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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ТЕРАПИЯ ВА ТИББИЙ
РЕАБИЛИТАЦИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
РИТ ва ТРИАТМ” директори
т.ф.д., профессор Б.А. Аяви



2025 йил

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

Мундарижа

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ..... 5**

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ 50**

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛАТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ 57**

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ - 2025

1. Кириш қисми

Яра касаллиги долзарблигини инобатга олиб далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, касалликни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш. Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун Бутунжаҳон гастроэнтерологлар ташкилоти (WGO), Америка гастроэнтерологлари уюшмаси (AGA), Россия гастроэнтерологлар уюшмаси (РГА), Россия колоректал жарроҳлар жамияти (РОКХ) клиник кўрсатмалари асос қилиб олинди.

Яра касаллиги мавжуд бўлган беморларга ёрдам кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу баённомада ҳозирги кунга келиб мавжуд бўлган клиник далиллар, тегишли амалиёт вақтлари, шунингдек эксперт хулосалари келтирилган.

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар):

Ошқозон яраси (К25)

К25.0	Ўткир, қон кетиш билан
К25.1	Ўткир, тешилиш билан
К25.2	Ўткир, қон кетиш ва тешилиш билан
К25.3	Ўткир, қон кетиш ва тешилишсиз
К25.4	Қон кетиши билан сурункали ёки аниқланмаган
К25.5	Тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
К25.6	Қон кетиш ва тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
К25.7	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали
К25.9	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали ёки ўткир аниқланмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

Ўн икки бармоқли ичак яраси (К26)

К26.0	Ўткир, қон кетиш билан
К26.1	Ўткир, тешилиш билан
К26.2	Ўткир, қон кетиш ва тешилиш билан
К26.3	Ўткир, қон кетиш ва тешилишсиз
К26.4	Қон кетиши билан сурункали ёки аниқланмаган
К26.5	Тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
К26.6	Қон кетиш ва тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган

K26.7	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали
K26.9	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали ёки ўткир аниқланмаган
Юклуб олиш (ХКК (МКБ)дан хавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

ХКК шифрлари;

DA60	Ошқозон яра касаллиги
DA60.0	Ошқозон эрозияси
DA60.1	Helicobacter pylori-билан боғлиқ ошқозон яраси
DA60.2	Helicobacter pylori- билан боғлиқ ва дори дармон билан келтириб чиқарилган ошқозон яраси
DA60.3	Стрессдан кейинги ошқозон яраси
DA60.4	Эозинофилли ошқозон яраси
DA60.5	Лимфоцитар ошқозон яраси
DA60.6	Ташқи таъсирлар натижасида келиб чиққан ошқозон яраси
DA60.7	Инфекцион иккиламчи ошқозон яраси
DA60.Y	Бошқа аниқланган ошқозон яраси
DA60.Z	Аниқланмаган ошқозон яраси
DA61	Аниқланмаган локализацияли пептик яра
DA62	Анастомоз яраси
DA63	Ўн икки бармоқли ичак яраси
Хавола	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#553678663

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш

санаси: 2025 йил ишлаб чиқилган. Қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил;

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган

ташкilot: “Республика ихтисослаштирилган терапия ва тиббий реабилитация илмий-амалий тиббиёт маркази” (РИТ ва ТРИАТМ) ДМ

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда ҳисса қўшганлар:

1. Аляви Б.А.	– РИТ ва ТРИАТМ директори, т.ф.д., профессор
2. Исмаилова Ж.А.	– “РИТ ва ТРИАТМ” илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.д.
3. Каримов М.М.	– “РИТ ва ТРИАТМ” ДМ Гастроэнтерология бўлими раҳбари, т.ф.д., профессор
4. Дусанова Н.М.	– “РИТ ва ТРИАТМ” ДМ Гастроэнтерология бўлими катта илмий ходими

Такризчилар:

Абдуллаев А.Х.

т.ф.д., БИХ, “РИТ ва ТРИАТМ”
илмий лаборатория раҳбари

Зуфаров П.С.

т.ф.д., ТТА клиник фармакология
кафедраси профессори

Мултидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида Миллий клиник протоколларни лойиҳасини муҳокамаси баённомасидан кўчирманинг рақами ва санаси:

1. Клиник баённома ОТМ профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон Республикаси Терапевтлар ассотсиатсияси а’золари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИТ ва ТРИАТМ директорлари ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 202 -йил _____ №__-сонли баённомаси билан тасдиқланди.
2. Клиник баённома РИТ ва ТРИАТМ илмий кенгашида кўриб чиқилди

Техник экспертиза ва таҳрирлаш:

1. Дўстмухамедова Э.Х. – РИТ ва ТРИАТМ гастроэнтерология бўлими мудир

Миллий клиник протокол ва стандартларни Соғлиқни сақлаш вазирлигининг эксперт гуруҳи мутахассислари томонидан ўтказилган баҳолаш бўйича эксперт хулосаси:

- (тўлиқ исм шарифи, иш жойи, лавозими/унвони)

Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги Мувофиқлаштирилган Кенгаш йиғилиш баённомасидан кўчирма (сана, рақам)

Мақсади ва вазифалари

Ушбу ҳужжатнинг мақсади Ўзбекистон Республикасида яра касаллиги мавжуд бўлган беморларни олиб бориш бўйича мавжуд бўлган энг яхши далиллар шарҳини тузиш, жорий этиш, тизимни ва ягона ёндашувни ташкил қилишдир.

Клиник баённоманинг мақсади

Фойдаланилган услубий ёндашувлар исботланган тиббиёт тамойилларига асосланган бўлиб, унинг асосида Россия гастроэнтерологик ассоциацияси, Россия колоректал жарроҳлар жамияти ва Россия эндоскопик жамиятининг клиник тавсиялари ётади (2020 й.).

Яра касаллиги мавжуд бўлган беморларга ёрдам кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу баённомада ҳозирги кунга келиб мавжуд бўлган клиник далиллар, тегишли амалиёт вақтлари, шунингдек эксперт хулосалари келтирилган.

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ:

ППИ	протон помпаси ингибиторлари
H. pylori	Helicobacter pylori
КТ	компютер томографияси
ЯҚНП	яллиғланишга қарши ностероид препаратлар
НХ	нисбий хавф
ИН	имкониятлар нисбати
ЭГДС	эзофагогастродуоденоскопия
УТТ	ультратовуш текшируви
ЯК	яра касаллиги

АТАМАЛАР ВА ТАРИФЛАР:

Эрадикация - бу Helicobacter pylori (H.pylori) инфекциясини йўқ қилишга қаратилган даволаш

Эрадикациянинг 1-қатор схемаси - бу биринчи навбатда тайинланадиган H.pylori инфекциясининг эрадикация схемаси.

Эрадикациянинг 2-қатор схемаси - бу 1-қатор H.pylori схемаси самарасиз бўлганда тайинланадиган эрадикация схемаси.

Мазкур ташхис/нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартларнинг фойдаланувчилари:

1. Шифокор-гастроэнтерологлар.

2. Умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокорлар).
3. Терапевт-шифокорлар.
4. Тез ёрдам ва шошилинич тиббий ёрдам шифокорлари.
5. Тиббиёт олий ўқув юртлари ва коллежлари ўқитувчилари.
6. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, магистрлари, клиник ординаторлари.

Мазкур ташхис/нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартларга тўғри келадиган беморлар тоифаси:

1. Яра касаллигига шубҳа қилинган ва ташхис қўйилган беморлар.

