

УДК. 616.36-008.5 - 08-036

ОШҚОЗОН-ИЧАК ТИЗИМИДАН ЯЛЛИҒЛАНИШГА ҚАРШИ ДОРИ МОДДАЛАРИ САБАБЛИ ҚОН КЕТИШИДА ЗАМОНАВИЙ ҚАРАШЛАР

Ўроқов Шухрат Тўхтаевич

https://orcid.org/0009-0006-9977-1324 Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат
тиббий институтини Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-
mail: info@bsmi.uz

Хотима: Шошилиш хирургиясининг ҳозирги кунга қадар етарли даражада ҳал қилинмаган муаммоларидан бири ошқозон ичак тизимидан қон кетишида уни ўз вақтида ташхислаш ва даво тактикаси масаласидир. Шунинг билан биргаликда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетишлар кун сайин ўсиб ҳозирги вақтда 100000 аҳолига 90 -103 кишини ташкил қилмоқда [Абдуллаев А.Н., Литвинова Д.В., 2018]. Ҳозирги вақтда айниқса катта ёшдагилар ва қарияларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси сабабли қон кетишлар икки баробарга ошди. Ошқозон ичак тизимидан яралар сабабли ўткир қон кетишлардан ўлим ҳолати 5-20% ни ташкил қилса, шошилиш операциялардан кейин 4-73%, қарияларда эса ушбу кўрсаткич 80% дан юқори [Еремеев А.Г., 2018].

Калит сўзлар: Қон кетиш, НПВС., яра касаллиги.

Долзарблиги: Ўз даврининг машҳур жарроҳи С.С. Юдин ўзининг “Ошқозон хирургиясининг садолари” китобида (1955 й) ошқозон ичак тизимидан қон кетиши ҳаттоки тажрибали шифокор учун ҳам беморни ташхислаш ва даво тактикасини танлаш борасида жавобгарликни сездирувчи имтиҳон ҳисобланади деб таъкидлаб ўтган эди. Ошқозон ичак тизимидан қон кетиши ҳозирги кунда ҳам ярим аср аввалгидек касалликлар, ёки айрим патологик жараённинг хавфли асоратларидан бўлиб қолмоқда [63; 110-111-б.].

Ошқозон ичак тизимидан турли миқдорда қон кетиш синдроми 200 га яқин касалликнинг асорати сифатида кузатилиши аниқланган [59; 9-15-б., 47; 128-137-б.]. Демак ошқозон ичак тизимидан қон кетиши этиологияси кўп омилли бўлиб, бирқанча муаллифларнинг маълумотларича [39; 88-90-б., 29; 1457-1462-б.] унинг 55 - 87 % ни ярадан қон кетиши ташкил қилади.

Ошқозон ичак тизимидан ўткир қон кетиши билан беморларни тез тиббий ёрдам марказларида шошилиш равишда ётқизиладиган асосий сабаблардан биридир. Ушбу касалликдан кейинги ўлим ҳолати эса йил сайин ошиб ҳозирги вақтда 5-14% ни, [23; 49-70-б.] 60 ёшдан ўтганлар орасида эса 40% ни ташкил қилмоқда [18; 198-204-б.].

Ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар ҳар қандай 18-89 ёшда ҳам кузатилиши мумкин. Ушбу асорат аёлларга нисбатан эркакларда 2-3 баробар кўпроқ кузатилади [16; 43-44-б., 12; 6-11-б.].

Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларида қон кетишининг сабаби, қон кетиш манбаси ва характеридан қатъий назар патогенезидаги қонуният бир хил. Ушбу умумий



конуният шундан иборатки ҳар қандай қон кетиши организм ички муҳити муаллақлигини ва гомеостазнинг барча кўринишини издан чиқаради. Қон кетишида организмдаги барча тизим ва аъзолар функциясини бир пастда бузилишини ҳисобга олган ҳолда ушбу жараённи қисқа вақт одатий яшаш муҳитидан чиқиш деб ҳисобаш мумкин [7; 92-95-б.].

