

Azərbaycan
Respublikası
Səhiyyə
Nazirliyi

**MƏDƏ VƏ
ONİKİBARMAQ
BAĞIRSAĞIN
XORA XƏSTƏLİYİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**



Bakı
2008

**Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi
kollegiyasının 28 noyabr 2008-ci il tarixli
28 sayılı qərarı ilə təsdiq edilmişdir**

**MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN
XORA XƏSTƏLİYİ ÜZRƏ
KLİNİK PROTOKOL**

Bakı - 2008

54.132

M 45

M 45 Mədə və onikibarmaq bağırsağının xora xəstəliyi üzrə klinik protokol – 20 səh.

Klinik protokol Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyinin səhiyyə islahatları çərçivəsində ictimai səhiyyə kadrlarının hazırlanması üzrə tədbirlər proqramı əsasında tərtib və çap olunmuşdur.

Klinik protokolun redaktoru:

C.Məmmədov – Səhiyyə Nazirliyi İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzinin direktoru

Klinik protokolun tərtibçilər heyəti:

R.Ağayev – ATU-nun II Cərrahi xəstəlikləri kafedrasının professoru, t.e.d.

A.Əhmədov – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi tibb işçilərinin peşəkar hazırlığı şöbəsinin müdiri

G.Hüseynova – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi tibb işçilərinin peşəkar hazırlığı şöbəsinin həkim-metodisti

L.Orucova – İctimai Səhiyyə və İslahatlar Mərkəzi tibb işçilərinin peşəkar hazırlığı şöbəsinin həkim-metodisti

K.Süleymanova – Abt Associates, İlk Səhiyyənin Gücləndirilməsi Layihəsi, həkim

Rəyçilər:

B.Ağayev – M.Topçubaşov ad. Elmi Cərrahiyyə Mərkəzinin direktoru, akademik

M.Kərimov – Səhiyyə Nazirliyinin baş cərrahı, t.e.d.

Ə.Hidayətov – SN baş gastroenteroloqu, ATU-nun pediatriya fakültəsi Daxili xəstəliklər kafedrasının müdiri, ə.e.x., professor

İxtisarlarmn siyahısı:

HP – *Helicobacter pylori*

PNI – proton nasosunun inhibitoru

QSİP – qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar

DV – dərman vasitələri

EÇS – eritrositlərin çökmə sürəti

XBT – Xəstəliklərin Beynəlxalq Təsnifatı

RKT – randomizasiya olunmuş klinik tədqiqat

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi və elmi tədqiqatların tipləri

Sübutların etibarlılıq dərəcəsi	Sübutların mənbələri (elmi tədqiqatların tipləri)
Ia	Sübutlar meta-analiz, sistematik icmal və ya randomizasiya olunmuş klinik tədqiqatlardan (RKT) alınmışdır
Ib	Sübutlar ən azı bir RKT-dən alınmışdır
IIa	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış, nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqatdan alınmışdır
IIb	Sübutlar ən azı bir yaxşı planlaşdırılmış kvazi-eksperimental tədqiqatdan alınmışdır
III	Sübutlar təsviri tədqiqatdan (məsələn, müqayisəli, korrelyasion tədqiqatlar, ayrı-ayrı halların öyrənilməsi) alınmışdır
IV	Sübutlar ekspertlərin rəyinə və ya klinik təcrübəyə əsaslanmışdır

Tövsiyələrin etibarlılıq səviyyəsi şkalası

Tövsiyənin etibarlılıq səviyyəsi	Tövsiyənin əsaslandığı sübutların etibarlılıq dərəcəsi
A	<ul style="list-style-type: none"> • RKT-lərin yüksək keyfiyyətli meta-analizi, sistemativ icmalı və ya nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv ehtimalı çox aşağı olan (++) irimiqyaslı RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ia.
B	<ul style="list-style-type: none"> • Kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqatların yüksək keyfiyyətli (++) sistemativ icmalı, yaxud • Sistemativ səhv riski çox aşağı olan (++) yüksək keyfiyyətli kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi Ib və IIa.
C	<ul style="list-style-type: none"> • Nəticələri uyğun populyasiyaya şamil edilə bilən, sistemativ səhv riski yüksək olmayan (+) kohort və ya klinik hal - nəzarət tipli və ya nəzarət edilən, randomizasiya olunmamış tədqiqat, yaxud • Nəticələri uyğun populyasiyaya bilavasitə şamil edilə bilməyən, sistemativ səhv riski çox aşağı olan və ya yüksək olmayan (++) və ya (+) RKT. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi IIb.
D	<ul style="list-style-type: none"> • Klinik hallar seriyasının təsviri, yaxud • Nəzarət edilməyən tədqiqat, yaxud • Ekspertlərin rəyi. • Yüksək səviyyəli sübutların mövcud olmamasının göstəricisidir. • Sübutların etibarlılıq dərəcəsi III və IV.

