отрицательным воздействием психо-эмоциональных факторов приводящих к нарушению вегетативной нервной системы. Частота соматогенно обусловленных форм нарушения вегетативной нервной системы по данным литературы у больных с язвенной болезнью колеблется от 20,0% до 65,0% больных. В наших наблюдениях, в популяции жителей области Мазори Шариф, Исламской

республики Афганистан наблюдался от 31,7% до 56,7% больных с язвенной болезнью.

Результаты эндоскопического исследования показали, пациентов контрольной группы у 2 (10,0%) показали картину рефлюкс эзофагита, у 6 (30,0%) хронического гастрита, у 3 (15,0%) хронического гастродуоденита и у 2 (10,0%) деформацию луковицы 12-перстной кишки. Данные результаты подтверждает давно известный факт, допускающий скрытое течение патологии гастродуоденальной области среди вполне здоровых лиц. Частота таких форм течения патологии желудка и 12-перстной кишки по данным разных авторов колеблется от 15,0% до 30,0% наблюдений, относительно совпадая с результатами нашего исследования (таблица 2).

**Таблица 2.-Клинико-эндоскопические показатели язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазори Шариф Исламской республики Афганистан (n=118)**

№	Эндоскопические результаты	Контрольная группа n=20	Язвенная болезнь желудка n=40	Язвенная болезнь 12-перстной кишки n=78	Всего n=118
1	Рефлюкс эзофагит	2 (10,0%)	8 (20,0%)	19 (24,4%)	27 (22,9%)
2	Хронический гастрит	6 (30,0%)	18 (45,0%)	38 (48,7%)	56 (47,5%)
3	Хронический гастродуоденит	3 (15,0%)	17 (42,5%)	37 (47,4%)	54 (45,8%)
4	Деформация луковицы 12-перстной кишки	2 (10,0%)	8 (20,0%)	37 (47,4%)	45 (38,1%)
5	Одиночная язва	-	16 (40,0%)	47 (60,2%)	63 (53,3%)
6	Множественные язвы	-	11 (27,5%)	19 (24,4%)	30 (25,4%)
7	Круглая язва	-	6 (15,0%)	-	6 (5,0%)
8	Пептическая язва	-	7 (17,5%)	12 (15,4%)	19 (16,1%)
9	Кровоточащая язва	-	6 (15,0%)	15 (19,2%)	21 (17,8%)

*Примечание: абсолютное число пациентов в скобках (%)*

Во второй группе обследованных больных язвенное повреждение желудка протекало у 8 (20,0%) больных с рефлюкс эзофагитом на фоне хронического гастрита у 18 (45,0%), хронического гастродуоденита у 17 (42,5%), при этом у 8 (20,0%) больных отмечалась явление деформации луковицы 12-перстной кишки. В третьей группе больных с локализацией язвенного дефекта в 12-перстной кишки сравнительно чаще отмечалось явление рефлюкс эзофагита (24,6%),

хронического гастрита (48,7%), хронического гастродуоденита (47,4%), деформации луковицы 12-перстной кишки (47,4%).

При эндоскопическом осмотре язвенные изменения характеризуются выраженной гиперемией, с наличием язвенного кратера, чаще имели овальную или округлую форму. Дно язвы чаще заполнено фибринозными наложениями желтоватого цвета. Края язвы возвышались в виде вала, слизистая оболочка вокруг язвы была гиперемизирована с участками регионального воспаления с отеком. Глубина язвенного дефекта, его форма в определенной степени зависела от стадии развития язвенного дефекта. В острой стадии язвенного дефекта наблюдалась более выраженная отечность, края более возвышены с зоной регионального воспаления, легко ранима, дающие контактную кровоточивость у 21 больного (17,8%), дно язвы как правило заполнено фибринозным налетом. При тяжелых формах язвенного дефекта по типу "круглый" и "пептической" язвы размеры язвы более 1,5 см, края приподняты с зоной регионального воспаления с гиперемией, мелким кровоизлиянием, фибринозным наполнением дна язвенного дефекта. Круглая язва обнаружена у 6 (15,0%), "пептическая" язва у 7 (17,5%) пациентов с ЯБЖ и у 12 (15,4%) с ЯБДК.

Наиболее часто выявлялась одиночная язва у 63 (53,3%) больных, при этом у 16 (40,0%) язва локализовалась в желудке и у 47 (60,0%) в 12-перстной кишке. Множественные (два и более) язвы примерно с одинаковой частотой выявлено у 30 (25,4%) пациентов.