Организм ўзининг мавжуд ўз-ўзини бошқариш тизими орқали қон кетишида, ўзининг бирқанча мураккаб динамик жараён ва реакциялари билан жавоб қайтаради. Айрим ҳолатларда ушбу жавоб реакцияси организмнинг йўқотилган функциясини компенсация қилиб, кейинги ҳаёт давомийлигини таъминласа, аксарият ҳолатларда ушбу жараёнга терапевтик ҳатто жарроҳлик ёрдамига мурожаат қилишга тўғри келади. Ошқозон ичак тизимидан қон кетишининг патогенезида асосан ҳаракатдаги гемостазнинг, микроциркуляциянинг, нафас олиш тизими, қон тизими, ва метаболик гемостазнинг бузилиши кузатилиб организмнинг ҳимоя функцияси пасаяди [22; 89-94-б.,30; 51-60-б.].

Турли этиологияли ошқозон ичак тизимидан қон кетиши сабабли ўлим ҳолати ошқозон ўн икки бармоқли ичак яралари асорати бўлган перфорациядан ҳам олдинги яъни биринчи ўринни эгаллайди. Ошқозон ичак тизими юқори қисми (гастродуоденал)дан қон кетишлар муаммоси, учраш даражаси ва ўлим кўрсаткичининг юқорилиги ҳамда унинг ўсаётганлиги ҳисобида жаҳон медицинасининг долзарб муаммоларидан бири бўлиб қолмоқда. АҚШнинг ўзида ҳар йили қон кетиши билан 300 000 бемор касалхонага ётқизилса, шундан 150 000 нафари гатродуоденал яралар билан боғлиқ. Буюк Британияда эса касалхонага ётқизилиши зарур бўлган ўткир яралардан қон кетиши 100 000 аҳолига 25 кишига тўғри келади [26; 118-122-б.].

Ҳозирги вақтда айниқса катта ёшдагилар ва қарияларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси сабабли қон кетишлар икки баробарга ошди. Ошқозон ичак тизимидан яралар сабабли ўткир қон кетишлардан ўлим ҳолати 5-20 % ни ташкил қилса, шошилиш операциялардан кейин 4-73%, қарияларда эса ушбу кўрсаткич 80% юқори [28; 42-49-б., 37; 165-171-б., 45; 72-77-б., 49; 24-б.].

Охирги адабиётлардаги маълумотларга қараганда яра касаллиги, айниқса ошқозон танаси яраларининг сезиларли даражада камаяётганлиги кузатилсада, ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар эса аксинча яллиғланишга қарши ностероид дори моддаларининг ҳисобида кўпайганлиги кузатилмоқда [51; 39-44-б., 57; 279-284-б., 65; 34-39-б.].

Маълумки яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари таъсирида қизилўнгач ва ошқозон шиллиқ қаватларида ҳатто профуз қон кетишига олиб келадиган эрозия ва яралар ривожланади. яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ) таъсирида ошқозонда простогландинлар ажралишининг камайиши кузатилиб, бу ҳолат ошқозон шиллиқ қавати цитопротектив қобиляти пасайишига сабаб бўлади, бу жараён эса ошқозон ичак тизими юқори қисмида эрозия ва яраларнинг пайдо бўлишига олиб келади [72; 179-184-б., 81; p.363-7, 89; p.4597-4603].



Яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари ёки Циклооксигеназа-1 (ЦОГ-1) ва Циклооксигеназа -2 (ЦОГ-2)ни блокловчи дори моддаларининг барчаси простогландинлар функциясини пасайтириб, ошқозон гиперсекрециясига ва ошқозон шираси ацидопептик ҳамда агрессив фаолиятини ошириб, шиллик қават ҳимоя хусусиятини пасайтиради, бу эса ўз навбатида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватлари бутунлигининг бузилишига ҳамда ушбу патологик жараённинг сурункали давом этишига олиб келади. Шунинг ҳам таъкидлаш жоизки ЯҚНДВни узоқ вақт қўллаш ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватида эрозия ёки яра чақирувчи хавф омилларига ҳам эътибор қаратиш лозим [71; 13-17-б., 74; 583-587-б.]. Яллиғланишга қарши ностероид дори воситаларини қўллагандан сўнг ошқозон ўн икки бармоқли ичак (ОЎИБИ) шиллик қаватининг эрозия ва яралар келтириб чиқарувчи хавф омилларига қуйидаги ҳолат ёки жараёнларни киритиш мумкин:

- ёшнинг 65 дан юқори бўлиши (асорат бўлиш хавфи 4 баробарга кўп);
- анамнезда яра касаллигининг мавжудлиги (хавф 14-17 марта юқори);
- яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ) билан глюкокортикостероидлар, антикоагулянтлар, антиагрегантлар, циклоспорин А ва метотрексатларнинг биргаликда қўлланилиши;
- яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ) ни катта дозада ҳамда ушбу гуруҳдаги бир неча дори моддаларини биргаликда қўллаш;
- ҳамроҳ касалликларнинг мавжудлиги (ЮИК, гипертония касаллиги, жигар ёки буйракнинг сурункали касалликлари туфайли етишмовчилиги);
- яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари (ЯҚНДВ) билан узоқ вақт даволаниш;

Яна бир алоҳида эътиборни қаратадиган маълумотлардан бири шуки айрим муаллифларнинг фикрларича ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватида тарқалган *Helicobacter pylori* фонида яллиғланишга қарши ностероид дори воситалари қўллаганда, мазкур ҳудудда шиллик қаватининг эрозив яралар зарарланиш жараёнини 1,5 баробарга ошиши аниқланган. Ушбу бактериялар эрадикацияси эса ЯҚНДВ индуцирланган гастритни келиб чиқиши эҳтимоллигини камайтиради [37; 165-171-б., 46; 97-103-б., 62; 173-176-б.,].

Ошқозон ичак тизими юқори қисмидан қон кетишининг яна бир сабаби жигарнинг сурункали диффуз касалликлари бўлиб, жигар циррози ва фибрози натижасидаги портал гипертензиядир. Соғлом одамда портал босим 7-12 мм.сув.уст. тенг. Инсон танасидаги мураккаб, шу билан бирга керак бўлганда, ягона тизимга бирлаша оладиган ўта муҳим компенсатор механизмлари сабабли портал тизимда босимнинг 25-30 мм.сув.уст. дан ошганда қўшимча интенсив айланишлар ҳисобидан томирлар қаршилиги пасаяди. Портал тизимда қон босимининг ошиши маҳаллий гемодинамиканинг ўзгаришига бу эса ошқозон туби ва танасида димланишга ҳамда шиллик қаватнинг зарарланишига, бу жараён ўз навбатида ўсиш омилларини ва цитокинларнинг фаоллашишига олиб келади. Шунинг билан биргаликда азот оксиди ва эндотелин 1 нинг ҳам ишлаб чиқарилиши фаоллашади. Азот оксиди гипердинамик



циркуляцияни ва пероксинитритнинг ишлаб чиқарилишини кўпайтиради. Пероксинитрит эндотелин 1 билан биргаликда шиллик қаватнинг зарарланишга сезувчанлигини оширади [97; p.682-695]. Шунингдек ушбу муаллиф томонидан жигар циррозида портал гастропатиянинг (ППП) турли хил даражалари айниқса жигарнинг алкоголь туфайли зарарланишида нисбатан кўп учраши ўрганилган [35; 46-50-б., 41; 96-б., 46; 97-103-б.].