Protokol ilkin səhiyyə xidmətləri göstərən həkimlər üçün nəzərdə tutulmuşdur.

ÜMUMİ MÜDDƏALAR

Xora xəstəliyi kəskinləşmə və remissiya dövrlərinin əvəz olunması ilə gedən xronik residivverən xəstəlik olub, əsas əlaməti mədə və onikibarmaq bağırsağ divarında selikaltı qişaya nüfuz edən defektin (xoranın) əmələ gəlməsidir.

Müxtəlif ölkələrdə xora xəstəliyinin yaşlı insanlar arasında **yayılması** 5-dən 15%-ə qədər təşkil edir (orta hesabla 7-10%). Həzm orqanları xəstəlikləri ilə əlaqədar stasionar müalicəsi alan pasiyentlər arasında, xora xəstəliyi təxminən xəstələrin 30-35%-ində təyin edilir. Avropanın, Amerikanın və Asiyanın inkişaf etmiş ölkələrində yaşlı əhəlinin 2-3%-ə qədəri xora xəstəliyindən əziyyət çəkir. Onikibarmaq bağırsağ xoraları mədə xoralarından 4 dəfə çox rast gəlinir. Duodenal xorası olan xəstələr arasında kişilər qadınlara nisbətən xeyli üstünlük təşkil edir, halbuki mədə xorası qadın və kişi pasiyentlər arasında təxminən eyni nisbətdə aşkar olunur.

Xora xəstəliyinin **etiologiyası** sona qədər aydınlaşdırılmamışdır və hazırda o polietoloji xəstəlik hesab olunur. Xəstəliyin əmələ gəlməsində bir çox amillər rol oynayırlar.

Etiopatogenetik amillər:

► *Helicobacter pylori*-nin mövcud olması (onikibarmaq bağırsağ xorası olan xəstələrin 90-95%-də, mədə xorası olan pasiyentlərin 70-85%-də aşkar olunur);

► mədə şirəsi sekresiyasının artması və selikli qişanın müdafiə amillərinin (mukoproteinlər, bikarbonatlar) aktivliyinin azalması (ağressiya və müdafiə amilləri arasındakı tarazlığın vaxtaşırı pozulması).

Risk amilləri:

- ▶ QSİP (qeyri-steroid iltihab əleyhinə preparatlar) və uzunmüddətli qəbulu mədənin selikli qişasının zədələnməsinə səbəb olan digər preparatların qəbul edilməsi;
- ▶ zərərli vərdişlərin olması (siqaret çəkmə, alkoqollu içkilərdən sui-istifadə və s.);
- ▶ psixoemosional gərginliklər (istirahət və yuxunun kifayət qədər olmaması, normalaşdırılmamış iş günü, stress vəziyyətləri), həddindən artıq fiziki gərginlik;
- ▶ irsi və konstitusional amillər.

XBT-10 ÜZRƏ TƏSNİFAT:

K25 mədə xorası

K26 onikibarmaq bağırsağ xorası

Əlavə kodlarla:

- .0 – kəskin, qanaxma ilə;
- .1 – kəskin, deşilmə ilə;
- .2 – kəskin, qanaxma və deşilmə ilə;
- .3 – kəskin, qanaxma və deşilmə olmadan;
- .4 – xroniki və ya dəqiqləşdirilməmiş, qanaxma ilə;
- .5 – xroniki və ya dəqiqləşdirilməmiş, deşilmə ilə;
- .6 – xroniki və ya dəqiqləşdirilməmiş, qanaxma və deşilmə ilə;
- .7 – xroniki, qanaxma və ya deşilmə olmadan;
- .8 – dəqiqləşdirilməmiş kəskin və ya xroniki, qanaxma və ya deşilmə olmadan.