Далее представляем результаты изучения особенностей течения ЯБ среди мужчин и женщин в молодом и в старших возрастных группах (Таблица 3)

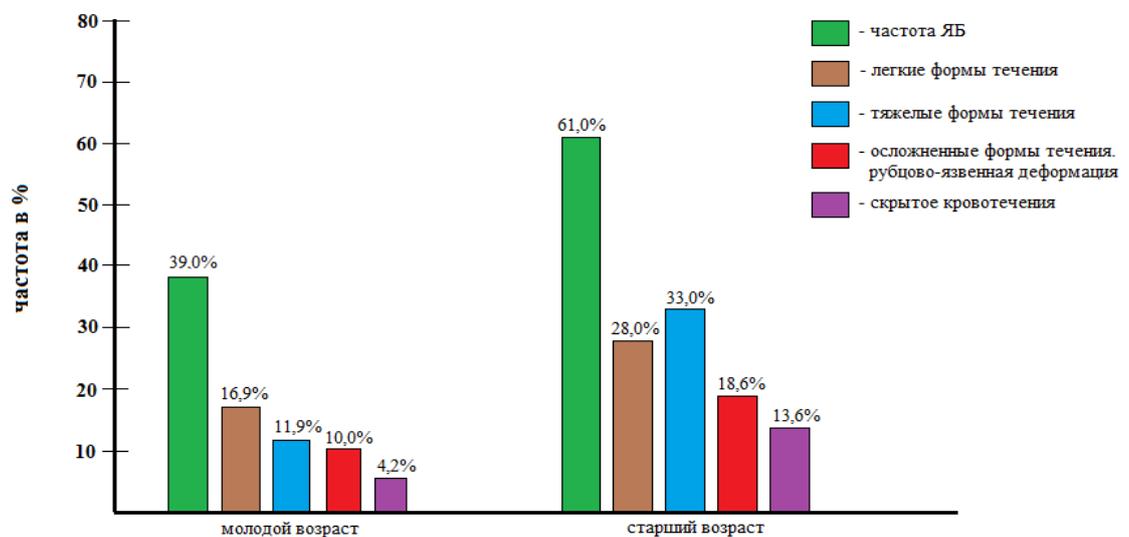
**Таблица 3.- Особенности течения язвенной болезни в молодой и старшей возрастных группах, среди мужчин и женщин (n=118)**

Характеристика язвенного дефекта	Мужчины n=86		женщины n=32		Всего n=118
	Возраст до 29 лет n=33	Возраст старше 30 лет n=53	Возраст до 29 лет n=13	Возраст старше 30 лет n=19	
Локализации язвы желудка	11	18	4	7	40 (33,9%)
Локализации язвы 12-	22	35	9	12	78 (66,1%)

перстной кишки					
Одиночная язва	19	24	11	9	63 (53,4%)
Множественные язвы	7	14	2	7	30 (25,4%)
Круглая язва	-	5	-	1	6 (5,0%)
Пептическая язва	7	10	-	2	19 (16,1%)
Деформация луковицы 12-перстной кишки	11	16	2	6	45 (38,1%)
Кровотечение	3	12	2	4	21 (17,8%)

Примечание: абсолютное число больных, всего в % (n=118). Достоверность различия в  $P < 0,05$

Результаты такого анализа показало преобладание язвенной болезни среди мужчин старших возрастной группе. Легкие формы течения ЯБ по типу "одиночных" язв чаще наблюдается в молодом возрасте, тогда как тяжелые, осложненные формы язвенного повреждения, чаще наблюдается среди старших возрастных группах среди мужчин по сравнению с женщинами. Из осложнений наиболее часто выявлялось рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки с признаками скрытого пилоростеноза и кровотечения (Рисунок 5)

