

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
“АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ” ДМ**

**"БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ
ҚИЛИШ ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ
БУЗИЛИШЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

**«ТАСДИКЛАЙМАН»
“Академик В.Вохидов
номидаги РИХИАТМ” ДМ
директори
С.И. Исмаилов**

2025 йил



**"БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ
ҚИЛИШ ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ
БУЗИЛИШЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

**"БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ
ҚИЛИШ ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ
БУЗИЛИШЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

1. КИРИШ ҚИСМИ

Аннотация. Тиббий муолажалардан кейин овқат ҳазм қилиш бузилиши корин бўшлиғи органларида жарроҳлик аралашувлардан кейин ерта ёки кеч даврда юзага келадиган касалликлар гуруҳидир. Ушбу нозология ошқозон – ичак трактининг фаол консерватив ёки жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган қуйидаги асосий умумий бузилишларини ўз ичига олади- операция қилинган ошқозон синдромлари, операциядан кейинги ичак тутилиши, ичак стомасининг дисфункцияси. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдаги деярли ҳар бир операциядан сўнг функционал ва органик касалликларни аниқлаш мумкин. Клиник жихатдан аҳамиятли бузилишлар ошқозон резекциясидан ўтган беморларнинг 30-35 фоизида ва 15-34% — ваготомияда қайд етилган.

Сўнгги пайтларда жарроҳлик аралашуви ва беморларни операциядан кейинги даволашнинг янги усуллари ва технологияси ушбу касалликларнинг тарқалишини камайтиришга имкон берди.

Клиник протоколни ишлаб чиқиш асосида қуйидаги манбалардан фойдаланилди:

1. **АСГ клиник тавсиялари:** операция қилинган ошқозон касалликларини жарроҳлик йўли билан даволаш. Муаллиф: V.I. Bondarev, N. P. Ablitsov, A. P. Baziak, A. V. Pepenin, E. N. Vasilenko. PMID: 7602909

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7602909/>

2. **Ошқозон ва 12б.и. операцияларидан кейинги патологик синдромлар.** 2019. Муаллифлар: Г.Ц. Дамбаев, Н.Э. Куртсеитов, М.М. Соловьев, А.Н. Вусик, В.В. Скиданенко, О.А. Фатюшина, Е.А. Авдошина, Т.В. Дубакова.

УДК: 616.33/.342-089.168.1-06 (075.8)

<https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

3. **Демпинг синдромини ташхислаш ва даволаш бўйича халқаро консенсус.** Муаллифлар: Emidio Scarpellini, Joris Arts, George

Karamanolis, Anna Laurenus, Walter Siquini, Hidekazu Suzuki, Andrew Ukleja, Andre Van Beek. Журнал Nature reviews 2020 Aug;16(8):448-466.

PMCID: PMC7351708 **DOI:** 10.1038/s41574-020-0357-5

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

МКБ – 10 ва МКБ – 11 кодлари жадвал №1

МКБ-10		МКБ-11	
K91.0	Ошқозон-ичак трактидаги операциядан кейин қусиш	Ошқозон-ичак трактидаги операциядан кейин қусиш	DE10
K91.1	Жаррохлик амалиётидан кейинги ошқозон синдромлари	Жаррохлик амалиётидан кейинги ошқозон синдромлари	DE11
K91.2	Жаррохлик амалиётидан кейинги малабсорбция, бошқа сарлавҳалар остида таснифланмаган	Жаррохлик амалиётидан кейинги малабсорбция, бошқа сарлавҳалар остида таснифланмаган	DE13
K91.3	Жаррохлик амалиётидан кейинги ичак тутилиши	Жаррохлик амалиётидан кейинги ичак тутилиши	DB30
K91.4	Колостомия ва энтеростомиядан кейинги дисфункция	Колостомия ва энтеростомиядан кейинги дисфункция	DE12
	https://mkb-10.com/index.php?pid=10442	https://mkb11.online/113836	

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 24 май 2025 йил, қайта кўриб чиқиладиган сана 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса “**Академик В. Вохидов РИХИАТМ**” давлат муассасаси ҳисобланади.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда ўз хиссасини “**Академик В. Вохидов номидаги РИХИАТМ**” Давлат муассасаси қўшди.

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси:

Ишчи гуруҳ раҳбари	Исмаилов Сайдимурод Ибрагимович “Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ” ДМ директори, т.ф.д, профессор
Масъул ижрочилар	Гуломов Олимжон Мирзахитович “Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ” ДМ торакоабдоминал онкохирургия бўлим бошлиғи т.ф.д.
	Мухамедов Ботир Закирович “Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ” ДМ торакоабдоминал онкохирургия бўлим мудири

Рецензентлар:	Туракулов Уктам Нурмаматович – т.ф.д., №1 сонли Хирургия кафедраси доценти
	Тулержанов Нурпейс Қудайбергенович – Х.А.Ясави номидаги "Халқаро Қозоқ – Турк университети" тиббиёт факултетини “жарроҳлик касалликлари” кафедраси доценти, т.ф.н.

Клиник протоколнинг муҳокамаси "академик В. Вохидов номидаги РИХИАТМ" Давлат муассасаси илмий кенгашининг №2-сонли протокол йиғилишида бўлиб ўтди 15.03.25й.

Техник экспертни баҳолаши ва таҳрирлаши:

1. №1-сонли гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантацияси бўлим раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор – Акбаров Миршавкат Миралимович.

2. Катталар кардиожарроҳлиги бўлим раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор – Алиев Шерзод Махмудович.

Ушбу клиник протокол ва стандарт вазир ўринбосари, т.ф.д. тиббий суғурта бўлими бошлиғи Ф. Р. Шарипов, Ш.К. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва амалга ошириш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Т. Жумаева, етакчи мутахассис Н. Ф. Рахимова раҳбарлигида ташкилий ва услубий қўллаб-қувватлашлари билан ишлаб чиқилди.

Клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий даражаси вакиллари билан биргаликда ўтказилди.

Амалиётчилар:

1. Умумий амалиёт шифокори
2. Жарроҳ
3. Терапевт
4. Болалар жарроҳи
5. Гастроэнтеролог

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар, жадвал №2

АОС	Абдоминал оғриқли синдром
АБ	Артериал босим
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
КАФ	Кислороднинг актив формалари
ТУТ	Тезкор уреаз тести
ВНТ	вегетатив нерв тизим
ОХҚТ	Овқат хазм қилиш трактини тепа қисми
ЎБИ	Ўн икки бармоқли ичак
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти
ПНИ	Протон насос ингибитори
ЛФК	Даволовчи жисмоний тарбия
НЯҚД	ностероид яллиғланишга қарши дорилар
ПГРС	Постгастрорезекцион синдром

РКТ	Рамдомизлашган клиник тадқиқот
ШҚ	Шиллиқ қават
УТТ	Ультратовуш текширув
ЭГДФС	эзофагогастроуденоскопия
ЭКГ	электрокардиография
ЭхоКГ	эхокардиография
ЯК	Яра касаллиги
ЎБИЯК	Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги
ОЯК	Ошқозон яра касаллиги

Протокол фойдаланувчилари:

- Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари
- олий таълим муассасалари мутахассислари
- илмий ва амалий тиббиёт марказлари мутахассислари
- идоравий тиббий хизмат мутахассислари (ички ишлар вазирлиги)
- умумий амалиёт шифокори
- умумий жарроҳлар
- болалар жарроҳлари
- терапевтлар
- педиатрлар

Ушбу нозологияда беморлар тоифаси катталар ва болалардир.

Тавсияларнинг синфлар бўйича бўлиниши

Тавсия синфи	Таърифи	Маъноси
I	Даволаш/текшириш/аралашувларнинг ўзига хос усуллари фойдали ва самарали эканлиги ёки умуман қабул қилинганлиги исботланган ва потенциал фойда потенциал хавф билан солиштирганда аниқ ва ундан сезиларли даражада ошади.	Тавсия қилинади
II	Муайян даволаниш/текширув/аралашувнинг афзалликлари/самарадорлигига ва/ёки қарама-қарши фикрга зид бўлган маълумотлар ёки	Тавсия қилса бўлади

	фойда ҳақида ноаниқлик / хатарлар.	
Па	Маълумотлар / фикрларнинг аксарияти афзалликларни/самарадорликни кўрсатади.	
Пб	Маълумотлар / фикрлар фойда самарадорликнинг камроқлигини билдиради.	Жуда эҳтиётлик билан
Ш	Муайян даволаш/ текшириш/ процедура / аралашув ёки фойдали /самарали бўлмаган ёки потенциал хавф потенциал фойдадан устун бўлган ягона фикр ҳақида маълумот билдирилса.	Тавсия қилинмайди

Диагностика усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД)баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Маълумот назорати билан синовларни тизимли кўриб чиқиш ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник синовларни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар бундан мустасно, мос ёзувлар назорати ёки алоҳида рандомизацияланган клиник синовлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш билан алоҳида тадқиқотлар
3	Йўналтирувчи усул билан изчил назоратиз тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган маълумотнома усули билан тадқиқотлар ёки тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан коҳорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизми ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, даволовчи ва реабилитация тадбирлари учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) баҳолаш кўлами

ДИД	Даражанинг таснифи
1	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ-ни тизимли кўриб чиқиш
2	Мета-таҳлил ёрдамида РКТ бундан мустасно, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни алоҳида РКТ-лар ва тизимли шарҳлар
3	Тасодифий бўлмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки бир қатор ҳолатлар тавсифи, ишларни назорат қилиш бўйича тадқиқотлар
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизми (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки мутахассисларнинг фикри учун асос бор

Профилактик, диагностик, терапевтик ва реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (ТИД) баҳолаш шкаласи

ТИД	Даражанинг таснифи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил)
В	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва /ёки қизиқиш натижалари бўйича уларнинг хулосалари изчил эмас)
С	Заиф тавсиялар (тегишли сифат далилларининг етишмаслиги (барча кўриб чиқилган ишлаш мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари изчил эмас))

МУНДАРИЖА

1. "БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ
ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ БУЗИЛИШЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....5
2. "БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ
ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ БУЗИЛИШЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИНИ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИНИНГ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....52
3. "БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ ҚИЛИШ
ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ БУЗИЛИШЛАРИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....70

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

2.1. Кириш

Операция қилинган ошқозон касалликлари асосий ижтимоий муаммо бўлиб, шу сабабли у замонавий жарроҳлик гастроэнтерологиясида энг долзарб ҳисобланади. Уларнинг долзарблиги юзага частотаси билан белгиланади-10 дан 70% гача, ташхис ва даволашда қийинчиликлар, шунингдек, тез-тез ривожланаётган жиддий асоратлар (қон кетиши ва даврий ва унҳеалед яралар тешик) [5].

Ошқозон жарроҳлиги тарихи шундай бўлганки, 50 йилдан ортиқ вақт давомида ошқозон резекцияси ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ошқозон яраси учун танлов усули бўлиб келган. Шу билан бирга, кўп юз минглаб операциялар ошқозон резекцияси натижаларини танқидий баҳолашга имкон берди. Бироқ, сўнгги 40-50 йил ичида ошқозон резекцияси билан бир қаторда турли хил модификацияларда ваготомия, кўп сонли пйлоропластика ва дуоденопластика билан бир қаторда кенг қўлланилишини топганлиги билан ажралиб турди, бу ҳам бир қатор камчиликларга ега. Ошқозон операциясидан кейин кўплаб турли хил патологик синдромлар (касалликлар) кўпинча бундай беморларни ташхислаш ва даволаш тактикасини танлашда қийинчиликлар билан тавсифланади. Бундан ташқари, операция қилинган ошқозоннинг айрим касалликлари ҳатто сўнгги жарроҳлик дарсликларида ҳам акс еттирилмаганлигини таъкидлаш керак [3, 7].

Нобел мукофотиغا сазовор бўлган академик И. Р. Pavlov ва унинг мактабининг *fundamental* асарлари, шунингдек Б. Р. Бабкин, И. А. Разенков, С. С. Юдиннинг тадқиқотлари овқат ҳазм қилиш органларининг функционал алоқасини ва озиқ-овқат маҳсулотларини ҳазм қилиш ва сўрилишининг барча босқичларида уларнинг бирлигини исботлади. Ошқозон ва вагус нерви овқат ҳазм қилишнинг тўлиқлигида жуда муҳим рол ўйнайди, асосий яралари омил – хлорид кислота ишлаб чиқаришга ҳисса қўшади. Шунинг учун ески "кислота йўқ, яра йўқ" постулати ўз кучини сақлаб қолади. Ва барча шифокорлар

агрессив меъда шираси ишлаб чиқаришни иложи борича камайтиришга интилишади. [3, 9]

Терапевтлар бу мақсадга гистамин рецепторларининг Н-2 антогонисталрини ва протон помпа ингибиторларини, вагуснинг дори блокадасини ва антацидларни буюриш орқали эришадилар. Жарроҳлар ошқозон устида турли аъзо-асраб-авайлаш ва аъзо-қолдиргандан операциялари билан бирга ваготомия турли турларини қўллаш орқали бир хил, лекин доимий таъсирга эришиш ёки ошқозон камида 2/3 қисмини "классик" резекциясини амалга ошириш орқали эришади [5,8].

Амалиётдаги шифокорлар операция қилинган ошқозон касалликларига тобора кўпроқ дуч келмоқдалар ва ушбу оғир бемор популяциясини ташхислаш ва жарроҳлик даволаш тактикасини танлашда жиддий қийинчиликларга дуч келишмоқда. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

2.2. Таърифи:

Операция қилинган ошқозоннинг ошқозон касалликлари гастросекция аралашувларидан кейин пайдо бўлган ва улар билан патогенетик боғлиқ бўлган патологик ҳолатлардир. Бу диспептик касалликлар, эпигастрал оғриқлар, вазомотор ва нейровегетатив реакциялар, метаболик ва озучавий касалликларда намоён бўлади [8,12].

Ошқозон яраси касаллиги учун ошқозон резекциясидан сўнг танада турли хил патологик жараёнлар содир бўлади, улар "симптом", "синдром", "симптом комплекси", "касаллик" билан намоён бўлади ва касаллик бу тушунчаларни ўз ичига олади, бизнинг фикримизча, муҳокама қилинаётган ҳолатни емас деб аташ тавсия етилади. алоҳида синдромлар, аммо "резекциядан кейинги касаллик". Бунга синдромлар ҳам, касалликлар ҳам кириши мумкин. Ушбу полемика ошқозон яраси касаллиги бўлган беморларда ошқозон резекциясидан кейин касалликнинг таснифига ҳам тегишли. Аммо энг мақбул, табиий равишда мукамалликни талаб қиладиган синдромларни

М. М. Самсонов, Т. И. Паранская, П. Р. Нестерова [12] томонидан таклиф қилинган уларнинг аломатларини тушинтириш билан таснифлаш.

Демпинг синдроми ошқозон операциясидан кейин энг кенг тарқалган функционал бузилиш бўлиб, унинг пилорик қисмини олиб ташлаш ёки йўқ қилиш билан бирга келади. Турли муаллифларнинг фикрига кўра, демпинг синдроми 0,33 дан 30-80% гача учрайди. [4]

Беморларда **гипогликемик синдром** оч қоринга заифлик хуружи билан ёки овқатдан 1,5-3 соат ўтгач, глюкоза даражасининг пасайиши туфайли жисмоний зўриқишдан кейин пайдо бўлади. Клиник жиҳатдан у демпинг синдромига ўхшайди.

Резекциядан кейинги астения – ошқозон, ошқозон ости бези, жигар ва ингичка ичакнинг овқат ҳазм қилиш функциясининг жиддий бузилиши туфайли юзага келади. Астенизация асабийлашиш, қисқа феъл-атвор, кўз ёшлари, можаро, бепарқлик ва бошқалар билан намоён бўлади. Беморлар уйқусизлик, бош оғриғи, бош айланиши ва ҳоказолардан азият чекишади.

Анемия икки турда учрайди-темир танқислиги ва мегалобластик. Темир танқислиги анемияси одатда операциядан бир неча йил ўтгач ривожланади. Бу барча анемия белгилари билан тавсифланади. Билрот – 2 анастомозини Билрот – 1га айлантиргандан сўнг темирнинг сўрилиши яхшиланади.

Витамин В-12 танқислиги анемияси (зарарли) циянобаламинни етарли даражада истеъмол қилмаслик туфайли ривожланади. В12 витамини етишмовчилигининг клиник кўриниши гематопоестик тўқима, овқат ҳазм қилиш ва асаб тизимларининг шикастланиши билан тавсифланади.

Рефлюкс касаллиги юқори овқат ҳазм қилиш трактининг (сафро, ошқозон ости бези шарбати, ўн икки бармоқли ичак ва ингичка ичак шарбати) ошқозонга, айрим беморларда еса қизилўнгачга тушиши билан бирга келади, бу ерозив гастрит ва езофагитни келтириб чиқаради. Ишқорий рефлюксли гастрит епигастрал минтақада оғриқни келтириб чиқаради, аччиқланиш, сафро билан қусиш ва вазн йўқотади.

Рефлюкс эзофагити тўш суяги орқасида ёниш оғриғи билан тавсифланади, баъзида *angina* пекторисини тақлид қилади, оғриқли юрак уриши.

Олиб келувчи синдроми Билрот – 2 ошқозон резекциясининг ўзига хос асоратидир. Касаллик ўн икки бармоқли ичакнинг турли хил бўшатилиши, сафро қусиши, эпигастрал минтақада оғриқ, ўнг гипохондрия, кўнгил айниши ва интоксикациянинг кучайиши билан намоён бўлади. Агар ўн икки бармоқли ичакнинг думи мос келмаса, ҳақиқий хавф мумкин.

Турли муаллифларнинг фикрига кўра, ошқозон резекциясидан кейин анастомознинг **пептик яраси** 0,5 дан 10 гача ва ҳатто 15% гача, бизнинг беморларимизда 8,8% да учрайди. Оғиздаги ошқозон ярасининг 80 дан 88% гача ўн икки бармоқли ичак яраси учун резекция қилинганидан кейин ривожланади. Анастомоз яраларнинг клиник кўриниши кўп ҳолларда бирламчи яранинг белгиларига ўхшайди. Ошқозон яраси кўпинча операция қилинган бирламчи ярага қараганда анча малигндир.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

Постгастрорезекцион синдром кейинги бошқа касалликларга келсак, масалан, сурункали панкреатит ёки диарея синдромлари ва бошқалар., улар ташхиснинг умумий тамойилларига мувофиқ белгиланади ва терапия шунга мувофиқ амалга оширилади.

Шундай қилиб, перфорация, пенетрация, қон кетиш ва пилородуоденал стеноз билан мураккаблашган ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ошқозон яраси бўлган беморларда **операциядан кейинги бузилишлар** кўпинча ошқозон резекциясидан кейин демпинг синдроми, гипогликемия, астения, анемия, рефлюкс синдроми, аддуктор ҳалқаси, анастомоз яраси ва бошқалар шаклида содир бўлади., еҳтиёт консерватив даволаш талаб, ва торпид албатта билан муваффақияциз даволаш оғир ҳолларда, хусусан, босқичли даволаш томонидан таъқиб реконструктив жарроҳлик даволаш фойдаланинг. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

2.3. Клиник классификация:

Операция қилинган ошқозон касалликларининг турли хил кўринишларини ҳисобга олган ҳолда, уларнинг таснифи муайян кийинчиликларни келтириб чиқаради. Умуман олганда, кўпчилик муаллифлар постресекция ва постваготомия синдромларини ажратиб кўрсатишади. Ҳар бир гуруҳда функционал, органик ва комбинацияланган бузилишлар ажралиб туради. Шунинг эса тутиш керакки, бир қатор бузилишлар (демпинг синдроми, гипогликемик синдром ва бошқалар) ошқозон резекциясидан кейин ҳам, ваготомиядан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин.