MƏDƏ VƏ ONİKİBARMAQ BAĞIRSAĞIN XORA XƏSTƏLİYİNİN DİAQNOSTİKASI

Şikayətlər:

- ▶ Epiqastral və/və ya piloroduodenal nahiyədə bəzən döş qəfəsinin sol yarısına, onurğanın döş və bel hissələrinə yayılan yandırıcı lokal ağrı (göstərilən şikayətləri olan xəstələrin 50%-dən az olmayan hissəsində peptik xora diaqnozu təsdiq edilir). Ağrının intensivliyi, davam etmə müddəti, baş vermə tezliyi müxtəlif ola bilər.
- ▶ Dispepsik pozğunluqlar (reflüksün olmasını göstərir, ezofagitin inkişafı mümkündür), turş gəyirmə (xəstələrin 50%-dən az olmayan hissəsində), qıvcırma (40-80%), ürəkbulanma, qusma (ağrıların zirvəsində), qəbizlik (50%).
- ▶ Ağrı antasidlərin, antisekretor və spazmolitik preparatların təsirindən və ya qida qəbulundan sonra azalır.
- ▶ Ağrının baş vermə ritmi qida qəbulu və xoranın lokalizasiyası ilə əlaqədardır. Ağrılar qida qəbulundan dərhal sonra (mədənin kardial və subkardial şöbələrinin xoraları zamanı), yeməkdən yarım saat-bir saat sonra (mədə cisminin xoraları zamanı) baş verir. Pilorik kanalın və soğanağın xoraları zamanı adətən gecikmiş ağrılar (qida qəbulundan 2-3 saat sonra), acqarına baş verən və qida qəbulundan sonra ötüb keçən acqarına ağrılar, həmçinin gecə ağrıları müşahidə olunur.
- ▶ Xora xəstəliyinin simptomuz gedişi də mümkündür (bu cür halların tezliyi 30%-ə çata bilər), bu zaman onun kəskinləşməsinin ilk əlaməti qanaxma olur.
- ▶ Mövsümlə (yaz və payız) əlaqədar ağrıların və dispepsik pozğunluqların güclənməsi müşahidə olunur.
- ▶ Xəstəliyin kəskinləşməsi zamanı çox vaxt arıqlama qeyd olunur, çünki iştahanın olmasına baxmayaraq, xəstələr ağrıların güclənməsindən ehtiyat edərək özlərinə yeməkdə məhdudiyət qoyurlar (mədə xoraları üçün daha xarakterikdir).

Obyektiv müayinə:

- ▶ Kəskinləşmə dövründə qarının palpasiyası zamanı epiqastral nahiyədə ön qarın divarı əzələlərinin rezistentliyi ilə müşayiət edilən lokal ağrı aşkar olunur.
- ▶ X döş, I bel fəqərələri nahiyəsində onurğa sütununu sıxdıqda, onurğanın sol və ya sağ tərəfində ağrı qeyd edilə bilər.

Laborator müayinələr:

- ▶ Xora xəstəliyi zamanı səciyyəvi laborator əlamətlər yoxdur.
- ▶ Xora qanaxmasını istisna etmək üçün aşağıdakı müayinələr aparılmalıdır:
 - ✓ qanın ümumi analizi
 - ✓ nəcisin gizli qana görə analizi

***Helicobacter pylori*-nin aşkar edilməsi:**

Müalicə taktikasını müəyyən etmək üçün selikli qişada Helikobakteriyaların aşkar edilməsi müstəsna əhəmiyyətə malikdir.

- ▶ İnvaziv testlər – endoskopik müayinə zamanı selikli qişadan götürülmüş biopstatda *Helicobacter pylori*-nin aşkar edilməsi:
 - ✓ Histoloji materialın morfoloji müayinəsi
 - ✓ Biokimyəvi müayinə (biopstatda sürətli ureaza testinin aparılması)
- ▶ Qeyri-invaziv testlər endoskopik müayinə aparılmadıqda yerinə yetirilir:
 - ✓ Seroloji müayinə üsulları – qanda HP-yə qarşı IgG anticisimlərin aşkar edilməsi (bu müayinənin nəticəsi yalnız aktiv infeksiya zamanı deyil, keçmişdə HP-nin eradikasiyası müalicəsini almış pasiyentlərdə də müsbət ola bilər)