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(ташхислар аралашувлари учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражасини	
1	Референс усули билан назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки алоҳида мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Референс усули билан назорат қилинадиган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Референс усули билан кетма-кет назоратсиз ўтказиладиган тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усули билан тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Фақат ҳаракат механизмини асослаш ёки эксперт хулосаси мавжуд

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбирлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражасини

1	Мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлилни қўллаш билан ўтказиладиган рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳодиса ёки ҳодисалар қатори тавсифи, “ҳодиса-назорат” тадқиқоти
5	Фақат аралашуш ҳаракати механизмини асослаш (клиникадан олдин) ёки эксперт хулосаси мавжуд

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқтирган натижалари бўйича хулосалари мувофиқлаштирилгандир)
В	Шартли тавсия (кўриб чиқилган самарадорлик мезонларининг (натижалар) ҳаммаси ҳам муҳим эмас, тадқиқотларнинг ҳаммаси ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтирган натижалари бўйича хулосалари мувофиқлаштирилмаган)
С	Заиф тавсия (тегишли даражадаги сифатли далилларнинг етишмаслиги (кўриб чиқилган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқтирган натижалари бўйича хулосалари мувофиқлаштирилмаган)

2. Асосий қисм

2.1. Кириш

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги - сурункали қайталанувчи касаллик бўлиб, меъда ва 12 бармоқ ичак соҳасида яра ҳосил бўлади.

2.2.Тарифи

Яра касаллиги (ЯК) сурункали қайталанувчи касаллик бўлиб, у касалликнинг зўрайиш даври ва ремиссия даврларининг алмашиши билан кечади, у ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак деворида нуқсон (яра) ҳосил бўлиши билан намоён бўлади.
https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

Замонавий концепцияларга кўра, ЯК патогенези умумий кўринишда ошқозон таркибидаги кислота-пептик тажовуз омиллари ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватини ҳимоя қилиш элементлари ўртасидаги мувозанатнинг бузилишига олиб келади [1].

Яра ҳосил бўлишининг агрессив бўғини қоплама ҳужайралари массасининг кўпайиши (кўпинча ирсий), гастриннинг ортиқча ишлаб чиқарилиши, ошқозон кислотаси ажралиб чиқишини асаб ва гуморал регуляциясининг бузилиши, пепсиноген ва пепсин ишлаб чиқаришнинг ошиши, гастродуоденал ҳаракатланишнинг бузилиши (кечкикиш ёки аксинча, тезлашув) ошқозондан эвакуация қилишнинг тезлашиши, ошқозон шиллик қаватини *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) микроорганизмлари билан уруғлантириш.

Ҳозирги пайтда ЯКнинг ривожланишида ҳал қилувчи рол, Австралиялик олимлар Б.Маршал (B.Marshall) ва Ж.Уоррен (J.Warren) томонидан 1983 йилда аниқланган *H. pylori* микроорганизмларига берилган.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватига *H. pylori* нинг ёмон таъсири спектри жуда хилма-хилдир. Ушбу бактериялар шиллик қаватнинг ҳимоя тўсиғига, шунингдек турли хил цитотоксинларга зарар етказадиган бир қатор ферментларни (уреаза, протеаза, фосфолипаза) ишлаб чиқаради. Энг патоген бўлиб вакуумли цитотоксин ишлаб чиқарадиган, цитоплазматик вакуолалар ҳосил бўлишига ва эпителия ҳужайраларининг ўлишига олиб келадиган *H. pylori* VacA - штамлари ва цитотоксин билан боғлиқ генни экспрессия қиладиган CagA штамми ҳисобланади. *H. pylori* ошқозон шиллик қаватида интерлейкинлар, лизосомал энзимлар, ўсимта некрози омилнинг ажралиб чиқишига ёрдам беради, бу ошқозон шиллик қаватида яллиғланиш жараёнларини ривожланишига сабаб бўлади.

Ошқозон шиллик қаватининг *H. pylori* томонидан уруғланиши юзаки антрал гастрит ва дуоденит ривожланиши билан бирга кечади ва кейинчалик хлорид кислота секрециясининг кучайиши билан гастрин даражасининг ошишига олиб келади. Панкреатик бикарбонатларнинг нисбатан етишмовчилиги шароитида ўн икки бармоқли ичакдаги бўшлиққа кирадиган ортиқча хлорид кислота дуоденитнинг ривожланишига ёрдам беради ва бундан ташқари ўн икки бармоқли ичакда ошқозон метаплазияси соҳаларининг (ошқозон тури бўйича дуоденал шиллик қавати эпителиясининг қайта тузилиши) пайдо бўлишига сабаб бўлади,

уларга тезлик билан *H. pylori* ўтиради. Келажакда, айниқса, қўшимча этиологик омиллар (ирсий мойиллик, 0 (I) кон гуруҳи, чекиш, асаб-руҳий стресс ва бошқалар) мавжуд бўлганда метаплазациялашган шиллиқ қавати соҳаларида ярали нуқсон шаклланади. Ўн икки бармоқли ичак ярасининг тахминан 80% ва ошқозон ярасининг 60% *H. pylori* билан боғлиқ [2]. Салбий-*H. pylori* яралари кўпинча ЯҚНПни қабул қилиш натижасида юзага келади.

Эпидемиологияси

Эркакларнинг 11-14% ва аёлларнинг 8-11% ҳаёти давомида яра касаллигига чалиниши мумкинлиги кўрсатилган [3]. АҚШда ҳар йили биринчи марта аниқланган ЯК билан касалланган 500 000 га ва касалликнинг қайталаниши билан 4 миллиондан ортиқ бемор аниқланади [2,4]. Ўн икки бармоқли ичакда локализация қилинган ЯК ошқозонда локализация қилинган ЯКга қараганда 4 марта кўпроқ учрайди. Дуоденал яраси бўлган беморлар орасида эркаклар аёлларга қараганда кўпроқ, ошқозон яраси бўлган беморлар орасида эркаклар ва аёллар нисбати тахминан бир хил [5]. Сўнгги йилларда асоратланмаган ЯК шаклидаги беморларни хорижий мамлакатларда [6] ва Россияда касалхонага ётқизишнинг камайиши тенденцияси кузатилмоқда. Россия Федерацияси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг статистик малумотларига кўра, Россия Федерациясида ЯК частотаси ва тарқалишининг таҳлили 2006 йилдан 2017 йилгача бўлган даврда ЯК билан касалланиш даражаси 100 000 аҳолига 128,7 дан 79,5 гача камайганлигини кўрсатди [7,8]. Шу билан бирга, бутун дунёда ЯК асоратлари (қон кетиш, тешилиш) частотасининг ошиши қайд этилган, бу ЯҚНПни қабул қилишнинг кўпайиши билан боғлиқ [6]. Буюк Британияда ҳар йили 2000 дан ортиқ, АҚШда - 16 500 дан ортиқ беморлар ЯҚНПни қабул қилиш билан боғлиқ ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг асоратларидан вафот этади [9].

Сўнгги йилларда дунё бўйлаб яра касаллигининг мураккаб шакллари билан касалланганлар сонининг камайиши тенденцияси кузатилмоқда, бу асосан замонавий ярага қарши терапия схемаларининг самарадорлиги, эндоскопик диагностиканинг мавжудлиги ва *H. pylori* мавжудлигини аниқлаштириш учун скрининг тестларидан фаол фойдаланиш билан боғлиқ.