Айрим муаллифлар ППП да ошқозон шиллик қаватидаги патологик ўзгаришларнинг сабаби ошқозон шиллик ва шиллик ости қаватида қон айланишининг гипердинамик турга ўтиши деб ҳисоблашсада, доплерфлоуметрик текширувлар натижасида ушбу соҳада димланиш аниқланмади. Шунинг учун ҳам охириги вақтларда “димланган гастропатия” атамаси қўлланилмайди. Муаллифнинг маълумотича жигар циррози билан касалланган беморларнинг 30,3% да гастродуоденал соҳа шиллик қаватида эрозия ва ярали ўзгаришлар аниқланган. Ушбу патологик жараён портал гастропатия (ППП) си мавжуд (44,1%) беморларда, ППП бўлмаган беморларга нисбатан (27,3%) ҳолатда учраган. Ҳар иккала гуруҳда ҳам ўткир эрозия ва яралар ошқозоннинг антрал соҳасида кузатилган. Ҳар иккала гуруҳдаги беморларда касалликни учрашида жинсга боғлиқлик томонларини ўрганилганда аёлларда жигар циррозида ППП фонид гастродуоденал соҳа шиллик қавати эрозив ярали жараёнлар ПППси аниқланмаган гуруҳга нисбатан (39,3% - 21,3%) сезиларли даражада кўплиги аниқлангани эркакларда эса бу ҳолат тасдиқланмади [55; 9-11-б.].

Подымов С.Д. нинг маълумотича ППП нинг патогенези шиллик қаватдаги томирларнинг дилатацияси ва эктазияси, шиллик ости қаватнинг эса микроциркуляциясининг бузилиши ҳамда артерия вена боғланмаларининг очилиши билан боғлиқ деб ҳисоблайди. Шунингдек ошқозон шиллик қаватида шиллик қатламининг юбқалашиши муҳим ўрин тутаети. Ушбу тоифа беморларда ошқозонда қон айланиши яхши ривожланган бўлсада, шиллик ости қаватдаги артерия вена боғланмаларининг кўпайиши туфайли шиллик қаватнинг қон билан таъминланишини сусайтиради. Бу жараён ўз навбатида шиллик қаватнинг ташқи таъсирловчи омилларга қаршилиқ кўрсатиш хусусиятини пасайтириб, унинг функцияси ва тузилишидаги ўзгаришларга шароит яратади [45; 72-77-б.].

Юқорида ошқозон ичак тизимининг юқори қисмидан қон кетишининг бир қанча сабаблари, уларнинг патогенези, келиб чиқиш механизмлари тўғрисида тўхталиб ўтилди. Кўриниб турибдики, ошқозон ичак тизими юқори қисмидан қон кетишининг сабаби фақатгина шиллик қаватдаги патологик ўзгаришлар эмас, жигардаги диффуз ўзгаришларга ҳам боғлиқ эканлиги маълум. Яралар (ўткир ва сурункали), эрозив гастритлар, ППП дан қон кетиш механизми, клиник кечиши ҳақида маълумотлар анчагина бўлсада ушбу патологик жараённинг қўшма равишда кечиши ҳақида илмий тадқиқотларга асосланган маълумотлар кам учрайдети. Шу жумладан ПППси мавжуд беморларда ЯҚНДВ қўлланилганда қон кетиш кўрсаткичи, унинг кечиши, ташхислашнинг ўзига хослиги ва натижаси ҳақида маълумотлар учрамади. Клиникамизда ошқозон ичак тизимидан ўткир қон кетишлари (ОИТЎҚК) билан



даволанган 1352 беморни текшириш натижаларидан шу нарса маълум бўлдики, айнан ЯҚНДВдан қон кетишлар билан келган беморлар текширилганда, уларнинг 68,8 % да жигарнинг сурункали диффуз касалликлари аниқланиб, ушбу ҳолатда ҳаттоки ЯҚНДВнинг кичик дозаларида ҳам қон кетиши маълум бўлди. Тиббиётнинг долзарб муаммоларидан бири бўлган ушбу патологик жараён тўғрисида биз изланган адабиётларда маълумотлар учрамади. ПППси мавжуд беморларда ЯҚНДВ қўллашга кўрсатма, қўллаш тартиби, қарши кўрсатма, қўллаш муддати, эҳтиёт чоралари ва. х.к. ишлаб чиқиш анчагина илмий изланишларни талаб қилади.