- ✓ Tənəffüs-ureaza testi – pasiyentin daxilə qəbul etdiyi ^{13}C və ya ^{14}C izotoplu sidik cövhəri preparatının *Helicobacter pylori* tərəfindən parçalanmasından sonra nəfəslə verilən havada nişanlanmış CO_2 qazının səviyyəsinin müəyyən olunması
- ✓ Nəcisdə HP antigeninin aşkar edilməsi

Instrumental müayinələr:

- ▶ Qastroduodenoskopiya başlıca müayinə üsulu hesab olunur. Bu müayinə xora defektinin mövcudluğunu təsdiq edir, onun lokalizasiyasını, dərinliyini, formasını, ölçülərini dəqiqləşdirir, xoranın dibinin və kənarlarının vəziyyətini qiymətləndirməyə, selikli qişanın yanaşı dəyişikliklərini, qastroduodenal motorikanın pozulmasını aşkar etməyə imkan verir. Xora mədədə yerləşdikdə biopsiya edilir, HP-nin aşkar olunması və bədxassəli şişin istisna edilməsi üçün (xüsusilə qoca yaşlı xəstələrdə) götürülmüş materiallarda müayinələr aparılır.
- ▶ Rentgenoloji müayinə zamanı xora xəstəliyinin birbaşa əlaməti – selikli qişanın konturunda və ya relyefində “taxça” simptomu və xəstəliyin dolayı əlamətləri – mədə divarının xoraya nisbətən əks tərəfində “şəhadət barmağı” şəklində əzələ liflərinin yerli sirkulyar spazmı, selikli qişa büküslərinin “taxça”ya konvergensiyası, mədə və onikibarmaq bağırsağın soğanağının çapıqlaşmış xora deformasiyası, acqarına hipersekresiya, qastroduodenal motorikanın pozulması aşkar olunur.

DIFFERENSİAL DİAQNOSTİKA

- ▶ İlk növbədə mədə xərçənginin birincili xora forması ilə differensial diaqnoz aparmaq lazımdır. Xərçəngin bu forması müəyyən müddət xoşxassəli xora “maskası” altında davam edə bilər. Xoranın bədxassəli xarakterdə olmasını göstərən əlamətlərə onun böyük ölçüdə olması (xüsusilə gənc pasiyentlərdə), xora defektinin mədənin böyük əyriliyində yerləşməsi, EÇS-in yüksəlməsi, histaminə

davamlı axlorhidriya aiddir. Mədə xərçənginin xora forması zamanı rentgenoloji və endoskopik müayinədə kələ-kötür və qabarıq kənarları olan qeyri-düzgün formalı xora defekti aşkar edilir; xora ətrafında olan selikli qişa infiltrasiyaya uğramışdır, xora olan yerdə mədə divarı rigiddir. Xoranın bəd və ya xoşxassəli xüsusiyyəti haqqında son nəticə biopstatın histoloji müayinəsindən sonra verilir.

XORA XƏSTƏLİYİNİN MÜALİCƏSİ

Ağırlaşma müşahidə edilməyən xəstələrdə əksər hallarda konservativ müalicə aparılır.

Müalicənin məqsədləri:

- ▶ Mədənin selikli qişasında *Helicobacter pylori* aşkar edildikdə, HP-nin eradikasiyası
- ▶ Xəstəliyin əlamətlərinin qısa müddətdə ləğv edilməsi
- ▶ Davamlı remissiyanın əldə olunması
- ▶ Ağırlaşmaların inkişafının qarşısının alınması
- ▶ Həyat keyfiyyətinin yüksəldilməsi

Xora xəstəliyinin farmakoterapiyasının ümumi prinsipləri:

- ▶ Mədə və onikibarmaq bağırsaq xoralarının müalicəsinə eyni yanaşma
- ▶ Bazis antisekretor terapiyanın mütləq aparılması
- ▶ Mədədaxili pH>3 səviyyəsini sutka ərzində 18 saata qədər saxlayan antisekretor preparatın seçilməsi (bu şərtə PNİ preparatları – omeprazol, lansoprazol, rabeprazol və s. – cavab verirlər)
- ▶ Antisekretor preparatın dəqiq müəyyən edilmiş dozada təyin olunması
- ▶ Ahıl və qoca yaşlı xəstələrdə qan təchizatını, regenerasiyanı və selikli baryerin müdafiə xüsusiyyətlərini yaxşılaşdıran

əlavə terapiyanın aparılması və xora əleyhinə olan vasitələrin adi dozalarının azaldılması.