Клиниканинг оғирлигига қараб, функционал бузилишларнинг уч даражали оғирлиги мавжуд. Енгил зўравонлик билан меҳнат қобилияти одатда бузилмайди, ўртача зўравонлик билан даврий ногиронлик кузатилади ва оғир зўравонлик билан у доимийдир. Операция қилинган ошқозоннинг баъзи касалликлари маълум бир операция турига хосдир. Масалан, аддустор лооп синдроми ошқозон резекцияси учун патогномоник ҳисобланади. Биллротх ИИ га кўра, демпинг синдроми ошқозон резекциясига хосдир ва фақат баъзи ҳолларда дренаж ёрдами, гастростаз ва дисфагия билан ваготомиядан кейин кузатилади, аксинча, деярли ҳар доим ваготомиядан кейин содир бўлади, шафқациз доира гастроэнтеростомиядан кейин одатий намоён бўлади [9].

Самсонов М. А. ва бошқ. постгастрорезекция касалликларининг куйидаги таснифини таклиф қилди:

1. Ошқозон-ичак тракти аъзоларини фаолиятини нейрогуморал тартибга солишнинг бузилиши билан боғлиқ синдромлар:

- * Демпинг синдроми.
- * Гипогликемик синдром.
- * Функционал олиб келувчи ичак синдроми.
- * Ваготомиядан кейинги бузилишлар.

2. Овқат ҳазм қилиш органларининг функционал фаолиятининг

бузилиши ва уларнинг компенсацион ва адаптив қайта тузилиши билан боғлиқ синдромлар:

- * гепатобилиар тизимдаги бузилишлар;
- * ичак касалликлари, шу жумладан малабсорбция синдроми;
- * ошқозон сўлтоғини функциясини бузилиш;
- * ошқозон ости безнининг фаолиятини бузилиши;
- * рефлюкс эзофагит.

3. Органик бузилишлар:

- * ошқозон яраси касаллигининг қайталаниши;
- * ошқозон шиллик қаватининг қайта туғилиши (полипоз, ошқозон саратони).

4. Комбинацияланган бузилишлар (патологик синдромларнинг комбинацияси).

№3-жадвалда Г.Р. Аскерхановга кўра операция қилинган ошқозон касалликларининг таснифи кўрсатилган.

№3 жадвал.

ОРГАНИК	ФУНКЦИОНАЛ
1. Операция қилинган ошқозоннинг пептик яраси (анастомознинг пептик яраси, ингичка ичак яраси, такрорий яра, даволанмайдиган яра)	1. Ошқозон демпинг синдроми
2. Операция бўлган ошқозон саратони	2. Гипо-, гипергликемик синдром
3. Гастро-энтероанастомоз чандиқли торайиши	3. Энтероген синдром
4. Ошқозон – ичак, ошқозон – ўт йўллари, еюно – ёғон ичак оқмалари	4.Олиб келувчи қовузлоқ функционал синдроми
5. Олиб келувчи қовузлоқ синдроми	5.Постгастрорезекцион анемия
6. Патологик халқа	6.Постгастрорезекцион астения
7. Жарроҳлик амалиётини техник хатолар сабабли кузатиладиган асоратлар	7. Гастростаз

8. Ошқозоннинг каскад деформацияси	8. Диарея, дисфагия, ишқорий рефлюкс гастрит
https://rosoncoweb.ru/library/journals/practical_oncology/arh007/05.pdf	

2.4 Касаллик / ҳолатни ташхислаш мезонлари:

Операция қилинган ошқозон касаллиги диагностикаси қуйидагилар асосида белгиланади:

1) анамнестик маълумотлар (характерли шикоятлар, операциядан кейинги касалликнинг анамнези, аралашувнинг батафсил тавсифи ва бошқалар.)

2) тўғридан-тўғри объектив текширув (палпация пайтида қорин девори оғриғини аниқлаш, ичак пневматози)

3) инструментал текширув (ошқозон-ичак трактини эндоскопик ва барий пассажиани рентгенологик текширувлари)

<https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

2.5 Этиология ва патогенез.

Ошқозон операциясидан кейинги патологик синдромлар жарроҳлик туфайли овқат ҳазм қилиш бузилиши билан боғлиқ асоратларнинг махсус тури ҳисобланади. Ошқозондаги турли операциялар овқат ҳазм қилиш тракти органлари ўртасидаги анатомик ва функционал муносабатларда операция турига хос бўлган ўзгаришларни келтириб чиқаради. Мослашув ва компенсация жараёнларининг етарли емаслиги натижасида овқат ҳазм қилиш тизими фаолиятида ўзгаришлар операциядан кейин содир бўлади ва овқат ҳазм қилиш ва инсон танасининг бошқа тизимлари функцияларининг турли хил бузилишлари ривожланади.

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1532/1/UMK_2018_042.pdf

Операция қилинган ошқозон касалликларининг ривожланишига ошқозон-ичак тракти фаолиятининг физиологик шароитидаги ўзгаришлар, шунингдек жарроҳлик ва операциядан кейинги даврдаги тиббий хатолар

сабаб бўлиши мумкин. Муаммоларни келтириб чиқарадиган омиллар кўпинча уларнинг ўзаро таъсирини бирлаштиради ва кучайтиради. [6]

Гастроэнтерология соҳасидаги мутахассисларнинг фикрига кўра, резекциядан кейинги касалликларнинг **асосий сабаблари**:

***Овқат ҳазм қилиш тизимини қайта қурилиши.** Ошқозон катта резекциядан ўтган беморларда ошқозон антруми йўқ, бу гастрин ва хлорид кислотанинг кўп қисмини ишлаб чиқаради, бу еса оксилларни ҳазм қилиш самарадорлигига таъсир қилади. Органнинг резервуар функциясининг йўқолиши ёмон тайёрланган ва ёмон ҳазм қилинган овқатларнинг ингичка ичак бўшлиғига киришини таъминлашга ёрдам беради. Билрот-2 усули ёрдамида резекция пайтида ўн икки бармоқли ичак овқат ҳазм қилиш жараёнидан деярли чиқариб ташланади. Ваготомиянинг асоратлари кўпинча ошқозон бўшлиғидан химусни эвакуация қилишнинг бузилиши ҳисобланади. [6]

* **Аралашув пайтида техник хатолар.** Операция қилинган ошқозоннинг турли хил бузилишларини ривожланиш хавфи органларни резекция қилишнинг ноўрин, ортиқча ёки етарли бўлмаган ҳажмини танлаш билан ортади, бу секретор эвакуация функциясига сезиларли таъсир қилади ёки касалликнинг давом етишига ёрдам беради. Анастомозларнинг шаклланиши пайтида нотўғри тикув ва думғазани тикиш орқали химанинг нормал ўтишини олдини олиш мумкин. Гастроэнтероанастомозни яратиш пайтида шпоранинг йўқлиги кўпинча олиб келувчи қовузлоқ синдромини келтириб чиқаради.

* **Патологик преморбид фон.** Биргаликда патология мавжуд бўлганда, овқат ҳазм қилиш тизимининг операциядан кейинги компенсацион имкониятлари пасаяди. Операция қилинган ошқозон синдроми билан оғриган беморларнинг 42% ошқозон-ичак касалликлари, 49% бошқа органлар ва тизимларнинг сурункали касалликлари билан касалланган. Постгастрорезекция бузилишлари овқат ҳазм қилишни тартибга солиш учун диффуз нейроендокрин тизим томонидан чиқариладиган вазоактив ичак

полипептиди, мотилин, холецистокинин, энкефалинлар ва бошқа ошқозон-ичак гормонларининг етарли даражада етишмаслиги билан ривожланиш еҳтимоли кўпроқ.

https://library.mededtech.ru/rest/documents/ISBN9785970466315/?anchor=paragraph_cm3680

Баъзи тадқиқотчиларнинг фикрига кўра, ошқозон-ичак касалликлари руҳий травма ва stress тарихи бўлган беморларда кўпроқ учрайди. Саратон билан оғриган беморларнинг 42 фоизда олдинги ошқозон яраси касаллиги ва жисмоний травма, марказий асаб тизими касалликлари ўртасида боғлиқлик аниқланган. Бундай ҳолларда резекциядан кейинги бузилишлар аниқ невротик аломатлар билан аниқроқ намоён бўлди. Юқори хавfli гуруҳга қонли ва меланколик сақланадиган, мувозанациз ва заиф турдаги асабий фаоллиги ошган беморлар ва иқтисодий сабабларга кўра парваришлаш терапиясидан бош тортган беморлар киради.

<https://kiberis.ru/?p=280127>

https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1532/1/UMK_2018_042.pdf

2.6 Скрининг.

Операция қилинган ошқозон касаллиги учун скрининг Республикамизда ўтказилмайди. Шунини таъкидлаш керакки, агар Босчнинг билвосита белгилари шубҳа қилинган ёки аниқланган бўлса, алгоритмда кўрсатилган қуйидаги чораларни кўриш тавсия этилади. <https://studfile.net/preview/2767013/page:4/>

3. Текшириш ва тадқиқот усуллари, тиббий муолажалар ва диагностика жараёнларига ёндашувлар

3.1 Шикоятлар ва касаллик тарихи

Операция қилинган ошқозон оғриғи билан турли механизмлар билан боғлиқ бир неча турдаги шикоятлар мавжуд. Нейропсихиатрик касалликлар: салбий ҳис-туйғулар, жисмоний ва руҳий stress, асаб тизимининг касалликлари, шикастланишлар ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак

ярасининг ривожланишида муҳим омиллардир. Жарроҳликдан сўнг руҳий касалликлар янада аниқроқ бўлади ёки асабийлашиш, ҳиссий беқарорлик ва ишлашнинг пасайиши каби янги аломатлар билан тўлдирилади. Депрессив давлатлар ривожланади [8].

Шу муносабат билан шифокор диққатли ва сабрли бўлиши, беморга ўз ҳис-туйғуларини ифода этиш имкониятини бериши талаб қилинади. Шундан кейингина, патологик симптомларнинг табиати ва постгастрорезекция касалликларининг мумкин бўлган вариантлари билан боғлиқлигини аниқлаштириш учун қўшимча саволлар бериш керак, улар бугунги кунгача 80 дан ортиқ ҳолатларда тасвирланган. Кўпгина бузилишлар клиник жиҳатдан оғриқ билан намоён бўлади, бу тадқиқотчидан оғриқнинг individual хусусиятларини, уларнинг қандай шароитларда пайдо бўлишини ва диетадаги хатолар билан боғлиқлигини батафсил ўрганишни талаб қилади. Овқатдан 15-20 минут ўтгач содир бўладиган кучли заифлик, бош айланиши, юрак уриши хуружлари, сут ва ширин таомларнинг ўзига хос хусусияти демпинг синдромининг клиник белгилари бўлиб, улар кўпинча бошқа патологик аломатлар билан бирлаштирилади.

<https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

Клиник амалиётда шикоятларнинг бешта тоифаси шартли равишда ажратилади:

1) **қон томир ва нейровегетатив:** юзнинг қизариши, бармоқлар ва кўлларнинг титраши, бош айланиши, кўзларнинг қорайиши, совуқ тер билан заифлик, рангпарлик ва иссиқлик ҳисси ҳужумлари. Характерли шикоятлар озиқ-овқат истеъмол қилиш билан аниқ алоқага ега ва damping реакцияси пайтида кузатилади.;

2) **диспептик ва қорин бўшлиғидаги ноқулайлик:** иштаҳанинг етишмаслиги, кўнгил айнаши, регургитация, қусиш, ошқозонда гумбурлаш, бўшашган ёки беқарор ахлат, ич қотиши. Ушбу клиник шикоятлар ошқозон-ичак трактининг motor эвакуация функциясининг бузилиши ва операциядан кейинги даврда ривожланган ошқозон ости безининг ташқи секретор

функциясининг бузилишидан келиб чиқади.;

3) **метаболик касалликлар**: озиш, сурункали темир танқислиги анемияси, заифлик, чарчоқ, иш қобилиятининг пасайиши, еректил дисфункция;

4) **даврий қорин оғриғи** операциядан кейин жигар ва ошқозон ости бези, дуоденостаз ва битишмалар яллиғланиш ўзгаришлар оқибатида интенсивлиги ва табиат турли

5) **постгастрорезекцион астения**: асабийлашиш, теарфулнесс, уйқусизлик, тез-тез бош оғриғи, мустаҳкамлаш неврастения.

<https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончилилик даражаси 5).

Касалликнинг бошланиши ва ривожланишини хронологик тартибда аниқлаш услубий жиҳатдан тўғри. Жарроҳлик аралашуви қайси касаллик ҳақида батафсил маълумот олиш керак. Ривожланишнинг ҳозирги босқичида жарроҳлар турли хил модификацияларда ошқозон резекцияси учун катта имкониятлар арсеналига ега ва ушбу усулларнинг ҳар бири операциядан кейинги даврда ўзига хос асоратларга эга.

Шу муносабат билан клиник амалиётда ушбу касалликнинг анамнезини йиғиш алгоритмидан фойдаланиш таклиф этилади:

1. Ошқозон резекцияси қачон амалга оширилди?

2. Жарроҳлик аралашувиға қандай касаллик сабаб бўлган?

3. Операция режалаштирилганидек ёки фавқулодда ҳолат сифатида амалга оширилганми? Ошқозон яраси касаллигининг асоратлари (тешилиш, қон кетиш) учун фавқулодда вазият сифатида амалга оширилган жарроҳлик аралашувлар ҳаётни сақлаб қолади. Бундай ҳолда, физиологик жиҳатдан соғлом, аммо мураккаб операцион технологиялар қўлланилмайди.;

4. Беморнинг амбулатория картасида мавжуд бўлган тиббий хужжатларни текшириш. Жарроҳлик аралашуви амалга оширилган "касаллик тарихидан кўчирма" га алоҳида эътибор қаратиш лозим.;

5. Ушбу касалликнинг дастлабки белгилари қандай шароитларда ва операциядан қанча вақт ўтгач пайдо бўлди?

6. Касалхонагача бўлган босқичда қандай реабилитация даволаш ва текширув ўтказилди?

3.2 Жисмоний текширув

Умумий кўрик. Умумий текширув давомида онг ҳолати, юз ифодаси, ҳолати, юриши, ҳолати, умумий кўриниши, физикаси, юз териси ва кўринадиган шиллиқ пардалар, соч ва тирноқлар, тери ости ёғ т, таянч-харакат тизими ҳолати аниқланади; тана ҳарорати ва антропометрик кўрсаткичлар ўлчанади. Айти пайтда:

* **Етакчи клиник симптом:** эпигастрал минтақада ва тан ўрта қизикнинг ўнг ёки чап томонида, киндикка яқинроқ оғриқ, кўпинча орқа, пастки орқа, ўнг елка, елка пичоғи, эпигастрал минтақага тарқалади.

* **Табиат томонидан оғриқ:** пароксизмал, ўткир, кесиш.

* **Оғриқ овқатдан кейин дарҳол ёки бироз вақт ўтгач пайдо бўлади.**

* **Антацидлар, антисекретор ва антиспазмодик** дориларни қабул қилгандан кейин оғриқ йўқолади.

* **Диспептик синдром:** ошқозон ёниши (енг ерта ва енг кенг тарқалган аломат), белчинг, кўнгил айтиши, ич қотиши.

* **Сурункали интоксикация ва астеновегетатив касалликлар** белгилари. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40082480/>

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изоҳ.** Беморни қабул қилиш босқичида бўлган шикоятлар ва анамнез билан бирлаштирилган объектив текширув маълумотлари касалликнинг оғирлигини ва бирга келадиган ҳолатларнинг мавжудлигини баҳолашга имкон беради.

Перкуссия ва палпация баъзи ҳолларда ошқозон шиши, кенгайган жигар ва талоқ, асцит белгилари, кенгайган зич лимфа тугунлари аниқланиши мумкин. Беморни текшириш тўғри ичакни бармоқ билан текшириш билан,

сўнгра ошқозонни текшириш билан яқунланиши керак. Бу ҳолда олинган объектив маълумотлар, қонли қусиш ва смолага ўхшаш нажаснинг анамнестик кўрсаткичлари мавжудлиги ёки йўқлигидан қатъи назар, клиник ташхисни тасдиқловчи муҳим белгилар ҳисобланади [12, 17].

3.3 Асосий лаборатория диагностикаси тадбирлари рўйхати.

Амбулатория шароитида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностик текширувлар.

– Яширин ярадан қон кетиш натижасида анемияни истисно қилиш учун лейкоформула билан умумий (клиник) қон тестини ўтказиш тавсия этилади [16] ошқозон резекция бўлган барча беморларда. Анемия (гемоглобин, гематокрит, эритроцитлар, тромбоцитлар) ҳар томонлама ташхислаш мақсадида ишлаб чиқилган анемия билан оғриган барча беморлар учун умумий (клиник) қон тестини ўтказиш тавсия этилади; шунингдек, биокимёвий қон тести.

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 4). **Изоҳ:** касалликнинг асоратланмаган курси билан клиник қон текшируви кўпинча ўзгаришсиз қолади, аммо анемия ҳам аниқланиши мумкин.

– Касалликнинг рефрактер курси бўлган беморларда Золлингер-Эллисон синдромини истисно қилиш учун қон зардобадаги гастрин даражасини ўрганиш тавсия этилади [18].

Тавсияларнинг ишончлилики даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 5). **Изоҳ.** Золлингер-Эллисон синдромидаги гастродуоденал ошқозон яраси патогенези беморларда (кўпинча ошқозон ости безида) гастрин ишлаб чиқарувчи ўсмалар мавжудлиги натижасида хлорид кислотанинг оғир гиперсекрецияси билан боғлиқ. Бу яралар одатда кўп бўлиб, нафақат ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда, балки жежунумда, баъзан эса қизилўнгачда ҳам кучли оғриқ ва доимий диарея билан локализация қилинади. Бундай беморларни текширишда ошқозон кислотаси

ишлаб чиқариш даражаси кескин ошади (айниқса базал шароитда), гастрин миқдори ортади (норма билан солиштирганда 3-4 марта). Провокацион тестлар (секретин, глюкагон билан), ошқозон ости безининг ултратовуш ва КТ текшируви ва ошқозон эндосонографияси Золлингер-Эллисон синдромини аниқлашда ёрдам беради.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

Гемоглобин даражасининг пасайиши, қизил қон таначалари сонининг камайиши ва гематокритнинг камайиши, шубҳасиз, қон йўқотишнинг оғирлигини кўрсатади. Бироқ, ўткир қон кетиш бошланганидан кейинги дастлабки соатларда, хатто унинг кучли табиати билан ҳам, гемодилуциянинг ривожланиши учун вақт йўқ ва шунинг учун бу кўрсаткичларнинг барчаси сезиларли даражада ўзгармаслиги мумкин [14, 18, 19].