2.3. Омиллар ва хавф гуруҳлари

I. Стресси ошқозон яраси ва ошқозон-ичак тракти (ОИТ) шиллиқ қаватининг стресс-индукцияланган шикастланиши учун қуйидаги хавф омиллари шакллантирилган (2012 йилдаги

қўшимчалар ва ўзгартиришлар билан ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directorsga, 1998, мувофик).

1. Мустақил хавф омиллари:

- қуйидаги кўрсаткичлар: тромбоцитлар сони $<50\ 000\ \text{мм}^3$, INR (XNN) $>1,5$ ёки PTT (қисман тромбопластин вақти) >2 нормал қийматлари билан коагулопатия (шу жумладан, дори препаратлари келтириб чиқарадиган);

- нафас етишмовчилиги: механик вентиляция (ЎСВ) ≥ 48 соат.

2. Бошқа хавф омиллари:

- орқа мия шикастланиши;

- кўплаб жароҳатлар: тананинг бир нечта жойларига шикаст етказилиши;

- жигар етишмовчилиги: билирубиннинг умумий даражаси $> 5\ \text{мг/дл}$, АСТ > 150 бирл/л (ёки юқори чегараси бўйича нормал кўрсаткичлардан 3 баравар кўп) ёки АЛТ > 150 бирл/л (ёки юқори чегараси бўйича нормал кўрсаткичлардан 3 баравар кўп);

- термик куйишлар $>$ тана юзасининг $>35\%$;

- жигарни қисман резекция қилиш;

- комада ва Глазгода ≤ 10 балл билан ёки оддий буйруқларни бажара олмайдиган бош жароҳати;

- жигар ёки буйрак трансплантацияси;

- анамнезда ошқозон яраси ёки жонлантириш ва интенсив терапия бўлимига тушишдан олдин бир йил ичида қон кетиши;

- сепсис ёки септик шок, вазопрессорлар билан гемодинамик қўллаб-қувватлаш ва/ёки мусбат қон маданияти ёки клиник шубхали инфекция билан;

- жонлантириш ва интенсив терапия бўлимида 1 ҳафтадан кўпроқ қолиш;

- 6 кундан ортиқ давом этадиган яширин ёки аниқ қон кетиш;

- киритиш усулидан қатъий назар, кортикостероидлар билан даволаш.

Эслатма. Баъзи америкалик тадқиқотчилар бошқа хавф омиллари гуруҳида буйрак етишмовчилигини (зардоб креатинини даражаси $4\ \text{мг/дл}$ дан юқори) кўрсатадилар.

II. ЯҚНПни қабул қилиш билан боғлиқ яралар.

American College of Gastroenterologyнинг (2009 й.) ЯҚНП билан қўзғатилган гастропатия асоратларининг олдини олиш бўйича тавсияларига биноан барча беморларни ЯҚНП ларнинг овқат ҳазм қилиш трактига токсик таъсир қилиш хавфи даражаси бўйича қуйидаги гуруҳларга бўлиш мумкин:

1. Юқори даражадаги хавф:

- анамнезда асоратланган яра мавжудлиги, айниқса яқинда ўтказилгани;

- кўплаб (2 дан ортиқ) хавф омиллари.

2. Ўртача даражадаги хавф (1-2 та хавф омили):

-ёшнинг 65 дан юқорилиги;

-ЯҚНП ларнинг юқори дозаси;

-анамнезда асоратланмаган яра мавжудлиги;

-асетилсалицил кислотасини (шу жумладан паст дозаларда), кортикостероидлар ёки антикоагулянтларни бир вақтда қабул қилиш.

3. Паст даражадаги хавф: хавф омиллари мавжуд эмаслиги.

ЯҚНП ларни қабул қилиш қон кетиши хавфини 2,74 мартага оширади; 50 ёшдан ошган беморларда - 5,57 марта; қон кетишининг олдинги эпизодлари мавжудлигида ёки глюкокортикоидларни қабул қилишда - 4,76 марта; ЯҚНПларнинг антикоагулянтлар билан биргаликда қабул қилиш - 12,7 марта.

2.3.1. Классификацияси (таснифланиши)

ЯКнинг умумий қабул қилинган классификацияси (таснифи) мавжуд эмас.

Аввало, *H. pylori* инфекциясининг мавжудлигига ёки йўқлигига қараб, *H. pylori* инфекцияси билан боғлиқ ва унга боғлиқ бўлмаган ЯК ажратилади. Охирги кўриниши базан идиопатик шакл деб аталади. Шунингдек, ЯКни бошқа касалликлар фонида юзага келадиган мустақил касаллик (эссенциал яра касаллиги) ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг симптоматик яралари (дорилар туфайли, "стрессли", эндокрин патологияда, ички органларнинг бошқа сурункали касалликларида) шакллари ажратилади ва ўзларининг ривожланиш механизмлари бўйича алоҳида этиологик ва патогенетик омиллар билан боғлиқ.

Маҳаллийлаштиришга кўра қуйидаги яра турлари ажратилади:

- **ошқозон яраси** (кардиал ва субкардиал бўлимлар, ошқозон танаси, антрал бўлим, пилорик канал);

- **ўн икки бармоқли ичак яраси** (илдизлар, постбулбар бўлим),

- **ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг қўшма яралари.** Бунда, яралар кичик ёки катта эгриликда, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг олд ва орқа деворларида жойлашган бўлиши мумкин.

Яра билан шикастланишлар сонига кўра, битта ва бир нечта яралар ажратилади ва ошқозон яраси нуқсонининг катталигига қараб, кичик (диаметри 0,5 см гача) ва ўрта (диаметри 0,6-1,9 см) бўлган, катта (2, диаметри 0-3,0 см) ва улкан (диаметри 3,0 см дан юқори) яралар.

Ташхисда касалликнинг кечиш босқичлари қайд этилади: зўрайиши, битиши, чандик пайдо бўлиши ("қизил" ва "оқ" чандикнинг эндоскопик тасдиқланган босқичи) ва ремиссия, шунингдек ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичакнинг мавжуд чандик-яра кўринишидаги деформацияси. Ташхисни тарифлашда ЯКнинг асоратлари (шу жумладан анамнестик) мавжудлиги кўрсатилади: кон кетиши, тешилиши, пенетрацияси, чандик-яра стенози, шунингдек, агар улар амалга оширилган бўлса, жарроҳлик аралашувларнинг хусусияти.

2.3.2. Клиник кўриниши

ЯК зўрайишининг етакчи аломати кўкрак ости соҳасидаги оғриқлар бўлиб, у кўкракнинг чап ярмига ва чап томондаги қовурғага, умуртқанинг кўкрак ёки бел бўлимига тарқалиши мумкин.

Оғриқ таом қабул қилгандан кейиноқ дарҳол (ошқозоннинг кардиал ва субкардиал бўлимларида яра мавжудлигида), таом қабул қилгандан кейин ярим - бир соат ўтгач (ошқозон танасида яра мавжудлигида) пайдо бўлади.

Пилорик канал ва ўн икки бармоқли ичак илдизида яра мавжудлигида кечиккан оғриқлар (таом қабул қилгандан кейин 2-3 соат ўтгач), оч қоринда пайдо бўладиган ва овқатлангандан кейин ўтадиган "оч" оғриқлар, шунингдек, тундаги оғриқлар кузатилади. Антисекретор ва антацидли дориларни қабул қилгандан кейин оғриқ ёқолади [5].