Helikobakter infeksiyasının müalicəsi:

- ▶ Xəstəliyin gedişi və mərhələsindən asılı olmayaraq, *Helicobacter pylori*-nin aşkar edildiyi hallarda xoranın sağalması üçün HP-nin uğurlu eradikasiyasının aparılması kifayət edir.
- ▶ HP-nin müvəffəqiyyətli eradikasiyası hər il xora xəstəliyinin residiv hallarını 95%-dən 5%-ə qədər azaldır (A).
- ▶ HP-nin eradikasiya terapiyası antibakterial və antisekretor preparatların tətbiqindən ibarətdir (A).
- ▶ Müalicə sxem əsasında, bir neçə preparatın kombinasiyası vasitəsilə aparılır:
 - ✓ Proton nasosu inhibitorları (omeprazol, lansoprazol, rabeprazol və s.)
 - ✓ Antibiotik – amoksisillin, klaritromisin, tetrasiklin
 - ✓ Antimikrob preparatı – metronidazol (trixopol)
 - ✓ Bismut preparatları
- ▶ Əksər hallarda HP ilə əlaqəli xora xəstəliyində mədə turşuluğunun uzun müddətli azaldılması məqsədəuyğun deyil (B).
- ▶ HP-nin eradikasiyasına 80%-dən artıq hallarda nail olmağa imkan verən, 7-14 gün müddətində tətbiq edilən sxem effektiv hesab olunur.
- ▶ Antihelikobakter terapiyanın effektivliyi onikibarmaq bağırsağ xoralarında 4-6 həftədən sonra, mədə xoralarında isə 6-8 həftədən sonra yoxlanmalıdır (D).
- ▶ Bu yoxlama tənəffüs testi və ya nəcisdə HP antigeninin müəyyən edilməsi, yaxud endoskopik müayinə vasitəsilə aparılır (A). Seroloji testlər yoxlama üçün əhəmiyyətsizdir.

- ▶ Antihelikobakter terapiyanın qeyri-effektivliyi zamanı eyni kurs təkrar təyin edilmir.
- ▶ Antihelikobakter terapiya sxemlərinin əksəriyyətinə proton nasosunun inhibitorları daxildir, onlar mədə möhtəviyyatının pH-nı artıraraq HP-nin həyat fəaliyyəti üçün əlverişsiz şərait yaradır və bundan başqa bir çox antibakterial preparatların təsir gücünü artırır.

HP-nin eradikasiyasının birinci sıra üçlü sxemi (7-14 gün)

	Preparatın adı	Dozası
1.	Proton nasosu inhibitorları – - omeprazol və ya - lansoprazol və ya - rabeprazol	20 mq x gündə 2 dəfə 30 mq x gündə 2 dəfə 20 mq x gündə 2 dəfə
2.	klaritromisin	500 mq x gündə 2 dəfə
3.	amoksisillin və ya metronidazol*	1000 mq x gündə 2 dəfə 500 mq x gündə 2 dəfə

**Hal-hazırda metronidazolu eradikasiyanın birinci sıra üçlü sxeminə daxil etmək tövsiyə olunmur, çünki metronidazola qarşı Helicobakter pylori-nin rezistentliyi çox sürətlə inkişaf edir (bu preparatı kvadroterapiya müalicəsi ehtimalı üçün ehtiyatda saxlamaq lazımdır).*

- ▶ “Maastrixt-3, 2005” tövsiyələrinə görə 14 günlük eradikasiya kurslarının effektivliyi 7 günlük kurslardan 12% artıqdır.

Birinci sıra preparatlarının effektiv olmadığı hallarda təyin edilən ikinci sıra dördlü sxemi (kvadroterapiya)

	Preparatın adı	Dozası
1.	Proton nasosu inhibitorları – - omeprazol və ya - lansoprazol və ya - rabeprazol	20 mq x gündə 2 dəfə 30 mq x gündə 2 dəfə 20 mq x gündə 2 dəfə
2.	Bismut preparatları – - bismut trikalium disitrat	120 mq x gündə 4 dəfə
3.	Metronidazol	500 mq x gündə 3 dəfə
4.	Amoksisillin və ya tetrasiklin	1000 mq x gündə 2 dəfə 500 mq x gündə 4 dəfə

- ▶ Birinci və ikinci sıra müalicə sxemləri effekt vermədikdə, “Maastrixt-3, 2005” tövsiyələrinə görə 14 gün ərzində amoksisillin (750 mq x gündə 4 dəfə), PNI preparatları, rifabutin (300 mq/sut) və ya levofloksasin (500 mq/sut) kombinasiyası təyin olunur.