- Яширин ярадан қон кетишини истисно қилиш учун жаррохлик амалиёти ўтказилган меъда касаллиги билан оғриган беморларга яширин қон учун нажасни таҳлил қилиш ва нажас хусусиятларини аниқлаш учун копрограмма қилиш тавсия етилади [15, 20]. **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 4).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

Фавқулудда ёки режалаштирилган касалхонага ётқизилган тақдирда ва тест ўтказилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақтдан кейин стационар даражасида қўшимча лаборатория текширувлари ўтказилади:

- * УҚТ;
- * УСТ;
- * Биокимёвий қон таҳлили (умумий билирубин, тўғри ва билвосита билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, карбамид, креатинин, электролитлар, қон глюкоза);
- * коагулограмма (АЧТВ, МНО, фибриноген, ПВ, ПТИ, ТВ);
- * қон гуруҳи ва резус фактори;
- * ЭКГ;

- * Эхокардиография;
- * Спирография;
- * ОИВ учун қон текшируви;
- * Гепатит Б ва С тахлили;
- * Вассерманнинг реакцияси.
- * Қоннинг кислота-асос ҳолати

<https://studfile.net/preview/469239/page:32>

3.4 Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) ва қўшимча диагностик instrumental текширувлар.

* **Эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС)** анастомознинг ошқозон ярасига шубҳа қилинган барча беморларга, қарши кўрсатмалар бўлмаса, таъхисни тасдиқлаш учун тавсия этилади. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/> **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изоҳ.** Мунтазам эндоскопик текширув ярали нуқсон мавжудлигини тасдиқлайди, унинг локализациясини, шаклини, ҳажмини, чуқурлигини, яранинг пастки ва қирраларининг ҳолатини аниқлайди ва аъзо бўшлиғининг кириб бориши, чандиқлари ва стеноз белгиларини аниқлайди. Мунтазам эндоскопик текширув шиллиқ қаватдаги бошқа бирга келадиган ўзгаришларни аниқлаш ва гастроуденал мотилликнинг бузилишини аниқлаш имконини беради. Ярали жараённинг босқичини (авж олиш, битиши, чандиқ) баҳолаш учун дунёда одатда қабул қилинган Sakita-Miwa таснифидан фойдаланиш тавсия этилади. Ошқозон яраси билан оғриган беморлар консерватив даво курси охирида мақсадли биопсия билан кейинги эндоскопик текширувдан ўтишлари керак. Бу, биринчи навбатда, дори терапиясининг тегишли курсига қарамай, ошқозон яраси касаллиги белгилари бўлган беморларга тегишли ёки яранинг етиологияси етарлича аниқ эмас [23].

* **Шошилич ЭГДФС** юқори овқат ҳазм қилиш трактидан ўткир қон кетиши бўлган барча беморларга, беҳушлиқ пайтида беморнинг ҳаётий

фаолиятининг асосий параметрларини кузатиш билан процессуал седасён остида, инфузион-трансфузион терапия билан parallel равишда тавсия этилади [10, 22, 23]. **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5). **Изоҳ.** ЭГДФС бемор қабул қилинганидан кейин 2 соат ичида бажарилиши керак. Эндоскопик усул қон кетишининг манбаи ва табиатини аниқлаш, эндоскоп орқали қон кетишини тўхтатиш/олдини олиш зарурати ва имкониятларини баҳолаш, шунингдек қон кетишининг қайталаниш хавфини башорат қилиш учун жуда муҳимдир.

* **ЭГДФСни** амалга оширишдан олдин, ошқозон яраси гастродуоденал қон кетишига шубҳа қилинган беморларга ошқозон товушини, сўнгра ошқозонни ювиш тавсия этилади [15]. **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5). **Изоҳ.** Европа Gastrointestinal эндоскопия жамияти бу мақсадда ошқозон-ичак моторикаси стимуляторлари ёки еритромицинни (қунига 100-200 мг ИВ 2 марта) қўллаш мумкин деб ҳисоблайди. Европа Gastrointestinal эндоскопия жамияти (ESGE), шунингдек, беморнинг нафас йўллари ошқозон таркибининг потенциал аспирациясидан ҳимоя қилиш учун давом этаётган фаол қонли қусиш, енцефалопатия, кўзғалиш билан оғриган беморларда ЭГДФС ўтказишдан олдин трахея интубацияси зарурлигини таъкидлайди [12, 16].

* ЭГДФС қон, қуйқалар ва озиқ-овқат массалари катта миқдорда ошқозон бўшлиғига вақтида аниқланган бўлса, у ошқозон-ичак тракти экспертиза учун тиббий мослашувчан эндоскопни олиб ташлаш ва ошқозон проб [15] орқали мазмунини эвакуация қилиш тавсия этилади. **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

* **Қон кетиши** бўлган беморларда F. Forrest (1974) таснифига кўра қон кетиш манбасини табақалаш тавсия этилади [13, 23]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси Б** (далилларнинг ишончлилик даражаси 3). **Изоҳ.** Шошилишч эндоскопик текширув ярали нуқсоннинг жойлашишини - қон кетиш манбасини, унинг ҳажмини, чуқурлигини, пастки ва қирраларнинг ҳолатини аниқлаш, яранинг кириб бориши ёки ёпиқ тешилиши, сикатрик

деформация ва стеноз белгиларини аниқлаш, ошқозоннинг кўшимча эрозив ва яраларни аниқлаш имконини беради. [12, 22, 23].

* Юқори овқат ҳазм қилиш трактидан ўткир қон кетиши бўлган барча беморларга шошилишч эндоскопик текширув /аралашув (қон кетиш бошланганидан кейин 24 соат ичида ва касалхонага ётқизилган дастлабки икки соат ичида) тавсия этилади [19, 20]. **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изоҳ.** Эндоскопик усул қон кетишининг манбаи ва табиатини аниқлаш, эндоскоп ёрдамида қон кетишини тўхтатиш/олдини олиш зарурати ва имкониятларини баҳолаш, шунингдек қон кетишининг қайталаниш хавфини башорат қилиш учун жуда муҳимдир. Шунинг учун фақулдда ЭГДФС юқори ошқозон-ичак трактидан қон кетиши бўлган барча беморларга кўрсатилади.

* Ошқозон ярасига шубҳа қилинган, эндоскопик текширувдан ўта олмайдиған беморларда ташхисни тасдиқлаш учун ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг барий суспензияси билан **рентгенограммаси** тавсия этилади. Демпинг синдромида ошқозон рентгенограммаси ингичка ичакдаги контрастнинг тез ривожланишини ва ўғирлаш ҳалқасининг кенгайишини кўрсатади. Такрорий яранинг типик рентгенологик белгилари "токча" (барий конлари), шиллиқ қаватларнинг яқинлашуви аломатидир.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/> **Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2). **Изоҳ.** Рентген текшируви ошқозон ярасининг бевосита белгисини - шиллиқ қаватнинг контурида ёки релефида "жой" ва касалликнинг билвосита белгиларини (ошқозоннинг қарама-қарши деворидаги мушак толаларининг маҳаллий думалоқ спазми шаклида) аниқлайди. "ишора қилувчи бармоқ", бурмаларнинг яқинлашиши. "токча" учун шиллиқ қават, ошқозон ва лампочка ўн икки бармоқли ичак сисатрисисал ва ярали деформитеси, оч қоринга ҳиперсекретён, гастродуоденал мотилите касалликлар). У баъзи сабабларга кўра (масалан, контрэндиқациялар мавжудлиги) эндоскопик текширув ўтказиш мумкин бўлмаған ҳолларда қўлланилади, инфилтратив

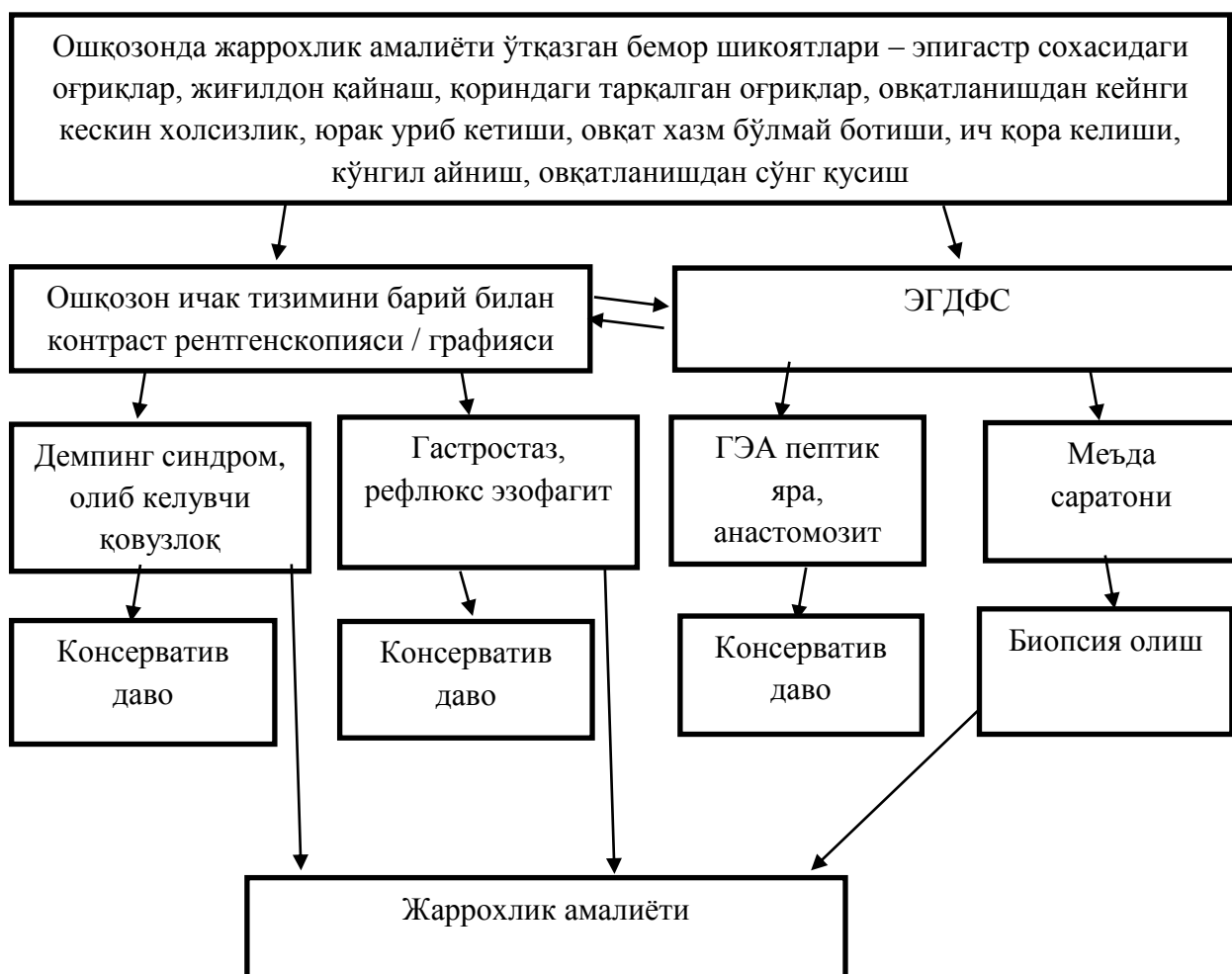
ярли саратон билан дифференциал ташхис кўйиш учун перисталтикани баҳолаш керак бўлганда. ошқозон девори, ошқозон-ичак тракти ҳолатини аниқлаштириш зарур бўлганда, ошқозондан эвакуация қилиш табиати аниқлаштири[14,18,28].

3.5 Ихтисослашган мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

* Қўшимча мутахассис маслаҳатлари беморнинг умумий ҳолатини ҳисобга олган ҳолда, кўрсатилган бошқа бирга келадиган патология мавжуд бўлганда ўтказилади.

<https://www.klinika29.ru/uploads/docs/Алгоритмы%20ведения%20пациента%20от%202018.pdf>

Қуйидаги 1-расмда операция қилинган ошқозон касалликларида шифокор ҳаракатларининг диагностик алгоритми кўрсатилган [1,3]



3.6 Дифференциал диагностика.

Дифференциал диагностика биринчи навбатда операция қилинган ошқозоннинг турли синдромлари ўртасида ўтказилиши керак [9].

Агар операциядан кейинги дуоденогастрик сафро рефлюксига шубҳа қилинган бўлса, овқатдан кейин эпигастрал минтақада оғриқ ва/ёки оғирлик мавжудлигини ҳисобга олиш керак. Бу, айниқса, операция қилинган беморлар томонидан қайд этилади (ошқозон резекцияси, ваготомия, холецистектомия). Сафро оқими, шу жумладан у келтириб чиқарадиган касалликлар, хусусан, рефлюкс гастрити ва рефлюкс езофагити асимптоматик бўлиши мумкин. Шу муносабат билан инструментал диагностика усуллари алоҳида аҳамиятга эга.

Гастродуоденоскопия **дуоденогастрик рефлюксияни** ташхислашнинг асосий усули ҳисобланади. Сафро рефлюксининг характерли эндоскопик белгилари: фокал гиперемия, ошқозон шиллиқ қаватининг шишиши, ошқозон таркиби сарик, пилорус бўшлиқлари, сафро ошқозонга қисмларга киради. Ошқозон шиллиқ қаватининг биопсияларини текширишда питеоус эпителийнинг гиперплазияси, эпителия хужайраларининг некробиози ва некрози, шиш ва ўз пластинкасининг тўлиқлиги аниқ яллиғланиш белгиларисиз ва баъзида атрофия белгилари аниқланади. Дуоденогастроезофагеал рефлюксни ташхислаш учун эндоскопия ва қизилўнгач пХ қийматини бир неча соат давомида кузатиш қўлланилади. Баъзи беморларда қизилўнгач эндоскопияси нафақат унинг шиллиқ қаватидаги яллиғланиш ва ҳалокатли ўзгаришларни, балки Barrett қизилўнгачига хос бўлган характерли ўзгаришларни ҳам аниқлайди, бу кейинчалик қизиқиш доирасидан олинган биопсияларнинг гистологик таҳлили билан тасдиқланган [10, 13]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Демпинг синдроми клиникаси жуда характерлидир ва овқатдан 10-15 минут ўтгач ўзини намоён қилади. Клиник кўринишлар эпигастрал минтақада тўлиқлик ҳисси билан бошланади ва магистралнинг юқори ярмида

ёки бутун танада ёқимсиз иссиқлик ҳисси билан бирга келади. Терлаш кескин ортади. Кейин заифлик, уйқучанлик ва бош айланиши бошланади. Баъзи ҳолларда бу ҳодисалар шу даражага етадики, бемор ётишга мажбур бўлади. Соқчилик тахикардия, баъзида нафас қисилиши, бош оғриғи, юқори ва пастки экстремиталарнинг парестезияси, вазомотор ринит, полиурия билан бирга келади. Ҳужум пайтида диспептик аломатлар турли хил: туприк, курук оғиз, ошқозон ёниши, белчинг. Кўпинча ошқозонда шовқин, ҳужум охирида ёки ундан кейин бир мунча вақт ўтгач диарея мавжуд. Тутқаноқларнинг интенсивлиги фарқ қилиши мумкин. Горизонтал ҳолатда беморнинг умумий ҳолати яхшиланади, бу еса демпинг синдромининг ётоқда овқатланишига ва овқатдан кейин бир муддат ётишига олиб келади. Демпинг синдроми кўпинча сут ва углеводли овқатлар томонидан кўзғатилади. [13,16]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Гипогликемик синдром операциядан кейин турли вақтларда ошқозон резекциясидан ўтган беморларнинг 17 фоизида учрайди. Ошқозон резекциясидан ўтган беморларда ошқозон томиридан озик-овқат тезда жежунумга ўтади, бу ерда углеводлар, айниқса осон ҳазм бўладиганлар тез сўрилади, натижада қон шакар даражаси тез кўтарилади, гипергликемия (2 мартадан ортиқ) ва гипергликемик синдром. Кейинчалик инсулиннинг қонга компенсацион чиқиши содир бўлади, компенсацион ёки реактив гипогликемия ривожланади - шакар даражаси пасаяди ва кўпинча дастлабки кўрсаткичлардан пастга тушади (кўпинча 2,78 ммол / л гача ва ундан паст). Гипогликемик синдромнинг ўзига хос клиникаси бор. Умумий заифлик, бош айланиши, кўнгил айланиши ва очлик хуружи овқатдан сўнг дарҳол емас, балки 1-1,5 соатдан кейин пайдо бўлади. Бу ҳодисалар кучли терлаш, бутун танада титроқ билан бирга келади ва углеводларни ўз ичига олган озик-овқат билан тўхтатилади. Касалликнинг енгил кечиши билан соқчилик камдан-кам учрайди, фақат тартибсиз овқатланиш ва овқатланиш орасидаги узок танаффуслар билан. Кейинчалик оғир ҳолатларда улар ҳар овқатдан кейин ривожланади [9,16]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Меъда – ичак оқмаси ривожланиши билан беморлар доимий диарея, яқинда (1-2 соат олдин) олинган ахлатда озиқ-овқат бўлаклари мавжудлиги, ташналик, вазн йўқотиш ва баъзида нажас ҳиди билан қайт қилишдан шикоят қиладилар. Вақт ўтиши билан полифагия ва полидипсия пайдо бўлади, шиш ва метаболизмнинг барча турларининг бузилиши. Агар буни ёдда туцангиз, ташхис оддий. Маст метилен кўк тезда ичак харакатида пайдо бўлади. Ошқозон-ичак трактининг флороскопияси пайтида ошқозондан контраст массаси тўғридан-тўғри кўндаланг йўғон ичакка киради. Ирригография пайтида контраст ошқозонга киради. Фистулани визуал равишда аниқлаш, унинг ҳажмини, локализациясини ва атрофдаги тўқималарнинг ҳолатини аниқлаш мумкин бўлганда, ишончли маълумотларни фиброгастроскопия ёрдамида ҳам олиш мумкин. Даволаш жарроҳлик ҳисобланади. Ташхис кўйилиши биланоқ, ушбу заифлашган беморларни операцияга тайёрлашни дарҳол бошлаш керак, метаболизмнинг барча турлари учун компенсацияга алоҳида эътибор бериш, витаминли терапия ўтказилади ва гемотрансфузия кўрсатилади. Ушбу операциялар бемор учун ҳам, жарроҳ учун ҳам қийин ва жуда юқори малакани талаб қилади [9, 13]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Анастомоз ошқозон ярасини ташхислаш, агар характерли клиник кўриниш ва амалга оширилган жарроҳлик аралашуви ҳақида маълумот бўлса, қийин емас. Касалликнинг диагностикаси нуқсоннинг жойлашиши ва ҳажмини аниқлашга, ошқозон-ичак трактининг асоратлари ва бирга келадиган патологияларини аниқлашга қаратилган. Енг информацион езофагогастродуоденоскопия. Қизилўнғач ва ошқозон томирига мослашувчан эндоскопнинг киритилиши анастомоз ҳолатини баҳолаш, ярали нуқсонни аниқлаш, шиллик қаватнинг гиперемияси ва шишишини аниқлаш имконини беради. Эндоскопия пайтида кейинги гистологик текширув учун зарарланган худуднинг биопсияси ўтказилади. Ошқозон рентгенографияси. Овқат ҳазм қилиш трактини барий сульфатни оғиз орқали юбориш билан таққослаш рентген тасвирида ошқозон ярасининг характерли белгиларини аниқлашга

ёрдам беради—"тоқча" мавжудлиги, шиллик қаватларнинг яқинлашиши. Усул ошқозоннинг перистальтик функциясини баҳолаш учун ҳам қўлланилади. Қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви. Ултратовуш текшируви пайтида овқат ҳазм қилиш тракти ва гепатобилиар тизимнинг тузилишини, шунингдек анастомознинг ҳаётийлигини ўрганиш мумкин. Техника чолиак магистрал ва қорин аортасининг патологиясини аниқлаш учун дуплекс томирларни сканерлаш билан тўлдирилади. Дифференциал ташхис операция қилинган ошқозон касалликларининг бошқа турлари, малигн ошқозон неоплазияси, ингичка ичакнинг бирламчи яраси, анастомоз етишмовчилиги, ўткир аппендицит, панкреатит, холецистит билан амалга оширилади. Гастроентерологдан ташқари, беморга жарроҳ, онколог, гематолог ва эндокринолог билан маслаҳатлашиш керак.