ЯКнинг зўрайиши билан нордон кекириш, кўнгил айниши ва ич қотиши ҳам кенг тарқалган. Ошқозон кислотали таркиби билан қусиш енгиллик келтиради, шунинг учун беморлар томонидан суний равишда қўзғатилади ва у ҳар доим ЯК белгиси бўлиб ҳисобланади, аммо ҳозирда нисбатан кам учрайди. Касалликнинг кучайиши билан вазн йўқотиш ҳолати тез-тез қайд этилади, чунки иштаҳанинг сақланиб қолишига ва ҳатто баъзида ошишига қарамай, беморлар оғриқни кучайишидан кўрқиб, ўзларини овқатдан чеклайдилар. ЯКнинг кучайиши пайтида кузатилган клиник аломатлар патогномоник хусусиятга эга бўлмайди ва бошқа касалликларда ҳам пайдо бўлиши мумкин (масалан, сурункали гастрит ва функционал диспепсия аломати бўлган дуоденитда), шунинг учун ЯК ташҳиси бошқа инструментал тадқиқот усуллари билан тасдиқланиши керак.

ЯКнинг кучайиши даврида объектив текширувда эпигастрал соҳада палпация пайтида оғриқ аниқланади, у қорин олд девори мушакларининг ўртача резистентлиги билан бирлашади. Худди шу соҳада маҳаллий перкутор оғриқ аниқланиши мумкин (Мендел аломати). Бироқ, бу белгилар ЯКнинг кучайиши учун қатъий тарздаги ўзига хос белгилар бўлиб ҳисобланмайди.

ЯБ учун мавсумий (баҳор ва куз) оғриқ ва диспептик аломатларнинг кучайиши даври одатий ҳисобланади.

Асоратланмаган ҳолатларда ЯК одатда кучайиш даврининг алмашиши (3-4 ҳафтадан 6-8 ҳафтагача) ва ремиссия (бир неча ҳафтадан кўп йилгача) билан кечади. Ёмон омиллар таъсирида (масалан, ортиқча жисмоний зўриқиш, ЯҚНП ва/ёки қон ивишини пасайтирадиган дориларни қабул қилиш, спиртли ичимликларни суистеъмол қилиш каби) асоратлар ривожланиши мумкин. Бунга қон кетиши, яранинг тешилиши ва пенетрацияси, чандиқ-яра стенозининг шаклланиши ва яранинг малигнизацияси киради.

Ярали қон кетиши ЯК бўлган беморларнинг 15-20% да кузатилади.

Унинг пайдо бўлиши хавфи омиллари бўлиб ацетилсалицил кислотаси ва ЯҚНП ни қабул қилиш, *H. pylori* инфекцияси ва яра ҳажми >1 см бўлиши хизмат қилади [6].

Ташҳислашнинг клиник мезонлари:

гематемезис, мелена, эпигастрал оғриқ, тахикардия, ҳолсизлик, бош айланиши, артериал гипотензия, ортостатик коллапс.

Аломатлари, кечиши

Ўткир ошқозон-ичак қон кетиши мавжуд бўлган беморларда гематемезис, мелена, шунингдек турли даражадаги қўшимча аломатлар ва гиповолемия белгилари мавжуд.

Гиповолемия белгилари:

- қон босимининг (систолик ёки ўртача) ётган ҳолатда 20 мм. сим. уст. дан ортиқ даражада ёки ўтирган ҳолатда 10 мм. сим. уст. дан ортиқ даражада пасайиши;

- юрак уриш тезлиги 20 та дақиқага ошиши;

- гемоглобиннинг 20 г/л дан ортиқ даражада пасайиши.

Қаҳва қуйкуми, мелена, зонд орқали ошқозондаги аспират таркибидаги қон аралашмаси, нажасдаги қоннинг ижобий намуналари юқори ошқозон-ичак тракти (ОИТ) бўлиmidан қон кетиши фактини тасдиқлайди.

Гематемезис қонли қусиш ёки ўзгармаган кўринишда қусиш ёки тўқ жигарранг донадор моддалар ("қаҳва қуйкуми") кўринишида қусиш билан намоён бўлади - ошқозонда қоннинг узок вақт бўлиши ва хлорид кислота билан гемоглобиннинг метгемоглобинга айланиши натижасида ҳосил бўлади.

Мелена (тўғри ичакда ўзгарган қоннинг пайдо бўлиши) қора рангли суюқ, баъзан қизил рангга эга (қон янги ва ўзига хос ўткир хидга эга бўлганда) нажаслар бўйича аниқланади. Бу ичак ва бактериал ферментлари билан гемнинг оксидланиши туфайли содир бўлади ва қон кетиш манбаи ОИТнинг юқори бўлимида бўлиши мумкинлигини ва аниқ илеосекал оғиз қисмига нисбатан проксимал қисмида жойлашганлигини кўрсатади. Мелена фаол қон кетиши

тўхтаганидан кейин бир неча кун давом этишини эсдан чиқармаслик керак. Бу омил шифокорларни чалғитиши мумкин. Бундан ташқари, меленани темир препаратларини истеъмол қилиш натижаларидан фарқлаш керак, у ёпишқоқ, аммо нисбатан қаттиқ, кулранг-қора нажаслар пайдо бўлишига олиб келади.

Ошқозон-ичак тракти перисталтикасининг кучайиши (масалан, прозерин билан стимуляция) ва ошқозоннинг кислота ҳосил қилувчи функциясининг пасайиши билан мелена таркибида янги ўзгармаган қон аралашмаси бўлиши мумкин, бу ҳам ташҳислашдаги хатога олиб келиши мумкин.

Ўзгармаган қон билан ректал қон кетиши тўғридан-тўғри қон кетиш манбаи бу - йўғон, тўғри ичак ёки анал тешик эканлигини аниқлатади. Аммо шуни ёдда тутиш керакки, ОИТ юқори бўлимидан қон кетиши худди шу тарзда намоён бўлиши мумкин. Шунинг учун ўзгармас қон билан катта ректал қон кетиши бўлган беморда, айниқса гиповолемия белгилари мавжуд бўлса, ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичакдан қон кетишини истисно қилиш керак.

Агар илгари беморлар аортада протезни ўрнатиш бўйича жарроҳлик аралашувини бошдан кечирган бўлса, қон томир жарроҳ маслаҳати билан аорта-энтерал тешик имкониятини кўриб чиқиш керак.

Ярали қон кетиши, "қахва қуйқаси" (гематемезис) ёки қора қатронсимон нажас (мелена) каби таркибни қусиш билан намоён бўлади. Катта миқдорда қон кетиши ва хлорид кислотанинг юқори даражада бўлмаган секрецияси, шунингдек ошқозоннинг кардиал бўлимида яра локализация қилинганда қусишда ўзгармас қон аралашмаси қайд этилиши мумкин. Базида ярали қон кетишининг клиник кўринишида биринчи ўринда умумий шикоятлар (заифлик, онгнинг йўқолиши, қон босимининг пасайиши, тахикардия), бунда мелена эса бир неча соатдан кейин пайдо бўлиши мумкин.

