

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH
VAZIRLIGI
AKADEMIK V. VOHIDOV NOMIDAGI RESPUBLIKA
IXTISOSLASHTIRILGAN XIRURGIYA ILMIY – AMALIY TIBBIYOT
MARKAZI**

**“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT
HAZM QILISH TIZIMINING OPERASİYADAN KEYINGI
BUZILISHLARI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLLARI**

Toshkent – 2025

«TASDIQLAYMAN»
«Akademik V. Vohidov
nomidagi RIXIATM» DM
direktori S.I. Ismailov



2025 yil

**“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT
HAZM QILISH TIZIMINING OPERASIYADAN KEYINGI
BUZILISHLARI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLLARI**

Toshkent– 2025

**“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT HAZM QILISH
TIZIMINING OPERASIYADAN KEYINGI BUZILISHLARI”
NOZOLOGİYASI BO`YICHA TASHHISLASH VA DAVOLASH MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

1. KIRISH QISMI

Annotasiya. Tibbiy muolajalardan keyin ovqat hazm qilish tizimining buzilishi – bu qorin bo'shlig'i organlarida jarrohlik aralashuvlardan keyin erta yoki kech davrda yuzaga keladigan kasalliklar guruhi. Ushbu nozologiya faol konservativ yoki jarrohlik aralashuvni talab qiladigan oshqozon – ichak trakti tomonidan tez-tez uchraydigan quyidagi asosiy kasalliklarni o'z ichiga oladi: operatsiya qilingan oshqozon sindromlari, operatsiyadan keyingi ichak tutilishi, ustma-ust qo'yilgan ichak stomasining disfunktsiyasi. Deyarli har bir oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak operatsiyasidan so'ng funktsional va organik kasalliklarni aniqlash mumkin.

Oshqozon rezektsiyasini boshdan kechirgan bemorlarning 30-35 foizida va vagotomiyada 15-34 foizida klinik jihatdan muhim kasalliklar qayd etilgan. So'nggi paytlarda jarrohlik va operatsiyadan keyingi bemorlarni boshqarishning yangi usullari va texnologiyasi ushbu kasalliklarning tarqalishini kamaytirishga imkon berdi.

Ushbu klinik protokolni ishlab chiqish uchun quyidagi manbalar asos qilib olingan:

1. **ACG klinik ko'rsatmalari: operatsiya qilingan me`da kasalliklarini jarrohlik davolash.** Mualliflar: V. I. Bondarev, N. P. Ablitsov, A. P. Baziak, A. V. Pepenin, E. N. Vasilenko. PMID: 7602909 Havola: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7602909/>

2. **Oshqozon operatsiyasidan keyin patologik sindromlar va 12b.i.** 2019. Mualliflar: G. T. Dambayev, N. E. Kurtseitov, M. M. Solovyev, A. N. Vusik, V. V. Skidanenko, O. A. Fatyushina, E. A. Avdoshina, T. V. Dubakova. UDK: 616.33/.342–089.168.1–06 (075.8) Havola: <https://gastroscan.ru/literature/pdf/dambaev---dubakova-2019.pdf>

3. **Demping sindromini tashxislash va davolash bo'yicha xalqaro konsensus.** Mualliflar: Emidio Scarpellini, Joris Arts, George Karamanolis, Anna Laurenus, Walter Siquini, Hidekazu Suzuki, Andrew Ukleja, Andre Van Beek.

Nature reviews 2020 Aug;16(8):448-466.

Jadval 1. MKB – 10 va MKB – 11 kodlari

MKB – 10		MKB – 11	
K91.0	Oshqozon-ichak trakti jarrohligidan keyin qusish	Oshqozon-ichak trakti jarrohligidan keyin qusish	DE10
K91.1	Jarrohlik amaliyoti bajarilgan oshqozon sindromlari	Jarrohlik amaliyoti bajarilgan oshqozon sindromlari	DE11
K91.2	Jarrohlik amaliyotidan keyingi malabsorbsiya, boshqa sarlavhalar ostida tasniflanmagan	Jarrohlik amaliyotidan keyingi malabsorbsiya, boshqa sarlavhalar ostida tasniflanmagan	DE13
K91.3	Operasiyadan keyingi ichak tutilishi	Operasiyadan keyingi ichak tutilishi	DB30
K91.4	Kolostomiya va enterostomiyadan keyingi disfunktsiya	Kolostomiya va enterostomiyadan keyingi disfunktsiya	DE12.0
https://mkb-10.com/index.php?pid=10442		https://mkb11.online/113836	

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil 24 may, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lganda.

Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish bo'yicha mas'ul muassasa: "Akademik V. Vohidov nomidagi RIXIATM" davlat muassasasi.

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda **Akademik V. Vohidov nomidagi RIXIATM davlat muassasasi** o'z hissasini qo'shdi.

Asosiy mualliflar ro'yxati, qo'shimcha mualliflar jamoasi:

Ishchi guruh rahbari	Ismoilov Saydimurad Ibraximovich "Akademik V. Voxidov nomidagi RIXIATM" DM direktori, t.f.d., professor
Mas'ul ijrochilar	Gulomov Olimjon Mizraxitovich - Akademik V.Vohidov nomidagi "RIXIATM" DK Torakoabdominal onkoxirurgiya bo'limi rahbari, t.f.d.
	Muxamedov Botir Zakirovich - Akademik V.Vohidov nomidagi "RIXIATM" DK Torakoabdominal onkoxirurgiya bo'limi mudiri.

Taqrizchilar:	Turakulov O`ktam Nurmatovich - TXKMPP №1-sonli Xirurgiya kafedrasida dosenti, t.f.d.
	Tulejanov Nurpeys Kudaybergenovich – X.A.Yasavi nomidagi "Xalqaro Qozoq – Turk universiteti" tibbiyot fakultetini "jarrohlik kasalliklari" kafedrasida dosenti, t.f.n.

Klinik protokolni muhokama qilish akademik V. Vohidov nomidagi RIXIATM davlat muassasi ilmiy kengashining majlisida o'tkazildi.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. 1-sonli gepatobiliar jarrohlik va jigar transplantatsiyasi bo'limi boshlig'i, Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Bosh jarroh professor - **Akbarov Mirshavkat Miralimovich**.

2. Kattalar kardioxirurgiyasi bo'limi rahbari professor **Aliyev Sherzod Mahmudovich**.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vaziri o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlabchiqilgan.

Amaliyotda klinik protokollarning maqbulligi va ulardan foydalanilishini baholash Toshkent shahri va Toshkent viloyati sog'liqni saqlashning amaliy bo'g'ini vakillari bilan birgalikda amalga oshirildi.

Amaliyotchilar:

1. umumiy amaliyot shifokori
2. umumiy jarroh
3. terapevt UASh
4. bolalar jarrohi
5. gastroenterolog

Protokolda ishlatiladigan qisqartmalar 2-jadvalda keltirilgan.

AOS	Abdominal og`riq sindromi
AB	Arterial bosim
ALT	Alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
KRT	Kislorodning reaktiv turlari
UTT	Ureazning tezkor testi
VNS	Vegetative nerv sistemasi
OITYB	Oshqozon ichak trakti yuqori bo`limi
O`BI	O`n ikki barmoqli ichak
OIT	Oshqozon-ichak trakti
NYaQD	Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar
PPI	Proton ponpasi ingibitori
FT	Fizioterapiya
SBYQ	Steroid bo`lmagan yallig`lanishga qarshi dorilar
H. pylori	Helicobacter pylori
SHQ	Shilliq qavvat
PGRS	Postgastrorezeksion sindrom
UTT	Ultra-tovushli tekshiruv
EGDFS	Ezofagogastroduodenoskopiya
EKG	Elektrokardiografiya
ExoKG	Exokardiografiya
YaK	Yara kasalligi
O`BIYK	O`n ikki barmoqli ichak yara kasalligi
OYaK	Oshqozon yara kasalligi

Ushbu nozologiya uchun protokol foydalanuvchilari:

- sog'liqni saqlash tashkilotchilari
- oliy o'quv yurtlari mutaxassislari
- ilmiy-amaliy tibbiyot markazlari mutaxassislari
- idoraviy tibbiyot xizmati(IIV)mutaxassislari
- umumiy amaliyot shifokori
- umumiy jarrohlr
- bolalar jarrohlari
- terapevtlar
- pediattrlar

Ushbu nozologiyada bemorlar toifasi: kattalar va bolalar.**Baholash shkalasi sinf tavsiyalari**

Sinf tavsiyalari	Ta'rif	Ma'nosi
I	Muayyan muolajalar/tekshiruvlar/aralashuvlar foydali va samarali ekanligi yoki umumiy qabul qilinganligi isbotlangan va potentsial foyda potentsial xavfga nisbatan aniq va undan ancha ustundir.	Tavsiya etilgan
II	Muayyan davolanish/tekshiruv/aralashuvning foydasi/samaradorligiga zid bo'lgan ma'lumotlar va / yoki qarama-qarshi fikr yoki foyda / xavf bo'yicha noaniqlik.	Tavsiya qilinishi mumkin
IIa	Ko'p ma'lumotlar / fikrlar foyda / samaradorlikni ko'rsatadi.	
IIb	Qovun / fikrlar foyda / samaradorlikni kamroq tasdiqlaydi.	Juda ehtiyotkorlik bilan
III	Muayyan davolash / tadqiqot / protsedura / aralashuv haqida ma'lumot yoki foydali / samarali bo'lmagan yoki potentsial xavf potentsial foydadan ustun bo'lgan yagona fikr.	Tavsiya etilmaydi

**Diagnostika usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning
ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (Udd)**

UDD	Dekodlash
1	Yo'naltiruvchi usul bilan boshqariladigan tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar bundan mustasno, mos yozuvlar usuli bilan boshqariladigan individual tadqiqotlar yoki individual randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ko'rib chiqish
3	Mos yozuvlar usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki tadqiqot usulidan mustaqil bo'lmagan mos yozuvlar usuli bilan tadqiqotlar yoki tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar emas, klinik holatning tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

**Profilaktik, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun dalillarning
ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (Udd)**

UDD	Dekodlash
1	Meta-tahlil yordamida RCTNI tizimli ko'rib chiqish
2	Meta-tahlilni qo'llagan holda, RCTLARDAN tashqari har qanday dizayn bo'yicha individual RCT va tizimli tadqiqotlar
3	Tasodifiy bo'lmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari
4	Qiyosiy tadqiqotlar emas, klinik holat yoki bir qator holatlar tavsifi, vaziyatni nazorat qilish bo'yicha tadqiqotlar
5	Faqatgina aralashuv mexanizmini (klinikadan oldingi tadqiqotlar) asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud

**Profilaktik, diagnostik, terapevtik, reabilitatsiya tadbirlari uchun
tavsiyalarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi (uur)**

UUR	Dekodlash
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari

	izchil emas)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

MUNDARIJA

1. <u>“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT HAZM QILISH TIZIMINING OPERASİYADAN KEYINGI BUZILISHLARI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA TASHHISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI</u>	5
2. <u>“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT HAZM QILISH TIZIMINING OPERASİYADAN KEYINGI BUZILISHLARI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI</u>	52
3. <u>“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT HAZM QILISH TIZIMINING OPERASİYADAN KEYINGI BUZILISHLARI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI</u>	69

2. ASOSIY QISMI.

2.1. Kirish

Operatsiya qilingan oshqozon kasalliklari katta ijtimoiy muammo bo'lib, shu sababli zamonaviy jarrohlik gastroenterologiyasida eng dolzarb kasalliklardan biri hisoblanadi. Ularning dolzarbligi paydo bo'lish chastotasi bilan belgilanadi-10 dan 70% gacha, tashxis qo'yish va davolashdagi qiyinchiliklar, shuningdek tez-tez rivojlanayotgan dahshatli asoratlar (takroriy va davolanmagan yaralarning qon ketishi va teshilishi) [5].

Oshqozon jarrohligi tarixi shu qadar rivojlanganki, 50 yildan ortiq vaqt davomida oshqozonni rezektsiya qilish aslida oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasini tanlash usuli edi. Shu bilan birga, yuz minglab operatsiyalar oshqozon rezektsiyasi natijalarini tanqidiy baholashga imkon berdi.

Biroq, so'nggi 40-50 yil davomida, oshqozon rezektsiyasi bilan bir qatorda, vagotomiya turli xil modifikatsiyalarda, shuningdek, bir qator kamchiliklarga ega bo'lgan ko'plab piloroplastikalar va duodenoplastikalar bilan keng qo'llanilganligi qayd etildi. Oshqozon operatsiyasidan keyin turli xil patologik sindromlar (kasalliklar) ko'pincha tashxis qo'yishda qiyinchiliklarga duch keladi va siz bunday bemorlarni davolash taktikasiga egasiz. Bundan tashqari, shuni ta'kidlash kerakki, operatsiya qilingan oshqozon kasalliklari hatto so'nggi jarrohlik darsliklarida ham o'z aksini topmagan [3, 7].

Nobel mukofoti sovrindori akademik I. P. Pavlov va uning maktabining fundamental ishlari, shuningdek, B. P. Babkin, I. A. Razenkov, S. S. Yudinning tadqiqotlari ovqat hazm qilish organlarining funktsional o'zaro bog'liqligini va ularning oziq-ovqat hazm qilish va uning parchalanish mahsulotlarini so'rilishining barcha bosqichlarida birligini isbotladi. Oshqozon va vagus nervi ovqat hazm qilishning foydaliligida juda muhim rol o'ynaydi, bu asosiy ulserogen omil – xlorid kislota ishlab chiqarishga yordam beradi. Shuning uchun "kislota yo'q - oshqozon yarasi yo'q" degan eski postulat o'z kuchida qoladi. Va barcha shifokorlar agressiv me'da shirasi ishlab chiqarishni iloji boricha kamaytirishga intilishadi. [3, 9]

Terapevtlar bu maqsadga nasos pompasi blokerlari va gistamin retseptorlari H2 blokerlarini, vagus dori blokadasini va antatsid preparatlarini buyurish orqali erishadilar. Jarrohlar bir xil, ammo doimiy ta'sirga erishadilar, turli xil vagotomiyalarni oshqozonda turli xil organlarni saqlash va organlarni tejash operatsiyalari bilan birgalikda qo'llash yoki oshqozonning kamida 2/3 qismini "klassik" rezektsiya qilish [5].

Amaliyotchilar operatsiya qilingan oshqozon kasalliklariga tobora ko'proq duch kelmoqdalar va ushbu og'ir kasallarni davolash uchun jarrohlik taktikasini tashxislash va tanlashda katta qiyinchiliklarga duch kelishmoqda.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

2.2. Ta'rif

Operatsiya qilingan oshqozonning oshqozon kasalliklari-bu gastro-rezektsiya aralashuvidan keyin paydo bo'lgan va patogenetik jihatdan bog'liq bo'lgan patologik sharoitlar. Bu dispeptik kasalliklarda, epigastral og'riqlarda, vazomotor va neyrovegetativ reaksiyalarda, metabolik va ovqatlanish buzilishlarida namoyon bo'ladi [8].

Oshqozon yarasi kasalligi uchun oshqozon rezektsiyasidan so'ng tanada turli xil patologik jarayonlar paydo bo'ladi, ular "simptom", "sindrom", "simptom kompleksi", "kasallik" bilan namoyon bo'ladi va kasallik ushbu tushunchalarni o'z ichiga oladi, keyin muhokama qilingan holatni nomlash, bizning fikrimizcha, individual sindromlar emas, balki "post-rezektsiya kasalligi", sindromlar va kasalliklar ham bo'lishi mumkin. Bunday polemik holat oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlarda oshqozon rezektsiyasidan keyin kasallikning tasnifiga ham tegishli. Ammo, tabiiyki, mukammallikni talab qiladigan eng maqbul narsa bu sindromli xarakterni ularning alomatlarini dekodlash bilan tasniflash, M. M. Samsonov, T. I. Paranskaya, P. P. Nesterova [12].

Demping sindromi – bu oshqozon operatsiyasidan keyin eng ko'p uchraydigan funktsional buzilish bo'lib, uning void qismini olib tashlash yoki yo'q

qilish bilan birga keladi. Turli mualliflarga ko'ra, demping sindromi 0,33 dan 30-80% gacha uchraydi. [4]

Bemorlarda **gipoglikemik sindrom** och qoringa zaiflik hujumi yoki ovqatdan 1,5-3 soat o'tgach, glyukoza miqdorining pasayishi tufayli jismoniy faoliyatdan keyin paydo bo'ladi. Klinik jihatdan u demping sindromiga o'xshaydi.

Rezektsiyadan keyingi asteniya oshqozon, oshqozon osti bezi, jigar va ingichka ichakning ovqat hazm qilish funksiyasining keskin buzilishi tufayli yuzaga keladi. Astenizatsiya asabiylashish, jahldorlik, ko'z yoshlari, nizolar, befarqlik va boshqalarning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. bemorlar uyqusizlik, bosh og'rig'i, bosh aylanishi va boshqalardan aziyat chekishadi.

Anemiya ikki turda uchraydi – temir tanqisligi va megaloblastik. Odatda temir tanqisligi anemiyasi operatsiyadan bir necha yil o'tgach rivojlanadi. Bu barcha anemiyalarning belgilari bilan tavsiflanadi. Bilrot II anastomozini Bilrot I ga aylantirgandan so'ng temirning so'rilishi yaxshilanadi.

B12 etishmovchiligi anemiyasi (zararli) siyanokobalamin tanaga etarli darajada kiritilmaganligi sababli rivojlanadi. B12 vitamini etishmovchiligining klinik ko'rinishi gematopoetik to'qimalarga, ovqat hazm qilish va asab tizimlariga zarar etkazish bilan tavsiflanadi.

Refluks kasalligi yuqori ovqat hazm qilish traktining (safro, oshqozon osti bezi sharbati, o'n ikki barmoqli ichak va ingichka ichak sharbati) oshqozonga, ba'zi bemorlarda qizilo'ngachga quyilishi bilan birga keladi, bu esa eroziv gastrit va ezofagitni keltirib chiqaradi. Ishqoriy refluks gastritida epigastral mintaqada og'riq, achchiqlanish, safro qusishi va tana vaznining yo'qolishi kuzatiladi.

Refluks ezofagit sternum orqasida yonish og'rig'i bilan tavsiflanadi, ba'zida angina pektorisini taqlid qiladi, og'riqli oshqozon yonishi.

Olib keluvchi ichak sindromi Bilrot II tomonidan oshqozon rezektsiyasining o'ziga xos asoratidir. Kasallik o'n ikki barmoqli ichakning turli xil bo'shatilishi, safro qusishi, epigastral mintaqada og'riq, o'ng hipokondrium, ko'ngil aynish, intoksikatsiyaning kuchayishi bilan namoyon bo'ladi. Haqiqiy xavf o'n ikki barmoqli ichakning dumg'azasiga mos kelmasa mumkin.

Oshqozon rezektsiyasidan keyin **anastomozning oshqozon yarasi** turli mualliflarda 0,5 dan 10 gacha va hatto 15% gacha, bemorlarimizda 8,8% da uchraydi. Oshqozon yarasining 80 dan 88% gacha o'n ikki barmoqli ichak yarasi uchun rezektsiya qilinganidan keyin rivojlanadi. Anastomoz yaralarining klinik ko'rinishi ko'p hollarda birlamchi oshqozon yarasi belgilariga o'xshaydi. Ko'pincha oshqozon yarasi operatsiya qilingan birlamchi yaraga qaraganda ancha malign bo'ladi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

Surunkali pankreatit yoki **diareya** sindromlari va boshqalar kabi boshqa postgastrorezektsiya kasalliklariga kelsak, ular tashxisning umumiy printsiplariga muvofiq belgilanadi va terapiya shunga mos ravishda amalga oshiriladi.