Ярали шикастланишлар аниқланганда, benign яралар, ошқозон яраси малигнитеси ва ошқозон саратонининг инфилтратив ярали шакли ўртасида дифференциал ташхис қўйиш керак.

Хатарли яра ҳолатларида рентген ва эндоскопик текширувда ярали нуқсоннинг тартибсиз шакли, унинг нотекис ва нотекис қирралари, ошқозон шиллик қаватининг яра атрофида инфилтрацияси, яра жойида ўн икки бармоқли ичак деворининг қаттиқлиги аниқланади. Эндоскопик ултратовуш текшируви яра жойида ўн икки бармоқли ичак деворининг шикастланиш табиатини, шунингдек минтақавий лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолашда катта ёрдам бериши мумкин. Ярали лезённинг табиати тўғрисида якуний хулоса яра биопсиясининг гистологик текширувидан сўнг амалга оширилади. Нотўғри салбий натижалар еҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, биопсия ошқозон яраси тўлиқ тузалгунча такрорланиши керак, ҳар бир текширув давомида камида 3-4 дона тўқима олинади.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20363407/>

Диагностик мезонлар (жараённинг оғирлигига қараб касалликнинг ишончли белгиларининг тавсифи):

* **Қорин оғриғи.** Касалликнинг одатий курсидаги оғриқ нисбатан кучли,

асосан епигастрал ва параумбиликал минтақаларда локализация қилинади, мунтазам равишда пайдо бўлади. Оғриқ тунги, " оч " характерга эга бўлиши мумкин. Оғриқ эрта (30-60 дақиқа овқатдан кейин пайдо бўлади) ва кеч (овқатдан 2-3 соат ўтгач) бўлиши мумкин. Оғриқнинг табиати оғриқдан кесиш ва пароксизмалгача ўзгариши мумкин ва кўпинча ижобий Менделиялик симптом аниқланади.

* **Касалликнинг атипик** курси билан (кўпинча ёшроқ ёшда) Абснинг пайдо бўлиши ва ўзгариши аниқланмайди, диспептик шикоятлар бўлмаслиги мумкин, клиник кўриниш кўкрак оғриғи, холецистит, панкреатит "ниқоби" остида давом этади., жигар ёки буйрак коликаси.

* **Ҳомиладорлик даврида ичак** диспепсияси қусиш, овқатдан кейин эпигастрал минтақада оғирлик ёки босим ҳисси, қичишиш, кўнгил айниши, эпигастриумда ёниш ва ошқозон ёниши шаклида намоён бўлади.

* **Иштаҳанинг пасайиши**, жисмоний ривожланишнинг кечикиши, шунингдек, ич қотиши ёки беқарор ахлатга мойиллик. Касалликнинг ривожланиши, шунингдек, оғриқ давом этиши ҳиссий лабилликнинг кучайиши, уйқу бузилиши, чарчоқнинг кучайиши ва астеник ва депрессив синдромларнинг бошқа кўринишлари билан бирга келади.

https://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3201/1/tut_ssmu-2019-2.pdf

4-жадвалда Жаррохлик бажарилган ошқозон касаллигини дифференциал диагностикаси кўрсатилган.

Дифференциал ташхислаш			
Ташхис	Текширувлар режаси	Клиник критерилар	Лаборатор-инструментал белгилари
Сурункали юзаки (антрал) Н. pylori билан боғлиқ гастрит	Умумий қон таҳлили, ЭГДФС, биопсияларнинг гистологик текшируви, Н. pylori ташхиси учун тез уреаз таҳлили, яширин қон учун нажас	Ошқозон диспепсиясининг белгилари	Ошқозон шиллик қаватининг яллиғланишининг эндоскопик ва морфологик белгилари; Н. pylori 85-90 да аниқланади%;
Функционал		Ярага ўхшаш	Ошқозон шиллик

(яралли бўлмаган) диспепсия		диспептик синдром	қаватининг яллиғланишининг эндоскопик ва морфологик белгиларининг йўқлиги
Демпинг синдром		Пилородуоденал зонада эрта ёки кеч баъзан тунги оғриқ	Эҳтимол, иккинчи қўл лаборатория ултратовуш текшируви; ЭГДФС-бу кенг анастомоз билан ошқозон резекциясининг бир тури, баъзан ахлатда яширин қонга реакция, барий ўтиши билан-озиқ-овқат етишмовчилигининг аломати
Меъда саратони	УҚТ, ЭГДФС, гастробиоптатларнинг гистологик тадқиқотлари, Н. рylogi диагностикаси учун тест, яширин қон учун нажас	Ошқозон ва ичак диспепсиясининг белгилари; анорексия, гўштдан нафратланиш, вазн йўқотиш (кахексиядан олдин)	Анемия гипохромикдир > СОЭ ЕГДФС шиш. Гистология-дисплази ва атипик хужайралар. Интрагастрик пх ўлчови-ахлорхидрия; нажасдаги яширин қонга ижобий реакция
Сурункали панкреатит	Умумий қон текшируви, копрограм, нажасдаги еластаза, қон амилазаси, қорин бўшлиғи органларининг ултратовуш ёки КТ ёки МРТ	Қориннинг чап томонида орқа томонга тарқаладиган оғриғи; Мерфининг ижобий аломати.	Ултратовуш – ошқозон ости безидаги катталашиш, гиперекогенлик, контур носимметрикликлари, калсификациялар ва кисталар, копрограм-стеаторея, креаторея, > қондаги амилаза, > еластаза ва > нажасдаги трипсин, стеаторея, креаторея.

4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.

Операция қилинган ошқозон касаллигини даволаш кенг қамровли бўлиши керак ва нафақат дори-дармонларни буюришни, балки турли хил

тадбирларни ҳам ўз ичига олиши керак: парҳез овқатланиш, чекиш ва спиртли ичимликларни суистеъмол қилишни тўхтатиш, ярали таъсирга ега дори-дармонларни қабул қилишдан бош тортиш, иш ва дам олишни нормаллаштириш, санаторийда даволаниш. Операция қилинган ошқозон касаллигининг асоратланмаган курси бўлган беморлар консерватив давога дучор бўладилар. Кўпгина ҳолларда, у амбулатория шароитида амалга оширилади. Бироқ, кучли оғриқ синдроми билан асоратларнинг юқори хавфи (масалан, ошқозон яраси, оғир демпинг синдроми, аддуктор лооп синдроми ва бошқалар.(масалан, лезённинг табиати ноаниқ бўлса) ва оғир касалликларни текшириш учун беморларни касалхонага ётқизиш тавсия этилади [10].

4.1 Номедикаментоз даволаш

Ошқозон ярасини даволашни тезлаштириш ва овқатни яхшироқ ассимиляция қилиш учун ошқозон жарроҳлиги бўлган барча беморларга диетотерапия тавсия этилади. Бундан ташқари, маълум бир овқатланиш режимига риоя қилишга арзийди.:

1. Кичик қисмларда тез-тез фраксиёнел овқатланиш (кунига 5-7 марта);
2. Секин овқатланинг.;
3. Кўпинча демпинг синдромига олиб келадиган маҳсулотлар ва идишларни чеклаш: ширинликлар (шакар, асал, мураббо), жуда иссиқ ва жуда совуқ идишлар, суюқ ширин сутли бўтқалар ва бошқалар.;
4. Суюқликни бошқа идишлар билан қабул қилишга йўл қўймаслик, яъни чой, сут, тушликда 3-курс ва кечкурун kefir асосий овқатдан 20-30 минут ўтгач истеъмол қилиниши керак. Бир вақтнинг ўзида суюқлик миқдори 1 стакандан ошмаслиги керак. Иложи бўлса, овқатдан кейин, айниқса тушликдан кейин 15-20 дақиқа ётинг.

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 5). Изоҳ. Кўп йиллар олдин ишлаб чиқилган ошқозон жарроҳлиги билан оғриган беморлар учун парҳез овқатланишнинг асосий тамойиллари

hozirgi vaqtda dolzarb бўлиб қолмоқда. Қоидага мос келадиган тез-тез (қунига 5-6 марта) фраксионел овқатланиш бўйича тавсиялар: "олтита кичик овқат учта катта овқатдан яхшироқ", механик, термал ва кимёвий тежамкорлик ўз кучида қолади. Ошқозон шиллиқ қаватини безовта қиладиган ва хлорид кислота секрециясини рағбатлантирадиган маҳсулотларни диетадан чиқариб ташлаш керак: кучли гўшт ва балиқ булонлари, қовурилган ва қалампирли овқатлар, дудланган ва консервалар, зираворлар ва зираворлар (пиёз, саримсоқ, қалампир, хантал), тузланган бодринг ва маринадлар, газланган мевали сувлар, пиво, қуруқ оқ шароб, шампан, қаҳва, цитрус мевалари. Буферлаш хусусиятларига ега бўлган маҳсулотларга устунлик бериш керак (яъни хлорид кислотани боғлаш ва зарарсизлантириш қобилияти). Буларга гўшт ва балиқ (қайнатилган ёки буғланган), тухум, сут ва сут маҳсулотлари киради. Макарон, эскирган оқ нон, қуруқ печене ва қуруқ печене, сут ва vegetarian шўрваларига ҳам рухсат берилади. Сабзавотлар (картошка, сабзи, қовоқ, гулқарам) қовурилган ёки пюреси ва буғланган суфле бўлиши мумкин. Рационга бўтқалар, ширин мевалардан тайёрланган желе, мусслар, желе, хом майдаланган ва пиширилган олма, сутли какао, заиф чой кириши мумкин. Тинч муҳитда, аста-секин, ўтириб, овқатни яхшилаб чайнаш зарурати каби оддий, аммо айни пайтда муҳим тавсиялар ҳақида еслаш керак. Бу тампонлаш қобилияти жуда аниқ бўлган тупурик билан овқатни яхшироқ намлашга ёрдам беради.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Операция қилинган ошқозон учун парҳез жадвали ошқозон яраси билан бир хил:

- диет №1а 5-7 кун давомида: сут (муҳосаба бўлса), янги творог, желе, желе, дон ва сут шилимшиқ ва пюреси ош, балиқ суфле, чекланган туз билан.

- * диет №1б 14 кун давомида: диетани кенгайтириш билан – қотган қуруқ сухари, гўшт, балиқ, меъёрида сут, туз билан дон ош.

- * Механик ва кимёвий тежамкорлик принципига асосланган №1 сонли парҳез.

Тежамкор парҳезнинг давомийлиги терапия самарадорлигига боғлиқ, аҳволнинг яхшиланиши билан парҳез кенгайтирилади, №1 стол диетани кенгайтириш билан алмаштириш мумкин ва №5 стол диетадан фойдаланиш мумкин [4].

4.2 Дори дармонлар билан даволаш

Операция қилинган ошқозон касаллигининг клиник симптоматик курси билан ва жарроҳлик учун кўрсатмалар бўлмаса, консерватив даво кўрсатилади. Консерватив даво диетотерапия, ресторатив ва алмаштириш терапиясини ўз ичига олади. Агар консерватив даво самарасиз бўлса, беморларга жарроҳлик аралашуви кўрсатилади.

* Операция қилинган ошқозон касаллиги кучайган беморларга ошқозон ярасини даволашга эришиш учун 4-6 ҳафта давомида протон помпа ингибиторлари (ППИ) билан антисекретор терапиядан ўтиш тавсия этилади [2, 3].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 5). **Изоҳ.** Ҳозирги вақтда фақат антацидлар, H_2 -гистамин рецепторлари блокери (H₂ блокери) ва ИПН асосий терапия сифатида қаралиши мумкин.

* Агар ИПН самарасиз бўлса ёки ошқозон яраси кучайган беморларда улардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, ярани даволашга эришиш учун 4-6 ҳафта ичида H_2 -гистамин рецепторлари блокери буюриш тавсия этилади [2].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С (далилларнинг ишончлилики даражаси 5). **Изоҳ.** H_2 -гистамин рецепторлари блокери (ранитидин**, фамотидин**) гистаминни париентал хужайраларнинг H_2 -рецепторлари билан боғланишдан чиқариб, хлорид кислота секрециясини инҳибе қилади. Ушбу дорилар кун давомида интрагастрик pH >3 ни 8-10 соат давомида сақлайди. Кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатдики, H_2 блокери билан 4-6 ҳафта давомида фойдаланиш ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган

беморларнинг 70-80 фоизида ва ошқозон яраси бўлган беморларнинг 55-60 фоизида ярали нуқсоннинг чандиқланишига олиб келади [2].

* Ребамипид операция қилинган ошқозон касаллиги кучайган беморларга ошқозон ярасини даволаш вақтини тезлаштириш ва ҳосил бўлган чандиқ сифатини яхшилаш учун тавсия этилади [39, 40].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси Б (далилларнинг ишончилилик даражаси 2). **Изоҳ.** Ребамипид gastro - ва энтеропротектив таъсирга ега. Препаратнинг таъсир қилиш механизмлари ошқозон ва ичак шиллиқ қаватида prostaglandin E2 ва И2 синтезини индукциялашга асосланган бўлиб, бу унинг химоя хусусиятларини фаоллашишига олиб келади. Натижада ошқозон ва ичак деворида қон оқими яхшиланади, эпителия хужайраларининг кўпайиши кучаяди, шиллиқ қаватнинг ўтказувчанлиги нормаллашади, кислород радикаллари сўрилади, ошқозон шиллиқ қаватининг секрецияси ошади ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатилади. Ўтказилган тадқиқотлар ребамипиднинг ошқозон ярасини даволашда плацебо ва шунга ўхшаш ребамипид ва омепразол** [23,30] билан солиштирилганда юқори самарадорлигини кўрсатди.

Асосий қўлланиладиган дорилар №5 ва №6 жадвалда келтирилган.

5-Жадвал. 100% операция қилинган ошқозон касалликлари учун ишлатиладиган муҳим дорилар рўйхати

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
В	Ошқозон секрециясини камайтириш воситаси ингибитор протон насос ҳисобланади	Омепразол Пантапрозол Рабепразол Эзомепразол	Ичиш per os / в/и 20мг, 30мг, 40мг капсулалари. 40 мг вена ичига юбориш учун кукун.	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/

С	Н2-гистамин рецепторлари блокатори	Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine)	Таб., покр. пленочной оболочкой, 150 мг, 300мг	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/
В	Гастропротектив восита	Ребамипид Rebamipide-SZ	Внутрь per os. Таб., покр. пленочной оболочкой, 100 мг.	Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/
С	Антацид восита	Симальгель (Simalgel-VM) Альмагель Маалокс	Сусп. д/приема внутри 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл	Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/

Жадвал №6. Жарролик амалиётини ўтказган ошқозон касаллигини даволашда ишлатиладиган қўшимча дорилар рўйхати (эҳтимоллиги 100% дан кам).

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
-----	-------------------------	----------------------	--------------	-------------------

С	Допамин рецепторларин и блоклайдиган марказий таъсир килувчи	Домперидон	Таблеткалар ичишга, 10 мг	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
С	Қусишга қарши восита	Метоклопра мид	Таблетка ичишаг ёки инъекция учун ампула 5мг	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/
В	Ферментатив восита	Панкреатин	Ичишга капсулалар 25000Ед	https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/b_ozh.pdf

4.3 Амбулатор даволаниш ёки аралашув амалга оширилмайди.

Операция қилинган ошқозон касаллигининг мураккаб шакли белгилари бўлган беморни қабул қилишда беморнинг умумий ҳолатини зудлик билан баҳолаш керак:

- Касалликнинг шикоятлари ва анамнезини аниқланг
- Объектив текширув ўтказинг, пулс ва қон босимини аниқланг
- Амбулатория кўрсатмаларига кўра, яширин қон кетиш учун умумий

қон тестини (қизил қисм) ва нажасни олинг.

Кейинчалик, КТМП шароитида ёки туман /вилоят даражасидаги шифохоналарда кейинги текширувдан ўтиш зарурлиги масаласи ҳал қилинмоқда.

5. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар

5.1 шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

1. Жарроҳлик аралашувлар минтақавий тиббиёт бирлашмалари шароитида амалга оширилмайди.

2. Вилоят кўп тармоқли марказининг вилоят шошилич тиббий ёрдам бўлимига ва / ёки интенсив терапия бўлимига ва/ ёки Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик илмий-амалий тиббиёт марказининг вилоят бўлимига мурожаат қилиш учун кўрсатмалар-операция қилинган ошқозон касалликлари қон кетиши, тешилиши, пенетрацияси билан ошқозон яраси билан мураккаблашади. кучли оғриқ синдроми билан, аниқ оғриқ билан демпинг синдроми ва аддуктор цикли клиникаси, кахексия оғир анемия, онкотик шиш.

3. Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик илмий-амалий тиббиёт марказига ёки олий ўқув юртлари клиникаларининг жарроҳлик бўлимига - операция қилинган ошқозон яраси билан қон кетиши, тешилиши, кучли оғриқ синдроми билан пенетрацияси билан асоратланган, демпинг синдроми ва аддуктор цикли, кахексия, оғир анемия, онкотик шиш.

Операция қилинган ошқозоннинг асоратлари билан юзага келадиган касалликлари шошилич касалхонага ётқизилиши керак:

- * ошқозон ярасидан тешилиш ва қон кетиш
- * қаттиқ оғриқ синдроми
- * гипогликемик синдром.

5.2 режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар [12]

Режалаштирилган стационар даволаниш учун кўрсатмалар (жарроҳликсиз):

1. Кундузги шифохона операция қилинган ошқозон касалликлари бўлган беморларга тааллуқли емас. Агар беморларда касалликнинг мураккаб шакли тасдиқланса, улар касалхонага ётқизилиши керак.

2. Клиник шифохона ва/ёки туман тиббиёт бирлашмаси ва/ёки хусусий клиниканинг жарроҳлик бўлимига қабул қилиш учун кўрсатмалар касалликнинг мураккаб шакли ҳисобланади.

3. Жарроҳлик Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт марказининг минтақавий филиаллари клиникаларига мурожаат қилиш учун

кўрсатмалар-операция қилинган ошқозон касаллигининг мураккаб шакли бўлиб, уни қўшимча текшириш ва даволаш керак.

4. Республика ихтисослаштирилган жарроҳлик илмий-амалий тиббиёт маркази ёки университет клиникаларининг жарроҳлик бўлими клиникаларига мурожаат қилиш учун кўрсатмалар операция қилинган ошқозон касаллигининг мураккаб шакли бўлиб, қўшимча текшириш ва даволашни талаб қилади.

Операция қилинган ошқозон касаллиги билан оғриган беморларни мунтазам касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар доимий (7 кундан ортиқ) оғриқ синдроми бўлган касалликнинг аниқ клиник кўриниши, ошқозон ва анастомоз соҳасида ошқозон яраси мавжудлиги, яхши ошқозон яраси ва такрорий ошқозон саратони ўртасида дифференциал ташхисни талаб қилади, ошқозон яраси касаллигининг қайталаниши асоратлар тарихи билан [29]. Операция қилинган ошқозон касаллиги кучайган беморларни стационар даволаш муддати 21 кун бўлиши керак.

Шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатма қон кетиш, тешилиш ва ошқозон ярасининг кириб бориши белгиларининг мавжудлиги ҳисобланади. Операция қилинган ошқозон касаллигининг асоратланмаган курси бўлган беморлар амбулатория шароитида даволаниши керак. Операция қилинган ошқозон касаллигининг такрорий аломатлари бўлган беморларга операция қилинган ошқозон касаллиги бўйича ихтисослаштирилган тиббий ёрдам стандартига мувофиқ амбулатория ва стационар шароитда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Ўткир ошқозон ичак тизимида қон кетиш белгилари бўлган ёки бунга шубҳа билан қарайдиган барча беморлар ушбу профилдаги беморларни ташкилий, инсон ресурслари ва моддий жиҳатдан қабул қилиш ва даволашга тўлиқ тайёр бўлган шифохоналарга зудлик билан мурожаат қилишлари керак. Катта шаҳарларда қон кетиш билан оғриган беморларни кўп тармоқли шифохоналарга ёки ихтисослаштирилган даволаш учун

ихтисослашган марказларга юбориш мақсадга мувофиқдир. Операция қилинган ошқозон касалликлари билан оғриган беморларга ёрдам кўрсатадиган ҳар бир клиникада бундай беморларни кўп тармоқли бошқариш протоколи бўлиши керак. Беморларни ташхислаш ва даволаш протоколи миллий клиник кўрсатмаларга асосланган бўлиши ва шошилишчи тиббий ёрдам тузилишининг ўзига хос хусусиятларини ва маълум бир тиббий-профилактика муассасасининг жиҳозларини ҳисобга олиши керак. Диагностика ва терапевтик эндоскопиянинг асосий усуллари билан таниш бўлган замонавий эндоскопик video ускуналар, асбоблар ва ходимлар куннинг исталган вақтида операция қилинган ошқозон касалликлари билан оғриган беморларга ёрдам кўрсатадиган клиникада мавжуд бўлиши керак.; юқори малакали жарроҳлик, интенсив терапия, анестезиологик ва иложи бўлса, рентген аралашуви хизмати. Ўткир қон кетиш билан оғриган барча беморлар жарроҳлик шифохонасига ёки реанимация бўлимига ётқизиши керак. Ошқозон ярасидан ўртача ва оғир қон кетиши, қон кетишининг қайталаниш хавфи юқори ва бирга келадиган патология мавжуд бўлган беморлар қон кетишининг қайталаниш хавфи бартараф етилгунга қадар касалхонага ётқизиши, ўткир постҳеморрагик касалликларни тўлиқ тузатиши ва бирга келадиган касалликлар учун компенсация қилиниши керак, лекин камида 4 кун. <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>

6. Операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларни стационар даражада бошқариш тактикаси.

6.1 Касалхонага ётқизиш босқичида ва касалхонага ётқизиш босқичида ошқозон пептик ярасидан қон кетиши бўлган беморларни бошқариш

* Ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетиш белгилари бўлган барча беморларга касалхонадан олдинги босқичда ва/ёки касалхонага ётқизилгандан сўнг дарҳол интенсив терапияни бошлаш тавсия етилади[9, 12, 14, 19]. **Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

* Гастродуоденал қон кетиш билан бўлган барча беморлар учун инъекцион протон помпа ингибиторларини қилиш тавсия этилади [13, 19, 23]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5). **Изоҳ.** Касалхонадан олдинги босқичда ва бирламчи ЭГДФС ўтказилишидан олдин ППИ тайинлаш эндоскопик гемостазга бўлган эҳтиёжни камайтиради, аммо эндоскопиянинг кечикишига олиб келмаслиги керак.

6.2 Номедикаментоз даволаш

Қайта тикланишни тезлаштириш учун операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган барча беморларга парҳез терапияси тавсия этилади. **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5). **Изоҳ.** Кўп йиллар олдин ишлаб чиқилган беморлар учун парҳез овқатланишнинг асосий тамойиллари ҳозирги вақтда долзарб бўлиб қолмоқда.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Операциядан 1-2 ҳафта ўтгач, 4 ой давомида беморларга юмшоқ парҳез буюрилади. Ошқозон stump гастрити, анастомозит, ошқозон яраси каби асоратлар мавжуд бўлганда, беморлар узоқ вақт давомида парҳезга риоя қилишлари керак. Рационнинг асосий мақсади яллиғланиш жараёнининг олдини олиш ёки камайтириш, демпинг синдромининг олдини олишдир.

Демпинг синдроми (инглизча демпинг– дан, демпинг синдроми пострезекциянинг етакчи касалликларидан биридир. Баъзи беморларда ошқозон қисман ёки тўлиқ олиб ташланганидан кейин овқат ҳазм қилиш билан шуғулланадиган органларнинг асаб ва ферментатив регуляцияси бузилганлиги сабабли пайдо бўлади. Қоида тариқасида, ошқозон томиридан ичакка озиқ-овқат маҳсулотларини тезлаштирилган эвакуация қилиш ("damping"), углевод алмашинувининг бузилиши ва ошқозоннинг қолган қисми функцияси мавжуд. Хужум овқатдан кейин бошланади (кўпинча углеводларга бой осон ҳазм бўладиган овқатларни истеъмол қилгандан

кейин) ва кучли умумий заифлик (баъзан онгнинг бузилиши билан), бош айланиши, кўп терлаш, пулснинг кўпайиши ва қон босимининг пасайиши, уйқучанлик, белчинг, регургитация ёки қусиш, епигастрал минтақада оғриқ, қайси "ёнбошлаб"фойдаланиш яхшидир. Стол тузи 8-10 г . Рацион фраксиёненел-қунига 5-6 марта. Озиқ-овқат ҳарорати: иссиқ овқатлар учун 55-65 дан юқори бўлмаган ва совуқ идишлар учун 15 дан паст бўлмаган.

Бу юқори оксил миқдори (гўшт, балиқ), мураккаб углеводларнинг normal таркиби (дон, дон, сабзавотлар, шакарсиз мевалар) ва осон ҳазм бўладиган углеводларни (шакар, ширинликлар, қандолат маҳсулотлари, мевали сув) кескин чеклаш билан физиологик жиҳатдан тўлиқ овқатланиш., консерваланган шарбатлар), normal ёғ ь миқдори билан, шиллик қаватнинг механик ва кимёвий тирнаш хусусияти берувчи моддаларини чеклаш. ошқозон-ичак трактининг мембранаси ва рецепторлари аппарати, азотли экстрактив моддаларни (айниқса пуринларни), рефрактер ёғларни (қўй гўшти), ёғни парчалаш маҳсулотларини максимал чеклаш билан, қовуриш йўли билан олинган (алдегидлар, акролеинлар), сафро секрециясининг кучли стимуляторлари ва ошқозон ости беши ва ичак безлари, демпинг синдромини келтириб чиқарадиган овқатлар ва идишлар (ширин суёқ сутли бўтқалар, масалан, ирмик, ширин сут, ширин чой, иссиқ ёғли шўрва ва бошқалар.). https://www.kostyuk.ru/s_zabolevanijami_zheludka/pit_pos.html

Келажакда, операция қилинган ошқозон касаллиги белгилари бўлмаса ҳам, 4-5 йил давомида фраксиёненел диетага (қунига 5 марта) риоя қилиш, осон сўрилган озиқ-овқат ва идишлардан фойдаланишни чеклаш керак. углеводлар ва янги сут. Маҳсулотларнинг individual толерантлигини ҳисобга олган ҳолда, парҳез жуда хилма-хил бўлиши керак. Жарроҳликнинг яхши натижаси ва фраксиёненел диетаси бўлган беморларга, қоида тариқасида, дори терапияси керак емас.

Постгастрорезекция бузилиши белгилари мавжуд бўлганда, уларни даволаш консерватив ва жарроҳлик бўлиши мумкин. Парҳез терапияси операция қилинган ошқозон касалликларини консерватив даволашда етакчи

ўринни егаллайди. Озиқ-овқат ҳар хил бўлиши керак, юқори калория, оқсил, витаминлар, оддий ёғлар ва оддий углеводларни кескин чеклаш билан мураккаб углеводларга бой бўлиши керак. Озиқ-овқат ва идишларнинг individual толерантлигини ҳам ҳисобга олиш керак. Беморлар одатда қайнатилган гўшт, кам ёғли колбаса, ёғсиз гўштли котлетлар, балиқ идишлари, заиф гўштли шўрвалар ва балиқ булёнлари, ферментланган сут маҳсулотлари, сабзавотли салатлар ва ўсимлик мойи билан зираворланган винаигреттларга тоқат қиладилар. Шакар, сут, ширин чой, қахва, компот, асал, ширин суюқ сутли бўтқалар, кандолатдан тайёрланган пишириклар, айниқса иссиқ бўлганлар енг ёмон муҳосаба қилинади. Овқатлар кунига камида 6 марта бўлиниши керак.

Демпинг синдроми бўлса, зич овқат билан овқатланишни бошлаш тавсия етилади, овқатдан сўнг ётоқда ётиш ёки креслода 30 дақиқа ётиш тавсия етилади. Маҳсулотлар тозаланмаган ҳолда ишлатилади, уларнинг кимёвий таркиби ва энергия қиймати 138 г оқсил, 110-115 г ёғ ʼ, 390 г углеводлар ва умумий энергия қиймати 3000 ккал. Рацион фраксионел-кунига 5-6 марта. Маҳсулотлар тўпламига кўра, парҳез пюресидан сезиларли даражада фарқ қилади.

Гўшт эзилган шаклда берилади ва ёнма-овқатлар пюреси емас (Porridge, майдаланган картошка). Салатлар, янги мева ва сабзавотлар, қора нон бундан мустасно. Барча идишлар қайнатилади, езилади ёки буғланади. Учинчи тушлик курси шакарсиз (шакарсиз) ёки ксилитол қўшилиши билан (ҳар бир хизмат учун 10-15 г). Беморга қатъий чекланган миқдордаги шакар берилади. [18,26].

https://www.kostyuk.ru/s_zabolevanijami_zheludka/pit_pos.html

6.3 Медикаментоз даволаниш

Операция қилинган ошқозон касаллигининг асоратланмаган курси билан ва жарроҳлик учун кўрсатмалар бўлмаса, консерватив даво кўрсатилади.

* Операция қилинган ошқозон касаллиги кучайган беморларга ошқозон ярасини даволашга еришиш учун 4-6 ҳафта давомида протон помпа ингибиторлари (ППИ) билан антисекретор терапиядан ўтиш тавсия этилади [2, 3]. **Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

* Агар ППИ самарасиз бўлса ёки ўткир яраси бўлган беморларда улардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, ярани даволашга еришиш учун 4-6 ҳафта ичида Н-гистамин рецепторлари блокерларини буюриш тавсия этилади [2]. **Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

* Пептик алевленме билан оғриган беморларда яраларни даволаш вақтини тезлаштириш ва ҳосил бўлган чандиқ сифатини яхшилаш учун ребамипиддан фойдаланиш тавсия этилади [39, 40]. **Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

Асосий ишлатиладиган дори дармонлар №7 ва №8.

Жадвал №7. Муҳим дорилар рўйхати, операция қилинган ошқозон касаллиги учун 100% ишлатилади

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
В	Ошқозон секрециясини камайтириш воситаси ингибитор протон насос ҳисобланади	Омепразол Пантапрозол Рабепразол Эзомепразол	Ичиш per os / в/и 20мг, 30мг, 40мг капсулалари. 40 мг вена ичига юбориш учун кукун.	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/
С	Н2-гистамин рецепторлари блокатори	Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine)	Таб., покр. пленочной оболочкой, 150 мг, 300мг	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its

				complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/
В	Гастропротектив восита	Ребамипид Rebamipide-SZ	Внутрь per os. Таб., покр. пленочной оболочкой, 100 мг.	Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/
С	Антацид восита	Симальгель (Simalgel-VM) Альмагель Маалокс	Сусп. д/приема внутри 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл	Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/

Жадвал №8. Жарролик амалиётини ўтказган ошқозон касаллигини даволашда ишлатиладиган қўшимча дорилар рўйхати (эҳтимоллиги 100% дан кам).

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
С	Допамин рецепторларини	Домперидон	Таблеткалар ичишга, 10 мг	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in

	блоклайдиган марказий таъсир қилувчи			gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
С	Қусишга қарши восита	Метоклопра мид	Таблетка ичишаг ёки инъекция учун ампула 5мг	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/
В	Ферментатив восита	Панкреатин	Ичишга капсулалар 25000Ед	https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/b_ozh.pdf

7. Даволаш мақсадлари:

- * ошқозон шиллик қаватида фаол яллиғланишни бартараф етиш;
- * оғриқ ва диспептик синдромларни йўқотиш;
- * меъда ширасининг кислота-протеолитик агрессиясини камайтириш;
- * ярали нуқсонни тиклаш ва даволаш жараёнларини тезлаштириш;
- * касалликнинг асоратлари ва қайталанишининг олдини олиш;
- * Ҳаёт сифатини яхшилаш;

(<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

**"БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ
ҚИЛИШ ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ
БУЗИЛИШЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИНИ ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАРИНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. Асосий қисм

1.1 Жарроҳли йўли билан даволаш

Операция қилинган ошқозон касаллигининг оғир ва мураккаб шакллари бўлган беморлар (қон кетиш, тешилиш, пилорик стеноз, органик аддустор лоп синдроми ва демпинг синдроми ва бошқалар.) жарроҳлик шифохонасида жарроҳлик даволаш масаласини ҳал қилиш учун касалхонага ётқизиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С (далилларнинг ишончилилик даражаси 5). **Изоҳ:** операция қилинган ошқозон касаллигининг мураккаб курсидан азият чекадиган беморлар, қоида тариқасида, фавқулодда ҳолат сифатида касалхонага ётқизилиши керак. Реанимация бўлимида даволанишнинг асосий вазифаси беморнинг аҳолини барқарорлаштириш — айланма қон ҳажмини тўлдириш, гиповолемик шокнинг намоён бўлишига қарши курашиш, етарли беҳушлик, декомпенсацияланган кўшма касалликларни даволаш ва тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми, шундан сўнг жарроҳлик ва / ёки эндоскопик даволаш усуллари қўлланилиши мумкин [10].

Шуни таъкидлаш керакки, ярали қон кетиш билан коморбид беморнинг ўлим хавфи бевосита бирга келадиган касалликлар сони билан боғлиқ [14]. Бу, ўз навбатида, кўшма беморлар билан ишлашда ва ошқозон яраси асоратлари ривожланишининг барча хавф омилларини уларни амалга оширгунга қадар таҳлил қилишда шифокордан катта эътибор талаб қилади [5]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26430191/>

Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини текшириш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун касалхонага ётқизилганидан кейин дастлабки 2 соат ичида езофагогастродуоденоскопия қилиш тавсия этилади [3,9]. **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси 5).

Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини ва Эндоскопик гемостазни динамик назорат қилиш учун такрорий

езофагогастроуденоскопия фақат қон кетиш такрорланганда ва унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган тақдирда тавсия етилади [6,7].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси А (далилларнинг ишончилилик даражаси 1).

* Эндоскопик гемостазнинг самарасизлиги (ёки имконсизлиги) билан давом этаётган қон кетиши бўлган беморларга, шунингдек қон кетиш ва ошқозон яраси тешилишининг комбинацияси билан шошинч жарроҳлик тавсия етилади [30, 33, 45].

https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С (далилларнинг ишончилилик даражаси 5). **Изоҳ.** Такрорий қон кетиш, эндоскопик, дори ва ендоваскуляр гемостазга чидамли бўлса, жарроҳлик даволаш кўрсатилади. Жарроҳлик аралашувининг ҳажми яранинг жойлашиши ва ҳажми, ошқозон яраси касаллигининг бошқа асоратлари мавжудлиги, шунингдек беморнинг аҳволининг оғирлиги билан белгиланади. Оғир касал беморларда ошқозон ярасида қон кетадиган томирни тикиш билан гастродуоденотомия қилиш мумкин [15]. Такрорий гастродуоденал яралар қон кетиши, такрорий қон кетиши бўлган беморларни даволаш маълум клиник, лаборатория ва эндоскопик маълумотларга кўра ташхис қилинади.

* Эндоскопик ва тиббий (ППИ) гемостазнинг комбинацияси тавсия етилади [33,36]. **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси 5). Доимий равишда анти тромботик дориларни қабул қиладиган беморларни даволаш.

2.1 Операциядан олдинги тайёргарлик

* Операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларга операциядан олдинги тайёргарликдан ўтиш тавсия етилади, шу жумладан тизимли антибактериал препаратларни эмпирик юбориш, бирга келадиган касалликлар натижасида органлар дисфункциясини тузатиш, ошқозон таркибини эвакуация қилиш учун назогастрик найчани ўрнатиш, жарроҳлик

майдонини гигиеник тайёрлаш. Тизимли антибактериал дориларнинг биринчи инъекцияси операциядан олдин амалга оширилиши керак [36, 37, 43]. **Тавсиясининг ишонувчанлик даражаси Б** (далилларнинг ишончлилики даражаси 3).

* Органлар дисфункциясининг ривожланишини олдини олиш ва ўлимни камайтириш учун операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларнинг аҳолини баҳолаш тавсия этилади. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/> **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилики даражаси 5).

* Беморларнинг аҳоли оғирлигини баҳолаш учун тестлардан фойдаланиш тавсия этилади [38, 43]. **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилики даражаси 5).

* Малигните шубҳа қилинган катта ошқозон яраси бўлса, жарроҳлик материални шошилишч патоанатомик текшириш билан резекция қилиш тавсия этилади (иложи бўлса) [40, 41]. **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилики даражаси 5).

Висик шкаласи бўйича операцияларнинг узоқ муддатли натижаларини таҳлил қилганда, енг яхши даволаш натижалари Билрот-2 (беморларнинг 2/3%) бўйича ошқозоннинг бирламчи резекциясидан сўнг ва олдинги селектив ва орқа илдиз ваготомияси билан антрумектомиядан сўнг олинганлиги аниқланди (95%), ошқозон резекциясидан кейин Билрот-2 маълумотларига кўра, беморларнинг 78,1 фоизида ижобий натижалар олинган [38]. Ошқозон резекцияси шартлари: беморнинг компенсацияланган ҳолати ва жарроҳнинг ошқозон резекцияси техникаси ҳақидаги билимлари [44].

Пилорик стеноз жарроҳлик касаллиги, яъни жарроҳлик аралашувни талаб қиладиган патология ҳисобланади. Шунга қарамай, пилорик стеноз кўплаб ошқозон касалликларининг асоратлари эканлигини ҳисобга олсак, катталардаги ифода этилмаган пилорик стеноз ҳар доим ҳам жарроҳлик даволанишни талаб қилмайди. Бу, айниқса, пилорик сфинктернинг шишиши

ва спазмини йўқ қилиш орқали даволанадиган функционал пилорик стеноз учун тўғри келади. Олинган пилорик стенозни даволаш асосий патологияни даволаш усулларида фойдаланишни ўз ичига олади, бу ҳам пилорик стенознинг олдини олишнинг бир усули, ҳам пилорик сфинктернинг янада торайишини олдини олади. Жарроҳлик аралашуви пилор стенозини асосий, етарли ва мақсадли даволашдир, чунки ҳеч қандай дори пилоруснинг анатомик сиқилишини кенгайтира олмайди. Агар сотиб олинган пилорик стеноз пилорик стенозни дори-дармон билан тузатиш имкониятига ега бўлса, у ҳолда туғма пилорик стеноз фақат жарроҳлик йўли билан даволанади ва касалхонага ётқизиш шошилиш (шошилиш) кўрсатмалар учун, яъни ташхис қўйилгандан кейин 1-3 кун ичида амалга оширилади. Компенсацияланган ва субкомпенсацияланган пилорик стеноз билан касалхонага ётқизиш ва операция режалаштирилганидек (7 дан 30 кунгача) амалга оширилади. Агар тана жуда чарчаган бўлса, операциядан 12 соат олдин улар озуқа моддаларини томир ичига юборишни бошлайдилар ва танадаги бузилган жараёнларни тиббий жиҳатдан тузатадилар.