Яранинг тешилиши (перфорацияси) ошқозон яраси бўлган беморларнинг 5-15 фоизда, кўпинча эркакларда учрайди. Унинг ривожланишига ортиқча жисмоний зўриқиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш, ортиқча овқатланиш сабаб бўлади. Базида перфорация ЯКнинг асимптоматик ("кўр") кечиши фонидан пайдо бўлади. Яранинг тешилиши клиник жиҳатдан кўкрак ости соҳасида ўткир ("санчикли") оғриқлар, коллаптоид ҳолатнинг ривожланиши билан намоён бўлади. Беморни текширишда қорин олд девори мушакларидаги "тахтасимон" таранглик ва қоринни пайпаслашда кучли оғриқ, Шеткин-Блумбергнинг ижобий аломати аниқланади. Кейинчалик базида сезиларли бўлмаган яхшиланишдан сўнг, тарқалган перитонитнинг кўриниши ривожланиб боради.

Пенетрация деганда ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак ярасининг атрофдаги

тўқималарга кириб бориши тушунилади: ошқозон ости беши, кичик қорин ёғи бўлими, ўт пуфағи ва умумий ўт йўллари. Яранинг пенетрациясида овқат истеъмол қилиш билан аввалги боғлиқлигини йўқотадиган доимий оғриқлар пайдо бўлади, тана ҳарорати кўтарилади ва қон таҳлилларида ЭЧТ нинг ошиши аниқланади. Яранинг пенетрациясининг мавжудлиги рентген ва эндоскопик текширув билан тасдиқланади.

Қорин бўйни стенози одатда пилорик каналда ёки ўн икки бармоқли ичакнинг бошланғич қисмида жойлашган яранинг чандикланишидан кейин ҳосил бўлади. Кўпинча, ушбу асоратнинг ривожланишига ушбу соҳада тешилган ярани тикиш операцияси сабаб бўлади. Қорин бўйни стенозининг энг характерли клиник аломатлари бўлиб – озгина вақт олдин истеъмол қилинган таомни қусиш, шунингдек, водород сульфид ҳиди билан кекириш ҳисобланади. Кўкрак ости соҳасида қоринни пайпаслашда "чайқалишнинг кечки шовқини" (Василенко симптоми) аниқланиши мумкин, озгин беморларда баъзида ошқозон перисталтикаси кўринадиган бўлиб қолади. Декомпенсацияланган қорин бўйни стенозида беморларнинг ориқлашиши ривожланиши мумкин, унга электролитли бузилишлар кўшилади. Безарар ошқозон ярасининг малигнизацияланиши (зарарли ярага айланиши) илгари ҳисобланганидек кўп учрайдиган асорат эмас. Ошқозон яраси малигнизацияланиши сифатида кўпинча ўз вақтида аниқланмаган инфилтратив-ярали ошқозон саратони ҳолатлари нотўғри қабул қилинади. Яранинг малигнизацияланишини ташхислаш ҳар доим ҳам осон бўлмайди. Клиник жиҳатдан, баъзида ЯКнинг зўрайиши ҳолатининг даврийлиги ва мавсумийлигининг йўқолиши билан кечиши хусусиятидаги ўзгаришларни қайд этиш мумкин. Қон таҳлилларида анемия, ЭЧТ ошиши кузатилади. Якуний ҳулоса яранинг турли соҳаларидан олинган биоптатларни гистологик текшируви билан чиқарилади.

Клиник кўринишнинг баъзи бир хусусиятлари бошқа касалликлар фониди ёки дори-дармонларни қабул қилишда юзага келадиган симптоматик яраларга хосдир.

Шундай қилиб, стрессли гастродуоденал яралари қаторига кенг тарқалган қуйиш (Курлинг яраси), мия шикастланишлари ва нейрожарроҳлик операциялар (Кушинг яралари), қорин бўшлиғи операцияларидан, айниқса, миокард инфаркти, сурункали буйрак ва жигар етишмовчилигининг сўнгги босқичида ва бошқа оғир шароитларда беморларда ўтказиладиган органлар трансплантацияси билан боғлиқ операцияларидан кейин пайдо бўладиган ўткир ва одатда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакдаги кўпсонли яралар киради. Стрессли яралар одатда ўткир, кўпсонли бўлади, кўпинча кам аломатлар билан кечади, ошқозон-ичакдан қон кетиши тенденцияси билан ажралиб туради ва юқори даражадаги ўлим ҳолатлари билан тавсифланади. Бу кўпинча асосий касалликнинг оғир кечишидан келиб чиқади.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яралари орасида энг муҳимлари простагландинларнинг синтези учун жавобгар бўлган циклооксигеназа-1 ферментини блокировка қилувчи ЯҚНП ни қабул қилиш (ЯҚНП ни қабул қилиш билан боғлиқ гастропатия) билан боғлиқ бўлган ошқозон деворидаги ўткир эрозив ва яралари шикастланишлардир. Гастродуоденал яралар узоқ вақт давомида ЯҚНПни қабул қилган беморларнинг 20-25 фоизида, эрозив шикастланишларда - беморларнинг 50 фоизидан кўпроғида учрайди. Уларнинг ривожланиши учун хавфли омилларига беморларнинг кекса ёши, анамнездаги ЯК, ҳамроҳ юрак-қон томир тизими ва жигар касалликлари, ЯҚНПнинг юқори дозаси ва антикоагулянтларни бир вақтда қабул қилиш киради.

Гастродуоденал яралар ва ЯҚНПни қабул қилиш натижасида ҳосил бўлган эрозиялар ҳам кўпсонли бўлиш хусусиятига эга, кўпинча кам аломатлар билан кечади ва тўсатдан ошқозон-ичак қон кетиши билан намоён бўлади ("қаҳва қуйкуми" кўринишдаги таркибга эга мелена ёки қусиш). Бундай беморларда уларнинг ривожланиш хавфи 4-5 марта ошади [11].

2.4. Ташхислаш

Ташхис қўйиш мезонлари

Яра касаллиги ташхиси қўйидагиларга асосланиб қўйилади.

1) анамнезга оид маълумотлар (характерли шикоятлар, илгариги яра касаллигининг аниқланиши);

2) физикал текширув (пальпация пайтида қорин девори мушакларида оғриқ ва резистентлигини аниқлаш);

3) инструментал текширув (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакни эндоскопик ва рентгенологик текшируви пайтида яралари нуқсонни аниқлаш).

3. Текширув усуллари, услублари, тиббий муолажалар ёндошувлари ва ташхислаш жараёнлари

3.1. Шикоятлар ва анамнез

ЯК мавжуд бўлган беморларга хос шикоятлар ва анамнез маълумотлари 1.6- бўлимда кўрсатилган.

3.2. Физикал текширув

ЯК мавжуд бўлган беморларга хос физикал текширув маълумотлари 1.6- бўлимда келтирилган.

3.3. Лаборатор ташхислаш текширувлари

3Б	ЯК мавжуд бўлган барча беморлар учун яширин ярадан қон кетиши натижасида камқонликни истисно қилиш учун гемоглобин ва гематокрит даражасини аниқлаш учун умумий қон таҳлилини ўтказиш тавсия этилади [12].
----	--

ЯКнинг асоратланмаган кечишида клиник қон таҳлили одатда сезиларли ўзгаришсиз қолади, аммо аниқ ёки яширин қон кетишини кўрсатадиган анемияни ҳам аниқлаши мумкин.

2Б	ЯК мавжуд бўлган барча беморлар учун яширин ярадан қон кетишини истисно қилиш мақсадида яширинган қон учун нажас таҳлилини ўтказиш тавсия этилади [13].
----	---

ЯКнинг кучайишини ташхислашда маълум ўринни яширинган қон учун нажаснинг таҳлилини ўтказиш эгаллайди. Унинг натижаларини талқин қилганда, нажаснинг яширинган қонга ижобий реакцияси бошқа кўплаб касалликларда ҳам учрашини унутмаслик керак, бу уларни албатта истисно қилишни талаб қилади.