Shunday qilib, teshilish, penentratsiya, qon ketish va piloroduodenal stenoz bilan murakkablashgan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan og'rigan bemorlarda, oshqozon rezektsiyasidan so'ng, operatsiyadan keyingi buzilishlar ko'pincha demping sindromi, gipoglikemiya, asteniya, anemiya, reflyuks sindromi, adduktor tsikllari, anastomoz yaralari va boshqalar shaklida yuzaga keladi. ehtiyotkorlik bilan konservativ terapiyani talab qiladi va torpid kursi bilan muvaffaqiyatsiz davolanishning og'ir holatlari, rekonstruktiv jarrohlik davolashdan so'ng bosqichli terapiyadan foydalanish.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

2.3. Klinik tasniflash

Operatsiya qilingan oshqozon kasalliklarining turli xil ko'rinishlarini hisobga olgan holda, ularni tasniflash muayyan qiyinchiliklarni keltirib chiqaradi. Umuman olganda, ko'pchilik mualliflar postrezektsion va postvagotomik sindromlarni ajratib ko'rsatishadi. Har bir guruh funktsional, organik va kombinatsiyalangan kasalliklarni ajratib turadi. Shuni esda tutish kerakki, oshqozon rezektsiyasidan keyin ham, vagotomiyadan keyin ham bir qator kasalliklar (demping sindromi, gipoglikemik sindrom va boshqalar) kuzatilishi mumkin.

Klinikaning og'irligiga qarab, funktsional buzilishlarning uchta zo'ravonligi mavjud. **Engil** kechishida mehnat qobiliyati odatda buzilmaydi, **o'rtacha** bilan

vaqti — vaqti bilan mehnat qobiliyatini yo'qotish kuzatiladi, **og'ir** darajada-doimiy. Operatsiya qilingan oshqozonning ba'zi kasalliklari ma'lum bir operatsiya turiga xosdir. Masalan, olib keluvchi ichak sindromi Bilrot-II bo'yicha oshqozon rezektsiyasi uchun patognomonikdir, demping sindromi oshqozon rezektsiyasiga xosdir va faqat ba'zi hollarda drenaj yordami bilan vagotomiyadan keyin kuzatiladi, gastrostaz va disfagiya, aksincha, deyarli har doim vagotomiyadan keyin sodir bo'ladi, shafqatsiz tsikl gastroenterostomiyadan keyin odatiy ko'rinishdir [9].

Samsonov M. A. va boshqalar **postgastrorezeksiya kasalliklarining** quyidagi tasnifini taklif qilishdi:

1. Oshqozon-ichak trakti organlarining faoliyatini neyrohumoral tartibga solishning buzilishi bilan bog'liq sindromlar:

- * Damping sindromi.
- * Gipoglikemik sindrom.
- * Funktsional adductor Loop sindromi.
- * Postvagotomik kasalliklar.

2. Ovqat hazm qilish organlarining funksional faoliyatining buzilishi va ularning kompensatsion-adaptiv qayta tuzilishi bilan bog'liq sindromlar:

- * gepatobiliar tizimdagi buzilishlar;
- * ichak kasalliklari, shu jumladan malabsorbtsiya sindromi;
- * oshqozon dumg'azasining disfunktsiyasi;
- * oshqozon osti bezi funktsiyalarining buzilishi;
- * refluks ezofagit.

3. Organik shikastlanishlar:

- * oshqozon yarasining qaytalanishi;
- * oshqozon shilliq qavatining degeneratsiyasi (polipoz, oshqozon saratoni).

4. Birlashtirilgan kasalliklar (patologik sindromlarning kombinatsiyasi).

3-jadvalda operatsiya qilingan oshqozon kasalliklarining tasnifi G. R. Askerxanov va boshqalar., 1998).

Jadval №3

Organik	Funksional
1. Operatsiya qilingan oshqozonning peptik kasalligi (anastomoz, jejunumning peptik yarasi, takroriy yara, davolanmagan yara)	1. Damping oshqozon sindromi
2. Operatsiya qilingan oshqozon saratoni	2. Gipo -, giperqlikemik
3. Gastroenteroanastomozning chandiq torayishi	3. Enterogen sindrom
4. Oshqozon - ichak, oshqozon-biliar, eyuno-yo'g'on fistulalari	4. Funksional olib keluvchi ichak sindromi
5. Olib keluvchi ichak sindromi	5. Postgastrorezektsiya anemiyasi
6. Yomon hakqa sindromi	6. Postgastrorezektsiya asteniyasi
7. Jarrohlik usulining buzilishi tufayli asoratlar	7. Gastrostaz
8. Oshqozonning kaskadli deformatsiyasi	8. Diareya, disfagiya, ishqoriy refluks gastrit
https://rosoncoweb.ru/library/journals/practical_oncology/arh007/05.pdf	

2.4 kasallik/holat tashxisini qo'yish mezonlari:

Operatsiya qilingan oshqozon kasalligi tashxisi quyidagilarga asoslanadi

1) anamnestik ma'lumotlar (xarakterli shikoyatlar, operatsiyadan oldin kasallik tarixi, oldingi aralashuvning batafsil tavsifi va boshqalar)

2) to'g'ridan-to'g'ri ob'ektiv tekshirish (palpatsiya paytida qorin devorining og'rig'ini aniqlash, ichak pnevmatozi)

3) instrumental tekshiruv (baryo oshqozon-ichak traktining endoskopik va rentgenologik tekshiruvlari)

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

2.5 Etiologiya va patogenez.

Oshqozon operatsiyalaridan keyin patologik sindromlar-bu operatsiya tufayli ovqat hazm qilishni qayta qurish bilan bog'liq asoratlarning o'ziga xos turi. Oshqozonda turli xil operatsiyalar oshqozon-ichak trakti organlari o'rtasidagi anatomik va funksional munosabatlarda operatsiya turiga xos o'zgarishlarni keltirib chiqaradi. Moslashuv va kompensatsiya jarayonlarining etishmasligi natijasida operatsiyadan keyin ovqat hazm qilish tizimi faoliyatida o'zgarishlar yuz beradi va ovqat hazm qilish va inson tanasining boshqa tizimlari funksiyalarining turli xil buzilishlari rivojlanadi.

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

Operatsiya qilingan oshqozon kasalliklarining rivojlanishiga oshqozon-ichak trakti faoliyatining fiziologik sharoitlarining o'zgarishi, shuningdek operatsiya va operatsiyadan keyingi davrdagi tibbiy xatolar sabab bo'lishi mumkin. Postgastroreseksion sindrom paydo bo'lishiga olib keladigan omillar ko'pincha birlashadi va o'zaro ta'sirni kuchaytiradi. [6]

Gastroenterologiya sohasidagi mutaxassislarning fikriga ko'ra, rezektsiyadan keyin **kasalliklarning asosiy sabablari:**

* **Ovqat hazm qilish tizimini qayta qurish.** Katta hajmli distal rezektsiya qilingan bemorlarda gastrin va xlorid kislotaning ko'p qismini ishlab chiqaradigan antral oshqozon yo'q, bu esa oqsilni hazm qilish samaradorligiga ta'sir qiladi. Organ rezervuari funksiyasining yo'qolishi yomon tayyorlangan va yomon hazm bo'ladigan oziq-ovqat mahsulotlarining ingichka ichak lümenine kirib borishini ta'minlashga yordam beradi. Bilrot 2 rezektsiyasi bilan o'n ikki barmoqli ichak ovqat hazm qilish jarayonidan deyarli chiqarib tashlanadi. Vagotomiyaning asoratlari ko'pincha ximusni oshqozon bo'shlig'idan evakuatsiya qilishning buzilishi hisoblanadi. [6]

* **Aralashuv paytida texnik xatolar.** Operatsiya qilingan oshqozonning turli xil kasalliklarini rivojlanish xavfi organni rezektsiya qilish uchun noto'g'ri, ortiqcha yoki yetarli bo'lmagan operatsiyani tanlash bilan ortadi, bu sekretorni evakuatsiya qilish funksiyasiga sezilarli ta'sir qiladi yoki davom etishiga yordam beradi. Ximusning normal o'tishini anastomoz shakllanishi va dumg'aza choklari

bilan noto'g'ri tikuv bilan oldini olish mumkin. Gastrounoanastomozni yaratishda Shporlarning yo'qligi ko'pincha afferent halqa sindromini keltirib chiqaradi.

* **Patologik premorbid fon.** Birgalikda patologiya mavjud bo'lganda, ovqat hazm qilish tizimining operatsiyadan keyingi kompensatsion imkoniyatlari kamayadi. Operatsiya qilingan oshqozon sindromi bilan og'rigan bemorlarning 42 foizida oshqozon-ichak kasalliklari, 49 foizida boshqa organlar va tizimlarning surunkali kasalliklari aniqlangan. Ovqat hazm qilishni tartibga solish uchun diffuz neyroendokrin tizim tomonidan chiqariladigan vazoaktiv ichak polipeptidi, motilin, xoletsistokinin, enkefalinlar va boshqa oshqozon-ichak gormonlari etarli darajada bo'lmaganda, postgastrorezeksiya kasalliklari rivojlanishi ehtimoli ko'proq.

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

Ba'zi tadqiqotchilarning fikriga ko'ra, oshqozon-ichak kasalliklari ruhiy travma va stress tarixi bo'lgan bemorlarda ko'proq uchraydi. Postgastroreseksion sindrom bilan kasallangan bemorlarning 42 foizida oldingi oshqozon yarasi kasalligi va jismoniy shikastlanish, Markaziy asab tizimining kasalliklari o'rtasida bog'liqlik aniqlangan. Bunday hollarda rezektsiyadan keyingi buzilishlar aniq nevroitik alomatlar bilan yanada aniqroq edi. Yuqori xavf guruhiga qon va melankolik saqlash bilan og'rigan bemorlar, muvozanatsiz va zaif turdagi asabiy faoliyat bilan og'rigan bemorlar, iqtisodiy sabablarga ko'ra qo'llab-quvvatlovchi terapiyadan voz kechgan bemorlar kiradi. <https://kiberis.ru/?p=280127>

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

2.6 Respublikamizda operatsiya qilingan oshqozon kasalligi bo'yicha **skrining** o'tkazilmaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, operatsiya qilingan oshqozon kasalligining bilvosita belgilari shubha qilingan yoki aniqlangan taqdirda, algoritmda ko'rsatilgan quyidagi choralarni ko'rish tavsiya etiladi. <https://studfile.net/preview/2767013/page:4/>

3. Tekshiruv va tadqiqot usullari, tibbiy protseduralar va diagnostika jarayonlariga yondashuvlar

3.1 Shikoyatlar va anamnez

Operatsiya qilingan oshqozon kasalligida turli mexanizmlar bilan bog'liq shikoyatlarning bir nechta turlari mavjud. Nöropsikiyatrik kasalliklar: salbiy his-tuyg'ular, jismoniy, aqliy faoliyat, asab tizimining kasalliklari, shikastlanishlar oshqozon yarasi va BMD rivojlanishining muhim omillari hisoblanadi. Jarrohlikdan so'ng ruhiy kasalliklar yanada aniqroq bo'ladi yoki asabiylashish, hissiy beqarorlik, ishlashning pasayishi kabi yangi alomatlar bilan to'ldiriladi. Depressiv holatlar rivojlanadi [8].

Shu munosabat bilan shifokor ehtiyotkorlik va sabr-toqatni talab qiladi, bemorga o'z his-tuyg'ularini aytib berishga imkon beradi. Shundan keyingina patologik simptomlarning tabiati va bog'liqligini aniqlash uchun qo'shimcha savollar berish kerak postgastrorezeksiya kasalliklarining mumkin bo'lgan variantlari, bugungi kunda 80 dan ortiq tasvirlangan. Ko'pgina kasalliklar klinik og'riq bilan namoyon bo'ladi, bu tadqiqotchidan og'riqning individual xususiyatlarini, ularning intensivligi qanday sharoitlarda paydo bo'lishini, parhezdagi xatolar bilan bog'liqligini batafsil o'rganishni talab qiladi. Ovqatdan 15-20 minut o'tgach paydo bo'ladigan o'tkir zaiflik, bosh aylanishi, yurak urishi, sut va shirin taomlarning o'ziga xos xususiyati demping sindromining klinik belgilari bo'lib, ular boshqa patologik alomatlar bilan birlashtirilgan.

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

Klinik amaliyotda shikoyatlarning beshta toifasi shartli ravishda ajratiladi:

1) **qon tomir va neyrovegetativ**: zaiflik xurujlari, yuzning qizarishi bilan oqarish va issiqlik hissi, barmoqlar va qo'llarning titrashi, bosh aylanishi, ko'zlarning qorayishi, sovuq ter. Xarakterli shikoyatlar ovqatlanish bilan aniq bog'liqdir va demping reaksiyasi paytida kuzatiladi;

2) **dispeptik va qorin bo'shlig'idagi noqulaylik**: ishtahaning etishmasligi, ko'ngil aynish, regürjitatsiya, qusish, qorin bo'shlig'i, bo'shashgan yoki beqaror najas, ich qotishi. Ushbu klinik shikoyatlar oshqozon-ichak traktining motor-

evakuator funksiyasining buzilishi va operatsiyadan keyingi davrda rivojlangan oshqozon osti bezining ekzokrin funksiyasining buzilishi bilan bog'liq;

3) **metabolik kasalliklar:** charchoq, surunkali temir tanqisligi anemiyasi, zaiflik, charchoq, ish qobiliyatining pasayishi, erektil disfunktsiya;

4) **jigar va oshqozon osti bezidagi yallig'lanishli** o'zgarishlar, o'n ikki barmoqli ichak tutilishi va yopishish jarayoni natijasida kelib chiqadigan turli xil intensivlik va tabiatdagi oshqozon bo'ylab vaqti-vaqti bilan paydo bo'ladigan og'riqlar keyingi operatsiyalar;

5) **postgastrorezektsiya asteniyasi:** asabiylashish, ko'z yoshlari, uyqusizlik, tez-tez bosh og'rig'i, fiksatsion nevrasteniyasi.

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

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Xronologik ketma-ketlikda kasallikning boshlanishi va rivojlanishini aniqlash uslubiy jihatdan to'g'ri. Jarrohlik aralashuvi qaysi kasallik haqida batafsil ma'lumot olish kerak. Rivojlanishning hozirgi bosqichida jarrohlar turli xil modifikatsiyalarda oshqozonni rezektsiya qilish variantlarining katta arsenaliga ega va operatsiyadan keyingi davrda ushbu usullarning har biri uchun o'ziga xos asoratlar xarakterlidir.

Shu munosabat bilan klinik amaliyotda ushbu kasallik **tarixini to'plash algoritmidan** foydalanish taklif etiladi:

1. Oshqozon rezektsiyasi qachon amalga oshiriladi?

2. Jarrohlik aralashuvi uchun qanday kasallik sabab bo'ldi?

3. Operatsiya rejalashtirilgan yoki favqulodda yordamchimi? Oshqozon yarasi asoratlari (teshilish, qon ketish) uchun shoshilinch tibbiy yordam tartibida amalga oshiriladigan jarrohlik aralashuvlar hayotni saqlab qoladi. Bunday holda, fiziologik asoslangan, ammo yanada murakkab operatsion texnologiyalar mavjud emas qo'llaniladi;

4. Bemorning ambulatoriya kartasida mavjud bo'lgan tibbiy hujjatlarni o'rganish. Jarrohlik aralashuvi amalga oshiriladigan "kasallik tarixidan ko'chirma" ga alohida e'tibor berilishi kerak;

5. Operatsiyadan keyin qanday sharoitda va qancha vaqt o'tgach, haqiqiy kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'ldi?

6. Kasalxonadan oldingi bosqichda qanday reabilitatsiya davolash va tekshiruv o'tkazildi?

3.2 Fizikal tekshiruv

Umumiy ko`rik. Umumiy tekshiruvda ong holati, yuz ifodasi, holati, yurishi, holati, umumiy ko'rinishi, jismoniy holati, yuz terisi va ko'rinadigan shilliq pardalar, sochlar va mixlar, teri osti yog ' to'qimalari, mushak-skelet tizimi holati aniqlanadi; tana harorati va antropometrik ko'rsatkichlar o'lchanadi. Bunda:

* Etakchi klinik simptom: epigastral mintaqada va o'rta chiziqning o'ng yoki chap tomonida, kindikka yaqinroq og'riqlar ko'pincha orqa, pastki orqa, o'ng elka, elka pichog'i, epigastral mintaqaga tarqaladi.

* Tabiatdagi og'riqlar: paroksizmal, pichoqlash, kesish.

* Og'riq ovqatdan so'ng darhol yoki bir muncha vaqt o'tgach paydo bo'ladi.

* Og'riq antatsidlar, antisekretor va antispazmodik dorilarni qabul qilgandan keyin yo'qoladi.

* Dispeptik sindrom: oshqozon yonishi (erta va eng keng tarqalgan simptom), Belching, ko'ngil aynish, ich qotishi.

* Surunkali intoksikatsiya belgilari va astenovegetativ kasalliklar.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40082480/>

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Sharh. Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari shikoyatlar va anamnez bilan birgalikda bemorni qabul qilish bosqichida kasallikning og'irligi va unga hamroh bo'lgan holatning mavjudligini baholashga imkon beradi.

Perkussiya va palpatsiya ba'zi hollarda oshqozon shishi, jigar va taloqning kattalashishi, astsit belgilari, kengaygan zich limfa tugunlarini aniqlashga imkon beradi. Bemorni tekshirish rektumni raqamli tekshirish, so'ngra oshqozonni tekshirish bilan yakunlanishi kerak. Olingan ob'ektiv ma'lumotlar, qonli qusish va tar najasining anamnestik ko'rsatkichlari mavjud yoki yo'qligidan qat'i nazar,

klirik tashxisni asoslaydigan muhim belgilar hisoblanadi. [12, 17].

3.3 Asosiy laboratoriya diagnostika tadbirlari ro'yxati.

Ambulatoriya darajasida o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari.

- Barcha bemorlar **operatsiya qilingan oshqozon kasalligi yashirin yarali qon ketish** natijasida anemiyani istisno qilish uchun leyko formulasi bilan umumiy (klirik) qon testini o'tkazish tavsiya etiladi [16]. Operatsiya qilingan oshqozon kasalligi bo'lgan barcha bemorlarga anemiyani (gemoglobin, gematokrit, qizil qon tanachalari, trombotsitlar) kompleks tashxislash uchun joylashtirilgan umumiy (klirik) qon testini o'tkazish tavsiya etiladi; shuningdek, biokimyoviy qon testini o'tkazish.

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 4). Izohlar: klirik qon tekshiruvi operatsiya qilingan oshqozon asoratlanmagan kursi bilan ko'pincha sezilarli o'zgarishsiz qoladi, ammo anemiya ham aniqlanishi mumkin.