Илмий адабиётларда ташхисловчи эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС) вақтида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қавати эрозив ярали жараёнлар бўлган беморларнинг 3-4% да мавжудлиги қайд этилган бўлсада аммо ушбу патологик жараённинг аниқ учраш кўрсаткичи аниқланмаган. Ўткир эрозив ярали жараёнлар кўпинча яққол ривожланган диспептик ҳолатлар билан шикоят қилиб келган беморларда, ундан ҳам кўпроқ 60-70% ҳолларда ошқозон ичак тизимидан ўткир қон кетиш асоратлари, ёки 0,5-3% перфорацияда аниқланади [31; 39-44-б.,34; 101-106-б.].

Анамнезида ошқозон ичак тизими касалликлари мавжуд бўлган беморларда бажарилган ҳатто кичик ҳажмдаги жарроҳлик ёндашувларидан кейин эрозия ва яраларнинг пайдо бўлиши кузатилган. Шунингдек кам бўлмаган ҳолатларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ўткир эрозив яралари ва қон кетиши асоратлари куйган кишиларда, травмаларда ва операция мулоажаларидан кейин кузатилади [10; 185-б.,13; 45-48-б., 18; 198-204-б.].

Интенсив даволаниш бўлимларида даволанаётган беморларнинг 24% да аутопсия маълумотларида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ўткир яралари кузатилиб, ЭГДФС да эса ушбу патологик жараён 50-100% да аниқланган [14; 464-468-б., 16; 43-44-б., 25; 41-43-б.].

Морфологик жиҳатдан ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қавати ўткир яралари ҳамда эрозияларининг бир бировидан ажратувчи омиллар мавжуд. Ўткир яраларда ошқозон девори қаватининг чуқур, ёки барча қаватларининг зарарланиши билан кечади. Шунинг учун ҳам ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ўткир яраларидан турли даражадаги қон кетиш асорати 75% гача кузатилади. Ўткир яралардан қон кетишларнинг клиник кечиши касалликлар оқибатидаги қон кетишлардан сезиларли даражада фарқ қилади. Асоратсиз ўткир яралар кўпгина беморларда симптомларсиз кечади. Кўнгил айниши, қайд қилиш, холсизлик, ошқозон ёки ичакларда ўткир яралар, эрозиялар пайдо бўлганлигини англатади. Ўткир яраларни ташхислаш шифокор учун анча қийинчилик туғдиради. Барча текшириш усуллари ичида фақатгина эзофагогастроуденоскопия (ЭГДФС) аниқ ташхисловчи усулдир.

Эндоскопик текширувда ўткир эрозияни шиллиқ қаватнинг эпителий қатламидан ташқарига чиқмаган юзаки нуқсони деб аталади. Яъни ўткир эрозия шиллиқ қаватнинг юзаки нуқсони бўлиб яллиғланиш жараёнига шиллиқ ости қавати иштирок этмайди.

Ўткир яраларни ташхислаш эндоскопия маълумотларидан ташқари, анамнез, клиник кечиши, шунингдек морфологик текширишлар натижаларига асосланади.



Ошқозон шиллик қаватидаги патологик ўзгаришларни яъни ўткир гастрит, сурункали гастрит ёки гастропатия эканлиги ҳақидаги яққол маълумот биопсия текшируви орқали амалга оширилади. Айнан биопсия маълумотлари орқали дастлабки қўйилган ташхисни тасдиқлаш ёки инкор қилиш мумкин. Эндоскопик яъни, визуал текширув усули билан биопсия текширув усуллари орқали қўйилган диагнослар орасида 57% гача фарқ кузатилиши мумкин. Бу ҳолат яна бир бор шиллик қаватдаги визуал кўринган гиперемия, шиш, тошмалар бўлиши доимо ҳам яллиғланиш жараёнидан далолат бермаслиги ва аксинча бир қанча яллиғланиш касалликлари визуал ўзгаришларсиз кечиши мумкин эканлигини тасдиқлайди [78; p. 2811-2817, 90; p.169-75].