3.4. Инструментал ташхислаш текширувлари

5С	ЯКга шубҳа қилинган барча беморларда, қарши кўрсатмалар бўлмаган тақдирда, ташхисни тасдиқлаш учун эзофагогастроуденоскопия ўтказиш тавсия этилади [2].
----	---

Режалаштирилган тарзда ўтказиладиган эндоскопик текширув ярали нуқсон мавжудлигини тасдиқлайди, унинг локализацияси, шакли, ўлчами, чуқурлиги, яралининг туб қисми ва қирраларининг ҳолатини аниқлайди, пенетрация, чандикли деформацияси ва органдаги тешик стенозини аниқлаш имконини яратади. Режалаштирилган тарзда ўтказиладиган эндоскопик текширув шиллиқ қаватдаги бошқа қўшма ўзгаришларни аниқлашга ва гастродуоденал моторикадаги (ҳаракатдаги) бузилишларни аниқлашга имкон беради.

Ошқозон яраси локализация қилинган тақдирда деярли барча ҳолатларда яра нуқсонининг чекка қисмидан кесиб олиш билан биопсияни кўп марта ўтказиш тавсия этилади, бунда кейинчалик ярали шикастланишнинг зарарли хусусиятини истисно қилиш учун патоморфологик текширув ўтказилиши керак.

Ўн икки бармоқли ичакдаги яра локализация қилинганида, яралининг четки қисмидан биопсияни амалга ошириш тавсия этилмайди, чунки бундай яралар камдан-кам ҳолларда зарарли хусусиятга эга бўлади. Ўн икки бармоқли ичак яраларини нейроэндокрин ва субэпителиал ўсимталарининг ярали шаклларида, шунингдек, қўшни органлардаги, кўпинча ошқозон ости безидаги, ўсимталарнинг

ўн икки бармоқли ичакка қараб ўсишидан фарқлаш керак. Бундай ҳолларда биопсияни ўтказиш жуда зарур.

Ошқозон яраси мавжуд бўлган беморларга консерватив даволаш охирида яра нуқсонининг чекка қисмидан такрорий кесиб олиш билан кўп марта биопсияни ўтказиш билан назорат эндоскопик текширувини амалга ошириш тавсия этилади. Бу, биринчи навбатда, тегишли дори-дармонли терапия курсига қарамай яра касаллигининг аломатлари сақланиб қолган беморларга тегишли, ёки яра этиологияси етарлича аниқ эмас.

Ўн икки бармоқли ичакда яра бўлган беморларга даволанишга қарамай, аниқ клиник аломатлар сақланиб қолган ҳолатларда рефрактер ошқозон яраси касаллиги ва нопептик этиологияни истисно қилиш учун назорат эндоскопик текширувидан ўтиш тавсия этилади.

Ярали жараён босқичини баҳолаш учун (зўрайиши, битиши, чандикланиши), одатда умумий тарзда қабул қилинган Sakita ва Miwa таснифларини қўллаш мақсадга мувофиқдир (1-расм).



A1

H1

C1



A2

H2

C2

1-расм. Sakita-Miwa бўйича ошқозон ярасининг битиши босқичлари

A. (Active) Фаол босқич (кучайиши)

A1 Ярани ўраб турган шиллик қават шиш пайдо бўлиши натижасида бўртган бўлиб кўринади, эпителий янгилаши мавжуд эмас.

A2 Яранинг атрофидаги шиллик қаватнинг шишиши камайган, яранинг четки қисмлари аниқ кўринади ва яранинг четида янгиланувчи эпителийнинг биринчи ўсмалари пайдо бўлган. Кўпинча яра периметри бўйлаб қизил рангли гардиш, бевосита чеккаси бўйлаб - думалоқ оқ рангли кўтир кўринади. Шиллик қаватнинг бир-бирига яқинлашган қатламлари одатда яранинг четига кузатилади.

H. (Healing) Битиш босқичи

H1 Ярани қоплаган оқ фибрин қатлами юқалашган, янгиладиган эпителий бевосита яранинг тагига тарқалади. Яранинг четки қисми ва туб қисми орасидаги градиент текисланган. Аммо яра кратери ҳанузгача мавжуд бўлиб, яранинг четки қисмлари аниқ кўриниб турибди. Ярали нуқсоннинг диаметри A1 босқичидаги яра диаметрининг учдан икки қисмига тенг.

H2 Ярали нуқсон H1 босқичига қараганда кичикроқ бўлиб, янгиладиган эпителий яранинг туб қисмини қоплаган. Оқ фибрин қатламининг майдони A1 босқичидаги яра майдонининг тахминан тўртдан бир қисмидан учдан бири қисмигачасини ташкил қилган.

C (Scarring). Чандиқланиш босқичи

C1 Янгиладиган эпителий яранинг туб қисмини тўлиқ қоплаган. Оқ фибрин қатлами йўқолган. Дастлаб, регенерация зонаси ёрқин қизил ранга кирган. Яхшилаб кўздан кечиришда кўплаб капиллярларни кўриш мумкин. "Қизил рангли чандиқ" шаклланган.

C2 Бир неча ойдан бир неча йилгача бўлган даврда дастлаб қизил рангли чандиқ атрофидаги шиллик қават рангига киради. "Оқ рангли чандиқ" шаклланади.

5C	ЯКга шубҳа қилинган, эндоскопик текширув ўтказиб бўлмайдиган беморларга ташхисни тасдиқлаш учун ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг рентгенографиясини ўтказиш тавсия этилади [2].
----	---

Рентгенологик текширувда ЯКнинг бевосита белгиси - шиллик қават контурида ёки рельефида "чуқурча" ва касалликнинг билвосита белгилари аниқланади (ярага нисбатан карама-қарши томонда ошқозон деворидаги "ишора бармоғи" шаклида мушак толаларининг маҳаллий циркуляр спазми, шиллик қават қатламларининг "чуқурча" га конвергенцияси, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак илдизининг чандиқли ва ярали деформацияси, оч қоринга гиперсекрецияси, гастродуоденал моториканинг бузилиши).

Ҳозирги вақтда ЯКни ташхислаш учун рентгенологик текшируви аввалгидек тез-тез ишлатилмайди. У баъзи бир сабабларга кўра (масалан, қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар

мавжудлиги) эндоскопик текширувни ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда, инфилтратив ярали саратон билан дифференциал ташхислаш мақсадида ошқозон деворининг перисталтикасини баҳолаш зарур бўлганда, ошқозондан эвакуация қилиш хусусиятини баҳолаш зарур бўлганда қўлланилади.

4Б	Яра тешилганига шубҳа қилинган беморларга уни тасдиқлаш учун қорин бўшлиғи органларини компьютер томографиясини ўтказиш тавсия этилади [14-18].
----	---

Ушбу усул қорин бўшлиғида эркин газ мавжудлигини, фасод (йиринг) ҳажми ва хусусиятини аниқлашга, патологик ўзгаришларни локализация қилишга, шу жумладан тешилиш жойини аниқлашга имкон беради.