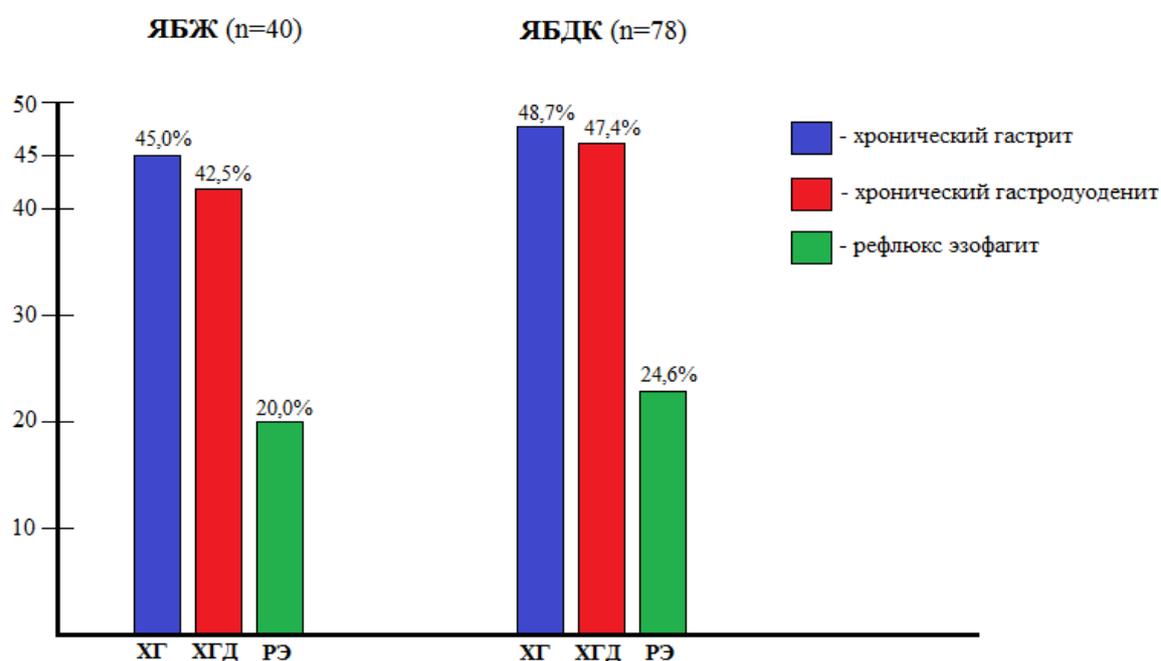


**Рисунок 5.- Сравнительная характеристика частоты и форм течения язвенной болезни в молодом и старшем возрасте n=118, достоверности различия  $P > 0,05$**

По известным литературным источникам, большинство исследователей указывают на частое сочетание хронического гастрита, гастродуоденита, рефлюкс-эзофагита у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. Однако, частота и характер эндоскопической и морфологической картины

хронического гастрита, гастродуоденита, рефлюкс-эзофагита в литературе представлено разноречиво, одни авторы находят значительно чаще, другие реже с колебаниями от 36,0% до 88,0% наблюдений. Отдельные авторы указывают на преобладание атрофического гастрита у больных с язвенной болезнью желудка, другие обнаруживали примерно с одинаковой частотой по сравнению с язвенной болезнью 12-перстной кишки, указывая при этом на высокую частоту не атрофического и нередко гастродуоденита.

Однако, большинство авторов однозначно признают наибольшую частоту локализации хронического гастрита, его различных форм в антральном отделе, не редко сочетаясь с телом и фундальной части желудка. В наших наблюдениях относящимся к коренным жителям области Мазори Шариф выявлены выявление с незначительным увеличением частоты хронического гастрита, гастродуоденита и рефлюкс эзофагита у больных с ЯБДК (Рисунок 6).



**Рисунок 6.- Частота фоновых заболеваний пищевода, желудка и 12-перстной кишки у больных с язвенной болезнью. Достоверность различия  $P < 0,05$ .**

Высокая частота хеликобактер ассоциированных форм язвенной болезни (80,0% ЯБЖ, 71,8% при ЯБДК) по всей вероятности связано с высокой распространенности хеликобактериоза в данном регионе. В доступных

литературных источниках имеется сведения о неравномерном распространение хеликобактериоза в различных странах. При этом, указывается меньшая распространенность хеликобактериоза в развитых странах Европы, по сравнению с развивающимися странами с худшими санаторно-бытовыми условиями. При этом, одни авторы указывают на наибольшую распространенность *H. pylori* ассоциированных форм заболеваний желудочно-кишечного тракта у мужчин, а другие у женщин. В целом в этом вопросе, нет окончательной ясности, многие вопросы распространенности хеликобактериоза остаются спорными, требующего дальнейшего изучения. На нашем материале исследования *H. pylori* ассоциированные заболевания примерно одинаково встречался у мужчин и женщин, лишь не большой разницей у лиц молодого и старшего возраста (таблица 4).