HP-mənfi xoranın müalicəsi:

- ▶ Əgər pasiyentdə *Helicobacter pylori* aşkar olunmayıbsa, belə halda antihelikobakter eradikasiya kursu təyin edilmir.
- ▶ HP-mənfi xoralarda HP-müsbət xoralara nisbətən qanaxmalara daha çox təsadüf edilir.

Ağırlaşmamış HP-mənfi xoranın müalicəsində aşağıdakı preparatlardan istifadə oluna bilər:

Preparatın adı	Dozası
Proton nasosu inhibitorları – - omeprazol və ya - lansoprazol və ya - rabeprazol və ya - pantoprazol	20 mq x gündə 2 dəfə 30 mq x gündə 2 dəfə 20 mq x gündə 2 dəfə 40 mq x gündə 1 dəfə
H ₂ -reseptorların antaqonistləri – - ranitidin və ya - famotidin və ya - ranitidin bismut sitrat	150 mq x gündə 2 dəfə 20 mq x gündə 2 dəfə 400 mq x gündə 2 dəfə
Selikli qişanın qoruyucu preparatları – - bismut trikalium disitrat (de-nol) və ya - sukralfat (venter)	240 mq x gündə 2 dəfə 1 q x gündə 4 dəfə
Sorulmayan antasid preparatlar – - vikair (vikalin) və ya - fosfalyugel və ya - almagel və ya - maaloks	standart dozalarda

- ▶ Mədədə turşuluq səviyyəsinin yüksək olması hallarında PNI preparatlarının təyin edilməsi daha effektivdir.
- ▶ Mədə turşuluğu səviyyəsini əhəmiyyətli dərəcədə azaltmağa ehtiyac olmadıqda (xüsusilə ahıl və qoca yaşlı pasiyentlərin müalicəsində), H₂-reseptorların antaqonistləri ilə sorulmayan antasid preparatların kombinasiyasından, yaxud selikli qişanın qoruyucu preparatlarından istifadə etmək olar.

- ▶ HP-negativ (mənfi) xəstələrdə xora defektinin çapıqlaşmasına endoskopik nəzarət 2 həftə fasilələrlə aparıla bilər (2, 4, 6, 8 həftədə)
- ▶ Onikibarmaq bağırsağ xorasının müalicəsi 4-6 həftə, mədə xorasının müalicəsi isə 6-8 həftə müddətində aparılır.

QSİP qəbulu nəticəsində əmələ gəlmiş simptomatik xoraların müalicəsi:

- ▶ QSİP qəbulu nəticəsində əmələ gəlmiş simptomatik xoralar zamanı həmin preparatların qəbulu dayandırılmalıdır (**B**).
- ▶ Yüksək risk qrupuna daxil olan (anamnezində xora xəstəliyi olan) və QSİP qəbuluna ehtiyacı olan pasiyentlərdə mədənin selikli qişasını qoruyan preparatlar təyin edilir və ya siklo-oksigenaza-2 selektiv QSİP-in təyin edilməsi nəzərdən keçirilir (**A**).
- ▶ QSİP qəbulu nəticəsində əmələ gəlmiş xoraların müalicəsi HP-müsbət və ya HP-mənfi olmaqlarından asılı olaraq, yuxarıda göstərilmiş terapiya sxemləri əsasında aparılır.

XORA XƏSTƏLİYİNİN AĞIRLAŞMALARİ

- ▶ **Xora qanaxması** xora xəstəliyi olan xəstələrin 15-20%-ində, çox vaxt mədədə yerləşən xoralar zamanı müşahidə olunur. 20-25% hallarda qanaxma xora xəstəliyinin ilk təzahürü olur. O, “qəhvə xıltı” şəklində qusma (hematemezis) və ya qara qatranabənzər nəcis (melena) ilə özünü büruzə verir. Massiv qanaxma zamanı və xlorid turşusunun sekresiyası aşağı olduqda, həmçinin xora mədənin kardial şöbəsində yerləşdikdə qusuntu kütləsində dəyişilməmiş qan qatışığı qeyd oluna bilər. Bəzən xora qanaxmasının klinik mənzərəsində ilk növbədə ümumi şikayətlər (zəiflik, huşun itirilməsi, arterial təzyiqin aşağı düşməsi, taxikardiya) önə çıxır, halbuki melena yalnız bir neçə saat keçdikdən sonra əmələ gələ bilər.