Ошқозон ичак тизими ўткир яралари ва эрозияли жараёнлар ҳар қанақанги ёшда, яъни янги туғилган чақалоқлардан кекса ёшдаги кишиларда ҳам кузатилиши мумкин. Ўткир эрозия ва яралар жараёнларнинг учраш кўрсаткичи катта ёшдаги кишилар орасида 74,6% ни ташкил қилади.

Умуман олганда ошқозон шиллик қавати яллиғланиш жараёнлари гастрит ва гастропатияларга бўлинади. “Гастрит” атамаси, асосан шиллик қаватда яллиғланиш жараёни сабабли кечаётган патологик ўзгаришлар назарда тутилади. Гастропатия эса яллиғланиш жараёнисиз кечади. Лекин, шуни ҳам таъкидлаш лозимки, ошқозон шиллик қаватидаги деструктив ва регенератор ўзгаришлар доимо ҳам яллиғланиш жараёни билан кечмаслиги мумкин. Бундай ҳолларда эпителий тўқимасининг яллиғланиш жараёнисиз, минимал зарарланиши ва регенерациясига “гастропатия” деб тушунилади. Ҳар иккала патологик жараённи бир - бировидан яққол фарқлаш ҳаттоки ЭГДФС ёрдамида ҳам қийинчилик туғдириши мумкин. Шунинг учун ҳам охириги хулосани гистология текшируви кўрсатади. Шиллик қават биопсияси ўткир гастрит, сурункали гастрит ва гастропатияни ажратиш имконини беради. Афсуски ҳозирги кунгача замонавий клиник амалиётда биопсия олиш ва гистологик текширувлар кўрсаткичлари ўта кам даражада [13; 45-48-б.].

Қайд этилган касалликларнинг келиб чиқишига келганда, гастрит аутоиммун этиологияли бўлиши мумкин. Ундан ташқари гастрит инфекциялар, дори воситаларининг таъсири натижасида, сезувчанлик реакциясининг кучлилиги, ёки руҳий тушқунлик (травма) сабабли ҳам келиб чиқиши мумкин. Гастропатия эса эндоген ва экзоген кўзгатувчилар натижасида, яъни сафро рефлюкси, алкоголь, аспирин ёки ЯҚНДВ, маҳаллий ишемия, руҳий травмалар сурункали касалликлар шу жумладан портал гипертензия натижасида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Клиник амалиётда эндоскопистлар томонидан ошқозон шиллик қавати кўринишини баҳолашда “гастрит” атамаси шиллик қаватда қизариш ва шиш аниқланган ҳолатларда қўллашади.

Бугунги кунда ошқозон шиллик қавати патологиясининг кенг қамровли, умумий таснифи бўлмасада бир нечта таклиф қилинган классификациялар мавжуд. Сидней таснифи ва OLGA таснифлари шулар жумласидандир. Ушбу классификациялар касалликда шиллик қаватнинг гистологик кўриниши, жараённинг ривожланиш даври, этиологияси ва патогенези каби омилларга асосланган [95; p.77-99, 106; p.118-48].



Кўпчилик классификацияларда ўткир, қисқа вақтли ва узоқ вақтли давом этувчи сурункали жараёнлар ажратилади. Ўткир ва сурункали турларнинг фарқи яллиғланиш жараёнининг кўринишига боғлиқ. Ўткир гастрит нейтрофил инфильтрация билан ифодаланса, сурункали гастрит эса аралаш моноклеар инфильтрацияни лимфоцитлар, плазматик ҳужайралар ва макрофагларнинг устунлиги билан ифодаланади [98; p. 2347-2353, 119; p. 4959-61].