- **Zollinger-Ellison sindromini** istisno qilish uchun postgastroreseksion sindrom refrakter kursi bo'lgan bemorlarda sarum gastrin darajasini tekshirish tavsiya etiladi [18].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5). Sharh. Zollinger – Ellison sindromidagi gastroduodenal oshqozon yarasining patogenezi bemorlarda gastrin ishlab chiqaruvchi o'sma (ko'pincha oshqozon osti bezida) mavjudligi natijasida xlorid kislotaning keskin gipersekretsiyasi bilan bog'liq.

Ushbu yaralar odatda ko'p bo'lib, nafaqat oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakda, balki jejunumda va ba'zan qizilo'ngachda ham lokalizatsiya qilinadi, ular og'ir og'riq sindromi, doimiy diareya bilan kechadi. Bunday bemorlarni tekshirishda oshqozon kislotasi ishlab chiqarish darajasi keskin oshadi (ayniqsa bazal sharoitda), zardob gastrinining ko'payishi aniqlanadi (normaga nisbatan 3-4 baravar). Zollinger-Ellison sindromini aniqlashda provokatsion testlar (sekretin, glyukagon bilan), ultratovush tekshiruvi va oshqozon osti bezi KT, oshqozon

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

Gemoglobin darajasining pasayishi, qizil qon tanachalari sonining kamayishi, gematokritning pasayishi, shubhasiz, qon yo'qotishining og'irligiga bog'liq. Biroq, o'tkir qon ketishining dastlabki soatlarida, hatto uning intensiv tabiati bilan ham, gemodilyutsiya rivojlanish uchun vaqt topolmaydi va shuning uchun bu ko'rsatkichlarning barchasi ahamiyatsiz o'zgarishi mumkin [14, 18, 19].

- **Postgastroreseksion sindrom** bilan kasallangan bemorlarga yashirin yarali qon ketishini istisno qilish uchun najasni yashirin qon tekshiruvi va najasning xususiyatlarini aniqlash uchun dyal koprogrammasini o'tkazish tavsiya etiladi [15, 20]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi - 4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32457534/>

Shoshilinch yoki rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish paytida va testlar o'tkazilgan kundan boshlab 10 kundan ortiq vaqt o'tgandan keyin statsionar darajada o'tkaziladigan **qo'shimcha laboratoriya** tadqiqotlari:

* UQT;

* UST;

* biokimyoviy qon tekshiruvi (umumiy bilirubin, to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita bilirubin, ALT, AST, umumiy protein, karbamid, kreatinin, elektrolitlar, qon glyukoza);

* koagulogramma (APTT, INR, fibrinogen, PV, PTI);

* qon guruhi va RW faktori;

* EKG;

* ExoKG;

* Spirografiya;

* OIV qonini tekshirish;

* Gepatit B va C;

* Vasserman Reaktsiyasi.

* Qonning kislota-asos holati <https://studfile.net/preview/469239/page:32/>

3.4 ambulatoriya darajasida o'tkaziladigan asosiy (majburiy) va qo'shimcha diagnostik instrumental tekshiruvlar.

* **Postgastroreseksion sindrom anastomozining** oshqozon yarasi borligiga shubha qilingan barcha bemorlarga kontrendikatsiyalar bo'lmasa, tashxisni tasdiqlash uchun ezofagogastroduodenofibroskopiya (EGDFS) tavsiya etiladi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). **Sharh.** Rejalashtirilgan endoskopik tekshiruv yarali nuqson mavjudligini tasdiqlaydi, uning lokalizatsiyasi, shakli, kattaligi, chuqurligi, yaraning pastki va qirralarining holatini aniqlaydi, penetratsiya, chandiq deformatsiyasi va organ lümeninin stenozini belgilarini aniqlashga imkon beradi. Rejalashtirilgan endoskopik tekshiruv shilliq qavatdagi boshqa bog'liq o'zgarishlarni aniqlash va gastroduodenal vosita mahoratining buzilishini aniqlash imkonini beradi.

Yaralanish jarayonining bosqichini (alevlenme, shifo, chandiq) baholash uchun dunyoda qabul qilingan Sakita-Miwa tasnifidan foydalanish tavsiya etiladi. Oshqozon yarasi bo'lgan bemorlar konservativ davolash kursi oxirida maqsadli biopsiya bilan nazorat endoskopik tekshiruvini o'tkazishlari kerak. Bu, birinchi navbatda, tegishli dori terapiyasi kursiga qaramay, oshqozon yarasi belgilari saqlanib qolgan yoki oshqozon yarasi etiologiyasi etarlicha aniq bo'lmagan bemorlarga tegishli [23].

* **Shoshilinch EGDFSni** yuqori ovqat hazm qilish traktidan o'tkir qon ketishi bo'lgan barcha bemorlarga behushlik paytida bemorning hayotiy faoliyatining asosiy parametrlarini kuzatish bilan, infuzion-transfüzyon terapiyasi bilan parallel ravishda protsessual sedasyon ostida bajarish tavsiya etiladi [10, 22, 23].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). **Sharh.** EGDS bemor kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 2 soat ichida bajarilishi kerak. Qon ketishining manbai va xususiyatini aniqlash, ehtiyojni baholash va endoskop orqali qon ketishini to'xtatish/oldini olish, shuningdek, qon ketishining qaytalanish xavfini bashorat qilish imkoniyatlari endoskopik usulga tegishli

* **EGDFSni** amalga oshirishdan oldin, oshqozon yarasi gastroduodenal qon

ketishiga shubha qilingan bemorlarga oshqozonni tekshirish, so'ngra oshqozonni yuvish tavsiya etiladi [15]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). **Sharh.** Evropa oshqozon-ichak endoskopiya jamiyati (ESGE) bu maqsad uchun oshqozon-ichak trakti yoki eritromitsin (kuniga 2 marta 100-200 mg/mg) vosita stimulyatorlaridan foydalanish mumkin deb hisoblaydi. Evropa oshqozon-ichak endoskopiya jamiyati (ESGE), shuningdek, bemorning nafas yo'llarini oshqozon tarkibining potentsial aspiratsiyasidan himoya qilish uchun davom etayotgan faol qonli qusish, ensefalopatiya, qo'zg'alish bilan og'riqan bemorlarda EGDFS o'tkazilishidan oldin traxeya intubatsiyasi zarurligini ko'rsatadi [12, 16].

* Agar EGDFS vaqtida oshqozon ichidagi ko'p miqdordagi qon, oziq-ovqat massalari topilsa, oshqozon-ichak traktini tekshirish uchun tibbiy moslashuvchan **endoskopni olib tashlash va oshqozon naychasi orqali tarkibni evakuatsiya** qilish tavsiya etiladi [15]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Qon ketishi bo'lgan bemorlarda **qon ketish manbasini tabaqalashtirish J. F. Forrest** tasnifi bo'yicha tavsiya etiladi (1974) [13,23]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B** (dalillarning ishonchlilik darajasi 3). **Sharh.** Shoshilinch endoskopik tekshiruv yarali nuqsonning lokalizatsiyasini aniqlashga imkon beradi-qon ketish manbai, uning kattaligi, chuqurligi, pastki va qirralarning holati, yaraning penetratsiyasi yoki yopiq teshilishi, chandiq deformatsiyasi va stenoz belgilarini aniqlash, oshqozonning qo'shimcha eroziv va yara shikastlanishlarini aniqlash. [12, 22, 23].

* O'tkir endoskopik **tekshiruv /aralashuv** (qon ketish boshlanganidan 24 soat ichida va kasalxonaga yotqizilganidan keyingi dastlabki ikki soat ichida) yuqori ovqat hazm qilish traktidan o'tkir qon ketishi bo'lgan barcha bemorlarga tavsiya etiladi [19, 20]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). **Sharh.** Qon ketishining manbai va tabiatini aniqlash, endoskop yordamida qon ketishini to'xtatish/oldini olish zarurati va imkoniyatlarini baholash va qon ketishining qaytalanish xavfini bashorat qilish uchun hal qiluvchi

ahamiyatga ega endoskopik usulga tegishli. Shuning uchun yuqori oshqozon-ichak traktidan qon ketishi bo'lgan barcha bemorlarga shoshilinch EGDFS ko'rsatiladi.

* Endoskopik tekshiruv o'tkaza olmaydigan oshqozon yarasiga shubha qilingan bemorlarga tashxisni tasdiqlash uchun bariy suspenziyasi bilan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak **rentgenografiyasini o'tkazish** tavsiya etiladi. **Demping sindromida** oshqozon rentgenogrammasida ingichka ichakdagi kontrastning tez rivojlanishi va o'g'irlash halqasining kengayishi aniqlanadi. Takroriy yaraning odatiy rentgenologik belgilari "nish" (bariy konlari) alomati, shilliq qavatlarining yaqinlashishi. Afferent halqa buzilgan taqdirda, och qoringa floroskopiya paytida oshqozon dumg'azasidagi suyuqlik aniqlanadi, bu uning ichakdan oqishi bilan bog'liq. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8569113/>

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi B(dalillarning ishonchliligi darajasi 2). **Sharh.** Rentgenologik tekshiruvda oshqozon yarasining to'g'ridan - to'g'ri belgisi-shilliq qavatning konturida yoki relefida "joy" va kasallikning bilvosita belgilari (oshqozon yarasiga qarama-qarshi bo'lgan oshqozon devoridagi mushak tolalarining mahalliy dumaloq spazmlari "ko'rsatkich barmog'i" shaklida, shilliq qavat burmalarining "joy" ga yaqinlashishi, oshqozon va lampochkaning chandi-qyarali deformatsiyasi WPC, och qoringa gipersekretiya, gastroduodenal vosita mahoratining buzilishi). Ba'zi sabablarga ko'ra (masalan, kontrendikatsiyalar mavjudligi) endoskopik tekshiruv o'tkazish imkoni bo'lmagan hollarda, saratonning infiltrativ-ülseratif shakli bilan differentsial tashxis qo'yish uchun oshqozon devorining peristaltikasini baholash kerak bo'lganda qo'llaniladi oshqozonni evakuatsiya qilish xususiyatini aniqlashtirish kerak [14,18,28].

* Oshqozon yarasi teshilishiga shubha qilingan barcha bemorlarga erkin gazni aniqlash uchun qorin bo'shlig'i organlarining rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi. **Tavsiyasining ishonchlilik darajasi B** (dalillarning ishonchlilik darajasi-2). **Sharh.** Tekshiruv rentgenografiyasining diagnostik aniqligi 30% dan 85% gacha. Tadqiqot vertikal holatda amalga oshiriladi. Erkin qorin bo'shlig'idagi gaz rentgenogrammada diafragma va jigar, diafragma va oshqozon o'rtasida yarim oy qatlami sifatida aniqlanadi. Agar bemorning ahvoli og'ir bo'lsa, tadqiqot yon

tomonda o'tkazilishi mumkin. Ammo salbiy rentgenografiya ham mumkin bo'lgan teshilishni istisno etmaydi. Shu munosabat bilan, bir qator mualliflar peritonitning aniq belgilari bo'lsa, rentgenologik tekshiruvning birinchisi qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi bo'lishi kerak deb hisoblashadi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28258286/>

* Teshilishga shubha qilingan barcha bemorlarga, agar boshqa diagnostika usullari haqida ma'lumot bo'lmasa va tibbiy tashkilotda texnik imkoniyat mavjud bo'lsa, qorin bo'shlig'i organlarining kompyuter tomografiyasini (KT) o'tkazish tavsiya etiladi [12,13,15,18,23]. **Tavsiyasining ishonchlilik darajasi B** (dalillarning ishonchlilik darajasi-2). Sharh. Qorin bo'shlig'i organlarining KT i yuqori diagnostik aniqlikka ega-98% [12,13,18,19]. KT sizga quyidagilarni aniqlashga imkon beradi: qorin bo'shlig'idagi erkin gaz, qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik, oshqozon yarasi zonasida oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak devorlarining qalinlashishi, oshqozon yarasi va teshilgan teshikni aniqlash.

* Qorin bo'shlig'ida erkin gaz belgilari bo'lmagan taqdirda teshilishga shubha qilingan bemorlarga, radiatsion tadqiqot usullariga ko'ra, kontrastli agentning tomchilarini aniqlash uchun rentgen tekshiruvi (qorin bo'shlig'i organlarining rentgenografiyasi yoki qorin bo'shlig'i organlarining KT) bilan suvda eriydigan kontrastli preparatni (yod o'z ichiga olgan rentgen kontrastli vositalar) og'iz orqali yoki nazogastrik naycha orqali yuborish tavsiya etiladi. Oshqozon-ichak trakti [13,15,18,20]. Xarakterli alomatlar mavjud bo'lganda demping sindromini tashxislash qiyin emas. Bariy suspenziyasini oshqozon dumidan tez evakuatsiya qilish ("tushirish") va rentgenologik tekshiruvda aniqlangan ingichka ichak bo'ylab tezlashtirilgan o'tish, uglevod yukidan keyin xarakterli glisemik egri tashxisni tasdiqlaydi. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 4). https://elib.usma.ru/bitstream/usma/1532/1/UMK_2018_042.pdf

* Teshilishga shubha qilingan barcha bemorlarga salbiy **rentgen tekshiruvi** yoki **KT tekshiruvi** o'tkazilmasa, qorin bo'shlig'idagi erkin gaz va erkin suyuqlikni aniqlash uchun qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (ultratovush) (murakkab) tavsiya etiladi [21, 22, 23, 24]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C**

(dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (murakkab) teshilish paytida yuqori kumulatif diagnostik aniqlikka ega-91%. Ultratovush yordamida organ devorining teshilishni o'z ichiga olgan qalinlashgan (ekogenligi pasaygan) qismini aniqlash mumkin. Oshqozon yarasi teshilishining ultratovush alomati-bu oshqozon yarasi nuqsoni sohasidagi organ devorining tashqi konturining uzilishi, u yuqori ekogen tarkib bilan to'ldirilgan va aniq qalinlashuv zonasida joylashgan. Ultratovush tekshiruidagi yarali nuqson ko'pincha konus shaklida yoki "baliq ko'zi" ning noto'g'ri konus shaklida paydo bo'ladi (T. Yoschizumi bo'yicha) [25]. Agar yashirin teshilishga shubha qilingan bo'lsa, ultratovush tekshiruvining umumiy qiymati: diagnostik aniqlik-80,0%, o'ziga xoslik - 85,7%, sezgirlik-66,7%. [19].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

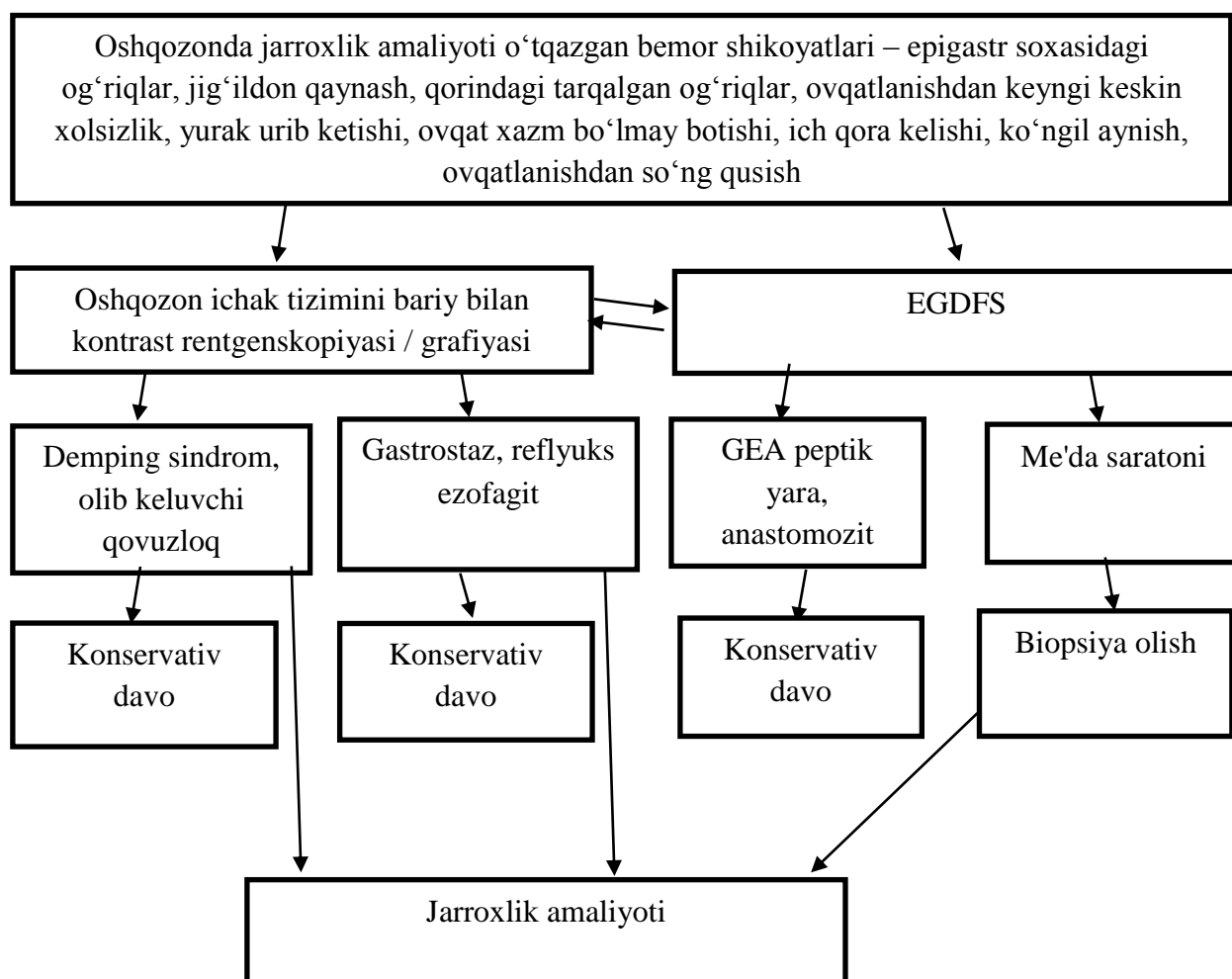
* Jarrohlik paytida teshilgan barcha bemorlarga aerob va fakultativ anaerob opportunistik mikroorganizmlar uchun peritoneal suyuqlikni bakteriologik tekshirish, anaerob spora hosil qilmaydigan mikroorganizmlar uchun peritoneal suyuqlikni mikrobiologik (madaniy) tekshirish, mikroorganizmlarning mikroblarga qarshi kimyoviy terapiya preparatlariga sezgirlikni aniqlash bilan zamburug'lar (xamirturush va miselyum) uchun peritoneal suyuqlikni mikrobiologik (madaniy) tekshirish tavsiya etiladi. [15,31]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 4). Sharh. Qorin bo'shlig'ini oshqozon-ichak trakti tarkibidagi oshqozon yarasi bilan yuqtirish tabiiy ravishda yuqumli asoratlarning rivojlanishiga olib keladi, ularning chastotasi 17% dan 63% gacha. Eng ko'p uchraydigan bakterial asoratlar yara va nafas olish yo'llari infeksiyasi. PYA bilan og'rigan bemorlarda qo'ziqorin infeksiyasi og'ir yuqumli asoratlar xavfini oshiradi va statsionar davolanish muddatini uzaytiradi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14515289/>

3.5 Tor mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko'rsatmalar:

* Qo'shimcha tor mutaxassislar bilan maslahatlashish ko'rsatmalarga muvofiq boshqa qo'shma patologiya mavjud bo'lganda amalga oshiriladi.