Пилорик стеноз бўлса, қуйидаги операциялар бажарилади:

1. Пилородуоденопластика

2. **Пилоромие́томия** (пилорус – дарвозабон, мё – мушак, томия – дисекция) Фреде ва Рамстанд усули бўйича. Операция-бу янги туғилган чақалоқларда конженитал пилорик стеноз учун ишлатиладиган пилоруснинг пластик жарроҳлиги (шаклини ўзгартириш). Усулнинг моҳияти пилорусни қон томирлари бўлмаган (қон томир бўлмаган чизик) чизик бўйлаб бўйлама (узунликда) ажратишдир.

3. **Веберга кўра пилоропластика.** Бу янги туғилган чақалоқлар учун пилоропластикадан фарқ қилади, чунки узунлиги дисексиядан сўнг мушак ва сероз мембраналар кўндаланг йўналишда (кенгликда) тикилади. Бу дарвозабоннинг клиренсини сезиларли даражада оширади. У катталарда қўлланилади.

4. Лапароскопик жарроҳлик. Ушбу операция олдинги иккита операция билан бир хил техникани бажаришга имкон беради, аммо қорин бўшлиғини очмасдан. Операция видеокамера (лапароскоп) назорати остида амалга оширилади. Операцияни бажариш учун жарроҳ қорин олд деворини тешади ва лапароскоп ва асбобларни кичик тешикдан (киндик катталиги) киритади. Бундай операциянинг афзаллиги тез тикланишдир. Лапароскопик пилоромётомия пилорик стенознинг биринчи босқичида (компенсацияланган), ошқозон ҳали кенгаймаганида амалга оширилади.

5. Пилорусни балон билан кенгайтириши. Ошқозонга киритилган гастроскоп ёрдамида пилорусни балон кенгайтиргичлари ёки кенгайтиргичлари (кенгайиш – кенгайиш) ёрдамида кенгайтириш мумкин. Операция рентген текшируви назорати остида амалга оширилади. Дарвозабон бўшлиғига балон киритилади, кейин пуфланади. Балон торайган луменни механик равишда кенгайтиради. Операция ҳар доим ҳам биринчи марта самарали бўлмайди, шунинг учун пилорусни керакли диаметрга кенгайтириш учун кўпинча такрорий кенгайиш амалга оширилади.

6. Гастроентеростомия. Тўғридан-тўғри операция номи "ошқозон, ичак, тешик" каби ешитилади, яъни операциянинг моҳияти ошқозон ва ичакларни пилорусни четлаб ўтиб, ошқозонни резекция қилмасдан боғлашдир. Ушбу операция фақат ошқозонни дарҳол олиб ташлашнинг иложи бўлмаган ёки беморда малигн шиш пайдо бўлган ҳолларда амалга оширилади (бу аралашув зарур ёки вақтинчалик чора ҳисобланади). Тешилган ўн икки бармоқли ичак ярасини тикгандан сўнг, беморларнинг тахминан 10% ўн икки бармоқли ичак лампочкасининг стенозини ривожлантиради ва такрорий жарроҳлик даволашни талаб қилади. [2] <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

2.2 Операция қилинган ошқозон касаллигини лапароскопик аралашувлари

* Операция қилинган ошқозон касаллиги ва барқарор ҳаётӣ белгилари бўлган беморларда лапароскопик кириш билан жарроҳлик аралашуви тавсия этилади [33, 39]

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735> **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси Б** (далилларнинг ишончилилик даражаси 1).

* Лапароскопик ускуналар ёки жарроҳдан тегишли кўникмалар бўлмаса, очик жарроҳлик тавсия этилади [3,4]. **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси Б** (далилларнинг ишончилилик даражаси 1). Изоҳ. Хорижий нашрларда Лапароскопик тикув частотаси 23% га етади [38]. Лапароскопик киришнинг афзалликлари оғриқнинг оғирлигини камайтириш, операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва касалхонада даволаниш муддатини ўз ичига олади.

Тешилишни тикиш билан бирга лапароскопик усуллар ҳам амалга оширилиши мумкин: тешилишни кесиш, пилоропластика, икки томонлама илдиз, селектив ва селектив проксимал ваготомия, ошқозон резекцияси. Тешилган ярани Лапароскопик тикишнинг муқобил варианты тешилган ярани Лапароскопик ёрдам билан тикишдир, унга қуйидагилар киради: диагностик лапароскопия, қорин бўшлиғини санитария қилиш; минилапаротомия босқичи ва тешилган тешикни тикиш, мини-киришни тикиш; Лапароскопик санитария босқичи [3,4].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

* Операция қилинган ошқозон касаллиги ва беқарор ҳаётӣ белгилари бўлган беморларга лапаротомияга кириш орқали аралашувни амалга ошириш тавсия этилади [38]. **Тавсиясининг ишонувчанлик даражаси Б** (далилларнинг ишончилилик даражаси 1).

Оментумнинг эндоскопик фиксацияси ва унинг тешилишга тортилиши, шунингдек, ўн икки бармоқли ичак таъсири билан бирга самарали қўшимча сифатида тавсифланади. Бироқ, юқоридаги барча даволаш усуллари ОЖ даволашда standart ёндашувлар сифатида тан олинмаган ва янада такомиллаштиришга муҳтож [44]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

3. Беморларни операциядан кейинги бошқариш.

* Операциядан кейинги даврда, операция ошқозон касаллиги билан беморлар тизимли антибактериал дори, протон помпа ингибиторлари ва вена инфузия [18, 39, 41], шу жумладан, дори даволаш, ўтишлари тавсия этилади.

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 1). **Изоҳ.** Антибиотик терапияси операциядан олдинги тайёргарликнинг бир қисми сифатида белгиланган стандарт режимлардан бирига мувофиқ эмпирик антибиотик терапиясини давом эттиришни назарда тутди. Микроорганизмларнинг тизимли антибактериал дориларга сезгирлигини аниқлаш учун перитонеал суюқликни микробиологик текшириш натижаларини олганда, антибиотик терапиясини тузатиш амалга оширилади.

Антисекретор терапия протон помпа ингибиторларини буюришдан иборат (масалан, пантопразол 40 мг ИВ кунига 2 марта 7 кундан ортиқ бўлмаган вақт давомида, сўнгра касалхонага ётқизишнинг бутун даврида планшет шаклларига ўтиш). Ҳаётий функциялари бузилган беморларни операциядан кейинги бошқариш sepsis билан оғриган беморларни бошқаришнинг асосий тамойилларига мос келади [32,47]. Чет элда компютер билан оғриган беморларни операциядан кейинги даволашда ТЖ (тезкор жарроҳлик) ёки даврлар (операциядан кейин яхшиланган тикланиш) дастури амалга оширилади, уларнинг асосий нуқталари: операциядан кейинги ерта даврда қисқа муддатли анестезикалар, беморни ерта реабилитация қилиш, операциядан кейинги оғиз орқали суюқлик истеъмол қилишни ерта бошлаш ва озик-овқат, сийдик катетер ерта олиб ташлаш, рад назогастрик проб [33, 36] фойдаланиш. Бундай дастур кўпинча маҳаллий перитонит билан оғриган беморларга буюрилади [44]. Дастур вақт ўтиши билан назорат қилинади ва уни қўллашнинг асосий мезони ичак моторикасини ерта тиклашдир. Операциядан кейинги даврнинг мураккаб курсининг дастлабки белгилари билан ёки ичак моторикаси бўлмаса, дастур тўхтайдди.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

* Операциядан кейинги даврда операция қилинган ошқозон учун жарроҳлик муолажадан ўтган беморга вазиятнинг оғирлигини ҳар куни баҳолаш тавсия этилади [18, 41]. Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

* Операциядан кейинги даврда операция қилинган ошқозон учун жарроҳлик муолажадан ўтган беморнинг динамикасида асосий лаборатория параметрларини аниқлаш тавсия этилади [1, 4] **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

* Операциядан кейинги даврда операция қилинган ошқозон касаллиги учун операция қилинган беморларда қорин бўшлиғи дренажларини, назогастрик ёки назоинтестинал зондларни кузатиш ва парвариш қилиш, шунингдек уларни ўз вақтида олиб ташлаш тавсия этилади [18, 26, 32].

Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). Изоҳ. Дренаж назорати унинг функционал қобилятини, чиқиндиларнинг табиати ва ҳажмини аниқлашни ва экссудат йўқлигида олиб ташлашни ўз ичига олади. Чиқариш ҳажми 50 мл дан ортиқ бўлса, қорин бўшлиғи ҳўппози шаклланишига йўл қўймаслик учун дренажни олиб ташлаш мақсадга мувофиқ емас.

* Операция қилинган ошқозон касаллиги учун операциядан сўнг, кенг тарқалган перитонит ва сепсиснинг оғир шакллари мавжуд бўлганда, беморларга интенсив терапия бўлимида даволаниш тавсия этилади [1,3,32].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670398/>

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

* Операциядан кейинги даврда асоратлари шубҳа қилинган беморларга қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви (комплекс) ёки қорин бўшлиғининг КТ [47] тавсия этилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670398/>

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 4).

Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини текшириш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун касалхонага ётқизилганидан кейин дастлабки 2 соат ичида езофагогастроуденоскопия қилиш тавсия етилади [3,9]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини динамик равишда назорат қилиш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун такрорий езофагогастроуденоскопия фақат қон кетиши такрорланганда ва унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган тақдирда тавсия етилади [6,7]. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси 1).

Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини текшириш ва тўхтатиш учун шошилиш жарроҳлик, агар эндоскопик гемостаз самарасиз бўлса, уни иложи борича тезроқ бажариш тавсия етилади [10, 14]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 2).

4. Жарроҳлик аралашув усулини танлаш.

Билрот-2 ошқозон операциясидан кейинги патологик синдромлар асосан ошқозоннинг резервуар функциясини йўқотиш билан боғлиқлигини ҳисобга олсак, ўн икки бармоқли ичакнинг рефлексоген зоналарини овқат ҳазм қилишдан ўчириш, ошқозон-ичак трактининг жарроҳлик реконструкцияси ва аллақачон бажарилган операцияни "тузатиш" озиқ-овқатнинг normal ўтишини тиклашдан иборат бўлиши керак. ошқозон-ичак тракти ва маълум бир "ўрнини босувчи" ошқозон яратиш.

Жарроҳлик даволаш учун кўрсатмаларни аниқлашда синдромнинг оғирлигини, умуман танадаги ва тўғридан-тўғри ошқозон-ичак тракти органларидаги функционал ва морфологик ўзгаришларни, оғриқ ва

диспептик касалликларнинг интенсивлигини, ёшани ҳисобга олиш керак. беморлар, ошқозон операциясидан кейин ўтган вақт, ногиронлик даражаси, консерватив даво самарадорлиги (парҳез, дори-дармон ва санаторийда даволаниш).

Реконструктив операциялардан кейин ўлимга олиб келадиган ҳолатларни таҳлил қилиб, шуни таъкидлаш керакки, жарроҳликдан узок вақт воз кечиш ва самарасиз консерватив даво тананинг умумий ҳолатининг ёмонлашишига олиб келади, гастрожунодуоденопластикани хавфли операцияга айлантиради; агар кўрсатилса, танадаги дистрофик ўзгаришлар пайдо бўлишидан олдин реконструктив жарроҳлик имкон қадар тезроқ амалга оширилиши керак.

https://elar.ssmu.ru/bitstream/20.500.12701/3201/1/tut_ssmu-2019-2.pdf

Жарроҳлик аралашувларнинг бевосита натижалари беморларнинг ёшига, операциянинг долзарблигига ва уни амалга ошириш усулига боғлиқ. Операциядан кейинги ерта асоратлар ва ўлимларнинг максимал сони кекса ва кекса беморларда учрайди, шошилинч жарроҳлик аралашувлар такрорий ярали қон кетиш фониди, қон кетаётган ярани томир ваготомияси билан тикиш пайтида ва ошқозон резекцияси пайтида амалга оширилади. Шошилинч жарроҳлик муолажалардан қочиш керак, айниқса такрорий гастродуоденал ярали қон кетиш фониди, шунингдек, кекса ва кекса беморларда. Клиник амалиётда қон кетиш ярасини тикиш каби жарроҳлик аралашув усуллари кўллашдан бош тортиш керак, жумладан ваготомия ва "ўчириш учун" ошқозон резекцияси билан тўлдирилган, чунки қон кетаётган ярани олиб ташлаш билан операциялар якуний гемостазга еришишнинг етарли емаслиги ва операциядан кейинги ярали қон кетишининг қайталаниши еҳтимоли туфайли қабул қилиниши мумкин эмас [24, 38] <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Аддустор лооп синдроми бўлган беморларни даволаш қийин вазифадир. Консерватив чоралар самарасиз бўлиб, асосан ресторатив терапия (қон қуйиш ва қон ўрнини босувчи моддалар, витаминлар билан

глюкоза еритмаларини томир ичига юбориш, антиспазмодик дорилар) ва парҳез терапиясига камаяди. Василенко кенг спектрли антибиотикларни киритиш билан аддуктор ҳалқасини ювишдан фойдаланади. Консерватив даво вақтинчалик таъсир кўрсатади ва деярли барча беморларнинг бузилишлари клиникадан чиққандан кейинги биринчи ҳафталар ва ойларда тикланади. Шунинг учун оғир аддутор лоп синдроми бўлган беморларни операция қилиш керак. Олиб келувчи қовузлоқ синдроми учун бир неча турдаги жарроҳлик аралашувлар мавжуд:

1.Энг кенг тарқалган операция реконструктив гастрожуодуоденопластика бўлиб, у олиб келувчи синдроми билан бирга демпинг синдромини даволайди, у билан биргаликда кенг тарқалган.

2. Ру бўйича реконструктив у шаклидаги анастомоз.

3. Дуоденоюноанастомоз.

4. Браун бўйича энтеро-энтероанастомоз.

5. Ошқозоннинг кичик эгрилигига етакчи пастадирни тикиш (ўн икки бармоқли ичакка озиқ-овқат оқими билан).

6. Билрот-2 бўйича ошқозон резекциясини Билрот-1га ўтказиш.

7. Олиб келувчи ва олиб кетувчи қовузлоқоарни орқа париетал пардага тикиш (аддуктор ҳалқаси гастроэнтероанастомозга тушганда).

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Захаров-Хенли гастроеюнопластикаси ва Билрот-1 реконструктив жарроҳлигини энг радикал деб ҳисоблаш керак. Заифлашган ва кекса беморларда, шунингдек, демпинг синдроми бўлмаса, турли хил ичак анастомозлари оқилона бўлади.

Оғир демпинг синдроми, парҳез терапияси ва мураккаб дори терапиясининг самарасизлиги билан жарроҳлик даволаш амалга оширилади-реконструктив гастродуоденопластика. Жарроҳлик аралашувининг моҳияти ўн икки бармоқли ичак ва ошқозон поғонаси орасидаги ингичка ичак сегментининг (жежунум абдуктор ҳалқасидан пайванд) интерпозициясидир. Гастрожуодуоденоанастомозни қўллаш

туфайли ўн икки бармоқли ичак орқали озиқ-овқат ўтиши тикланади, озиқ-овқат рефлексларининг нормаллашиши, фермент ва сафро секрецияси функциялари ва еюнулда озиқ-овқат массаларининг ўтиши секинлашади.

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Кўпгина ҳолларда м—холинергик рецепторлари ингибиторлари, гистамин рецепторлари H-2 блокерлари, proton насос ингибиторлари каби ошқозоннинг секретор функциясини камайтирадиган дориларни ситопротектив, антацид, регенератив воситалар билан биргаликда қабул қилиш самарали бўлади. Мумкин бўлган ҳелисобастериосис бўлса, патогенни антибактериал йўқ қилиш бета-лактам пенициллинлар, макролидлар ва бошқа антибиотиклар ёрдамида амалга оширилади. Дори терапияси диетани тузатиш билан тўлдирилади. Терапевтик чидамли ошқозон яраси, гастринома ва касалликнинг мураккаб кечиши бўлган беморларга жарроҳлик даволаш тавсия этилади.

Анастомознинг ошқозон ярасини жарроҳлик йўли билан даволаш. Бу патогенетик бўлиши ва анастомознинг ошқозон яраси пайдо бўлишига олиб келган сабабни бартараф етишга қаратилган бўлиши керак. Агар ошқозон резекцияси ҳажми етарли бўлмаса, беморга ошқозоннинг камида 2/3 қисмини такрорий резекция қилиш кўрсатилади. Ошқозон-ичак трактининг узлуксизлиги ҳар қандай тарзда тикланиши мумкин, аммо Биллрот-1 га кўра яхшироқдир, чунки бундай анастомоз бошқаларга қараганда тез-тез оғир демпинг синдроми ҳодисаларидан қочади. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Олиб келувчи қовузлоқ синдромининг олдини олиш учун қуйидаги чораларни кўриш керак:

1. Олиб келувчи қовузлоқни жуда узун бўлишига йўл қўйманг.
2. Ошқозоннинг думини даволашда ва ичакни ошқозоннинг эгилишига тикишда қуйидагилар зарур:

а) кичик егрилик бўйлаб "кил" деб аталадиган нарсани ҳосил қилиш учун, натижада ингичка ичакнинг кесиш жойи анастомозга нисбатан баланд кўтарилади;

б) ингичка ичакни ошқозон томирига кичик егриликдан гастрожуноанастомозгача бўлган ораликда тикишда ичак бироз айланади. Биринчи тикув ичакнинг тутқич четини ошқозонга маҳкамлайди, иккинчиси ичакни тўғридан-тўғри тутқич тагида ошқозонга маҳкамлайди, ичак еса бироз гофрировка қилинган.

Гастроентероанастомоздан кейин (сирсулус витиосус) шафқациз доира синдроми изоляция қилинган гастроентероанастомоз операциясидан кейин ёки Браунга кўра ичак анастомозидан фойдаланмасдан Биллрот-2 бўйича ошқозон-ичак анастомози шаклланиши билан ошқозон резекциясидан кейин ривожланади. Бундай вазиятда ичак анастомозининг нотўғри ишлаши натижасида ингичка ичак дренажи ва аддуктор ҳалқалари орқали озиқ-овқат ва ўн икки бармоқли ичак таркибининг айланиши учун шароит яратилади.

Юқоридагиларни умумлаштириб, яна бир бор таъкидлашни истардикки, замонавий ошқозон жарроҳлиги арсеналида мавжуд бўлган турли хил жарроҳлик вариантларига қарамай. Шу билан бирга, маълум бир жарроҳлик усулини танлашга табақалаштирилган ёндашув бундай беморларни муваффақиятли жарроҳлик даволаш учун ажралмас шартдир.
<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Операция қилинган ошқозон касаллиги учун амалга ошириладиган **жарроҳлик аралашув турлари**

"Очиқ" жарроҳлик:

- * ошқозон ярасини қон кетиши учун операциялар;
- * Оппел-Пилокарпов томонидан тешилган тешикни тикиш;
- * Биллрот 2 га мувофиқ ошқозоннинг 3/2 қисмини резекция қилиш;
- * ошқозоннинг 2/3 қисмини ёпиқ пастадирда резекция қилиш;

* операция қилинган ошқозон касалликлари учун реконструктив аралашувлар;

* Тотал гастрэктомия.