**Таблица 4.-Частота обсемененности *H. pylori* у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки у лиц молодого и старшего возраста**

Локализация язвы	молодой возраст (n=46)	<i>H. pylori</i> +	старший возраст (n=42)	<i>H. pylori</i> +	P
1. Язвенная болезнь желудка (n=32)	15	46,9%	17	53,1%	P>0,01
2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки (n=56)	31	55,4%	25	44,6%	P>0,01

Результаты показали умеренное увеличение частоты обсемененности *H. pylori* в старшем возрасте (53,1% против 46,9%). Тогда как, в молодом возрасте у больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки также незначительно увеличивается частота хеликобактериоза. Такого порядка, с умеренной разницей частоты обсемененности *H. pylori* у больных с язвенной болезнью позволяет высказать мнение, что хеликобактер ассоциированные заболевание могут встречаться без определенной зависимости от возраста, т.е. произвольно. Вполне понятно, что, частота хеликобактериозной инфицированности больше зависит от санитарно-гигиенических норм поведения и условия питания и социально-бытовых условий трудовой деятельности и образа жизни в целом.

Изучение социально-бытового статуса с *H. pylori* ассоциированной язвенной болезнью показала множество факторов способствующих инфицированию членов семей. Не редко встречались парные случаи *H. pylori* ассоциированных форм язвенной болезни у отца, матери, брата и сестры, факторами инфицирования является традиционное употребление пищи из одной посуды руками.

Результаты генотипирования *H. pylori* ассоциированных форм ЯБ у 6-больных по типу "круглой" язвы у 6 с "пептической", у 6 "множественный" язвы и у 4-больных с одиночной локализацией язвенного дефекта показали следующие особенности (Таблица 5).

**Таблица 5.-Сопоставленные тяжести течения язвенного дефекта с частотой генотиповой характеристикой при ЯБЖ и ЯБДК (n=22)**

Характеристика язвенного дефекта	Комбинация из 6генов	Комбинация из 5генов	Комбинация из 4генов
"Круглая" язва (n=6)	4 (66,6%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
"Пептическая" язва (n=6)	6 (100,0%)	-	-
"Множественные" язвы (n=6)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	4 (66,6%)
"Одиночные" язвы (n=4)	-	-	4 (100,0%)
Всего (n=22)	11 (50,0%)	2 (9,0%)	9 (41,0%)

У больных с тяжелыми формами изъязвления чаще наблюдался комбинация из сочетания из 6 хромосомных генов. По типу "круглой" язвы выявлялся у значительного большинства больных генотип 6-генов хромосомной ДНК (66,6%), не исключая возможность развития такого прогностически не благоприятной формы язвенной болезни при сочетании из 5 и 4 хромосомных генов. При наличие "пептической" язвы на нашем материале исследования у всех обследованных больных обнаружено генотип из комбинации 6-генов.

Таким образом, штаммы *H. pylori*, как этиологический фактор развития гастродуоденальной язвенной болезни колеблется в различных пределах, однако при тяжелых язвенных повреждениях увеличивается количество сочетания генов хромосомной ДНК. Такого же мнения придерживаются отдельные современные авторы.

Результаты первой линии лечения у больных с ЯБ в определенной степени зависимо от возраста, длительности язвенного анамнеза, характера язвенного повреждения (Таблица 6).

**Таблица 6.-Результаты первой линии схемы лечения у больных с ЯБЖ и ЯБДК у жителей области Мазори Шариф Исламской республики Афганистан (Омепразол 20 мг х2раза + Кларитромицин 500 мг х 2раза + Амоксицилин 1000 мг х 2раза)**

Характер патологии	Возраст 18-29 лет n=32		Результат эрадикации %	Рубцевание язвы %	Возраст 30-50 лет n=56		Результат эрадикации %	Рубцевание язвы %
	мужчины	женщины			мужчины	Женщины		
1. ЯБЖ: (n=32) 1А "Одиночная" язва	2	2	4 (100%)	4 (100%)	3	2	5 (100%)	4 (80,0%)
1Б "Множественные" язвы	2	2	4 (100%)	4 (100%)	3	2	4 (80,0%)	3 (60,0%)
1В "Круглая" язва	-	-	-	-	5	1	2 (33,3%)	1 (16,7%)
1Г "Пептическая" язва	3	-	1 (33,1%)	1 (33,1%)	3	2	3 (60,0%)	2 (40,0%)
2. ЯБДК (n=56) 2А "Одиночная" язва	4	4	8 (100%)	8 (100%)	6	6	12 (100%)	12 (100%)
2Б "Множественные" язвы	7	2	9 (100%)	9 (100%)	10	6	14 (87,5%)	12 (75,0%)
2В "Пептическая" язва	4	-	2 (50,0%)	2 (50,0%)	5	2	4 (57,1%)	4 (57,1%)