4Б	Яра перфорацияси ёки пенетрациясига шубҳа қилинган беморларга, агар ушбу асоратларни аниқлаш учун КТ ўтказишнинг имкони бўлмаса, қорин бўшлиғи органларининг УТТ ва оддий рентгенографиясини ўтказиш тавсия этилади [18, 19].
----	---

Беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш ва ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичакдаги тешилган ярасини даволашда муваффақиятнинг муҳим мезони жарроҳликдан олдинги давр - касаллик бошлангандан жарроҳликни амалга ошириш вақтигача бўлган вақт. Узоқ муддатли диагностик изланиш кейинчалик ёмон прогноз билан беморнинг аҳволи ёмонлашишига олиб келиши мумкин. Фақат тиббий муассасада КТ бўлмаган тақдирда яра тешилишини ташхислаш учун қорин бўшлиғининг УТТ ва рентгенографиясини ўтказиш мумкин. Шунинг эса тутиш керакки, ушбу усулларнинг сезгирлиги ва ўзига хослиги КТ билан таққослаганда пастроқ ва натижа кўп жиҳатдан ультратовушли ташхислаш бўйича мутахассиснинг малакасига боғлиқ.

Бошқа ташхислаш текширувлари

4С	Барча ЯК мавжуд бўлган беморларга эрадикациявий терапияга кўрсатмаларни аниқлаш учун <i>H. pylori</i> инфекциясининг мавжудлигига ¹³ С-нафас уреаз тести ёрдамида текшириш ёки нажасда <i>H. pylori</i> антигенини аниқлаш, бир вақтнинг ўзида ЭГДС ўтказишда эса - тезкор уреаз тести ёрдамида тест ўтказиш тавсия этилади [20, 21].
----	--

“Maastricht-V” келишув йиғилишининг тавсияларига мувофиқ (2016) [20], ¹³С-нафас уреаз тести ёрдамида текшириш ёки нажасда *H. pylori* антигенини аниқлаш, *H. pylori* инфекциясининг бирламчи ташхиси учун энг мақбул тестлардир. Шундай қилиб, сўнгги Кокрейн шарҳи ва мета-таҳлилига кўра, 90% белгиланган ўзига

хослиги билан ^{13}C -нафас уреаз тестининг сезгирлиги 94% (95% ИИ: 0.89-0.97), нажасда *H. pylori* антигенининг аниқланиши эса 83% (95 % ИИ: 0, 73-0.90) ни ташкил қилади [21].

Агар *H. pylori* инфекцияси мавжудлигига тест ўтказилиши керак бўлган беморларга бир вақтнинг ўзида ЭГДС ўтказилаётган бўлса, у ҳолда бирламчи ташхис қўйиш усули билан тезкор уреаз тести ўтказилиши мумкин. *H. pylori* ташхиси учун эндоскопик усуллардан фойдаланганда ошқозон танасидан камида 2 та ва антрал бўлимдан 1 та биоптат олинади. *H. pylori*га анти таначаларни аниқлашнинг серологик усули *H. pylori* инфекциясининг дастлабки ташхиси учун ишлатилиши мумкин, аммо аниқланадиган анти таначалар IgG синфига мансуб бўлсагина. Микробиологик (бактериологик) усул ҳозирда даволаш самара бермаган ҳолатларда *H. pylori* нинг антибиотикларга индивидуал сезгирлигини аниқлаш учун ишлатилади.

Эрадикация терапияси тугаганидан 4-6 ҳафта ўтгач олиб бориладиган эрадикацияни назорат қилиш учун ^{13}C - нафас уреаз тестини ёки нажасда *H. pylori* антигенини аниқлашни қўллаш афзалдир. Сохта ва салбий натижаларга йўл қўймаслик учун, ППЙни қабул қилишни режалаштирилган назорат текширувидан 2 ҳафта олдин тўхтатиш керак. Бундан ташқари, *H. pylori* инфекцияси учун тестнинг салбий натижаси бошқа ташхислаш усули билан тасдиқланиши керак.

5С	Яра касаллигининг рефрактер кечиши бўлган беморларда Золлингер-Эллисон синдромини истисно қилиш учун қон зардобдаги гастрин даражасини аниқлаш тавсия этилади [22].
----	---

Золлингер-Эллисон синдромидаги гастродуоденал яраларнинг патогенези беморларда гастрин ишлаб чиқарувчи ўсимталар (кўпинча ошқозон ости безида) мавжудлиги натижасида хлорид кислотанинг кескин гиперсекрецияси билан боғлиқ. Ушбу яралар одатда кўпсонли бўлиб, нафақат ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда, балки ингичка ичакда, баъзан эса қизилўнгачда жойлашган бўлиб, аниқ ифодаланган оғриқли синдром, доимий диарея билан кечади. Бундай беморлар текширувида ошқозон кислотаси ажралиши даражасининг кескин ошганлиги қайд этилади (айниқса базал шароитларда), зардоб гастрини миқдорининг кўпайиши аниқланади (меёрга нисбатан 3-4 марта). Золлингер-Эллисон синдромини аниқлашда провокацион тестлар (секретин, глюкагон билан), ошқозон ости безининг УТТ ва КТ ва эндоскопик ультратовушли текширувлар ёрдам беради.

3.5. Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш:

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Сурункали гастритлар	ЭГДС, МИТ рентгенографияси, клиник белгилари.	ЭГДС, МИТ рентгенографияси, МРТ, УТТ.	Сурункали гастрит учун ЭГДС текширувида меъда шиллик қаватида яллиғланиш бўлиши, яра бўлмаслиги хосдир.
Меъда рак касаллиги	ЭГДС, биопсия текшируви, МИТ рентгенографияси, МРТ, УТТ.	ЭГДС, биопсия текшируви, МИТ рентгенографияси, МРТ, УТТ.	Биопсия текшируви натижалари, МРТ текшируви натижалари, узоқ давом этувчи иситма билан кечиши. Беморнинг кахексия даражасига озиб кетиши.
Золлингер-Эллисон синдроми	УҚТ, меъда шираси таркибини текшириш, ЭГДС, МРТ, УТТ.	УҚТ, меъда шираси таркибини текшириш, ЭГДС, МРТ, УТТ, МИТ рентгенографияси.	Яралар одатда кўпсонли бўлиб, нафақат ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда, балки ингичка ичакда, базан эса қизилўнгачда жойлашган бўлиб, аниқ ифодаланган оғриқли синдром, доимий диарея билан кечади. Ошқозон кислотаси ажралиши даражасининг кескин ошганлиги, зардоб гастрини миқдорининг кўпайиши аниқланади.

4. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси

4.1. Номедикаментоз даволаш

- Беморга касаллик бўйича, сабаби, даволаш мақсади ва лозимлиги, соғлом турмуш тарзи ҳақида маълумот бериш керак. (Соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш).

- **Чекишни тўхтатиш.** Беморларда чекишни тўхтатиш, бу ўз навбатида рецидив давомийлиги ва сонини камайтиради, даволаш эффективлигини оширади.
- **Алкоголь ва кофени чеклаш.** Алкоголь ва кофени ичишни камайтириш ёки чеклаш.
- **Рационал овқатланиш.** Парҳезга риоя қилиш, кам-камдан, тез-тез, кам миқдорда овқатланиш, 4-5 маҳал кунига. Таомномадан аччиқ, тузланган, дудланган маҳсулотларни чиқариб ташлаш, чунки булар белгиларни ривожланишига олиб келади.
- **Агар бемор НЯҚП қабул қилаётган бўлса, тўхтатиш.**

4.2. Медикаментоз даволаш

Учкомпонентли эрадикацион даво

1-қатор стандарт учкомпонентли эрадикацион даво 10-14 кунга берилади ва қуйидагилар киради.