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29659470/>

"Лапароскопик" жарроҳлик:

* Биллротх 2 га мувофиқ ошқозоннинг 3/2 қисмини Лапароскопик резекция қилиш;

* ошқозоннинг 2/3 қисмини ёпиқ пастадирда Лапароскопик резекция қилиш;

* Лапароскопик гастрэктомия.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235381/>

"Эндоскопик" жарроҳлик:

* гематопоестик томирни кесиш;

* аргон плазма коагуляцияси;

* қон кетаётган томирни адреналин эритмаси билан тўхтатиш.

Эндоскопик қон кетишини тўхтатиш ярали қон кетиши бўлган беморларни даволашда" олтин стандарт " бўлиб, 82-92% ҳолларда барқарор гемостазга эришишга имкон беради. Қон кетишини тўхтатишнинг энг самарали эндоскопик усули бу қон кетадиган томирни кесиш ва аргон плазма коагуляцияси. Эндоскопик қон кетишини тўхтатишнинг бошқа усуллари, масалан, ошқозон яраси ва гастроезофагиал рефлюкс касаллигини даволаш учун дори – дармонларни қўллаш-плёнка ҳосил қилувчи дорилар, полисаккарид гемостатик тизимидан фойдаланиш, электрокоагуляция ва ошқозон ярасини тешиш асосий усуллар билан биргаликда қўлланилиши керак.

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Инъекцион эндоскопик гемостаз ёки термокоагуляция жуда самарали, аммо бу усулларнинг комбинацияси яхши натижалар беради. Қон кетишининг қайталаниш хавфи юқори бўлган томирларни кесиш

эндоскопик профилактика ва гемостазнинг истикболли усули ҳисобланади. Қон кетиш такрорланганда эндоскопик гемостазга иккинчи уриниш тавсия этилади. Агар эндоскопик гемостаз муваффақиятсиз бўлса, жарроҳлик аралашуви масаласини ҳал қилиш учун жарроҳнинг маслаҳати зарур [13,14].

Олиб келувчи ковузлоқ синдромини даволашнинг қуйдаги жарроҳлик усуллари 3 асосий гуруҳга бўлиш мумкин:

1. Олиб келувчи ковузлоқ ҳалқасининг бурмаларини ва инвагинациясини йўқ қиладиган операциялар:

1) етакчи пастадирни кичик безга ва перитоннинг орқа баргига тикиш (суспензия);

2) етакчи пастадирни кичик егриликка тикиш;

3) тикув экранга билан лооп kinks бартараф;

4) ҳайдаш ҳалқасини қисқартириш;

5) катта ёғ ь муҳрини олиб ташлаш.

2. Дренаж амалиётлари:

1) Браунга кўра энтеро-энтероанастомоз;

2) Ру томонидан энтеро-энтероанастомоз;

3) дуоденоюноанастомоз ёнма-ён Bergeret бўйича;

4) ўн икки бармоқли ичак 12 ва аддуктор ҳалқасини Tanner абдуктор ҳалқасига қайта тиклаш (Таппег-Роух-19);

5) HoagSaunders-Steinberg бўйича гастроэнтероанастомоз пластикаси (панталоон-анастомоз).

3. Реконструктив жарроҳлик:

1) Ваготомия ва гастроэнтеростомиядан кейин дегастроэнтеростомия ва пилоропластика;

2) Рейхел-Полиа анастомозини Хоффmeister-Финстерер гастроэнтероанастомозига айлантириш;

3) Билрот-2 гастроэнтероанастомозни Билрот 1 гастродуоденоанастомозга ўтказиш

4) гастроеюнопластика.

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Жарроҳлик аралашуви учун кўрсатмалар:

- * консерватив даво билан тўғирланмайдиган диспептик бузилишлар;
- * Консерватив усулда тўхтатиб бўлмайдиган пептик қон кетиш;
- * Пилоруснинг стенози, эвакуация функциясининг сезиларли бузилиши билан бирга келади;
- * Малигнизация [23,31].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489318/>

Мутлақ қарши кўрсатмалар:

- * геморрагик шок;
- * қон айланишининг оғир етишмовчилиги бўлган юрак касалликлари;
- * йирингли перитонит;
- * қорин бўшлиғи органларида кўплаб операциялар;
- * нафас етишмовчилиги билан ўпка касалликлари;
- * қон ивишининг бузилиши.

Нисбий қарши кўрсатмалар:

- * маҳаллий диффуз перитонит;
- * диафрагма чурралари;
- * оғир семириш;
- * ошқозон-ичак трактининг ривожланган саратони;
- * умумий беҳушлик учун контрэндикациялар.

Операциядан кейин мумкин бўлган асоратлар. Мумкин бўлган асоратлар бўйича статистик маълумотлар:

- 16 % – тикув дивергенсияси;
- 11% ҳолларда-ичак тутилиши;
- 8 % – эвакуация бузилиши;

- 6 % – перитонит;
- 5 % - ютиш қийинлиги;
- 4 % – ошқозон бўшлиғига ёки қорин бўшлиғига қон кетиш;
- 3 % - инфилтратлар;
- 3% – йиринглаш ва хўппозлар.

Ушбу оқибатларнинг олдини олиш қийин, чунки кўп нарса жарроҳнинг профессионаллигига ва бемор танасининг умумий ҳолатига боғлиқ. Енг хавfli асоратлар ички қон кетиш ва перитонитдир, чунки ҳатто ўлим ҳам мумкин. Агар тикувлар бўлиниб кетган бўлса, йиринглаш ёки инфилтратлар пайдо бўлса, операция такрорланади. Ютиш ва бузилган эвакуация қийинчиликларини баъзи дори-дармонларни қабул қилиш орқали бартараф этиш мумкин [41,42].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489318/>

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

**"БОШҚА ЖОЙЛАРДА ТАСНИФЛАНМАГАН ОВҚАТ ХАЗМ
ҚИЛИШ ТИЗИМИНИНГ ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙНГИ
БУЗИЛИШЛАРИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА
ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

I. АСОСИЙ ҚИСМ.

1.1. Кириш

Ремиссияни сақлаб қолиш учун операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларга профилактика ва реабилитация чораларини кўриш, шунингдек, беморнинг иқлим зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида санаторий-курортни даволаш тавсия этилади [9]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5). 14-21 кун давом этадиган санаторийда даволаниш ремиссиядан 3 ой ўтгач операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларга тавсия этилади. Санаторий-курортни даволаш лой ва торф билан даволаш, игнабаргли денгиз ванналари ва гидроксиди минерал сувларни ичишни ўз ичига олган санаторийларда амалга оширилади [5].

Операция қилинган ошқозон касаллиги билан оғриган беморларни кузатиш ҳар йили охиригача кучайган пайтдан бошлаб 5 йил давомида ўтказилиши тавсия этилади [5]. **Тавсияларнинг ишонтариш даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>.

Беморларни кузатиш тартиби.

Операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморлар тиббий назоратдан ўтказилади:

* УАШ / оилавий шифокор текшируви-кузатувнинг биринчи йилида чоракда бир марта, кейин ремиссия ҳолатида – йилига 2 марта.

* Гастроентеролог томонидан текширув-куз-баҳор даврида йилига 2 марта ва касалликнинг айрим белгилари пайдо бўлганда "талаб бўйича" рецидивга қарши даволаш.

* Оториноларинголог ва стоматолог текширувлари-йилига 2 марта.

* УҚТ, биокимёвий қон тестини (билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оксил, амилаза) етказиб бериш – йилига 2 марта.

* ЕГДФС-дастлабки 3 йил давомида йилига 2 марта, кейин йилига 1 марта.

* ЭКГ, қорин бўшлиғи органларининг ултратовуш текшируви-агар тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса.

* Барийнинг ошқозон-ичак трактидан ўтишини рентген контрасти текшируви – агар кўрсатма бўлса.

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

(<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>).

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Диспансер фаолияти	Тиббий хизматларнинг номи	ОШП/ОП	КТМП	Тадбирларнинг минимал сони	Диспансер назорати даври
Мутахассис маслаҳати (шифокор)	1. Хамшира	+	+	Режали бир йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Оилавий шифокор/УАШ	+	+		
	3. Гастроэнтеролог		+		
	4. Гепатолог		+		
	5. Жаррох		+		
Лаборатор текширувлар	1. Умумий қон тахлили	+	+	Режали бир йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Умумий сийдик тахлили	+	+		
	3. Қон биохимик тахлили	+	+		
*Эслатма. Кўрсатмаларга мувофиқ даврий текширувлар учун қўшимча лаборатория текширувлари тавсия этилади. Агар беморни текшириш пайтида ёндош касалликлар аниқланса, тиббий муассасалар даражасига қараб кўрсатмаларга мувофиқ қўшимча текширувлар ўтказилади. Ушбу беморлар оилавий шифокор / УАШ/ гастроэнтеролог тавсияларига мувофиқ минтақавий/миллий даражада текширилади. У муассасанинг моддий-техник имкониятларидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.					
Инструментал текширувлар	1. ЭГДФС		+	Режали бир йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Қорин бўшлиқ аъзоларини УТД		+		
	3. Кўкрак қафаси/қорин бўшлиғи барий билан рентгенскопияси		+		
Эслатма. Жарроҳликдан сўнг йилига 2 марта режалаштирилган ЭГДФСни ўтказиш керак. Даврий текширувлар пайтида қўшимча инструментал текширувлар тавсия этилади. *Ушбу тадқиқотлар учун бемор оилавий шифокор ёки гастроэнтеролог тавсияси билан мунтазам равишда минтақавий/кўп тармоқли тиббиёт марказларга юборилади.					

1.2. Профилактика ва реабилитация.

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши бўлиб, соғлиғининг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий–иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Ошқозон яраси ривожланишининг олдини олиш одатда бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали бўлинади. Жаррохлик амалиёти бажарилган ошқозон касаллиги ҳолатида **бирламчи профилактика** касалликнинг олдини олишга қаратилган:

* Оғиз гигиенаси, тиш ва тиш гўштини ўз вақтида даволаш. Касал тишлар инфекциянинг кириш ешиги бўлиб, бундан ташқари, касал тишлар овқатни тўғри чайнашга имкон бермайди, бу еса ошқозонда стрессни кучайишига олиб келади.

* Тўғри овқатланиш ва овқатланишни ташкил қилиш. Сиз ҳар куни бир вақтнинг ўзида овқатланиш одатини ривожлантиришингиз керак. Бундан ташқари, диетадан чиқариб ташлаш ёки дудланган гўшт, ҳаддан ташқари аччиқ, аччиқ ва шўр овқатлардан фойдаланишни чеклаш тавсия етилади. Идишларни ошпазлик билан қайта ишлаш юмшоқ бўлиши керак-идишларни кучли қовурмасдан. Газланган ичимликлар, жуда иссиқ ёки аксинча, жуда совуқ овқатлар ҳам чиқариб ташланиши керак.

* Авитаминоз олдини олиш.

* Ёмон одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш).

* Гормонал касалликларнинг олдини олиш ва даволаш.

* Дозаланган жисмоний фаоллик, кун тартибини оқилона ташкил етиш.

* Дори-дармонларни тез-тез қабул қилишдан бош тортиш (агар иложи бўлса), айниқса тартибсиз қабул қилиш ва дори-дармонларни ўз-ўзини бошқариш. [12,13,15]

Постгастрорезекцион синдром ҳолатида **иккиламчи профилактика** аллақачон ташхис қўйилган ошқозон яраси касаллиги бўлган беморларга қаратилган бўлиб, релапслар ва асоратлар еҳтимолини камайтиришга,

ошқозон ярасининг прогрессив ривожланишининг олдини олишга ёки секинлаштиришга қаратилган. Иккиламчи профилактика пайтида вақти-вақти билан юзага келадиган "норма" дан оғишларни тузатиш муҳимдир. Шу сабабли, ушбу босқичда аҳолини мажбурий тиббий кўриқдан ўтказиш ва хавф гуруҳидаги беморларни мунтазам тиббий кўриқдан ўтказишнинг аҳамияти ортиб бормоқда:

* **Санатор-курорт даволаш.**

* **Куз ва баҳорда рецидивга қарши терапиянинг мунтазам курслари.**

* Диетага қатъий риоя қилиш.

* Рецидив мумкин бўлган касалликлар ва сурункали инфекция ўчоқларини реабилитация қилиш.

* Тиббий муассасада мунтазам равишда кузатилиб бориш.

* Психологик қулайлик жуда муҳим: баъзида стресс ва асаб касалликлари ҳам касалликнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Скрининг (screening)-бу анамнезни йиғиш, физик ва лаборатория текшируви орқали беморда илгари тан олинмаган касаллик ёки хавф омилини аниқлаш. Скрининг кўплаб бирламчи профилактика чоралари ва барча иккиламчи профилактика чоралари мажмуасининг бир қисмидир. Ошқозон яраси касаллигига келсак, скрининг касалликнинг ривожланишининг дастлабки (клиникадан олдинги) босқичларида (иккиламчи профилактика) касалликни аниқлаш учун аҳолини оммавий текшириш учун ишлатилади [12,15].

(https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod_resource/content/1/ПРОФИЛАКТИКА.pdf).

2.2 Реабилитация босқичлари

Реабилитация "инсоннинг функционал имкониятларини тиклаш ва ногиронларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади. "Бошқача қилиб айтганда, реабилитация болалар, катталар ёки

карияларга кундалик ҳаётларида иложи борича автоном бўлишга ёрдам бериш ва уларга таълим олиш, ишлаш ва бўш вақт ўтказиш билан шуғулланиш, шунингдек, муҳим ижтимоий вазифаларни бажаришга қаратилган. оилага ғамхўрлик қилиш каби.

Шу мақсадда инсон ва унинг оиласи билан бирга келадиган касалликларни даволаш ва уларнинг аломатларини йўқ қилиш, ёрдамчи технологиялар ёрдамида уларнинг еҳтиёжларини яхшироқ қондириш учун яшаш шароитларини ўзгартириш, ўз-ўзига ёрдам бериш кўникмаларини ўргатиш ва вазифаларни хавфсизроқ ва ташқи ёрдамсиз бажариш учун мослаштириш бўйича ишлар олиб борилмоқда. Биргаликда амалга оширилган ушбу стратегиялар беморга когнитив бузилишлар, кўриш ва ешитиш бузилиши, алоқа, овқатланиш ёки ҳаракатдаги қийинчиликларни енгишга ёрдам беради."

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Мақсадлар:

* операция қилинган ошқозон касаллигининг кучайиши ва унинг асоратларининг олдини олиш;

* гастроинтестинал функцияни сақлаш/тиклаш;

* оғриқ синдромини йўқотиш;

* Ҳаёт сифатини яхшилаш;

Операциядан кейинги даврда суюқлик ва озиқ-овқат истеъмол қилиш частотаси ва ҳажмини босқичма-босқич ошириш билан ерта enteral овқатланиш тавсия этилади [11, 18, 19]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси Б (далилларнинг ишончлилики даражаси 2). **Изоҳ.** Чекланган миқдорда (500 мл гача) суюқлик истеъмол қилиш одатда операциядан кейинги кун, чекловларсиз ичишнинг 2-3 кунидан бошлаб рухсат этилади. Овқатланишнинг бошланиши, қоида тариқасида, операциядан кейинги 2-3 кунга тўғри келади, ҳар 2-3 соатда 0А ва 0Б стол маҳсулотлари тўпламидан чекланган қисмларда овқатланишга рухсат

берилади, аста-секин стол кунига 6-7 га кенгаяди. кунига 6 та овқат нола диетаси асосида, бутун сутли овқатлар бундан мустасно [11, 18].

Тежамкор парҳезнинг давомийлиги терапия самарадорлигига боғлиқ, аҳволнинг яхшиланиши билан парҳез кенгайтирилади, 1-жадвални диетани кенгайтириш билан алмаштириш мумкин ва 5-жадвалдан фойдаланиш мумкин. [19, 21, 24].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 1). **Изоҳ.** Жарроҳлик даволашнинг тугалланган босқичи операция қилинган ошқозоннинг жарроҳлик асоратларининг янги босқичини, айниқса қон кетишини ривожланиш хавфини камайтирмайди, шунинг учун бемор тўлиқ даволанмагунча касалликни консерватив даволаш курсини давом эттириш муҳимдир.

* Эндоскопик балон кенгайиши стеноз ва ошқозон яраси бўлган беморларга уни йўқ қилиш учун тешилиш/пенетрация белгиларисиз тавсия етилади [26]. **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

* Агар эндоскопик балон кенгайиши самарасиз бўлса, пилоропластика ва дренаж операциялари тавсия етилади [26]. **Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изоҳ:** пйлородуоденал стеноз билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар унинг компенсация даражаси, шунингдек беморларнинг аҳволи билан белгиланади. Эндоскопик балон кенгайиши фақат субкомпенсацияланган стенозли ва ўн икки бармоқли ичакнинг олд девори бўйлаб чандиқ локализацияси бўлган беморларда мумкин. Ушбу эндоскопик ёрдам кўпинча вақтинчалик муваффақият келтиради ва стенознинг такрорланишининг юқори частотаси билан бирга келади.

Касалликни сақлаб қолиш учун ремиссияда операция қилинган ошқозон билан оғриган беморларга беморнинг яшаш иқлим зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида курортда даволаниш тавсия етилади [5].

Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5). Изох. Операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларда, алевленме пасайганидан 2-3 ой ўтгач, 14-21 кун давом этадиган санаторий даволашни амалга ошириш тавсия етилади. 61 санаторий-курорт муолажалари Дорохово, Ессентуки, Железноводск санаторийларида ва хоказоларда амалга оширилади. ва лой ва торф билан ишлов бериш, игнабаргли денгиз ванналари ва гидроксиди mineral сувларни ичишни ўз ичига олади [5].

Операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларда терапевтик овқатланиш жараённинг босқичига, унинг клиник кўринишига ва бирга келадиган асоратларга қараб қатъий фарқланиши керак. Беморларда парҳез овқатланиш тежамкорлик тамойилига асосланади, яъни ярали шиллик қават учун максимал дам олишни яратади. Шарбат секрециясининг заиф кўзгатувчиси бўлган, ошқозонни тезда тарк этадиган ва унинг шиллик қаватини бироз безовта қиладиган маҳсулотлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Ҳозирги вақтда терапевтик овқатланиш учун ярага қарши махсус парҳезлар ишлаб чиқилган. Рационга узоқ вақт ва касалхонадан чиққандан кейин риоя қилиш керак. Аниқланиш даврида хлорид кислотани зарарсизлантирадиган маҳсулотлар буюрилади. Шунинг учун даволанишнинг бошида оксил-ёғли парҳез ва углеводларни чеклаш керак. Озиқланиш фраксиёненел ва тез-тез бўлиши керак (кунига 5-6 марта); парҳез тўлиқ, мувозанатли, кимёвий ва механик юмшоқ бўлиши керак. Парҳез овқатланиш 10-12 кун давом этадиган кетма-кет учта циклдан иборат (1а, 1б, 1-сонли парҳезлар). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Оғир нейропатик касалликлар, гипо - ва гипергликемик синдромлар билан рациондаги углеводлар миқдори чекланган (250-300 г гача), трофик касалликлар, бирга келадиган панкреатит билан оксил миқдори 150-160 г гача ошади, оғир кислоталик билан антацид хусусиятларга ега маҳсулотларга устунлик берилади: сут, қаймоқ, юмшоқ қайнатилган тухум ва бошқалар. 1а диетаси енг юмшоқ, сутга бой. Но1а диетасига қуйидагилар киради: бутун

сут, қаймоқ, творогли буғланган суфле, тухум идишлари, сариёғ ь. Шунингдек, ширин мевалар ва мевалардан тайёрланган мевалар, резаворлар, ширинликлар, желе ва желе, шакар, асал, ширин berry ва сув ва шакар билан аралаштирилган мева шарбатлари. Сослар, зираворлар ва газаклар бундан мустасно. Ичимликлар-ёввойи гулнинг қайнатмаси. 1а диетасида бўлган бемор ётоқда дам олишни кузатиши керак. У 10-12 кун давомида қарийди, кейин улар 1б-сонли янада машаққатли парҳезга ўтадилар. ушбу диетада барча идишлар езилади, сувда қайнатилади ёки буғланади. Овқат суюқ ёки шилимшиқ. Унинг таркибида турли хил ёғлар мавжуд, ошқозон шиллик қаватининг кимёвий ва механик тирнаш хусусияти берувчи моддалари сезиларли даражада чекланган. 1б диетаси 10-12 кун давомида буюрилади ва бемор оқсиллар, ёғлар ва углеводларни ўз ичига олган 1-сонли диетага ўтказилади. Ошқозон секрециясини рағбатлантирадиган ва ошқозон шиллик қаватини кимёвий безовта қиладиган идишлар бундан мустасно. Барча идишлар қайнатилади, езилади ва буғланади. Ошқозон яраси бўлган бемор узоқ вақт давомида 1-сонли парҳезни олиши керак. Сиз турли хил парҳезга фақат шифокорнинг рухсати билан ўтишингиз мумкин.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Минерал сувлардан фойдаланиш овқат ҳазм қилиш тизими касалликларини, шу жумладан операция қилинган ошқозон касаллигини комплекс даволашда етакчи ўринни егаллайди. Ичишни даволаш ошқозон яраси касаллиги билан оғриган деярли барча беморларга ремиссия ёки беқарор ремиссияда, қаттиқ оғриқсиз, қон кетиш тенденцияси бўлмаганда ва пилоруснинг доимий торайиши бўлмаса кўрсатилади. Кичик ва ўрта минерализациядаги Mineral сувлар (лекин 10-12 г / л дан юқори бўлмаган) таркибида 2,5 г / л дан ортиқ бўлмаган карбонат ангидрид, натрий бикарбонат, натрий бикарбонат-сулфат сувлари, шунингдек, ушбу ингредиентлар устун бўлган сувлар, аммо янада мураккаб катёник таркибга ега, пх 6 дан 7,5 га буюрилади. Беморни касалхонага ётқизишнинг дастлабки кунларидан бошлаб ичишни даволашни бошлаш керак, аммо дастлабки 2-3

кун ичида қабул қилиш учун mineral сув миқдори 100 мл дан ошмаслиги керак. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Келажакда, яхши бардошлик билан, дозани кунига 200 марта 3 мл гача ошириш мумкин. Ошқозоннинг секретор ва normal эвакуация функциясининг ошиши ёки нормаллашиши билан сув овқатдан 1,5 соат олдин, секреция камайган ҳолда - овқатдан 40 дақиқа -1 соат олдин, ўн икки бармоқли ичакдан эвакуация секинлашганда 1 соат 45 дақиқа - овқатдан 2 соат олдин олинади. Оғир диспептик ҳодисалар мавжуд бўлганда, минерал сув, айниқса бикарбонат тез-тез ишлатилиши мумкин, масалан, кунига 6-8 марта: кунига 3 марта 1 соат ва овқатдан 30 дақиқа олдин, кейин овқатдан кейин (тахминан 45 дақиқадан сўнг) диспептик ҳодисалар баландлигида ва ниҳоят, ётишдан олдин. Баъзи ҳолларда, овқатдан олдин минерал сувни қабул қилганда, беморларда ошқозон ёниши ва оғриқ кучаяди. Бундай беморлар баъзида овқатдан кейин 45 дақиқадан сўнг mineral сувни яхши қабул қилишга тоқат қиладилар. Кўпинча, ичимликни даволашнинг бу усулига фақат беморни қабул қилишнинг биринчи кунларида мурожаат қилиш керак, кейинчалик кўплаб беморлар овқатдан олдин mineral сув олишга ўтадилар. Ошқозон яраси касаллиги билан оғриган одамларда касалликнинг ремиссияси ёки беқарор ремиссияси, дискинезия ва йўғон ичакдаги яллиғланиш ҳодисалари мавжуд бўлганда кўрсатилади: микроклизмалар ва минерал сувдан тозаловчи хўкналар, ичак душлари, сифон ювиш.

Пелоидотерапия ремиссияда операция қилинган ошқозон касаллиги бўлган беморларни даволаш усулларида биридир. Лойни даволашнинг энг самарали турларига қорин олд девори ва ломбер минтақага лой қўлланилиши киради (ҳарорат 40.). С, таъсир қилиш 20 дақиқа), ҳар куни ванналар билан алмаштирилади. Даволаш курси 10-12 лойдан иборат. Лойдан фойдаланишга қарши кўрсатмалар бўлса, эпигастрал минтақага диатермик лой ёки галваник лойни қўллаш тавсия этилади.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Санаторий-курортни даволаш.

Санаторийда даволаниш муддати 14-21 кун. Реабилитациянинг дастлабки даврида маҳаллий санаторийларга устунлик бериш керак. Яшаш жойидан узоқда жойлашган санаторийларда курорт даволаш учун йўлланма барқарор клиник ремиссия шаклланиши билан мумкин.

Жисмоний терапияни (жисмоний терапия) кўриб чиқиш тавсия етилади. Қорин бўшлиғида қон ва лимфа айланишини яхшилаш учун қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликлари учун физиотерапия; ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак моторикасини нормаллаштириш, овқат ҳазм қилиш жараёнларини секретор ва нейрохуморал тартибга солиш; контрэндиқациялар бўлмаса, ошқозон шиллиқ қаватида репаратив жараёнлар учун қулай шароитлар яратиш [13].

<https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Жисмоний терапиянинг мақсади марказий асаб тизимининг оҳангини ва кортико-виссерал муносабатларни нормаллаштириш, психо-эмоционал ҳолатни яхшилаш; ўн икки бармоқли ичак ва бошқа овқат ҳазм қилиш органларида қон ва лимфа айланишини, метаболик ва трофик жараёнларни фаоллаштириш; регенератив жараёнларни рағбатлантириш ва ошқозон ярасини даволашни тезлаштириш; ошқозон мушакларининг спазмини камайтириш; ичак секретор ва мотор вазифалари; қорин бўшлиғида тикилиши ва битишмалар жараёнларини олдини олиш. Терапевтик массаж Марказий асаб тизимининг қўзғалишини камайтириш, автоном асаб тизимининг фаолиятини яхшилаш, ошқозон ва ошқозон-ичак трактининг бошқа қисмларининг мотор ва секретор фаолиятини нормаллаштириш учун буюрилади; қорин бўшлиғи мушакларини кучайтириш, танани мустаҳкамлаш. Segmental рефлекс ва классик массаж қўлланилади. Улар Д9-Д5, С7-С3 паравертебрал зоналарида ҳаракат қилишади. Шу билан бирга, ошқозон яраси бўлган беморларда бу жойлар фақат чап томонда, ошқозон яраси билан еса икки томондан массаж қилинади. Д2-С4 ёқа зонаси ва қорин бўшлиғи ҳам массаж қилинади.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Жисмоний терапия самарадорлигини аниқлаш учун беморни доимий равишда кузатиб бориш, унинг ҳолатини, ишлатилган машқларнинг таъсирини, алоҳида дарсни ва даволанишнинг маълум даврини аниқлаш амалга оширилади. Функционал ҳолатнинг махсус тадқиқотлари ҳам муҳимдир, улар беморни объектив баҳолашни, унинг индивидаул хусусиятларини ва жисмоний фаолиятга мослашишни таъминлайди [6,9]. Физioterapia самарадорлигини ҳисобга олиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланиш мумкин:

- * мавжуд субъектив сезгилар ҳақида сўров: ошқозон ёниши, қичишиш, шиширади, қорин оғриғи, ахлатнинг табиати (ич қотиши, диарея).

- * юрак уриши ва қон босими мониторинги;

- * Штанге ва Генчи нафас олиш тестлари;

- * Тана вазнини динамик назорат қилиш. Тана вазни тиббий тарозида тортиш орқали аниқланади.

Жисмоний машқларнинг ижобий таъсири билан субъектив ҳислар йўқолади, иштаҳа ва нажас нормал ҳолатга қайтади, пулс камаяди, штанга синов вақти узаяди ва беморларнинг тана вазни барқарорлашади.

Беморнинг фаровонлиги самарадорлигини баҳолашда жуда муҳим рол ўйнайди. уйқусизлик пайдо бўлганда, иштаҳа пасаяди, қорин оғриғи пайдо бўлади ва ичак фаолияти бузилади, беморни физиотерапия воситалари ва шакллари тўғри танлаш учун синчковлик билан текшириш керак.

Алоҳида дарснинг самарадорлигини аниқлаш учун тиббий-педагогик кузатувлар ўтказилади. Енг муҳими, ушбу дарсда терапевтик вазифалар қандай ҳал қилинишини, жисмоний фаоллик беморнинг имкониятларига мос келадими ёки унинг жисмоний терапияга individual реакциялари қандай эканлигини аниқлашдир.

Ушбу масалаларга ойдинлик киритиш учун физиотерапия пайтида юрак уриш тезлигини ўзгартириш орқали физиологик егри ва фаоллик зичлиги аниқланади.

Кузатишлар давомида чарчоқнинг ташқи белгилари, оғриқ пайдо бўлиши ва машқларни бажариш қобилиятига еътибор қаратилади. Кузатувларга асосланиб, машғулот усулини ўзгартириш керак, масалан, жисмоний фаолиятнинг дозасини камайтириш. Кўпгина ҳолларда жисмоний машқлар енгил чарчоқни келтириб чиқариши керак, бу терининг қизариши, терлаш ва нафас олишнинг кучайиши билан тавсифланади. Шовқинли нафас қисилиши, кучли заифлик, мувофиқлаштириш ва мувозанатнинг бузилиши, бош айланиши ва жисмоний машқлар тузилишидаги ўзгаришлар билан бирга оғриқ ва чарчоққа йўл қўймаслик керак.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

6. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари

- * Беморнинг умумий ҳолатини яхшилаш;
- * Овқат ҳазм қилиш функцияси яхшиланди
- * Оғриқ хуружларини камайтириш

6.1. Реабилитация процедураларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари (фаолият, ногиронлик ва соғлиқнинг халқаро таснифи бўйича халқаро тарозилар) – кўрсатмаларга мувофиқ.

<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

7. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

Реабилитациянинг биринчи босқичи юмшоқ восита режими (2-4 кун), бошланиши стационар ҳаволада

Реабилитациянинг иккинчи босқичи юмшоқ машғулот режими (6-9 кун) - амбулатория.

III босқич-ўқув даври (15-20 синф ёки ундан кўп) - реабилитация маркази-санаторий

8. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган диагностика чоралари:

* Беморни физик текшириш

* ЭГДФС;

9. Профилактик чора-тадбирлар самарадорлиги кўрсаткичлари

Фаолият, ногиронлик ва соғлиқнинг халқаро таснифига мувофиқ халқаро миқёсларга мувофиқ, профилактика чораларининг самарадорлиги ремиссия давомийлиги, беморларда оғриқ йўқлиги, шунингдек ҳар 6 ойда профилактик ЭГДФС билан белгиланади. <https://ergotherapy.ru/wp-content/uploads/2017/05/Mezhdunarodnaya-klassifikatsiya.pdf>

10. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви ҳақида маълумот: тўқнашув йўқ.

2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига ега янги усуллар мавжуд бўлса.

7. Ишлатилган адабиётлар:

1. Гибадулин, Н.В. Хирургическая коррекция постгастрорезекционных и постгастрэктомических синдромов / Н.В. Гибадулин, И.О. Гибадулина // Бюллетень Восточно-Сибирского науч. центра СО РАМН. – 2011. – № 4. –С. 37–38.
2. Куртсеитов, Н.Э. Оптимизация тактики ведения больных с болезнью оперированного желудка / Н.Э. Куртсеитов, Г.Ц. Дамбаев, А.П. Кошель//Вопросы реконструктивной и пластической хирургии. – 2017. – № 20. –С. 57–63.
3. Черноусов, А.Ф. Хирургические болезни : учебник / А.Ф. Черноусов, Ф.П. Ветшев, С.П. Ветшев; под ред. А.Ф. Черноусова. – Москва : Практическая медицина, 2017. – 504 с. : – ISBN – 978-5-98811-384-3.
4. Порханов, В.А. Хирургические болезни : учебник / под ред. В.А. Порханова, В.А. Авакимяна. – Краснодар : Три-Мил, 2016. – 682 с. : – ISBN – 978-5-600-01469-5
5. Савельев, В.С. Хирургические болезни : учебник в 2-х томах / под ред. В.С. Савельева, А. И. Кириенко; -2-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 2 т. – ISBN – 978-5-9704-3997-5.
6. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; 390 (10094): 613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
7. Chan FKL., Lau JYW. Peptic ulcer disease. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2015
8. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician 2007; 76 (7): 1005-1012.
9. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; vol. 390 (10094): 613-624.
10. Lau J.Y., Sung J., Hill C. et al. Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. Digestion 2011; 84 (2): 102-113. doi: 10.1159/000323958.

11. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕД-пресс-информ; 2019:
12. Hawkey CJ, Wight NJ. Clinician's manual on NSAIDs and gastrointestinal complications. London: Life Science Communications, 2001.
13. Хирургическая помощь в Российской Федерации. М., 2022. - 132 с.
14. Болезни оперированного желудка. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. Приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций 6 июня 2014 года, г. Воронеж: 1-9.
15. Karstensen JG, Ebigbo A, Aabakken L, et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Cascade Guideline. *Endosc Int Open*. 2018;6(10):E1256-E1263. doi:10.1055/a-0677-2084.
16. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of Nonvariceal Upper
17. Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805-822. doi:10.7326/M19-1795
18. Acute upper gastrointestinal bleeding overview. UK National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
19. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. М.: Медицина, 1996.
20. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. Л. : Медицина, 1982. - 224 с.
21. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.:МЕД пресс-информ, 2009. — 176 с. ISBN 5-98322-547-2.
22. Tomizawa M, Shinozaki F, Hasegawa R, et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep*. 2016;5(3):349-352. doi:10.3892/br.2016.727

23. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9.
24. Rassameehiran S, Teerakanok J, Suchartlikitwong S, Nugent K. Utility of the Shock Index for Risk Stratification in Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *South Med J.* 2017;110(11):738-743. doi:10.14423/SMJ.0000000000000729.
25. Saltzman JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. 2024 UpToDate.
26. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre prospective study. *BMJ.* 2017;356:i6432. Published 2017 Jan 4. doi:10.1136/bmj.i6432.
27. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018 [published correction appears in *Gut.* 2019 Feb;68(2):380. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316276corr1]. *Gut.* 2018;67(10):1757-1768. doi:10.1136/gutjnl-2018-316276.
28. Harewood GC, McConnell JP, Harrington JJ, Mahoney DW, Ahlquist DA. Detection of occult upper gastrointestinal tract bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc.* 2002;77(1):23-28. doi:10.4065/77.1.23.
29. Kim HU. Diagnostic and Treatment Approaches for Refractory Peptic Ulcers. *Clin Endosc.* 2015;48(4):285-290. doi:10.5946/ce.2015.48.4.285.
30. Harewood G.C., McConnel J.P., Harrington J.J. et al. Detection of occult upper
31. gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc* 2022; vol.77 (1): 23-28.
32. Hunt BJ, Allard S, Keeling D, et al. A practical guideline for the haematological

33. management of major haemorrhage. *Br J Haematol.* 2015;170(6):788-803. doi: 10.1111/bjh.13580.
34. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy.* 2015;47(10):a1-a46. doi:10.1055/s-0034-1393172.
29. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut.* Published online August 8, 2022. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745.
35. Best LM, Takwoingi Y, Siddique S, et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;3(3):CD012080. Published 2018 Mar 15. doi:10.1002/14651858.CD012080.pub2.
36. Jiang M, Chen P, Gao Q. Systematic Review and Net-Work Meta-Analysis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage Interventions. *Cell Physiol Biochem.* 2016;39(6):2477-2491. doi:10.1159/000452515.
37. Gisbert JP, Khorrami S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez-Munoz JE. *H. pylori* eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(2):CD004062. doi:10.1002/14651858.CD004062.pub2.
38. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66(1):6-30. doi:10.1136/gutjnl2016-312288.
34. Vomero ND, Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig.* 2014;27(4):298-302. doi: 10.1590/S0102-67202014000400017.
39. Burget DW, Chiverton SG, Hunt RH. Is there an optimal degree of acid suppression for healing of duodenal ulcers? A model of the relationship between ulcer healing and acid suppression. *Gastroenterology.* 1990;99(2):345-351. doi:10.1016/0016-5085(90)91015-x.

40. Scally B, Emberson JR, Spata E, et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2018;3(4):231-241. doi:10.1016/S2468-1253(18)30037-2.
41. Poynard T, Lemaire M, Agostini H. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. *EurGastroenterol Hepatol.* 1995;7(7):661-665.
42. Hu ZH, Shi AM, Hu DM, Bao JJ. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trials [published correction appears in *Saudi J Gastroenterol.* 2017 Mar-Apr;23(2):130. doi: 10.4103/1319-3767.203367]. *Saudi J Gastroenterol.* 2017;23(1): 11-19. doi:10.4103/1319-3767.199117.
43. Terano A, Arakawa T, Sugiyama T, et al. Rebamipide, a gastro-protective and antiinflammatory drug, promotes gastric ulcer healing following eradication therapy for *Helicobacter pylori* in a Japanese population: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Gastroenterol.* 2007;42(8):690-693. doi:10.1007/s00535-007-2076-2.
44. Song KH, Lee YC, Fan DM, et al. Healing effects of rebamipide and omeprazole in *Helicobacter pylori*-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. *Digestion.* 2011;84(3):221-229. doi:10.1159/000329353.
45. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;4(4):CD003840. Published 2016 Apr 19. doi:10.1002/14651858.CD003840.pub5
46. Зайратьянц, О.В. Пищевод Баррета. Клинические рекомендации Российского общества патологоанатомов. – Текст : электронный / О.В. Зайратьянц, А.В. Кононов. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: <http://www.EDU.ROSMINZDRAV.RU> (дата обращения: 01.11.2019).

47. Майстренко Н.А. Хирургическое лечение язвы двенадцатиперстной кишки. / Н.А. Майстренко, К.Н. Мовчан. – Санкт-Петербург : Гиппократ, 2000.– 360 с . : ил. - ISBN 5-8232-0215-6. – Текст : непосредственный.
48. Черноусов, А.Ф. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки / А.Ф. Черноусов, Т.В. Хоробрых, П.М. Богопольский. - Москва : Практическая медицина, 2016. – 352 с. : – ISBN – 978-5-98811-392-8. – Текст :непосредственный.