Хулоса: Шундай қилиб адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ошқозон ичак тизимидан қон кетишлар ва уни ўз вақтида ташхислаш ҳамда тўхтатишга бағишланган кенг қамровли илмий ва амалий ишлар бажарилганлигига қарамасдан консерватив, миниинвазив даво усуллари ва операциядан кейинги асоратлар, ҳамда ўлим кўрсаткичи юқориликча қолмоқда. Кўп жихатдан эса ушбу асоратларнинг кўплиги беморда мавжуд бўлган қўшимча касалликларга, хавф омилларига, қон кетишининг давомийлиги ва беморнинг аҳволини ўз вақтида баҳолашдаги ҳамда даво усулини танлашдаги хато камчиликларга боғлиқ бўлиб қолмоқда.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI:

1. Абдуллаев А.Н., Литвинова Д.В. Оценка влияния факторов риска на развитие желудочно-кишечных кровотечений //Актуальные проблемы экспериментальной и клинической медицины. – 2018. - №2. - С. 33-33.
2. Абдуллажанов Б.Р. Современное состояние проблемы II хирургическая тактика при дуоденальных кровотечениях язвенного генеза //Архив исследований. – 2020. - №4. – С. 6-6.
3. Абуладзе И. О. Кровотечение из острых гастродуоденальных язв: Дис. – ГОУВПО " Российский университет дружбы народов". - 2009. - 122 с.
4. Авдосьев Ю.В., Белозеров И.В., Кудревич А.Н. Эндovasкулярные методы диагностики и лечения острых кровотечений в просвет желудочно-кишечного тракта // Новости хирургии. – 2018. – Том 26. – №2. – С.169-178.
5. Атрощенко А.О. Болезнь Крона, манифестировавшая профузным толстокишечным кровотечением (обзор литературы с клиническим наблюдением) // Колопроктология. – 2021. – Том 20. – №3. – С.84-94.
6. Барская Л.О., Храмых Т.П., Полуэктов В.Л. Острое повреждение желудка после расширенной гемигепатэктомии //Вестник уральской медицинской академической науки. – 2012. – С.85.
7. Белов Д.В. Роль чреспищеводной эхокардиографии в развитии желудочно-кишечных кровотечений // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2022. – Том 15. – №3. - С.92-95
8. Бызов Н.В., Бутин Е.В., Плеханов В.Н. Особенности диагностики локального химического ожога слизистой оболочки желудка у военнослужащих по призыву // Военно-медицинский журнал. – 2022. – Том 343. – №6. – С.27-33.



9. Будыкина А.В. Онтология диагностики и лечения желудочно-кишечных кровотечений с неустановленным источником // Знания-Онтологии-Теории (ЗОНТ-2019). – 2019. – С.88-93.

10. Бокерия Л.А., Ярустовский М.Б., Шипова Е.А. Острые гастродуоденальные кровотечения в сердечно-сосудистой хирургии. - Москва. - 2004. - С.185

11. Васильева А.А., Суворова М.Р. Заболевания толстого кишечника, осложненные кровотечением из заднего прохода и прямой кишки // Современная наука. - 2010. - №3. – С. 51-55.

12. Верткин А.Л. Острые поражения слизистой оболочки верхних отделов желудочно-кишечного тракта в общей медицинской практике //Русский медицинский журнал. – 2009. – Том 11. – №1. – С. 6 -11.

13. Вялов С.С. Восстановление слизистой желудочно-кишечного тракта или снижение кислотности желудка. Приоритеты в лечении. Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. - 2016. - №1(15). - С.45-48

14. Гельфанд Б.Р., Гурьянов В.А., Мартынов А.Н. профилактика повреждений желудочно-кишечного тракта у больных в критических состояниях. Consilium medicum. - 2005. - №5(6). - С.464-468.