- ▶ **Xoranın perforasiyası (deşilməsi)** xora xəstəliyi olan xəstələrin 5-15%-ində, çox vaxt kişilərdə rast gəlinir. Həddindən artıq fiziki gərginlik, alkoqol qəbulu, artıq qidalanma onun əmələ gəlməsinə şərait yaradır. Bəzən perforasiya qəflətən, xora xəstəliyinin simptomuz (“lal”) gedişi fonunda baş verir. Xoranın perforasiyası klinik olaraq epigastral nahiyədə çox kəskin (“xəncərvari”) ağrılarla, kollaptoid vəziyyətin əmələ gəlməsi ilə təzahür edir. Xəstənin müayinəsi zamanı ön qarın divarı əzələlərinin “taxtavari” gərginliyi və qarının palpasiyası zamanı kəskin ağrı, müsbət Şyotkin-Blumberq simptomu aşkar olunur. Perkussiyada qara ciyər kütlüyünün itməsi, rentgenoloji müayinədə qarın boşluğunda qara ciyər üstü sahədə sərbəst hava zolağının olması qeyd edilir. Bəzən aldadıcı yaxşılaşma dövründən sonra yayılmış peritonitin mənzərəsi inkişaf edə bilər.
- ▶ **Penetrasiya** dedikdə mədə və ya onikibarmaq bağırsağın xorasının ətraf toxumalara –mədəaltı vəziyyə, kiçik piyliyə, öd kisəsinə və s. nüfuz etməsi başa düşülür. Xoranın penetrasiyası zamanı qida qəbulu ilə əvvəl mövcud olan əlaqəsini itirmiş arasıkəsilməz ağrılar əmələ gəlir, bədən hərərəti yüksəlir, qan analizində EÇS-in artması aşkar olunur. Xoranın penetrasiya etməsi rentgenoloji və endoskopik olaraq təsdiq edilir.
- ▶ **Mədə çıxacağıının stenozu**, adətən pilorik kanalda və ya onikibarmaq bağırsağın başlanğıc hissəsində yerləşən xoralar çapıqlaşdıqdan sonra formalaşır. Çox vaxt bu ağırlaşmanın əmələ gəlməsinə həmin nahiyədə deşilmiş xoranın tikilməsi əməliyyatı şərait yaradır. Mədə çıxacağıının stenozunun daha səciyyəvi əlamətləri bir gün əvvəl yeyilmiş qida ilə qusma, həmçinin “lax” yumurta iyi verən gəyirmədir. Qarının palpasiyası zamanı epigastral nahiyədə “gecikmiş şappıltı küyü” aşkar etmək olur, bəzən mədənin peristaltikasını görmək mümkündür. Mədə çıxacağıının dekompensasiya edilmiş stenozu zamanı xəstələr get-gedə üzülür, arıqlayırlar, buna elektrolit pozğunluqları əlavə olunur.

Xora xəstəliyinin ağırlaşmalarına şübhə olduqda cərrahın konsultasiyası məsləhət görülür. Ağırlaşmaların cərrahi müalicəsi zamanı klinik situasiyadan asılı olaraq radikal və ya palliativ əməliyyatlar həyata keçirilir.

STASIONAR MÜALİCƏSİNƏ GÖSTƏRİŞLƏR

- ▶ Xəstələr stasionarın gastroenteroloji və ya ümumi terapiya şöbələrinə hospitalizasiya edilir:
 - ✓ Xora xəstəliyinin kəskinləşməsi (onikibarmaq bağırsağın xora xəstəliyinin kəskinləşməsi dövründə 10 günlük, mədənin xora xəstəliyinin kəskinləşməsi dövründə 20-30 günlük stasionar müalicəsi məsləhət görülür)
 - ✓ Xoşxassəli xora ilə mədə xərçəngi arasında differensial diaqnozun aparılmasını tələb edən mədə yaralarının aşkar edilməsi
 - ✓ Yanaşı xəstəliklərlə müşayiət olunan xora xəstəliyi
 - ✓ Anamnezdə, xüsusilə də mədənin sekretor funksiyasında azalma olan ahıl yaşlı xəstələrdə kəskinləşmə residivlərinin və ağırlaşmaların olması