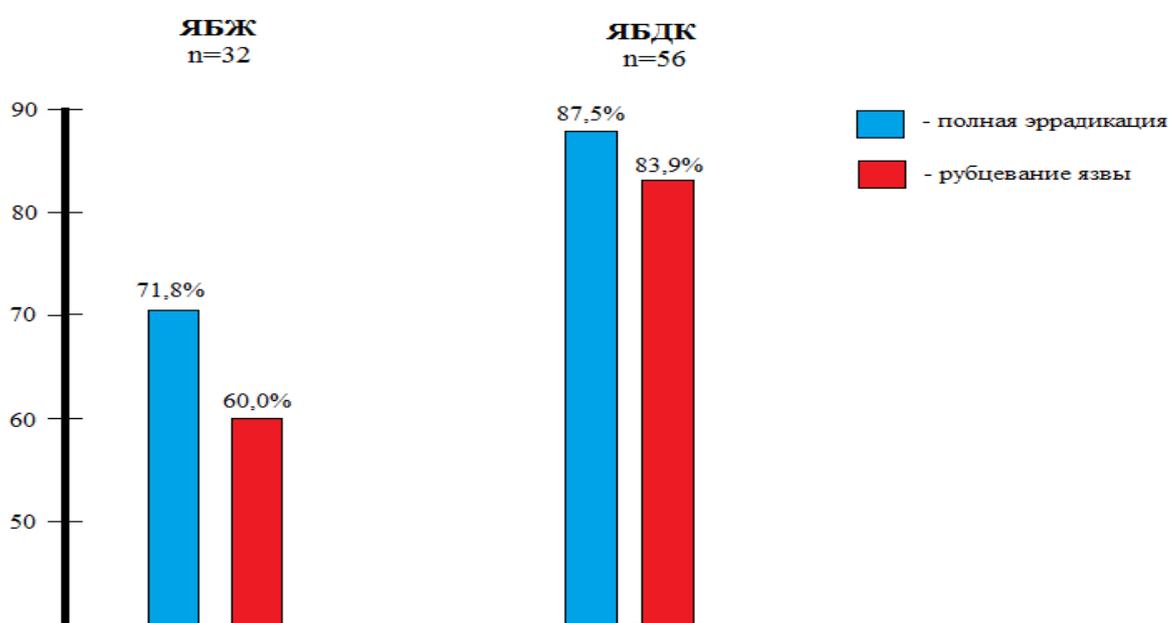
В группе с язвенной болезнью в молодом возрасте у мужчин и женщин результаты эрадикационной терапии с рубцеванием при "одиночных" и "множественных" дефектах были высокими достигало до 100,0%. В этой группе обследованных не желаемые результаты лечения эрадикации с рубцеванием наблюдались у 2-больных с "пептической" ЯБДК.

Сравнительно не удовлетворительные результаты наблюдались в старших возрастных группах. Полное рубцевание язвы отмечено у 80,0% с "одиночной", и у 60,0% при "множественных" повреждениях, полная эрадикация достигнута у 80,0% пациентов с ЯБЖ. Эрадикация успешной была у 33,3% с "круглой" и у 60,0% с "пептической" язвой.

При ЯБДК успешная эррадикация с рубцеванием наблюдался при "одиночных" (100,0%), "множественных" (87,5%, 75,0%), "пептической" язве лишь у 57,1% наблюдений.

Наряду с положительной эндоскопической картиной наблюдалось стихание с полным исчезновением болевого синдрома и диспептических расстройств.

Результаты окончательного заключения эффективности первой линии лечения в общей популяции обследованных больных показали лучшие показатели в группе больных с ЯБЖ по сравнению с ЯБЖ (Рисунок7).