Quyidagi 1-rasmda operatsiya qilingan oshqozon kasalliklarida shifokor harakatlarining diagnostik algoritmi ko'rsatilgan [1,3]



3.6 differentsial tashxis:

Differentsial diagnostika birinchi navbatda operatsiya qilingan oshqozon sindromlari o'rtasida amalga oshirilishi kerak [9].

Agar operatsiyadan keyingi o'n ikki barmoqli ichak-gastral safro oqimi shubha qilingan bo'lsa, ovqatdan keyin epigastri mintaqada og'riq va/yoki og'irlik hissi mavjudligini hisobga olish kerak. Bu, ayniqsa, operatsiyadan o'tgan bemorlar (oshqozon rezektsiyasi, vagotomiya, xoletsistektomiya) tomonidan qayd etilgan.

Safro oqimi, shu jumladan u keltirib chiqaradigan kasalliklar, xususan, reflyuks gastrit va reflyuks ezofagiti asemptomatik bo'lishi mumkin. Shu munosabat bilan instrumental diagnostika usullari alohida ahamiyatga ega. Duodenogastral reflyuksiyani tashxislash uchun asosiy usul gastroduodenoskopiya hisoblanadi. Safro reflyuksining xarakterli endoskopik belgilari: fokal giperemiya, oshqozon shilliq qavatining shishishi, oshqozon tarkibi sariq rangga bo'yalgan, pilorus bo'shashadi, safro undan oshqozonga qisman kiradi. Oshqozon shilliq qavatining biopsiyalarini o'rganishda chuqur epiteliyning giperplaziyasi, epiteliya hujayralarining nekrobiozi va nekrozi, aniq yallig'lanish belgilarisiz o'z plastinkasining shishishi va to'liq qon ketishi, ba'zida atrofiya belgilari aniqlanadi. Duodenogastroezofagial reflyuksiyani tashxislash uchun endoskopiya va qizilo'ngach pH ning ko'p soatlik monitoringi qo'llaniladi. Qizilo'ngach endoskopiya bilan og'rigan ba'zi bemorlarda nafaqat uning shilliq qavatidagi yallig'lanish va halokatli o'zgarishlar, balki Barrett qizilo'ngachiga xos bo'lgan xarakterli o'zgarishlar ham vizual ravishda aniqlanadi, keyinchalik qiziqish zonasidan olingan biopsiyalarning gistologik tahlilida tasdiqlanadi [10, 13]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Demping sindromi klinikasi juda xarakterlidir va ovqatdan 10-15 daqiqa o'tgach o'zini namoyon qiladi. Klinik ko'rinishlar epigastral mintaqada to'liqlik hissi bilan boshlanadi va tananing yuqori yarmida yoki butun tanada yoqimsiz issiqlik hissi bilan birga keladi. Terlash keskin kuchayadi. Keyin zaiflik, uyquchanlik, bosh aylanishi paydo bo'ladi. Ba'zi hollarda, bu hodisalar shunday kuchga ega bo'ladiki, bemor yotishga majbur bo'ladi. Hujumlar taxikardiya, ba'zida nafas qisilishi, bosh og'rig'i, yuqori va pastki ekstremitalarning paresteziyasi, vazomotor rinit, poliuriya bilan birga keladi. Hujum paytida dispeptik hodisalar har xil: suv oqishi, quruq og'iz, oshqozon yonishi, Belching. Ko'pincha qorin bo'shlig'ida xirillash, hujum oxirida yoki undan bir muncha vaqt o'tgach diareya mavjud. Hujumlarning intensivligi o'zgarishi mumkin. Gorizontal holatda bemorning umumiy ahvoli yaxshilanadi, bu esa demping sindromining og'ir ko'rinishlarida yotoqda ovqatlanishga va ovqatdan keyin bir muddat yotishga olib

keladi. Demping sindromi ko'pincha sut va uglevodli ovqatlar tomonidan qo'zg'atiladi. [13,16]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Gipoglikemik sindrom operatsiyadan keyingi turli vaqtlarda oshqozon rezektsiyasiga uchragan bemorlarning 17 foizida uchraydi. Oshqozon rezektsiyasini boshdan kechirgan bemorlarda oshqozon dumidan oziq-ovqat tezda jejunumga o'tadi, bu erda uglevodlar, ayniqsa oson hazm bo'ladigan, tez so'riladi, natijada qon shakar darajasi tez ko'tariladi, giperglikemiya (2 martadan ortiq), giperglikemik sindrom paydo bo'ladi. Kelajakda insulinning kompensatsion qon oqimiga chiqarilishi sodir bo'ladi, kompensatsion yoki reaktiv deb ataladigan gipoglikemiya rivojlanadi — shakar darajasi pasayadi va ko'pincha asl raqamlardan past bo'ladi (ko'pincha 2,78 mmol/l va undan past). Gipoglikemik sindrom o'ziga xos klinikaga ega. Umumiy zaiflik, bosh aylanishi, ko'ngil aynish, ochlik hissi ovqatdan so'ng darhol paydo bo'lmaydi, lekin 1-1,5 soatdan keyin bu hodisalar ko'p terlash, butun tanada titroq bilan birga keladi va uglevodlarni o'z ichiga olgan oziq-ovqat bilan to'xtatiladi. Kasallikning engil kechishi bilan hujumlar kamdan-kam hollarda paydo bo'ladi, faqat tartibsiz ovqatlanish bilan, oziq-ovqat o'rtasida katta tanaffuslar mavjud. Keyinchalik og'ir holatlarda ular har ovqatdan keyin rivojlanadi [9,16]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Oshqozon-yo'g'on ichak oqmasi rivojlanishi bilan bemorlar doimiy diareya, najasda yaqinda qabul qilingan oziq-ovqat bo'laklarining mavjudligi (1-2 soat oldin), chanqoqlik, tana vaznining pasayishi, ba'zida najas hidi bilan qusishdan shikoyat qiladilar. Vaqt o'tishi bilan polifagiya va polidipsiya, shish, metabolizmning barcha turlarining buzilishi paydo bo'ladi. Agar siz buni yodda tutsangiz, tashxis qo'yish oson. Ichilgan metilen ko'k ichak harakatida tezda paydo bo'ladi. Oshqozon-ichak traktining floroskopiyasida oshqozondan kontrastli massa to'g'ridan-to'g'ri ko'ndalang yo'g'on ichakka kiradi. Irrigografiya bilan kontrast oshqozonga tushadi. Fibrogastroskopiya yordamida ishonchli ma'lumotlarni olish mumkin, bunda fistula ochilishini vizual ravishda aniqlash, uning hajmini, lokalizatsiyasini va atrofdagi to'qimalarning holatini aniqlash mumkin. Davolash-

jarrohlik. Tashxis qo'yilgandan so'ng, siz darhol ushbu zaiflashgan bemorlarni operatsiyaga tayyorlashni boshlashingiz kerak, metabolizmning barcha turlarini qoplashga alohida e'tibor berib, vitamin terapiyasi, ko'rsatmalarga ko'ra - qon quyish amalga oshiriladi. Ushbu operatsiyalar bemor uchun ham, jarroh uchun ham og'ir bo'lib, juda yuqori malakani talab qiladi [9,13]. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Anastomozning oshqozon yarasi tashxisini qo'yish xarakterli klinik ko'rinish va operatsiya haqida ma'lumot mavjud bo'lganda qiyinchilik tug'dirmaydi. Kasallikning diagnostikasi nuqsonning lokalizatsiyasi va hajmini aniqlashga, oshqozon-ichak traktining asoratlari va qo'shma patologiyalarini aniqlashga qaratilgan. Ezofagogastroduodenoskopiya eng ma'lumotli hisoblanadi. Qizilo'ngach va oshqozon stumpiga moslashuvchan endoskopni kiritish anastomoz holatini baholashga, yarali nuqsonni aniqlashga, shilliq qavatning giperemiyasi va shishishini aniqlashga imkon beradi. Endoskopiya paytida keyingi gistologik tekshiruv uchun zararlangan hududning biopsiyasi o'tkaziladi. Oshqozon rentgenografiyasi. Bariy sulfatni og'iz orqali qabul qilish orqali ovqat hazm qilish traktining kontrasti rentgenogrammada oshqozon yarasining xarakterli belgilarini aniqlashga yordam beradi — "joy" mavjudligi, shilliq qavatning konvergentsiyasi. Usul oshqozonning motor funksiyasini baholash uchun ham qo'llaniladi. Qorin bo'shlig'ining ultratovush tekshiruvi. Ultratovush tekshiruvi paytida ovqat hazm qilish trakti va gepatobiliar tizim organlarining tuzilishini, anastomozning hayotiylikini o'rganish mumkin. Usul bachadon magistralining patologiyasini, qorin aortasini aniqlash uchun tomirlarning dupleks tekshiruvini o'tkazish bilan to'ldiriladi. Differentsial diagnostika operatsiya qilingan oshqozon kasalliklarining boshqa turlari, malign oshqozon neoplaziyasi, birlamchi ingichka ichak yarasi, anastomoz etishmovchiligi, o'tkir appenditsit, pankreatit, xoletsistit bilan amalga oshiriladi. Gastroenterologdan tashqari, bemorga jarroh, onkolog, gematolog, endokrinologning maslahati kerak.

Agar oshqozon yarasi aniqlansa, yaxshi yaralar, oshqozon yarasi malignizatsiyasi va oshqozon saratonining infiltrativ yarasi o'rtasida differentsial

tashxis qo'yish kerak.

Xatarli yaralar holatlarida rentgenologik va endoskopik tekshiruvda yarali nuqsonning tartibsiz shakli, uning notekis va tuberoz qirralari, oshqozon yarasi atrofidagi oshqozon shilliq qavatining infiltratsiyasi, oshqozon yarasi joyida o'n ikki barmoqli ichak devorining qattiqligi aniqlanadi. Endoskopik Ultra-sonografiya oshqozon yarasi joyida o'n ikki barmoqli ichak devorining shikastlanish xususiyatini, shuningdek mintaqaviy limfa tugunlarining holatini baholashda katta yordam berishi mumkin. Noto'g'ri salbiy natijalar ehtimolini hisobga olgan holda, biopsiya yaraning to'liq davolanishiga qadar qayta-qayta o'tkazilishi kerak, har bir tadqiqotda kamida 3-4 dona to'qima olinadi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20363407/>

Diagnostika mezonlari (jarayonning og'irligiga qarab kasallikning ishonchli belgilarining tavsifi):

* **Qorin og'rig'i. Postgastroreksion** sindromning odatiy kursi bilan og'riq nisbatan kuchli, asosan epigastral va paraumbilikal mintaqada lokalizatsiya qilinadi va muntazam ravishda paydo bo'ladi. Og'riq tungi," och " xarakterga ega bo'lishi mumkin. Og'riq erta (ovqatdan keyin 30-60 daqiqa ichida paydo bo'ladi) va kech (ovqatdan 2-3 soat o'tgach) bo'lishi mumkin. Og'riqning tabiati og'riqdan tortib to paroksizmalgacha farq qilishi mumkin, Mendelning ijobiy alomati ko'pincha aniqlanadi.

* **Kasallikning atipik kursi bilan** (ko'pincha yoshligida) ABS paydo bo'lishi va o'zgarishi muntazamligi aniqlanmaydi, dispeptik shikoyatlar bo'lmasligi mumkin, klinik ko'rinish ko'krak og'rig'i, xoletsistit, pankreatit, jigar yoki buyrak kolikasining "niqobi" ostida davom etadi.

* **Postgastroreksion sindrom** bilan ichak dispepsiyasi qusish, ovqatdan keyin epigastral mintaqada og'irlik yoki bosim hissi, Belching, ko'ngil aynish, epigastral yonish va oshqozon yonishi shaklida namoyon bo'ladi.

* **Ishtahaning pasayishi**, jismoniy rivojlanishning kechikishi,shuningdek, ich qotishi yoki najasning beqaror tabiati. Kasallikning rivojlanishi, shuningdek, ABSning davom etishi hissiy labillikning kuchayishi, uyquning buzilishi,

charchoqning kuchayishi va astenik va depressiv sindromlarning boshqa ko'rinishlari bilan birga keladi.

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

4-jadvalda Postgastroreseksion sindromning differentsial diagnostikasi keltirilgan

Bojovich davrida differentsial diagnostika			
Tashxis	Tadqiqot rejasi	Klinik mezonlar	Laboratoriya va instrumental belgilar
Surunkali yuzaki (antral) H. pylori bilan bog'liq gastrit	To'liq qon ro'yxati, FGDS, gistologik biopsiya tadqiqotlari, H. pylori diagnostikasi uchun but, yashirin qon najasi	Oshqozon dispepsiyasining belgilari	Oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishining endoskopik va morfologik belgilari;
Funksional (yarasiz) dispepsiya		Yaraga o'xshash variant yoki dispeptik sindrom	H. pylori 85-90 da aniqlanadi%;
Demping sindromi		Piloroduodenal zonada erta yoki kech ba'zan tungi og'riqlar	Oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishining endoskopik va morfologik belgilarining yo'qligi
Oshqozon adenokarsinomas i	OAK, FGDS, gastrobiopatlarning gistologik tadqiqotlari, H. pylori diagnostikasi uchun but, yashirin qon uchun najas	Oshqozon va ichak dispepsiyasining belgilari; anoreksiya, go'shtdan nafratlanish, vazn yo'qotish (kaxeksiyadan oldin)	Laboratoriya ultratovush tekshiruvi mumkin;
Surunkali pankreatit	To'liq qon ro'yxati, koprogramma, najasdagi elastaza, qon amilazasi, ultratovush yoki qorin bo'shlig'i organlarining KT yoki	Qorinning chap yarmida orqa tomonga nurlanish bilan " kamar " og'rig'i; Merfining ijobiy alomati.	EGDFS-keng anastomoz bilan oshqozon rezektsiyasining spo,

	MRG		
--	-----	--	--

4. DAVOLASH TAKTIKASI.

Postgastroreseksion sindromni davolash har tomonlama bo'lishi kerak va nafaqat dori-darmonlarni tayinlashni, balki turli xil tadbirlarni o'tkazishni ham o'z ichiga olishi kerak: parhez ovqatlanish, chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, ulserogen ta'sirga ega dorilarni qabul qilishdan bosh tortish, ish va dam olish rejimini normallashtirish, kurortda davolanish.

Postgastroreseksion sindromning asoratlanmagan kursi bo'lgan bemorlar konservativ davoga bo'ysunadi. Ko'pgina hollarda u ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi. Shu bilan birga, og'ir og'riq sindromi bilan, asoratlarni rivojlanish xavfi yuqori (masalan, GDA oshqozon yarasi, og'ir demping sindromi, adductor Loop sindromi va boshqalar) tashxisni tekshirish uchun qo'shimcha tekshirish zarurati (masalan, lezyonning noaniq tabiati bilan), og'ir komorbidiyalar bemorlarni kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiqdir [10].

4.1 Nomedikamentoz bo'lmagan davolanish

Peptik yaralarni davolashni tezlashtirish, ovqatni yaxshiroq assimilyatsiya qilish uchun barcha bemorlarga parhez terapiyasi tavsiya etiladi. Bundan tashqari, ma'lum bir ovqatlanish rejimiga rioya qilishga arziydi:

1. Kichik qismlarda tez-tez fraksiyonel ovqatlanish (kuniga 5-7 marta);
2. Sekin ovqatlanish kerak;
3. Ko'pincha demping sindromini keltirib chiqaradigan oziq-ovqat va idishlarni cheklash: shirinliklar (shakar, asal, murabbo), juda issiq va juda sovuq idishlar, suyuq shirin sut pyuresi va boshqalar.;
4. Suyuqlikni boshqa idishlar bilan birga qabul qilmaslik, ya'ni choy, sut, tushlikda 3-taom va kechqurun kefir asosiy ovqatdan 20-30 minut o'tgach iste'mol qilinishi kerak. Bir vaqtning o'zida suyuqlik miqdori 1 stakandan oshmasligi kerak. Iloji bo'lsa, ovqatdan keyin, ayniqsa tushlikdan keyin 15-20 daqiqa yoting.

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi

5). Sharh. Ko'p yillar oldin ishlab chiqilgan Postgastroreseksion sindrom bilan kasallangan bemorlarning parhez ovqatlanishining asosiy tamoyillari hozirgi kunda ham dolzarb bo'lib qolmoqda. Qoidaga muvofiq tez-tez (kuniga 5-6 marta), fraksiyonel ovqatlanish bo'yicha tavsiyalar amal qiladi: "oltita kichik ovqat uchta katta ovqatdan yaxshiroq", mexanik, termal va kimyoviy tejamkorlik. Oshqozon shilliq qavatini bezovta qiladigan va xlorid kislota sekretyasini qo'zg'atadigan oziq-ovqat mahsulotlarini dietadan chiqarib tashlash kerak: kuchli go'sht va baliq bulonlari, qovurilgan va pishirilgan ovqatlar, dudlangan go'sht va konservalar, ziravorlar va ziravorlar (piyoz, sarimsoq, qalampir, xantal), tuzlangan va marinadlar, gazlangan mevali suvlar, pivo, quruq oq sharob, shampan, qahva, sitrus.

Aniq bufer xususiyatlariga ega bo'lgan mahsulotlarga ustunlik berish kerak (ya'ni xlorid kislotani bog'lash va zararsizlantirish qobiliyati). Bularga go'sht va baliq (qaynatilgan yoki bug'langan), tuxum, sut va sut mahsulotlari kiradi. Makaron, eskirgan oq non, quruq pechene va quruq pechene, sut va vegetarian sho'rvalariga ham ruxsat beriladi. Sabzavotlar (kartoshka, sabzi, qovoq, gulkaram) qovurilgan yoki pyuresi va bug ' sufle shaklida tayyorlanishi mumkin. Ratsionga don, shirin berry navlaridan jele, muss, jele, xom maydalangan va pishirilgan olma, sutli kakao, zaif choy kiradi. Shuni esda tutish kerakki, bunday oddiy, ammo ayni paytda muhim tavsiyalar, masalan, tinch muhitda, asta-sekin, o'tirib, ovqatni yaxshilab chaynash kerak. Bu ovqatni tupurik bilan yaxshiroq singdirishga yordam beradi, uning buferlash qobiliyati juda aniq.

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

Postgastroreseksion sindrom uchun parhez jadvali oshqozon yarasi bilan bir xil:

* 5-7 kun davomida 1a dietasi: sut (bardoshlik bilan), yangi tvorog, jele, jele, don va sutdan tayyorlangan shilimshiq va pyuresi sho'rvalari, tuz cheklangan baliq sufle.

* 14 kun davomida 1b dietasi: dietaning kengayishi bilan-krakerlar, go'sht, baliq, pyuresi, sutdagi donli sho'rvalar, o'rtacha miqdorda tuz.

* mexanik va kimyoviy tejamkorlik printsipligiga rioya qilgan holda №1 parhez.

Yumshoq dietaning davomiyligi terapiya samaradorligiga bog'liq, vaziyatni yaxshilash bilan parhez kengayadi, dietani kengaytirish bilan 1-jadvalni almashtirish mumkin, siz 5-jadvaldan foydalanishingiz mumkin [4].

4.2 Dori-darmonlar bilan davolash

Postgastroreseksion sindromning klinik simptomatik kursi bilan va jarrohlik uchun ko'rsatma bo'lmasa, konservativ davo ko'rsatiladi.