- ▶ Cərrahi müalicəyə göstərişlər (adətən xora xəstəliyinin ağırlaşmaları zamanı):
 - ✓ Diaqnozu qoyulmuş deşilmiş qastroduodenal xora
 - ✓ Uğursuz konservativ müalicə fonunda qastroduodenal xoralardan qanaxma
 - ✓ Ağırlığından asılı olmayaraq anamnezdə təkrari qanaxmalar
 - ✓ Xoranın perforasiyasından və onun tikilməsindən sonra xora xəstəliyinin residivi
 - ✓ Mədənin evakuator funksiyasının pozulması əlamətləri ilə piloroduodenal stenoz
 - ✓ Xoranın penetrasiyası

- ▶ Onkoloji müayinə və müalicəyə göstərişlər:
 - ✓ Xoranın maliqnezasiyasına şübhə olduqda və ya onun bədxassəliyə çevrilməsi elementlərinin aşkar edilməsi zamanı

Ədəbiyyat:

1. *Peter Malfertheiner, Francis Megraud, Colm O'Morain, Franco Bazzoli, Emad El-Omar, David Graham, Richard Hunt, Theodore Rokkas, Nimish Vakil and Ernst Kuipers.* Current concepts in the management of Helicobacter pylori infection - The Maastricht III Consensus Report. *Gut* published online 14 Dec 2006.
2. *Mark Fendrick, Randall T. Forsch, R. Van Harrison, James M. Scheiman.* Peptic ulcer disease. Guidelines for Clinical Care. University of Michigan Health System; updated May 2005.
3. *Talley NJ, Vakil N.* Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. Guidelines for the management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol.* 2005 Oct;100(10):2324-37.
4. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Dyspepsia: management of dyspepsia in adults in primary care. Developed by the Newcastle Guideline Development and Research Unit. Issue date: August 2004.
5. Dyspepsia. A national clinical guideline. Edinburgh (Scotland): Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2003 Mar. 27 p. (SIGN publication; no. 68).
6. *Caselli M, Parente F, Palli D, Covacci A, Alvisi V, Gasbarrini G, Bianchi Porro G;* Cervia Working Group. "Cervia Working Group Report": guidelines on the diagnosis and treatment of Helicobacter pylori infection. *Dig Liver Dis.* 2001 Jan-Feb;33(1):75-80.
7. *Rubin G, Meineche-Schmidt V, Roberts A, de Wit N.* The use of consensus to develop guidelines for the management of Helicobacter pylori infection in primary care. *European Society for Primary Care Gastroenterology. Fam Pract.* 2000 Aug;17 Suppl 2:S21-6. Review
8. *Makola D, Peura DA, Crowe SE.* Helicobacter pylori infection and related gastrointestinal diseases. *J Clin Gastroenterol.* 2007 Jul;41(6):548-58. Review.

9. *Graham DY, Yamaoka Y.* One- or two-week triple therapy for *Helicobacter pylori*: questions of efficacy and inclusion of a dual therapy treatment arm. *Gut.* 2007 Jul;56(7):1021-3; author reply 1022-3. Review.
10. *Adamsen S, de Muckadell OB.* Treatment of bleeding gastroduodenal ulcer] *Ugeskr Laeger.* 2007 Apr 23;169(17):1551-5. Review. Danish.
11. *Leontiadis GI, Sreedharan A, Dorward S, Barton P, Delaney B, Howden CW, Orhewere M, Gisbert J, Sharma VK, Rostom A, Moayyedi P, Forman D.* Systematic reviews of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of proton pump inhibitors in acute upper gastrointestinal bleeding. *Health Technol Assess.* 2007 Dec;11(51):iii-iv, 1-164. Review.
12. *В.А.Ағайев* “Сәrrаһи хәстәликләр” Бакı-2007.
13. *Ивашкин В. Т.* Научно-практическое издание "Клинические рекомендации. Гастроэнтерология", 2006.

Klinik protokolla baęlı t klif v  iradlarınızı
Az rbaycan Respublikası S hiyy  Nazirliyinin İctimai
S hiyy  v  İslahatlar M rk zin  g nd r  bil rsiniz.

 nvan: Bakı, H.Z rdabi k  ., 96
Tel: 431-60-88
Faks: 430-52-85
Email: office@isim.az