**Рисунок 7. -Сравнительная характеристика результатов лечения в общей популяции обследованных больных с ЯБ у жителей области Мазори Шариф Исламской республики Афганистан. Достоверно различия  $P < 0,05$ .**

После завершения первой линии у 16 (18,2) больных не поступило полная эррадикации, у 22 (25,0%) рубцевание язвы. Все эти пациенты относились главным образом старшим возрастным группам с неблагоприятными формами язвенного повреждения.

Согласно рекомендациям Маастрихтским соглашением (1994г.) этим пациентам проведено повторный курс лечения используя схему квадратерапию: омепразол 20мг х 2 раза, тетрациклин 500мг х 4 раза, фуразалидон 200мг х 2 раза, Де-нол 240мг х 2 раза в сутки. Оценка результатов после окончания курса лечения позволили установить полную эррадикацию у 10 (62,5%), рубцевание язвы у 14

(63,6%). У остальных 8 (6-ЯБЖ, 2-ЯБДК) у 3 "круглой" и "пептической" язвой желудка, у 2 - "пептической" язвой дуоденуме не наблюдалось полное рубцевание. При повторной эндоскопии отмечалось утолщение дна язвенного дефекта, фиброзное утолщение краев с разрастанием соединительной ткани позволяющие заключить о формировании "хронической язвы".

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Клиническими особенностями язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазори Шариф Исламской Республики Афганистан являются выраженные проявления классических признаков заболевания. Характерны интенсивный болевой синдром, ритмичность, ночные "голодные" боли, сезонность течения. Часто сопровождается Диспептическими расстройствами, изжогой (74,6%), тошнотой (73,2%), отрыжкой (69,5%), реже запорами (42,4%), жидким стулом (33,0%), рвотой (26,3%), меленой (17,8%). [3-А, 4-А, 8-А]

2. Язвенная болезнь чаще протекает с локализацией язвенного повреждения в 12-перстной кишке (66,1%), реже в желудке (39,1%), наблюдается преимущественно у мужчин (72,9%) в среднем, старшим, трудоспособном возрасте. Протекает на фоне заболеваний пищевода, желудка и 12-перстной кишки: хронического гастрита (47,5%), хронического гастродуоденита (48,3%), деформации луковицы 12-перстной кишки (38,0%), рефлюкс эзофагита (22,9%). [7-А]

3. Эндоскопическая картина язвенного повреждения при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки с незначительными колебаниями частоты, чаще выявляется по типу: "одиночной" (53,3%), "множественной" (25,4%), прогностически тяжелой, "пептической" (16,1%), "круглой" (5,0%) язв. Кровоточащее язвенное повреждение наблюдается у 17,8%. Признаки компенсированного "пилоростеноза" у 22,0% пациентов. Тяжелые формы язвенного повреждения чаще наблюдается в старших возрастных группах. [2-А, 5-А]

4. Язвенная болезнь у 74,5% наблюдений являлись *H. pylori*- ассоциированными. При этом у 80,0% пациентов с язвенной болезнью желудка, у 71,8% больных с язвенной болезнью 12-перстной кишки обнаруживаются штаммы *H. pylori*.

Хеликобактер пилори примерно с одинаковой частотой выявляется в молодом, старшем возрасте, среди мужчин и женщин. У пациентов с положительными результатами ПЦР исследований чаще отмечаются сочетание из 6,5-хромосомной ДНК и высокие титры антихеликобактерных антител иммуноглобулинов класса G, указывающие на более тяжелое течение язвенной болезни в этом регионе. [1-А, 2-А]

5. Трехкомпонентная эрадикационная терапия хеликобактер -ассоциированных форм язвенной болезни с назначением: кларитромицина, амоксициллина в сочетании с ингибитором протоновой помпы – омепразола, является достаточно высокоэффективным. Полная эрадикация наблюдается у 71,8%, рубцевание язвы -у 60,0% больных с ЯБЖ. При ЯБДК эрадикация возникает у 87,5% с рубцеванием язвы у 83,5% больных. Результаты лечения определенно зависят от локализации и характера язвенного повреждения, штаммов *H. pylori* и от возраста больного, лучшие результаты лечения достигнуты у пациентов молодого возраста. [6-А, 9-А, 10-А]