* Postgastroreseksion sindrom kuchaygan bemorlarga oshqozon yarasini davolashga erishish uchun proton pompasi inhibitörleri (ipn) bilan antisekretor terapiyani 4-6 hafta davomida o'tkazish tavsiya etiladi [2, 3]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). **Sharh.** Hozirgi vaqtda faqat antatsidlar, H₂-gistamin retseptorlari blokerlari (H₂ - blokerlar) va ipn asosiy terapiya sifatida ko'rib chiqilishi mumkin. 1990 yilda W. Burget va boshqalar. [35] 300 ta asarning meta-tahlil ma'lumotlarini nashr etdi, ular asosida oshqozon yarasi deyarli barcha holatlarda chandiqlik paydo bo'ladi, degan xulosaga kelishdi, agar kun davomida oshqozon ichidagi tarkibning pH qiymati >3 ni taxminan 18 soat ushlab turish mumkin bo'lsa (Burget "Burje qoidasi"). Ular og'riq sindromi va dispeptik kasalliklarni bartaraf etish, shuningdek, yarali nuqsonni iloji boricha qisqa vaqt ichida chandiqlikka erishish uchun buyuriladi. Ko'plab randomizatsiyalangan qiyosiy tadqiqotlar (shu jumladan meta-analitik) klinik simptomlarni bartaraf etish va yara chandiqlariga erishishda H₂ blokerlariga nisbatan ipn samaradorligini sezilarli darajada yuqori ekanligini ko'rsatdi [37, 38].

* Hozirgi vaqtda Postgastroreseksion sindromning farmakoterapiya protokoli mavjud bo'lib, u tanlangan preparatni ma'lum bir sutkalik dozada tayinlashni nazarda tutadi: omeprazol* * - 20 mg dozada, lansoprazol-30 mg dozada, pantoprazol-40 mg dozada, rabeprazol-20 mg dozada, esomeprazol * * - 20 mg dozada. davolash Davomiyligi aniqlanadi 2-4 hafta oralig'ida amalga oshiriladigan endoskopik tekshiruv natijalari. Ipn yordamida asosiy antisekretor terapiya idiopatik gastroduodenal yaralarni davolashning asosiy usuli hisoblanadi.

* Agar ipn samarasiz bo'lsa yoki oshqozon yarasi kuchaygan bemorlarda foydalanish uchun kontrendikatsiyalar mavjud bo'lsa, yaralarni davolashga erishish uchun 4-6 hafta davomida h-gistamin retseptorlari blokerlarini buyurish tavsiya etiladi [2]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. H2-gistamin retseptorlari blokerlari (ranitidin**, famotidin**) gistaminni parietal hujayralarning h-2 retseptorlari bilan bog'lanishidan chiqarib yuborish orqali xlorid kislota sekretsiasini inhibe qiladi. Ushbu dorilar 8-10 soat davomida kun davomida oshqozon ichidagi pH \ u003e 3 ko'rsatkichlarini qo'llab-quvvatlaydi. O'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, h2 blokerlarini 4-6 hafta davomida qo'llash o'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lgan bemorlarning 70-80 foizida va oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarning 55-60 foizida yarali nuqsonni keltirib chiqaradi [2].

* Postgastroreseksion sindromning kuchayishi bilan og'rigan bemorlarga yaralarni davolash vaqtini tezlashtirish va hosil bo'lgan chandiq sifatini yaxshilash uchun rebamipiddan foydalanish tavsiya etiladi [39, 40]. **Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C** (dalillarning ishonchliligi darajasi 2). 35 Sharh. Rebamipid ham gastro, ham enteroprotektiv ta'sirga ega. Preparatning ta'sir qilish mexanizmlari oshqozon va ichak shilliq qavatida prostaglandinlar E2 va I2 sintezining induksiyasiga asoslangan bo'lib, bu uning himoya xususiyatlarining faollashishiga olib keladi. Natijada, oshqozon va ichak devoridagi qon oqimi yaxshilanadi, epiteliya hujayralarining ko'payishi kuchayadi, shilliq qavatning o'tkazuvchanligi normallasadi, kislorod radikallari so'riladi, oshqozon shilliq qavatining sekretsiasini oshadi va yallig'lanishga qarshi ta'sir amalga oshiriladi. O'tkazilgan tadqiqotlar platsebo bilan solishtirganda oshqozon yarasini davolashda rebamipidning yuqori samaradorligini va rebamipid va omeprazolning o'xshash samaradorligini ko'rsatdi * * [23,30]. Asosiy dorilar №5 va №6 jadvalda ko'rsatilgan.

Jadval №5. Postgastroreseksion sindromda ishlatiladigan asosiy dorilar ro'yxati, 100%

	Farmakoterapiy	INN dori	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
--	----------------	----------	----------------	----------------

YYP	a guruhi	vositalari		
B	Oshqozon sekretiyanini kamaytiradigan vosita proton nasosining inhibitori hisoblanadi	Omeprazol Pantoprazol Rabeprazol Esomeprazo	Ichki os / in / in 20 mg, 30 mg, 40 mg kapsulalar. Vena ichiga yuborish uchun kukun 40 mg.	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/ Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/
B	Gastroprotektiv vosita	Rebamipid Rebamipide-SZ	Ichki os uchun. Yorliq., qarang. film qobig'i, 100 mg.	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/
C	Gistamin H2 retseptorlari blokeri	Ranitidin (Ranitidin) Famotidin (Famotidine)	Yorliq., qarang. film qobig'i, 150 mg, 300 mg	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/

C	Antatsid + karminativ	Simalgel (Simalgel-VM) Almagel Maaloks	Qopqoq. D / og'iz orqali qabul qilish 81 mg + 20mg + 25 mg/ml: 125 yoki 300 ml fl	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/
---	-----------------------	--	---	---

Jadval № 6 Postgastrorezeksion sindrom uchun ishlatiladigan qo'shimcha dorilar ro'yxati (ulardan foydalanish ehtimoli 100% dan kam).

YYP	Farmakoterapiya guruhi	INN dori vositalari	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
C	Dopamin retseptorlarini blokirovka qiluvchi Markaziy ta'sir qiluvchi qusishga qarshi dori	Domperidon	Og'iz tabletkalari,	Domperidon: gastroenterologiyada farmakologiya va klinik qo'llanmalarni ko'rib chiqish https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
C	Markaziy ta'sirga ega antiemetik preparat	Metoklopramid	Og'iz tabletkalari yoki in'ektsiya uchun ampulalar, 5 mg	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/
B	Fermentativ vosita	Pankreatin	Ichishga kapsula 25000ЕД	https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/b_ozh.pdf

4.3 Ambulatoriya sharoitida operativ davolash yoki aralashuv amalga oshirilmaydi.

Murakkab postgastrorezeksion sindrom shakli belgilari bo'lgan bemorni

qabul qilganda, bemorning umumiy holatini favqulodda baholash kerak:

- Kasallikning shikoyatlari va tarixini aniqlang
- Ob'ektiv tekshiruv o'tkazing, puls va qon bosimini aniqlang
- Ambulatoriya sharoitida ko'rsatmalarga ko'ra, yashirin qon ketish uchun

to'liq qon ro'yxatini (qizil qism) va najasni oling.

Keyinchalik, KTMP yoki tuman / viloyat darajasidagi shifoxonalarda qo'shimcha tekshirish zarurligi masalasi hal qilinadi.

5. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

5.1 Favqulodda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

1. Tuman tibbiyot birlashmalari sharoitida jarrohlik aralashuvlar amalga oshirilmaydi.

2. Viloyat ko'p tarmoqli markazi va/yoki respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy jarrohlik tibbiyot markazining viloyat filialiga tez tibbiy yordam va/yoki reanimatsiya mintaqaviy bo'limiga murojaat qilish ko'rsatmalari – qon ketishi, teshilishi, og'ir og'riq sindromi bilan penetratsiya bilan oshqozon yarasi bilan murakkablashgan operatsiya qilingan oshqozon kasalliklari, og'ir demping sindromi va aduktor halqasi klinikasi bilan, kaxeziya, og'ir anemiya, onkotik shish va boshqalar.

3. Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy jarrohlik tibbiyot markaziga yoki oliy o'quv yurtlari klinikalarining jarrohlik bo'limiga yuborish – qon ketishi, teshilishi, og'ir og'riq sindromi bilan penetratsiya bilan oshqozon yarasi bilan murakkablashgan operatsiya qilingan oshqozon kasalliklari, og'ir demping sindromi va aduktor tsikli klinikasi, kaxeziya, og'ir anemiya, onkotik shish.

Asoratlardan davom etadigan postgastroreseksion sindrom shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi kerak:

- * oshqozon yarasidan teshilish va qon ketish
- * og'ir og'riq sindromi
- * gipoglikemik sindrom.

5.2 Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar [12]

Rejalashtirilgan statsionar davolanish uchun ko'rsatmalar (jarrohliksiz):

1. Kunduzgi shifoxona postgastroreseksion sindromning bemorlariga taalluqli emas. Agar bemorlarda kasallikning murakkab shakli tasdiqlangan bo'lsa, unda ular kasalxonaga yotqizilishi kerak.

2. Klinik shifoxona va/yoki tuman tibbiyot birlashmasi va/yoki xususiy klinikaning jarrohlik bo'limiga yotqizish uchun ko'rsatmalar kasallikning murakkab shaklidir.

3. Xirurugiya respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazining viloyat filiallari klinikalariga yuborish uchun ko'rsatmalar – bu qo'shimcha tekshirish va davolanishga muhtoj bo'lgan Postgastroreseksion sindromning murakkab shakli.

4. Respublika ixtisoslashtirilgan jarrohlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi klinikalariga yoki oliy o'quv yurtlari klinikalarining jarrohlik bo'limiga yuborish uchun ko'rsatmalar – bu qo'shimcha tekshirish va davolanishga muhtoj bo'lgan postgastroreseksion sindromning murakkab shakli.

Postgastroreseksion sindrom bilan og'rigan bemorlarni muntazam ravishda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar doimiy (7 kundan ortiq) og'riq sindromi bo'lgan kasallikning aniq klinik ko'rinishi, oshqozon va anastomoz sohasida yaralar mavjudligi, yaxshi yaralar va takroriy oshqozon saratoni o'rtasida differentsial tashxisni talab qiladi, anamnezda asoratlar bo'lgan oshqozon yarasining qaytalanishi [29].

Postgastroreseksion sindromning residivi bo'lgan bemorlarni statsionar davolashning davomiyligi 21 kun bo'lishi kerak. Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma qon ketish, teshilish va oshqozon yarasining penetratsiyasi belgilarining mavjudligi. Postgastroreseksion sindromning asoratlanmagan kursi bo'lgan bemorlar ambulatoriya sharoitida davolanadi. Postgastroreseksion sindromning alomatlari qaytalanishi bilan og'rigan bemorlarga ambulatoriya sharoitida ham, statsionar sharoitda ham ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatiladi, bu esa Postgastroreseksion

sindromning maxsus tibbiy yordam standartiga muvofiq amalga oshiriladi.

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

O'tkir oshqozon-ichakdan qon ketish belgilari bo'lgan yoki bunga asosli shubha bo'lgan barcha bemorlar ushbu profildagi bemorlarni tashkiliy, kadrlar va moddiy-texnik jihatdan qabul qilish va davolash uchun to'liq tayyorlangan kasalxonalariga darhol yuborilishi kerak. Katta shaharlarda uy-joy kommunal xizmatlari bilan kasallangan bemorlarni ko'p tarmoqli kasalxonalariga yoki uy-joy kommunal xizmatlarini davolash bo'yicha ixtisoslashgan markazlarga yuborish tavsiya etiladi. Postgastroreseksion sindrom bilan kasallangan bemorlarga yordam ko'rsatadigan har bir klinikada bunday bemorlarni ko'p intizomli boshqarish protokoli bo'lishi kerak. Bemorlarni diagnostika qilish va davolash protokoli milliy klinik tavsiyalarga asoslanishi va shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish va muayyan tibbiy-profilaktika muassasasini jihozlash tuzilishining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olishi kerak.

Postgastroreseksion sindromdan bemorlarga yordam ko'rsatadigan klinikada kunning istalgan vaqtida diagnostika va terapevtik endoskopiyaning asosiy usullarini biladigan zamonaviy endoskopik video uskunalari, asboblari va xodimlari mavjud bo'lishi kerak; yuqori malakali jarrohlik, reanimatsiya-anesteziologiya va iloji bo'lsa, rentgen-intervensiya xizmati. O'tkir uy-joy kommunal xizmatlari bilan og'rigan barcha bemorlar jarrohlik shifoxonasiga yoki oritga yotqizilishi kerak. O'rtacha va og'ir oshqozon yarasidan qon ketishi, qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori, komorbid patologiyasi bo'lgan bemorlar qon ketishining qaytalanish xavfi bartaraf etilgunga qadar, o'tkir postgemorragik kasalliklarni to'liq tuzatish va qo'shma kasalliklarni qoplashdan oldin statsionar davolanishlari kerak, ammo kamida 4 kun. <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>

6. Statsionar darajadagi postgastroreseksion sindrom bilan bemorlarni boshqarish taktikasi.

6.1 kasalxonadan oldingi bosqichda va kasalxonaga yotqizish bosqichida oshqozon yarasidan qon ketishi bo'lgan bemorlarni boshqarish

* Yuqori oshqozon-ichak traktidan qon ketish belgilari bo'lgan barcha bemorlarga kasalxonaga yotqizilgunga qadar va/yoki kasalxonaga yotqizilganida darhol **intensiv terapiyani boshlash** tavsiya etiladi [9, 12, 14, 19].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Gastroduodenal qon ketish klinikasi bo'lgan barcha bemorlarga kasalxonaga yotqizilganida **proton pompasi ingibitorlarini** parenteral yuborish tavsiya etiladi [13, 19, 23].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Kasalxonadan oldingi bosqichda va birlamchi EGDNI amalga oshirishdan oldin IPNNI tayinlash endoskopik gemostazga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi, ammo endoskopiyaning kechikishiga olib kelmasligi kerak.

* Kasalxonaga yotqizish bosqichida qon ketishiga shubha qilingan bemorlarni kasalxonaga yotqizish / og'ir qon ketishi bo'lgan bemorlarni **Reanimasiya va intensiv terapiya** o'tkazish masalasini hal qilish uchun zo'ravonlik va o'lim ehtimoli bo'yicha tabaqalashtirish tavsiya etiladi [19].

C tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 4). Sharh. Oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarni qon yo'qotishining og'irligi va o'lim ehtimoli bo'yicha tabaqalashtirish uchun Glasgow-Blatchford tarozilaridan foydalanish mumkin [16,20].

Katta qon yo'qotish bilan og'rigan bemorlarni boshqarish. Intensiv terapiyaning asosiy vazifalari hujayraga kislorodni yetarli darajada etkazib berish va uni iste'mol qilish, gemostazni tuzatishdir.

* Qon ketish bilan og'rigan bemorlarda beqaror gemodinamika mavjud bo'lganda, **aylanadigan qon miqdorini** to'ldirishni muvozanatli tuz eritmalarini kiritish bilan boshlash tavsiya etiladi [28].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qon o'rnini bosuvchi moddalar va qon plazmasi preparatlari ham ko'rib chiqilishi mumkin, ammo ularning gemostaz va buyrak faoliyatiga salbiy ta'sirini hisobga olgan holda.

* Qon ketish bilan og'riqan bemorlarga katta qon yo'qotilishini tekshirishda uni davolash protokolini darhol faollashtirish tavsiya etiladi [28].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Massiv bo'lmagan qon yo'qotish bilan og'riqan bemorlarga cheklovchi xarakterdagi infuzion - transfüzyon terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [27].

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qon ketish bilan og'riqan bemorlarda "jarrohlik" gemostazni amalga oshirgandan so'ng perfuziyaning etarliligi maqsadlariga erishish kerak. Liberal infuzion-transfüzyon terapiyasi, gemodinamik maqsadlarga erta erishish (jarrohlik gemostazdan oldin) gemodilyutsiyaga, perfuziya bosimining oshishiga olib kelishi mumkin, bu esa qon yo'qotishining ko'payishiga olib keladi [32].

* Qon ketish bilan og'riqan bemorlarga gemoglobin darajasi 70 g/l dan kam bo'lgan qon quyish tavsiya etiladi; yurak - qon tomir kasalliklari bo'lgan bemorlarga qon quyish boshlanish chegarasi 90 g/l dan yuqori bo'lishi mumkin [13, 27, 28].

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qon yo`qotgan bemorlarga gipokoagulyatsiya va davom etayotgan qon ketish yoki uning qayta tiklanish xavfi yuqori bo'lgan taqdirda yangi muzlatilgan plazmani quyish tavsiya etiladi.

* Katta qon yo'qotish bilan og'riqan bemorlarda trombotsitlar darajasini 50 x 109/l dan yuqori ushlab turish tavsiya etiladi [27]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5) **Sharh.** Adekvat perfuziyani tiklash mezonlari quyidagilardan iborat: terining holati (mozaika, kapillyarlarni to'ldirish vaqti, harorat); ong darajasi; diurez miqdori; KSCS, laktatni normallashtirish; gemodinamikaning maqsadli darajasiga erishish [13,16]. Transfüzyon terapiyasining etarliligi mezonlari quyidagilardan iborat: patologik qon ketishining yo'qligi ("jarrohlik" gemostaz bajarilgan taqdirda); gemostazni global koagulologik testlar va/yoki gemostazni viskoelastik usullar bilan tekshirish orqali normallashtirish [13,22,24].

6.2 Nomedikamentoz davо

Sog'ayishni tezlashtirish uchun barcha bemorlarga **parhez** terapiyasi tavsiya etiladi. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Ko'p yillar oldin ishlab chiqilgan bemorlarning parhez ovqatlanishining asosiy tamoyillari hozirgi kunda ham dolzarb bo'lib qolmoqda.

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

Yumshoq parhez bemorlarga 1-2 haftadan keyin buyuriladi operatsiyadan keying 4 oy mobaynida. Oshqozon tubining gastriti, anastomozit, oshqozon yarasi kabi asoratlar mavjud bo'lganda, bemorlar uzoq vaqt davomida parhezga rioya qilishlari kerak. Ratsionning asosiy maqsadi yallig'lanish jarayonining oldini olish yoki kamaytirish, demping sindromining oldini olishd

6.3 Medikamentoz davolash

Postgastroreseksion sindromning asoratlanmagan kursi bilan va jarrohlik uchun ko'rsatma bo'lmasa, konservativ davо ko'rsatiladi.

Postgastroreseksion sindrom kuchaygan bemorlarga oshqozon yarasini davolashga erishish uchun proton pompasi inhibitörleri (ipn) bilan antisekretor terapiyani 4-6 hafta davomida o'tkazish tavsiya etiladi [2, 3].

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Agar proton pompa ingibitorlarini qo'llash samarasiz bo'lsa yoki oshqozon yarasi kuchaygan bemorlarda foydalanish uchun kontrendikatsiyalar mavjud bo'lsa, yaralarni davolashga erishish uchun 4-6 hafta davomida h-gistamin retseptorlari blokerlarini buyurish tavsiya etiladi [2]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Oshqozon yarasini davolash vaqtini tezlashtirish va hosil bo'lgan chandiq sifatini yaxshilash uchun oshqozon yarasi kuchaygan bemorlarga rebamipiddan foydalanish tavsiya etiladi [39, 40]. **Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C** (dalillarning ishonchliligi darajasi 2). Asosiy dorilar №7 va № 8 jadvallarda

ko`rsatilgan.

**Jadval №7. 100% Postgastroreseksion sindrom uchun ishlatiladigan
asosiy dorilar ro'yxati**

YYP	Farmakoterapiya guruhi	INN dori vositalari	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
B	Oshqozon sekretyasini kamaytiradigan vosita proton nasosining inhibitori hisoblanadi	Omeprazol Pantoprazol Rabeprazol Esomeprazol	Ichki os / in / in 20 mg, 30 mg, 40 mg kapsulalar. Vena ichiga yuborish uchun kukun 40 mg.	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/ Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/
B	Gastroprotektiv vosita	Rebamipid Rebamipide-SZ	Ichki os uchun. Yorliq., qarang. film qobig'i, 100 mg.	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/
C	Gistamin H2 retseptorlari blokeri	Ranitidin (Ranitidin) Famotidin (Famotidine)	Yorliq., qarang. film qobig'i, 150 mg, 300 mg	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/
C	Antatsid + karminativ	Simalgel (Simalgel-VM) Almagel Maaloks	Qopqoq. D / og'iz orqali qabul qilish 81 mg + 20mg + 25 mg/ml: 125 yoki 300 ml fl	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/

Yorliq № 8 Postgastroreseksion sindrom uchun ishlatiladigan qo'shimcha dorilar ro'yxati (ulardan foydalanish ehtimoli 100% dan kam).

YYP	Farmakoterapiya guruhi	INN dori vositalari	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
C	Blokirovka qiluvchi Markaziy ta'sir qiluvchi antiemetik dori	Domperidon	Og'iz tabletkalari, 10 mg	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
C	Markaziy ta'sirga ega antiemetik preparat	Metoklopramid	Og'iz tabletkalari yoki in'ektsiya uchun ampulalar, 5 mg	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/
B	Fermentativ vosita	Pankreatin	Ichishga kapsula 25000ЕД	https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/b_ozh.pdf

7. Davolash maqsadlari:

- * oshqozon shilliq qavatida faol yallig'lanishni to'xtatish;
- * og'riq va dispeptik sindromlarni to'xtatish;
- * me'da shirasining kislota-proteolitik tajovuzini kamaytirish;
- * tuzatish jarayonlarini tezlashtirish va yarali nuqsonni davolash;
- * kasallikning asoratlari va qaytalanishining oldini olish;
- * hayot sifatini yaxshilash;

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

“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT HAZM QILISH TIZIMINING OPERASIYADAN KEYINGI BUZILISHLARI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent- 2025

1. ASOSIY QISMI.

1.1 Jarrohlik davolash.

Postgastroreseksion sindromning og'ir va murakkab shakllari bo'lgan bemorlarni (qon ketish, teshilish, organik oilb keluvchi ichak sindromi va demping sindromi va boshqalar) jarrohlik profilidagi shifoxonada jarrohlik davolash masalasini hal qilish uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). **Izohlar:** Operatsiya qilingan oshqozon kasalligining murakkab kechishi bilan og'riqan bemorlar, qoida tariqasida, shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi kerak. Reanimatsiya bo'limida davolanishning asosiy vazifasi bemorning ahvolini barqarorlashtirish — aylanma qon hajmini to'ldirish, gipovolemik shokning namoyon bo'lishiga qarshi kurashish, etarli og'riqni yo'qotish, dekompensatsiyalangan qo'shma kasalliklarni davolash va tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi, shundan so'ng jarrohlik va / yoki endoskopik davolash usullari qo'llanilishi mumkin [10].

Shuni ta'kidlash kerakki, yarali qon ketishda komorbid bemorning o'lim xavfi komorbid kasalliklar soni bilan bevosita bog'liqdir [14]. Bu, o'z navbatida, komorbid bemorlar bilan ishlashda shifokordan juda ehtiyotkorlik talab qiladi va oshqozon yarasi asoratlari rivojlanishining barcha xavf omillarini ular amalga oshirilgunga qadar tahlil qiladi [5]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26430191/>

Yarali qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini tekshirish va endoskopik gemostazni amalga oshirish uchun ezofagogastroduodenoskopiya kasalxonaga yotqizilganidan keyingi dastlabki 2 soat ichida tavsiya etiladi [3,9].

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Yarali qon ketishi bo'lgan bemorlarda qon ketish manbasini dinamik kuzatish va endoskopik gemostazni o'tkazish maqsadida takroriy ezofagogastroduodenoskopiya faqat takroriy qon ketish va uning rivojlanish xavfi

yuqori bo'lgan taqdirda tavsiya etiladi [6,7]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A** (dalillarning ishonchlilik darajasi 1).

Yarali qon ketishda operatsiyaning asosiy vazifalari quyidagilardan iborat: ishonchli gemostazni ta'minlash, iloji bo'lsa, gemorragiya manbasini yo'q qilish va yaraning qaytalanishini oldini olish [30, 33, 42].

* **Endoskopik gemostazning** samarasizligi (yoki mumkin emasligi), shuningdek qon ketishi va oshqozon yarasi teshilishi bilan davom etadigan qon ketishi bo'lgan bemorlarga shoshilinch operatsiya qilish tavsiya etiladi [30, 33, 45].
https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
Sharh. Endoskopik, dori va endovaskulyar gemostazga chidamli qon ketishining qaytalanishi bilan jarrohlik davolash ko'rsatiladi. Jarrohlik aralashuvining hajmi yaraning lokalizatsiyasi va hajmi, oshqozon yarasining boshqa asoratlari mavjudligi, shuningdek bemorning ahvoli og'irligi bilan belgilanadi. Og'ir ahvolda bo'lgan bemorlarda gastroduodenotomiyani oshqozon yarasida qon ketadigan tomir orqali yuborish mumkin [15]. Takroriy ülseratif gastroduodenal qon ketishi bo'lgan bemorlarni davolash qon ketishining qaytalanishi ma'lum klinik, laboratoriya va endoskopik ma'lumotlar bilan aniqlanadi.

* **Yarali qon ketishining** qaytalanishining birinchi epizodida takroriy endoskopik gemostaz tavsiya etiladi [11, 13, 15, 19, 21, 23].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
Sharh. Bunday hollarda, takroriy qon ketishining oldini olish uchun oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak arteriyalarining endovaskulyar embolizatsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi. Yarali qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda, agar endoskopik, dori-darmonli va endovaskulyar gemostaz to'liq bajarilmasa, takroriy gemorragiyaning oldini olish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuv amalga oshirilishi mumkin [11, 13, 15, 19, 23].

2.1 Operatsiyadan oldingi tayyorgarlik

* Postgastroreseksion sindrom bilan og'rigan bemorlarga operatsiyadan oldin

tayyorgarlik ko'rish tavsiya etiladi, shu jumladan tizimli antibakterial preparatlarni empirik tayinlash, qo'shma kasalliklar tufayli kelib chiqqan organlarning disfunktsiyasini tuzatish, oshqozon tarkibini evakuatsiya qilish uchun nazogastral probni o'rnatish, jarrohlik sohasini gigienik tayyorlash. Tizimli antibakterial dorilarning birinchi in'ektsiyasi operatsiya boshlanishidan oldin amalga oshirilishi kerak [36, 37, 42]. **Tavsiyasining ishonchlilik darajasi B**(dalillarning ishonchlilik darajasi-3).

* Organ disfunktsiyasining rivojlanishini oldini olish va o'limni kamaytirish uchun sepsisni o'z vaqtida aniqlash uchun postgastrorezeksion sindrom bilan og'rigan bemorlarning ahvolini baholash tavsiya etiladi.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). * Bemorlarning ahvoli og'irligini baholash uchun o'lchovlardan foydalanish tavsiya etiladi (qSOFA, SOFA) [38,43]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Katta oshqozon yarasi bo'lsa, malignizatsiyaga shubha qilingan holda, jarrohlik materialini shoshilinch patologik tekshirish bilan rezektsiya qilish tavsiya etiladi (iloji bo'lsa) [40,41].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Visick shkalasi bo'yicha operatsiyalarning uzoq muddatli natijalarini tahlil qilganda, Bilrot-I bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini birlamchi rezektsiya qilish (bemorlarning 95,2%) va oldingi selektiv va orqa tomir vagotomiyasi (95%) bilan antrumektomiyadan so'ng, Bilrot-II bo'yicha oshqozon rezektsiyasidan so'ng, ijobiy natijalar aniqlandi. bemorlarning 78,1 foizida [30].

Oshqozonni rezektsiya qilish shartlari: bemorning kompensatsiyalangan holati va jarrohning oshqozonni rezektsiya qilish usulini bilishi [25,30]. Stenoz bilan murakkablashgan o'n ikki barmoqli ichakning PYA mavjud bo'lganda, sanab o'tilgan usullardan biriga murojaat qilish kerak: interkicheal anastomoz bilan uzun tsiklda gastroenteroanastomozni chetlab o'tib, teshikni tikib qo'ying;

Oshqozon yarasining ikkita asoratlari - o'n ikki barmoqli ichakning old

devorining qon ketishi va teshilishi bilan uni tikish kerak, agar tikishning iloji bo'lmasa-eksizyon, piloroplastika [6,40]. O'n ikki barmoqli ichakning old devorining yarasi teshilganda va uning orqa devorining yarasidan qon ketganda, birinchi navbatda minimal invaziv davolash usullariga (endoskopik gemostaz, oshqozon orqa devorining yarasini intraoperativ endoskopik nazorat bilan tikish), old devor yarasini tikish yoki olib tashlashga intilish kerak. Agar minimal invaziv davolash usullari samarasiz yoki imkonsiz bo'lsa, oshqozonni rezektsiya qilish tavsiya etiladi [33, 55].

Pilorik stenoz jarrohlik kasallik, ya'ni jarrohlik aralashuvni talab qiladigan patologiya hisoblanadi. Biroq, pilorik stenoz ko'plab oshqozon kasalliklarining asorati ekanligini hisobga olsak, kattalardagi engil pilorik stenoz har doim ham jarrohlik davolashni talab qilmaydi. Bu, ayniqsa, pilorik sfinkterning shishishi va spazmini yo'q qilish orqali davolanadigan funktsional pilorik stenoz uchun to'g'ri keladi.

Olingan pilorik stenozni davolash asosiy patologiyani davolash usullarini qo'llashni o'z ichiga oladi, bu bir vaqtning o'zida pilorik stenozning oldini olish va pilorik sfinkterning yanada torayishi oldini olish usuli hisoblanadi. Jarrohlik aralashuvi pilorik stenozning asosiy, adekvat va maqsadli davosidir, chunki hech qanday dori pilorusning anatomik torayishini kengaytira olmaydi. Agar orttirilgan pilorik stenozda pilorik stenozni dori-darmonlar bilan tuzatish imkoniyati mavjud bo'lsa, unda tug'ma pilorik stenoz faqat jarrohlik usuli bilan davolanadi va kasalxonaga yotqizish shoshilinch (shoshilinch) ko'rsatkichlar bo'yicha, ya'ni tashxis qo'yilgandan keyin 1-3 kun ichida amalga oshiriladi. Kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan pilorik stenozda kasalxonaga yotqizish va jarrohlik rejalashtirilgan (7-30 kun ichida) amalga oshiriladi. Agar tana juda kamaygan bo'lsa, operatsiyadan 12 soat oldin ozuqa moddalari tomir ichiga yuboriladi va organizmdagi buzilgan jarayonlarni tuzatish uchun dori-darmonlar qo'llaniladi.

Pilorik stenoz uchun quyidagi operatsiyalar amalga oshiriladi:

1. Piloroduodenoplastika

2. **Frede va Ramsten usuli bo'yicha pyloromiotomiya** (pylorus - darvozabon, myo - mushak, tomy - diseksiyon). Operatsiya - yangi tug'ilgan chaqaloqlarda tug'ma pilorik stenoz uchun ishlatiladigan pilorusning plastik jarrohlik (shaklini o'zgartirish). Usulning mohiyati qon tomirlari (avaskulyar chiziq) bo'lmagan chiziq bo'ylab uzunlamasına yo'nalishda (uzunligi bo'yicha) pylorusning parchalanishidir.

3. **Veberning piloroplastikasi.** Yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun piloroplastikadan farq qiladi, chunki uzunlik bo'yicha diseksiyondan keyin mushak va seroz membranalar ko'ndalang yo'nalishda (kenglik bo'yicha) tikiladi. Bu pilorusning lümenini sezilarli darajada oshiradi. Kattalarda qo'llaniladi.

4. **Laparoskopik jarrohlik.** Ushbu operatsiya oldingi ikkita operatsiya kabi bir xil usullarni bajarishga imkon beradi, ammo qorin bo'shlig'ini ochmasdan. Operatsiya videokamera nazorati ostida (laparoskop) amalga oshiriladi. Operatsiyani amalga oshirish uchun jarroh qorin old devorini teshib, laparoskop va asboblarni kichik teshikdan (kindik kattaligi) kiritadi. Ushbu operatsiyaning afzalligi - tez tiklanish. Laparoskopik piloromiyotomiya pilorik stenozning birinchi bosqichida (kompensatsiyalangan), oshqozon hali kengaytirilmaganda amalga oshiriladi.

5. **Pilorusning balon kengayishi.** Oshqozonga kiritilgan gastroskop yordamida pilorusni balonli dilatorlar yoki dilatorlar (kengayish - kengaytirish) yordamida kengaytirish mumkin. Operatsiya rentgen nurlari nazorati ostida amalga oshiriladi. Pilorning lümenine balon kiritiladi va keyin shishiriladi. Balon mexanik ravishda toraygan lümenni kengaytiradi. Operatsiya birinchi marta har doim ham samarali emas, shuning uchun ko'pincha pilorusni kerakli diametrga kengaytirish uchun takroriy kengayish amalga oshiriladi.

6. **Gastroenterostomiya.** Operatsiyaning so'zma-so'z nomi "oshqozon, ichak, teshik" kabi eshitiladi, ya'ni operatsiyaning mohiyati oshqozonni rezektsiya qilmasdan, pilorusni chetlab o'tib, oshqozon va ichakni bog'lashdir. Ushbu operatsiyani bajarish faqat oshqozonni darhol olib tashlashning iloji bo'lmagan yoki bemorda malign shish paydo bo'lgan hollarda amalga oshiriladi

(bu aralashuv majburiy yoki vaqtinchalik choradir). O'n ikki barmoqli ichakning teshilgan yarasi tikilganidan so'ng, bemorlarning taxminan 10 foizida o'n ikki barmoqli ichakning stenozi rivojlanadi, bu takroriy jarrohlik davolanishni talab qiladi. [2] <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

2.2 Laparoskopik aralashuvlar

- Operatsiya qilingan oshqozon kasalligi va hayotiy ko'rsatkichlari barqaror bo'lgan bemorlarda laparoskopik kirish usulidan foydalangan holda jarrohlik aralashuvni o'tkazish tavsiya etiladi [33, 39]

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

Tavsiya uchun dalil darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 1).

- Laparoskopik asbob-uskunalar yoki jarrohning tegishli malakasi bo'lmaganda ochiq jarrohlik tavsiya etiladi [3,4].

Tavsiyaning kuchi B (dalil darajasi 1). Izoh. Xorijiy nashrlarda laparoskopik tikuvdan foydalanish chastotasi 23% ga etadi [38]. Laparoskopik kirishning afzalliklari og'riqning og'irligini, operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasini va shifoxonada davolanish muddatini kamaytirishni o'z ichiga oladi.

Penetratsion teshikni tikish bilan bir qatorda laparoskopik usulda quyidagilar amalga oshirilishi mumkin: teshikni kesish, piloroplastika, ikki tomonlama magistral, selektiv va selektiv proksimal vagotomiya, oshqozon rezeksiyasi. Teshilgan yarani laparoskopik tikishning muqobil varianti teshilgan yarani laparoskopik yordam bilan tikish bo'lib, u quyidagilarni o'z ichiga oladi: diagnostik laparoskopiya, efüzyonni olib tashlash va qorin bo'shlig'ini sanitariya qilish; mini-laparotomiya bosqichi va teshilish teshigini tikish, mini kirishni tikish; laparoskopik sanitariya bosqichi [3,4].

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

- O'pka emboliyasi va hayotiy ko'rsatkichlari beqaror bo'lgan bemorlarga aralashuvni laparotomiya usulida bajarish tavsiya etiladi [38].

Tavsiyaning kuchi B (dalillar darajasi - 1).

Omentumning endoskopik fiksatsiyasi va uning teshilish ichiga tortilishi ham o'n ikki barmoqli ichak plikatsiyasiga samarali qo'shimcha sifatida

tavsiflangan. Biroq, yuqoridagi davolash usullarining barchasi PU davolashda standart yondashuvlar sifatida tan olinmaydi va yanada takomillashtirishni talab qiladi [44]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

3. Bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash

- Operatsiyadan keyingi davrda operatsiya qilingan oshqozon kasalligi bilan og'rikan bemorlarga dori-darmonlarni davolash, shu jumladan tizimli antibakterial preparatlar, analjeziklar, proton pompasi inhibitörleri va tomir ichiga infuziyalar tavsiya etiladi [18, 39,41].

Tavsiyaning kuchi B (dalil darajasi 1). Izoh. Antibiotik terapiyasi operatsiyadan oldingi tayyorgarlikning bir qismi sifatida belgilangan standart rejimlardan biriga muvofiq empirik antibiotik terapiyasini davom ettirishni o'z ichiga oladi. Mikroorganizmlarning tizimli antibakterial preparatlarga sezgirligini aniqlash bilan qorin bo'shlig'i suyuqligini mikrobiologik tekshirish natijalarini olgandan so'ng, antibiotik terapiyasi tuzatiladi.

Antisekretor terapiya proton pompasi ingibitorlarini buyurishdan iborat (masalan, pantoprazol 40 mg tomir ichiga x kuniga 2 marta 7 kundan ortiq bo'lmagan vaqt davomida, so'ngra butun kasalxonaga yotqizilgan davrda planshetlar shakllariga o'tish). Hayotiy funksiyalari buzilgan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash sepsisli bemorlarni davolashning asosiy tamoyillariga mos keladi [32,43].

Chet elda PU bilan og'rikan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolashda FTS (tezkor jarrohlik) yoki ERAS (operatsiyadan keyin kengaytirilgan tiklanish) dasturi amalga oshiriladi, ularning asosiy nuqtalari: operatsiyadan keyingi erta davrda qisqa ta'sirli anesteziyalar, bemorni erta rehabilitatsiya qilish, operatsiyadan keyin suyuqlik va oziq-ovqatlarni og'iz orqali qabul qilishni erta boshlash, siydik yo'llarining burun yo'llarini erta olib tashlash [33, 36]. Ko'pincha bunday dastur mahalliy peritonit bilan og'rikan bemorlarga buyuriladi [44]. Dasturni amalga oshirish dinamik ravishda nazorat qilinadi, uni qo'llashning asosiy mezonini ichak peristaltikasini erta tiklashdir. Operatsiyadan keyingi murakkab davrning

dastlabki belgilarida yoki ichak peristaltikasi bo'lmasa, dastur to'xtatiladi.

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

- Operatsiyadan keyingi davrda oshqozon yarasi kasalligi bo'yicha jarrohlik muolajasidan o'tgan bemorga har kuni ahvolining og'irligini baholash tavsiya etiladi [18, 41]. **Tavsiyaning kuchi C** (dalil darajasi 5).