### **РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРАКТИЧЕСКОМУ ИСПОЛЬЗОВАНИЮ РЕЗУЛЬТАТОВ**

1. Для комплексной диагностики тяжести и характера течения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей Исламской республики Афганистан необходимо проведение клинического, эндоскопического, бактериологического исследования, результаты которых позволят поставить развернутый клинический диагноз.
2. Рекомендуется проведение полимеразной цепной реакции (ПЦР) с определением ДНК *H. pylori*, с постановкой быстрого уреазного теста (БУТ), оксидазного и каталазного теста для первичной диагностики хеликобактер-ассоциированных форм язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки.
3. Для лечения хеликобактер- ассоциированных форм язвенной болезни рекомендуется проведение трехкомпонентной терапии по схеме с назначением кларитромицина, амоксицилина в течение 7 дней, омепразола в течение 3-х недель. При не эффективности первой линии лечения, рекомендуется повторное проведения курса лечения по схеме квадротерапии: тетрациклин 500мг x 4р/в

сутки + фуразолидон 200мг х 2р/в сутки в течение 7 дней, Де-нол 240мг х 2р/в сутки + омепразол 20мг х 2р/в сутки в течение 3-х недель.

4. Для достоверной оценки эффективности эрадикационной терапии, после контрольного срока завершения лечения необходимо наряду с повторной эндоскопией и ПЦР исследование ДНК *H. pylori*, необходимо определить уровень титра антихеликобактерных антител иммуноглобулинов класса IgG. Наряду с этим, для улучшения эпидемиологического мониторинга в регионе необходимо проведение ряда санитарно-гигиенических мероприятий для профилактики язвенной болезни в регионе.

### **СПИСОК ПУБЛИКАЦИИ СОИСКАТЕЛЯ УЧЁНОЙ СТЕПЕНИ**

#### **Статьи в рецензируемых научных журналах:**

1-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов // Ж. «Вестник педагогического университета». -2015. -№2(63-1). С.125-129.

2-А. Хайриддин Х.Р. Комплексная оценка клинических, невротических, эндоскопических проявлений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов, М. Джумаев // Ж. «Вестник Авиценны». -2016. -№1. -С.48-52.

3-А. Хайриддин Х.Р. Результаты комплексного лечения хеликобактер пилори ассоциированных форм язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей области Мазари Шариф Исламской Республики Афганистан / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, С.С. Джалилов// Ж. «Вестник Авиценны».-2017.- №3.-С. 299-302.

#### **Статьи и тезисы в сборниках конференции:**

4-А. Хайриддин Х.Р. Эндоскопические особенности желудочной рефлюксной болезни на фоне соматической патологии / Х.Р. Хайриддин, С.Х. Асадуллоев, С.В. Джалилов // Материалы 62-ой годичной научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».-Душанбе.-2014.-С.16-17.

- 5-А. Хайриддин Х.Р. Некоторые клинические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров, Х.Н. Махмадов / Материалы 62-ой годичной научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Медицинская наука и образование».-Душанбе.- 2014 -С.108-110.
- 6-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопическая оценка фоновых заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны у больных с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки / Х.Р. Хайриддин, Ю.А. Шокиров // Материалы 63-ей годичной научно-практической конференции ТГМУ с международным участием «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи».-Душанбе.-2015.-С. 297-298.
- 7-А. Хайриддин Х.Р. 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 // Материалы 11-ой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы».-Душанбе. -2016.-С.69.
- 8-А. Хайриддин Х.Р. Клинико-эндоскопические особенности язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки у жителей г. Мазори Шариф / Х.Р. Хайриддин // Материалы 11-ой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием посвящённая 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Медицинская наука: достижения и перспективы».-Душанбе. -2016.-С.97.
- 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. Джалилов // Материалы 64-ой научно- практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвящённой 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан «Проблемы теории и практики современной медицины».-Душанбе.-2016-С.132-133.

10-А. Хайридин Х.Р. Особенности клинических, невротических расстройств у больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки жителей Исламской Республики Афганистан / Х.Р. Хайридин // Материалы 12-ой научно-практической конференции молодых ученых и студентов ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной году молодежи «Роль молодежи в развитии медицинской науки».-Душанбе.-2017. -С.89.

### **СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**

БУТ – быстрый уреазный тест  
ПЦР – полимеразная цепная реакция  
РЭ – рефлюкс–эзофагит  
СКФ – скорость клубочковой фильтрации  
ХБП – хроническая болезнь почек  
ХПН – хроническая почечная недостаточность  
Са – кальций  
К – калий  
Mg – магний  
Na – натрий