- Operatsiyadan keyingi davrda operatsiya qilingan oshqozon kasalligi bo'yicha jarrohlik muolajasidan o'tgan bemorga dinamikada asosiy laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash tavsiya etiladi [1, 4].

Tavsiyaning kuchi C (dalil darajasi 5).

- Operatsiyadan keyingi davrda operatsiya qilingan oshqozon kasalliklari bo'yicha operatsiya qilingan bemorlarda qorin bo'shlig'i drenajini, nazogastral yoki burun-ichak naylarini kuzatish va parvarish qilish, shuningdek ularni o'z vaqtida olib tashlash tavsiya etiladi [18, 26, 32].

Tavsiyaning kuchi C (dalil darajasi 5). Izoh. Drenajning monitoringi uning funktsional imkoniyatlarini, oqimning tabiati va hajmini aniqlashni va ekssudat bo'lmaganda olib tashlashni o'z ichiga oladi. Agar oqindi miqdori 50 ml dan ortiq bo'lsa, qorin bo'shlig'ida xo'ppoz paydo bo'lishining oldini olish uchun drenajni olib tashlash tavsiya etilmaydi.

- Oshqozon yarasi bo'yicha operatsiyadan so'ng, umumiy peritonit va sepsisning og'ir shakllari mavjud bo'lsa, bemorlarni reanimatsiya bo'limida davolash tavsiya etiladi [1,3,32].

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

Tavsiyaning kuchi B (dalil darajasi 2).

- Operatsiyadan keyingi davrda asoratlari shubha qilingan bemorlarga qorin bo'shlig'i a'zolarini ultratovush tekshiruvi (kompleks) yoki qorin bo'shlig'i a'zolarining kompyuter tomografiyasidan o'tish tavsiya etiladi [41,43].

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

Tavsiyaning kuchi C (dalil darajasi 4).

4. Jarrohlik aralashuv usulini tanlash.

Bilrot-II oshqozon operatsiyasidan keyingi patologik sindromlar, asosan, oshqozonning rezervuar funksiyasini yo'qotish, o'n ikki barmoqli ichakning refleksogen zonalarini ovqat hazm qilishdan chiqarib tashlash, oshqozon-ichak traktini jarrohlik yo'li bilan qayta tiklash va allaqachon bajarilgan operatsiyani "tuzatish" bilan bog'liqligini hisobga olsak, oziq-ovqatning normal o'tishini yaratish va qayta tiklashdan iborat bo'lishi kerak. Oshqozon uchun "almashinuv".

Jarrohlik davolash uchun ko'rsatmalarni aniqlashda sindromning og'irligini, butun organizmdagi va to'g'ridan-to'g'ri oshqozon-ichak trakti a'zolaridagi funksional va morfologik o'zgarishlarni, og'riq va dispeptik kasalliklarning intensivligini, bemorning yoshini, operatsiyadan keyin o'tgan vaqtni, oshqozonni davolashning samaradorligini, konservativlikni yo'qotish darajasini hisobga olish kerak. (parhez, dori-darmonlar va kurort davolash).

Rekonstruktiv operatsiyalardan keyin o'limga olib keladigan holatlarni tahlil qilganda shuni ta'kidlash kerakki, jarrohlikdan uzoq vaqt voz kechish va konservativ davoning samarasizligi tananing umumiy holatining yomonlashishiga olib keladi, bu gastrojejunoduodenoplastikani xavfli operatsiyaga aylantiradi; Agar ko'rsatilsa, tanadagi degenerativ o'zgarishlar rivojlanishidan oldin, rekonstruktiv jarrohlik imkon qadar tezroq amalga oshirilishi kerak.

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

Jarrohlik aralashuvining bevosita natijalari bemorlarning yoshiga, operatsiyaning dolzarbligiga va uni amalga oshirish usuliga bog'liq. Operatsiyadan keyingi erta asoratlar va o'limga olib keladigan natijalarning maksimal soni keksa va keksa bemorlarda, takroriy yarali qon ketish fonida o'tkaziladigan shoshilinch jarrohlik aralashuvlar paytida, magistral vagotomiya bilan qon ketishining yarasini tikishda va oshqozon rezektsiyasini "tashqariga chiqarish uchun" sodir bo'ladi. Shoshilinch jarrohlik aralashuvlardan, birinchi navbatda, gastroduodenal yaradan qon ketishining takroriy kontekstida, shuningdek, keksa va keksa bemorlarda oldini olish kerak. Klinik amaliyotda qon ketish yarasini tikish kabi jarrohlik aralashuv usullarini qo'llashdan bosh tortish kerak, shu jumladan. vagotomiya va "o'chirish uchun" me'da rezektsiyasi bilan

to'ldiriladi, chunki qon ketish yarasini qoldirish operatsiyalari yakuniy gemostaza erishishning etarli emasligi va yarali qon ketishining operatsiyadan keyingi qaytalanishi ehtimoli tufayli qabul qilinishi mumkin emas [24, 38]

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

Afferent loop sindromi bilan og'rigan bemorlarni davolash juda qiyin. Konservativ choralar samarasiz bo'lib, asosan umumiy kuchaytiruvchi terapiya (qon quyish va qon o'rnini bosuvchi vositalar, vitaminlar bilan glyukoza eritmalarini tomir ichiga yuborish, antispazmodik preparatlar) va parhez terapiyasi bilan cheklanadi. V.X.Vasilenko afferent halqani yuvishdan so'ng keng spektrli antibiotiklarni kiritishdan foydalanadi. Konservativ davo vaqtinchalik samara beradi; deyarli barcha bemorlarda buzilishlar klinikadan chiqqandan keyin birinchi haftalar va oylarda takrorlanadi. Shuning uchun afferent pastadir sindromining og'ir holatlarida bemorlar jarrohlik amaliyotini o'tkazishlari kerak.

Afferent halqa sindromi uchun jarrohlik **aralashuvlarning bir necha turlari** mavjud:

1. Eng keng tarqalgan operatsiya rekonstruktiv gastrojejunoduodenoplastika bo'lib, u afferent halqa sindromi bilan birga damping sindromini davolaydi, bu bilan birgalikda u tez-tez uchraydi.

2. Ru bo'yicha rekonstruktiv Y shaklidagi anastomoz.

3. Duodenojejunostomiya.

4. Braun bo'yicha entero-enteroanastomoz.

5. Oshqozonning kichik egriligiga afferent halqani tikish (oziq-ovqatning o'n ikki barmoqli ichakka qaytarilishida).

6. Billroth-II bo'yicha oshqozon rezektsiyasining Billroth-I ga tarjimasini.

7. Posterior parietal qorin pardasiga afferent va abduktor ilmoqlarni tikish (agar afferent halqa gastroenteroanastomozga tushib qolsa).

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

Eng radikallari Zaxarov-Xenli bo'yicha gastrojejunoplastika va Bilrot-I bo'yicha rekonstruktiv jarrohlikdir. Zaif va keksa bemorlarda, shuningdek, damping sindromi bo'lmasa, turli xil ichak anastomozlari oqilona hisoblanadi.

Jiddiy damping sindromi, parhez terapiyasi va kompleks dori terapiyasining samarasizligi bo'lsa, jarrohlik davolash amalga oshiriladi - rekonstruktiv gastroduojejunoduodenoplastika. Jarrohlik aralashuvining mohiyati o'n ikki barmoqli ichak va oshqozon bo'g'ini o'rtasida ingichka ichakning bir segmentini (jejunal oqava suvdan olingan transplantatsiya) interpozitsiyasidir. Gastrojejunoduodenoanastomozni qo'llash orqali oziq-ovqatning o'n ikki barmoqli ichak orqali o'tishi tiklanadi, oziq-ovqat refleklari normallashadi, ferment va safro sekretsiyasi funksiyalari normallashadi va ichakdagi oziq-ovqat massalarining o'tishi sekinlashadi. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Ko'pgina hollarda oshqozonning sekretor funksiyasini kamaytiradigan dori-darmonlarni qabul qilish samarali bo'ladi - M-xolinergik retseptorlari ingibitorlari, H₂-gistamin retseptorlari blokerlari, proton pompasi inhibitörleri sitoprotektiv, antatsid va regeneratsiya qiluvchi vositalar bilan birgalikda. Mumkin bo'lgan *Helicobacter pylori* infeksiyasi bo'lsa, patogenni antibakterial yo'q qilish b-laktam penitsillinlari, makrolidlar va boshqa antibiotiklar yordamida amalga oshiriladi. Giyohvand terapiyasi dietani tuzatish bilan to'ldiriladi. Davolashga chidamli oshqozon yarasini, gastrinoma va kasallikning murakkab kursi bo'lgan bemorlarga jarrohlik davolash tavsiya etiladi.

Anastomozning oshqozon yarasini jarrohlik yo'li bilan davolash. Bu patogenetik bo'lishi va anastomozning oshqozon yarasini shakllanishiga olib kelgan sababni bartaraf etishga qaratilgan bo'lishi kerak. Agar oshqozon rezektsiyasining hajmi etarli bo'lmasa, bemorga oshqozonning kamida 2/3 qismini takroriy rezektsiya qilish ko'rsatiladi. Oshqozon-ichak traktining uzluksizligini har qanday usul bilan tiklash mumkin, ammo Bilrot-1 usulini qo'llash yaxshiroqdir, chunki bunday anastomozlar boshqalarga qaraganda tez-tez uchraydigan og'ir damping sindromi hodisalarini oldini olishga imkon beradi. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Afferent loop sindromining oldini olish uchun quyidagi choralarni ko'rish kerak:

1. Olib keluvchi ichakni juda uzun bo'lishiga yo'l qo'ymang.

2. Oshqozon dumini davolashda va ichakni oshqozon egriligiga tikishda quyidagilar zarur:

a) kichik egrilik bo'ylab "keel" deb ataladigan joyni hosil qiladi, buning natijasida ingichka ichakning tikuv joyi anastomozga nisbatan yuqori ko'tariladi;

b) kichik egrilikdan gastrojeyunostomiyagacha bo'lgan oraliqda ingichka ichakni oshqozon dumiga tikganda, ichak biroz aylanadi. Birinchi tikuv ichakning tutqichga qarshi qirrasini oshqozonga mahkamlaydi, oxirgisi ichakni to'g'ridan-to'g'ri tutqichning pastki qismida, ichak esa biroz gofrirovka qilinadi.

Gastroenteroanastomozdan (sirculus vitiosus) keyin ayovsiz doira sindromi izolyatsiya qilingan gastroenteroanastomoz operatsiyasidan so'ng yoki Braunga ko'ra, ichaklararo anastomozdan foydalanmasdan Bilrot-2 bo'yicha oshqozon-ichak anastomozini shakllantirish bilan oshqozon rezektsiyasidan keyin rivojlanadi. Bunday holda, ichak anastomozining noto'g'ri ishlashi natijasida oziq-ovqat va o'n ikki barmoqli ichak tarkibining ingichka ichakning efferent va afferent qovuzloqlari orqali aylanishi uchun sharoit yaratiladi.

Yuqoridagilarni umumlashtirib, biz yana bir bor ta'kidlashni istardikki, zamonaviy oshqozon jarrohligi arsenalida mavjud bo'lgan turli xil jarrohlik aralashuvlarning xilma-xilligiga qaramay. Shu bilan birga, u yoki bu jarrohlik usulini tanlashga differentsial yondashuv bunday bemorlarni muvaffaqiyatli jarrohlik davolashning muhim shartidir. <https://www.ksma.ru/wp-content/uploads/2022/01/bozh.pdf>

Operatsiya qilingan oshqozon kasalliklari uchun bajariladigan jarrohlik aralashuv turlari

"Ochiq" jarrohlik:

- oshqozon yarasi qon ketishi bo'yicha operatsiyalar;
- Ooppel-Pilokarpov bo'yicha teshilish teshigini tikish;
- Bilroth 2 bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini rezektsiya qilish;
- oshqozonning 2/3 qismini Roux-en-Y halqasi yordamida rezektsiya qilish;
- operatsiya qilingan oshqozon kasalliklari uchun rekonstruktiv aralashuvlar;

- umumiy gastrektomiya.

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

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

"Laparoskopik jarrohlik":

- Bilroth 2 bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini laparoskopik rezektsiya qilish;

- oshqozonning 2/3 qismini Roux-en-Y halqasi yordamida laparoskopik rezektsiya qilish;

- laparoskopik gastrektomiya.

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

"Endoskopik" jarrohlik:

- qon oqayotgan tomirni kesish;
- argon plazmasi koagulyatsiyasi;
- qon ketayotgan tomirga adrenalini eritmasini yuborish.

Endoskopik gemostaz yarali qon ketishi bilan og'rigan bemorlarni davolashda "oltin standart" bo'lib, 82-92% hollarda barqaror gemostaza erishishga imkon beradi. Qon ketishini to'xtatishning eng samarali endoskopik usuli qon ketish tomirini kesish va argon plazmasi koagulyatsiyasi hisoblanadi. Endoskopik qon ketishini nazorat qilishning boshqa usullari, masalan, oshqozon yarasi va gastroezofagial refluyks kasalligini davolash uchun dorilarni qo'llash - pilyonka hosil qiluvchi dorilar, polisaxaridli gemostatik tizimni qo'llash, elektrokoagulyatsiya, oshqozon yarasini in'ektsiya qilish asosiy usullar bilan birgalikda qo'llanilishi kerak.

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

Inyektsiya endoskopik gemostaz yoki termokoagulyatsiya juda samarali, ammo bu usullarning kombinatsiyasi yaxshi natijalar beradi. Qayta qon ketish xavfi yuqori bo'lsa, endoskopik profilaktika va gemostazning istiqbolli usuli tomirlarni kesishdir. Takroriy qon ketish holatlarida endoskopik gemostazga takroriy urinish tavsiya etiladi. Agar endoskopik gemostaz muvaffaqiyatsiz

bo'lsa, jarrohlik aralashuvi to'g'risida qaror qabul qilish uchun jarroh konsultatsiyasi talab qilinadi [13,14].

Olib keluvchi ichak sindromini davolashning barcha jarrohlik usullari bo'lishi mumkin ular 3 asosiy guruhga bo'lingan:

I. Olib keluvchi halqaning burmalari va invaginatsiyasini bartaraf etish operatsiyalari:

1) qorin pardaning pastki omentumi va orqa varaqchasiga qo'shimcha halqani tikish (to'xtatib turish);

2) adduktor halqasini kichik egrilikka tikish;

3) tikuvlar bilan mahkamlash orqali halqa burmalarini yo'q qilish;

4) adduktor halqasining qisqarishi;

5) katta omentumni olib tashlash.

II. Drenaj amaliyotlari:

1) Braun bo'yicha enteroenteroanastomoz;

2) Ru bo'yicha enteroenteroanastomoz;

3) duodenojejunostomiya yonma-yon yoki Vergeret bo'yicha;

4) Tanner (Tanner-Roux-19) bo'yicha o'n ikki barmoqli ichak va afferent halqani abducent qovuzloqqa reimplantatsiya qilish;

5) XoagSaunders-Steinberg bo'yicha gastroenteroanastomozning plastik jarrohligi (pantaloan-anastomoz).

III. Rekonstruktiv amaliyotlar:

1) vagotomiya va gastroenterostomiyadan keyin degastroenterostomiya va piloroplastikani bajarish;

2) Reyxel-Poli anastomozini Hofmeister-Finsterer bo'yicha gastroenteroanastomozga aylantirish;

3) Bilrot II bo'yicha anastomozni gastroduodenoanastomozga qayta tiklash
Bilrot I bo'yicha;

4) gastrojejunoplastika.

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

Jarrohlik aralashuviga ko'rsatmalar:

- Teshilgan yaralar;
- Konservativ yo'l bilan to'xtatib bo'lmaydigan qon ketish yaralari;
- Konservativ davoga javob bermaydigan kuchli og'riq sindromi va yirik kalyozli yaralar;
- evakuatsiya funksiyasining aniq buzilishi bilan kechadigan pilorusning stenozi;
- Yaraning yaqin atrofdagi organlarga kirib borishi;
- Oshqozon yarasining malignligi [23,31].

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

Mutlaq qarshi ko'rsatmalar:

- gemorragik shok;
- og'ir qon aylanish etishmovchiligi bilan yurak kasalligi;
- yiringli peritonit;
- qorin bo'shlig'i a'zolarida ko'plab operatsiyalar;
- nafas olish etishmovchiligi bilan kechadigan o'pka kasalliklari;
- qon ivishining buzilishi.

Nisbiy qarshi ko'rsatmalar:

- mahalliy diffuz peritonit;
- diafragma churralari;
- og'ir semirish;
- oshqozon-ichak traktining rivojlangan saratoni;
- umumiy behushlik uchun kontrendikatsiyalar.

Operatsiyadan keyingi mumkin bo'lgan asoratlar.

Mumkin bo'lgan asoratlar bo'yicha statistika:

16% - tikuvlarning farqlanishi;

11% hollarda - ichak tutilishi;

8% - evakuatsiyani buzish;

6% - peritonit;

5% - yutish qiyinligi;

4% - oshqozon lümenine yoki qorin bo'shlig'iga qon ketish;

3% - infiltratlar;

3% - yiringlash va xo'ppozlar.

Bu oqibatlarning oldini olish qiyin, chunki ko'p narsa jarrohning professionalligiga va bemor tanasining umumiy holatiga bog'liq. Eng xavfli asoratlar ichki qon ketish va peritonitdir, chunki hatto halokatli natija ham mumkin. Agar tikuvlar ajralib chiqsa, yiringlash yoki infiltratlar paydo bo'lsa, operatsiya takrorlanadi. Yutishdagi qiyinchilik va evakuatsiyaning buzilishi ma'lum dori-darmonlarni qabul qilish orqali bartaraf etilishi mumkin [40,42].

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

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

**“BOSHQA JOYLARDA TASNIFLANMAGAN OVQAT HAZM QILISH
TIZIMINING OPERASİYADAN KEYINGI BUZILISHLARI”
NOZOLOGIYASI BO`YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent- 2025

I. asosiy qism.

1.1. Kirish

Remissiya bosqichida bo'lgan bemorlarga uni saqlab qolish uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish, bemorning iqlim zonasining sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurort davolash tavsiya etiladi [5].

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Remissiyadan 3 oy o'tgach, postgastroreseksion sindromdan kelgan bemorlarga 14-21 kun davom etadigan kurortda davolanish tavsiya etiladi. Sanatoriy - kurortda davolash loy va torf terapiyasi, ignabargli-dengiz vannalari, gidroksidi mineral suvlarni ichishni o'z ichiga olgan sanatoriylarda amalga oshiriladi [5].

Bemorlarning dispanser kuzatuvini har yili oxirgi kuchayganidan keyin 5 yil davomida o'tkazish tavsiya etiladi [5]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

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

Bemorlarni keyingi boshqarish

Postgastroreseksion sindrom bilan kasallangan bemorlar dispanser nazorati ostida:

* UASh/oilaviy shifokorni tekshirish-dispanser kuzatuvining birinchi yilida chorakda bir marta, keyin remissiya holatida – yiliga 2 marta.

* Gastroenterologni tekshirish – kuz-bahor davrida yiliga 2 marta va kasallikning ayrim belgilari paydo bo'lganda "talabga binoan" relapsga qarshi davolash.

* Otorinolarolog, tish shifokorining tekshiruvlari-yiliga 2 marta.

* UQTNi topshirish, biokimyoviy qon tekshiruvi (bilirubin, Alt, ast, umumiy oqsil, amilaza) – yiliga 2 marta.

* EGDFS-dastlabki 3 yilda yiliga 2 marta, keyin yiliga 1 marta.

* EKG, qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi – tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lganda.

* Rentgen oshqozon-ichak traktining kontrastli tekshiruvi bariy o'tish joyi-agar ko'rsatmalar mavjud bo'lsa.

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 2).

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

DISPANSERIZATSIYA

Dispanser faoliyati	Tibbiy xizmatlarning nomi	SVP/SPP	MP PROT SESSOR	Hodisalarning minimal soni	Dispanser nazorati davri
Mutaxassis (shifokor) bilan maslahatlashish	1. Hamshira	+	+	1 yilda 2 marta rejalashtirilgan*	O'rtacha 5 yil
	2. Oilaviy shifokor / VOP	+	+		
	3. Gastroenterolog		+		
	4. Jarroh		+		
Laboratoriya sinovlari	1. To'liq qon ro'yxati	+	+		O'rtacha 5 yil
	2. Siydikni tahlil qilish	+	+		
	3. Biokimyoviy qon tekshiruvi	+	+		

Eslatma. * Ko'rsatmalarga muvofiq davriy tekshiruvlar uchun qo'shimcha laboratoriya tekshiruvlari tavsiya etiladi. Agar bemorni tekshirishda qo'shma kasalliklar aniqlansa, tibbiy muassasalar darajasiga qarab ko'rsatmalarga muvofiq qo'shimcha tekshiruvlar o'tkaziladi. Ushbu bemorlar oilaviy shifokor/gastroenterologning tavsiyalari bilan viloyat/respublika darajasida tekshiriladi. Muassasaning moddiy-texnik imkoniyatlaridan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi.

Instrumental tadqiqotlar	1. EGDFS		+	1 yilda 2 marta rejalashtirilgan	O'rtacha 5 yil
	2. Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi		+		
	3. Ko'krak/qorin rentgenogrammasi		+		

Eslatma. Jarrohlikdan so'ng yiliga 2 marta rejalashtirilgan EGDFSNI o'tkazish kerak. Vaqti-vaqti bilan tekshiruvlar paytida qo'shimcha instrumental tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi.

* Ushbu tadqiqotlarni o'tkazish uchun bemor muntazam ravishda oilaviy shifokor yoki

2.1 PROFILAKTIKA USULLARI VA PROTSEDURALARI.

Profilaktika tibbiyotning asosiy yo'nalishi bo'lib, sog'liqni saqlashning yuqori holatini ta'minlash va kasalliklarning paydo bo'lishining oldini olish uchun davlat, ijtimoiy-iqtisodiy, gigiena va tibbiy-tibbiy xarakterdagi tadbirlarni o'z ichiga oladi. Oshqozon yarasi rivojlanishining oldini olish odatda birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali bo'linadi.

Postgastroreseksion sindrom bilan birlamchi profilaktika kasallikning kuchayishini oldini olishga qaratilgan:

* Og'iz gigienasiga rioya qilish, tish va tish go'shtini o'z vaqtida davolash. Kasal tishlar infektsiya uchun kirish eshigi bo'lib, bundan tashqari, kasal tishlar ovqatni to'g'ri chaynash imkoniyatini bermaydi, bu esa oshqozonga ko'proq yuk olib keladi.

* To'g'ri rejim va parhezni tashkil qilish. Siz har kuni bir vaqtning o'zida ovqatlanishni odat qilishingiz kerak. Bundan tashqari, dietadan chiqarib tashlash yoki dudlangan go'sht, haddan tashqari achchiq, achchiq va sho'r ovqatlardan foydalanishni cheklash tavsiya etiladi. Idishlarni pishirish yumshoq bo'lishi kerak-idishlarni kuchli qovurmasdan. Gazlangan ichimliklar, juda issiq yoki aksincha, juda sovuq ovqatlar ham chiqarib tashlanishi kerak.

* Vitamin etishmasligining oldini olish.

* Yomon odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish).

* Gormonal kasalliklarning oldini olish va davolash.

* Dozalangan jismoniy faoliyat, kun tartibini oqilona tashkil etish.

* Dori-darmonlarni tez-tez qabul qilishdan bosh tortish (iloji bo'lsa), ayniqsa tizimsiz qabul qilish va dori-darmonlarni o'z-o'zini tayinlash.

* *Helicobacter pylori* infeksiyasining oldini olish-individual idishlar, sochiqlardan foydalanish. [12,13,15]

Postgastroreseksion sindromning ikkinchi darajali profilaktikasi allaqachon

tashxis qo'yilgan bemorlarga qaratilgan bo'lib, relaps va asoratlarni ehtimolini kamaytirishga, kasallikning progressiv rivojlanishining oldini olishga yoki sekinlashtirishga qaratilgan. Ikkilamchi profilaktika jarayonida vaqti-vaqti bilan yuzaga keladigan "norma"dan og'ishlarni tuzatish muhimdir. Shu sababli, ushbu bosqichda aholini majburiy tibbiy ko'rikdan o'tkazish, xavf ostida bo'lgan bemorlarni muntazam tibbiy ko'rikdan o'tkazish ahamiyati ortib bormoqda:

- * Sanatoriy-kurortni davolash.
- * Konservativ terapiya bo'yicha muntazam kurslar.
- * Ratsionga qat'iy rioya qilish.
- * Relapsni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan kasalliklar va surunkali infeksiya o'choqlarini tiklash.
- * Tibbiy muassasada holatni muntazam nazorat qilish.
- * Psixologik qulaylik juda muhim: ba'zida stress va asab kasalliklari ham kasallikning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Skrining (skrining) – anamnez, fizik va laboratoriya tekshiruvlari orqali bemorda ilgari tan olinmagan kasallik yoki xavf omilini aniqlash. Skrining ko'plab birlamchi profilaktika choralari va barcha ikkilamchi profilaktika choralarning bir qismidir. Postgastroreksion sindromga kelsak, skrining ishlatilmaydi, faqat operatsiya qilingan bemorlar kasallik rivojlanishining dastlabki (klinikadan oldingi) bosqichlarida (ikkilamchi profilaktika) tekshiruvdan o'tkaziladi.

Postgastroreksion sindrom bilan og'rigan bemorlarda allaqachon yuzaga kelgan asoratlarni kamaytirishga qaratilgan uchinchi darajali profilaktika shakli va mazmuni jihatidan ikkilamchi holatga juda yaqin. Ushbu tibbiy profilaktika bemorning nogironligini tiklash va oldini olish bo'yicha bir qator chora — tadbirlarni o'z ichiga oladi va ilmiy yo'nalish sifatida u faol hayot davomiyligini oshirish yo'llarini izlaydi. [12,15].

https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod_resource/content/1/ППО_ФИЛАКТИКА.pdf

Birlamchi profilaktika Postgastroreksion sindromga tahdid soladigan bemorlarni faol ravishda erta aniqlash va davolashni, etiologik omillarni yo'q

qilishni o'z ichiga oladi.

Birlamchi profilaktika ovqat hazm qilish tizimi va umuman tananing funksiyalarini normallashtirishga qaratilgan tadbirlarni o'z ichiga oladi: rejim va terapevtik ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish, gelmintozni tekshirish, og'iz bo'shlig'ini tozalash.

Ikkilamchi profilaktika takroriy terapiyaga qarshi. Bu taxmin qilingan alevlenmeden oldingi davrlarda amalga oshiriladi va oshqozon yarasi va WPC klinik-endoskopik bosqichiga muvofiq parhez ovqatlanishni, fizioterapiya mashqlarini, suv protseduralarini, jismoniy faollikni oshirishni, qattiqlashishni, psixikaga foydali ta'sir ko'rsatadigan vaziyatni yaxshilashni o'z ichiga oladi [9].

2.2 Reabilitatsiya tadbirlari.

Reabilitatsiya "insonning funktsional imkoniyatlarini tiklashga va sog'lig'i buzilgan odamlarda nogironlik darajasini ularning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui"deb ta'riflanadi. Boshqacha qilib aytganda, reabilitatsiya bolalar, kattalar yoki qariyalarga kundalik hayotda imkon qadar avtonom bo'lishlariga yordam berish va ularga ta'lim olish, ishlash va bo'sh vaqtlarini o'tkazish, shuningdek, oilaga g'amxo'rlik qilish kabi muhim ijtimoiy funktsiyalarni bajarishga imkon berishdir. Shu maqsadda inson va uning oilasi bilan birgalikda kasalliklarni davolash va ularning alomatlarini yo'q qilish, yordamchi texnologiyalardan foydalangan holda ularning ehtiyojlarini to'liq qondirish uchun yashash sharoitlarini o'zgartirish, o'z-o'ziga yordam berish ko'nikmalarini o'rgatish va vazifalarni moslashtirish, ular xavfsizroq va yordamisiz bajarilishi mumkin. Kompleksda amalga oshirilgan ushbu strategiyalar bemorga kognitiv buzilish, ko'rish va eshitish buzilishi, aloqa, ovqatlanish yoki harakatlanishdagi qiyinchiliklarni engishga yordam beradi." (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>)

Maqsadlar:

* Postgastroreseksion sindromning kuchayishi va uning asoratlari rivojlanishining oldini olish;

- * oshqozon-ichak trakti funksiyasini saqlash/tiklash;
- * og'riq sindromini to'xtatish;
- * hayot sifatini yaxshilash;

Operatsiyadan keyingi davrda qabul qilingan suyuqlik va oziq-ovqat chastotasi va hajmining bosqichma-bosqich o'sishi bilan erta enteral ovqatlanish tavsiya etiladi [11, 18, 19].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 2).
 Sharh. Suyuqlikni cheklangan miqdorda (500 ml gacha) qabul qilish, qoida tariqasida, operatsiyadan keyingi kun, 2-3 kundan boshlab ruxsat etiladi. Ichish rejimi cheklovlarisiz. Ovqatlanishning boshlanishi, qoida tariqasida, operatsiyadan keyingi 2-3 kunga to'g'ri keladi, har 2-3 soatda 0A va 0B dietali stol mahsulotlarining cheklangan qismlarida ovqatlanishga ruxsat beriladi, asta-sekin stol 6-7 kunga qadar 1a-sonli parhez asosida kuniga 6 marta ovqatlanishga qadar kengayadi. Sutdagi idishlar bundan mustasno [11, 18].

Yumshoq dietaning davomiyligi terapiya samaradorligiga bog'liq, vaziyatni yaxshilash bilan parhez kengayadi, dietani kengaytirish bilan 1-jadvalni almashtirish mumkin, siz 5-jadvaldan ham foydalanishingiz mumkin.

Bemorlarga *H. pylori* (diagnostika bo'limiga qarang) ni aniqlashga qaratilgan diagnostika tadqiqotlarini o'tkazish va relapslar va uning asoratlarini oldini olish uchun eradikatsiya va parvarishlash terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [19, 21, 24].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi 1).
 Sharh. Jarrohlik davolashning bajarilgan bosqichi Postgastroreseksion sindromning jarrohlik asoratlarining yangi turini, birinchi navbatda, qon ketish xavfini kamaytirmaydi, shuning uchun bemor to'liq davolanmaguncha kasallikni konservativ davolash kursini davom ettirish muhimdir. * Teshilish/penetratsiya belgilari bo'lmagan stenoz va oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarga uni yo'q qilish uchun endoskopik balon kengayishini o'tkazish tavsiya etiladi [26].

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Agar endoskopik balon kengayishi samarasiz bo'lsa, piloroplastika va drenaj operatsiyalari tavsiya etiladi [26].

S tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
Sharhlar: piloroduodenal stenozli bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar uning kompensatsiya darajasi, shuningdek bemorlarning ahvoli bilan belgilanadi. Endoskopik balon kengayishi faqat subkompensatsiyalangan stenozli va o'n ikki barmoqli ichakning old devori bo'ylab chandiq lokalizatsiyasi bo'lgan bemorlarda mumkin. Ushbu endoskopik qo'llanma ko'pincha vaqtinchalik muvaffaqiyat keltiradi va stenozning yuqori takrorlanish darajasi bilan birga keladi.

Remissiya bosqichida bo'lgan bemorlarga uni saqlab qolish uchun bemorning iqlim zonasidagi sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurort davolash tavsiya etiladi [5].

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C(dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
Sharh. Alevlenme susayganidan 2-3 oy o'tgach, Postgastroreseksion sindromdan bo'lgan bemorlar uchun 14-21 kun davom etadigan sanatoriy-kurortni davolash tavsiya etiladi. 61 sanatoriy-kurort davolash Doroxovo, Essentuki, Jeleznovodsk va boshqa sanatoriylarda amalga oshiriladi va loy va torf terapiyasi, ignabargli - dengiz vannalari, gidroksidi mineral suvlarni ichishni o'z ichiga oladi [5].

Postgastroreseksion sindrom bilan kasallangan bemorlarda terapevtik ovqatlanish jarayonning bosqichiga, uning klinik ko'rinishiga va unga bog'liq asoratlarga qarab qat'iy farqlanishi kerak. Bemorlarda parhez ovqatlanishining asosi tejamkorlik printsipli, ya'ni oshqozon yarasi shilliq qavatining maksimal dam olishini yaratishdir. Oshqozonni tezda tark etadigan va uning shilliq qavatini ozgina bezovta qiladigan sharbat chiqarishning zaif patogenlari bo'lgan mahsulotlardan foydalanish tavsiya etiladi. Hozirgi vaqtda terapevtik ovqatlanishning maxsus yaraga qarshi parhezlari ishlab chiqilgan. Ratsionni uzoq vaqt davomida va kasalxonadan chiqqandan keyin kuzatish kerak. Alevlenme davrida xlorid kislotani zararsizlantiradigan mahsulotlar buyuriladi. Shuning uchun davolanishning boshida oqsil-yog'li parhez, uglevodlarni cheklash kerak. Oziq -

ovqat fraksiyonel va tez-tez bo'lishi kerak (kuniga 5-6 marta); parhez-to'liq, muvozanatli, kimyoviy va mexanik jihatdan yumshoq. Parhez ovqatlanish 10-12 kun davom etadigan ketma-ket uchta tsikldan iborat (dietalar № 1a, 16, 1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Funksional holat bo'yicha maxsus tadqiqotlar ham muhim ahamiyatga ega bo'lib, ular bemorga ob'ektiv baho beradi, uning individual xususiyatlari, jismoniy faoliyatga moslashish [6,9]. Oshqozon yarasi uchun mashqlar terapiyasining samaradorligini hisobga olish uchun quyidagilar qo'llanilishi mumkin:

- * mavjud sub'ektiv hislar bo'yicha so'rov: oshqozon yonishi, Belching, shishiradi, qorin og'rig'i, axlatning tabiati(ich qotishi, diareya).

- * puls va qon bosimini nazorat qilish;

- * shtanga va Genchining nafas olish namunalari;

- * tana vaznini dinamik boshqarish.

Tana vazni tibbiy tarozida tortish orqali aniqlanadi. Jismoniy mashqlarning ijobiy ta'siri bilan sub'ektiv hislar yo'qoladi, ishtaha va najas normallasadi, puls ingichka bo'ladi, shtangani sinash vaqti uzayadi, bemorlarning tana vazni barqarorlashadi. LH samaradorligini baholashda bemorning farovonligi juda muhim rol o'ynaydi.

Uyqusizlik paydo bo'lganda, ishtahaning yomonlashishi, qorin bo'shlig'ida og'riq paydo bo'lishi, ichak funktsiyasining buzilishi, jismoniy mashqlar terapiyasi vositalari va shakllarini to'g'ri tabaqalashtirilgan tanlash uchun bemorni diqqat bilan tekshirish kerak. Shaxsiy darsning samaradorligini aniqlash uchun tibbiy va pedagogik kuzatuvlar o'tkaziladi. Eng muhimi, ushbu darsda terapevtik vazifalar qanday hal qilinganligini, jismoniy faollik bemorning imkoniyatlariga mos keladimi yoki yo'qligini, jismoniy mashqlar terapiyasi mashg'ulotlariga uning individual reaksiyalari qanday ekanligini aniqlashdir.

Jismoniy mashqlar terapiyasi darsidagi ushbu savollarni aniqlashtirish uchun yurak urish tezligini o'zgartirish uchun fiziologik egri chiziq va darsning zichligi aniqlanadi. Kuzatishlar paytida charchoqning tashqi belgilariga, og'riq paydo bo'lishiga, mashqlarni bajarish qobiliyatiga e'tibor qaratiladi. Kuzatuvlarga

asoslanib, mashg'ulot metodologiyasini o'zgartirish kerak, masalan, jismoniy mashqlar dozasini kamaytirish. Ko'pgina hollarda, jismoniy mashqlar ozgina charchoqni keltirib chiqarishi kerak, bu terining qizarishi, bug'lanishi, nafas olish tezligining oshishi bilan tavsiflanadi. Shovqinli nafas qisilishi, o'tkir zaiflik, muvofiqlashtirish va muvozanatning buzilishi, bosh aylanishi, jismoniy mashqlar tuzilishining o'zgarishi bilan birga og'riq va ortiqcha ish paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik kerak. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

6. Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari:

- * Bemorning umumiy holatini yaxshilash;
- * Ovqat hazm qilish funksiyasini yaxshilash
- * Og'riq hujumlarini kamaytirish

6.1. Reabilitatsiya protseduralarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari (xalqaro faoliyat tasnifi, hayotiy faoliyat va sog'liq cheklavlari bo'yicha xalqaro o'lchovlar) – ko'rsatmalarga muvofiq.

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

7. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari

Reabilitatsiyaning **I bosqichi** - yumshoq motor rejimi (2-4 kun) boshlanishi - statsionar darajada

Reabilitatsiyaning **II bosqichi** - yumshoq ta'lim rejimi (6-9 kun) - ambulatoriya.

III bosqich - o'quv davri (15-20 seans va undan ko'p) - reabilitatsiya markazi – sanatoriy

8. Tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiya darajasini ko'rsatadigan diagnostika choralari:

- * Bemorning fizik tekshiruvi
- * EGDFS;
- * Osqozon ichak tizimining roentgen kontrast tekshiruvi

9. Profilaktik chora-tadbirlar samaradorligi ko'rsatkichlari Xalqaro o'lchovlarga muvofiq, faoliyat, hayot va sog'liqning xalqaro tasnifiga ko'ra, profilaktika tadbirlarining samaradorligi remissiya davomiyligi, bemorlarda og'riqning yo'qligi, shuningdek har 6 oyda bir marta profilaktik EGDFS bilan belgilanadi. <https://ergotherapy.ru/wp-content/uploads/2017/05/Mezhdunarodnaya-klassifikatsiya.pdf>

10. Protokolning tashkiliy jihatlari:

- 1) manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi to'g'risida ma'lumot: yo'q.
- 2) ekspertlar ma'lumotlari (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassislari);
- 3) protokolni qayta ko'rib chiqish shartlarini ko'rsatish: uni ishlab chiqqandan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda.

7. Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

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 gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc* 2022; vol.77 (1): 23-28.
31. Hunt BJ, Allard S, Keeling D, et al. A practical guideline for the haematological management of major haemorrhage. *Br J Haematol.* 2015;170(6):788-803. doi: 10.1111/bjh.13580.
32. 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.
33. 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.
34. 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.
35. 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.
36. 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.
37. 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.