- ППИ, кунига 2 маҳал.
- Амоксициллин 1 г кунига 2 маҳал.
- Кларитромицин 500 мг, кунига 2 маҳал.

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Протон помпа ингибиторлари:	Омепразол 20 мг	1 таблетка 2 маҳал	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf
	Лансопризол 30 мг	1 таблетка 2 маҳал	https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian
	Пантопризол 40 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Рабепразол 20 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Эзомепразол 40 мг	1 таблетка 2 маҳал	
ККБ ингибиторлари:	Вонопризан 20 мг	1 таблетка 2	

		маҳал	
Цитопротекторлар	Висмут учкалий децитрат 120 мг	1 таблетка 4 маҳал	
Антибиотиклар:	Амоксициллин 1000 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Кларитромицин 500 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Метронидазол 500 мг	1 таблетка 2 маҳал	

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Цитопротектор	Ребамипид 10 мг	1 таб. 3 маҳал	https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf
Про ва пребиотиклар	Лактулоза 5 – 10 мл, Сахармицин, лактоферрин		https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian

4.3. Жарроҳлик йўли билан даволаш

5C	Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ЯК асоратланган шакллари (қон кетиши, тешилиш ва бошқалар) билан оғриган беморларни жарроҳлик профилидаги стационарда жарроҳлик йўли билан даволаш масаласини ҳал қилиш учун касалхонага ётқизиш тавсия этилади [16, 37-41].
----	---

ЯКнинг асоратланган кечиши билан азобланувчи беморлар, одатда, шошилиш равишида касалхонага ётқизилиши керак. Ярали қон кетишини интенсив терапия бўлимида бошлаш мақсадга мувофиқдир.

4.4. Кейинги даволаш

Жарроҳликдан кейинги жароҳатни ишлов бериш ва жарроҳлик давосидан кейин беморларни парваришлаш.

- Беморга мос парҳез танлаш (мумкин бўлмаган маҳсулотларни тўхтатиш ёки чеклаш)
- Меҳнат ва дам олишни тартиблаш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш.
- НЯҚП ва ГКСлар қабул қилмаслик.
- Алкоголь ва чекишни тўхтатиш.
- Санатор-курорт даво.

5С	Ремиссия босқичида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ЯК бўлган беморлар учун уни сақлаб қолиш учун бемор иқлим зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида санаторий-курортда даволаш усулидан фойдаланиш тавсия этилади [5].
----	---

Яра касаллиги мавжуд бўлган беморларга касалликнинг кучайиш пасайгандан кейин 2-3 ой ўтгач, 14-21 кун давомида санатория - курортда даволаниш тавсия этилади.

4.5. Протоколда келтирилган ташхислаш ва даволаш усуллари хавфсизлиги ҳамда даволаш самарадорлиги индикаторлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Яра дефектини чандикланиши (ЭФГДСда исботланиши).

5. Тиббий ёрдам кўрсатиш туридан келиб чиқиб шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари

5.1. Режали ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 2 қатор давосидан кейин, *Helicobacter pylori* эрадикация қилинмаса, *Helicobacter pylori*га сезувчан антибиотик олиш тавсия қилинади (бунинг учун ахлатни ёки ЭГДФС орқали олинган меъда биоптатини экиш лозим). МТШ ички касалликлар бўлимида даволаниши керак.

5.2. Шошилич ёрдам кўрсатиш шифохонасига ётқизиш учун кўрсатмалар

- Асоратлар ривожланса (қон кетиш, перфорация, пенетрация, привратник стенози) МТШ ни жарроҳлик бўлимида даволаниши керак.

6. Стационар даражасида даволаш тактикаси

ЯКни даволаш кенг қамровли бўлиши керак ва нафақат дори-дармонларни тайинлашни, балки турли хил тадбирларни ҳам ўз ичига олиши керак: парҳез овқатланиш, чекишни ва спиртли ичимликларни суистеъмол қилишни тўхтатиш, улсероген таъсирига

эга дориларни истеъмол қилишдан воз кечиш, меҳнат қилиш ва дам олишни нормаллаштириш, санатория-курортда даволаниш.

Асоратсиз кечадиган ЯК мавжуд бўлган беморлар консерватив усулда даволаниши керак. Кўпгина ҳолларда, у амбулатория шароитида амалга оширилади. Аммо ифодаланган оғриқли синдром, асоратларнинг юқори хавфи (масалан, катта ва улкан яралар), ташхисни текшириш учун қўшимча текширув зарурати (масалан, ошқозоннинг яра билан шикастланишининг ноаниқ табиатида), оғир ҳамроҳ касалликлар мавжудлигида беморларни касалхонага ётқизиш мақсадга мувофиқдир.

а. Номедикаментоз терапия

5С	ЯК мавжуд бўлган барча беморларга яраларнинг битишини тезлаштириш учун парҳезли терапия тавсия қилинади [23].
----	---

Кўп йиллар олдин ишлаб чиқилган яра касаллиги билан оғриган беморлар учун парҳезли овқатланишнинг асосий тамойиллари бугунги кунда ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Қуйидаги қоидага мос келадиган тез-тез (кунига 5-6 марта), бўлаклар овқатланишнинг тавсиялари ўз кучини ёқотмаган: "олти марта кичик миқдорда таом истеъмол қилиш, уч марта катта миқдорда таом истеъмол қилишдан яхшироқ", механик, термал ва кимёвий тежамкорлик. Овқатланиш рационидан ошқозон шиллик қаватига қўзғатувчи таъсир қиладиган ва хлорид кислота секрециясини рағбатлантирадиган таомларни чиқариб ташлаш керак: тўйинтирилган гўшт ва балиқ булёнлари, қовурилган ва қалампирли таомлар, дудланган гўшт ва консервалар, қўшимчалар ва зираворлар (пиёз, саримсоқпиёз, қалампир, хантал), тузланган бодринг ва маринадлар, газланган мевали сувлар, пиво, оқ вино, шампан виноси, қаҳва, цитрус мевалар.

Буфер хусусиятларига эга бўлган маҳсулотларга (яъни, хлорид кислотани боғлаш ва зарарсизлантириш қобилиятига эга) устунлик бериш керак. Буларга гўшт ва балиқ (қайнатилган ёки буғланган), тухум, сут ва сут маҳсулотлари киради. Шунингдек, макарон маҳсулотлари, суви қочган оқ нон, қуруқ бисквит ва печенье, сут ва вегетариан шўрваларига рухсат берилади. Сабзавотларни (картошка, сабзи, қовоқ, гулкарам) димланган ёки пюре ва буғланган суфлеси кўринишида пишириш мумкин. Рационга бўтқалар, меваларнинг ширин навларидан кисел, мусс, желе, хом майдаланган ва пиширилган олма, сутли какао, аччиқ бўлмаган чойни киритиш мумкин.

Бундай содда, лекин айти пайтда муҳим тавсияларни ёдда тутиш керак, масалан, хотиржам муҳитда, шошилмасдан, ўтирган ҳолатда таомни истеъмол қилиш, яхшилаб

чайнаш керак. Бу таомнинг сўлак билан яхшироқ сингдирилишига ҳисса қўшади, унинг буфер имкониятлари анча аниқ ифодалангандир.

в. Медикаментоз даволаш

5С	ЯК кучайиши қайд этилган беморлар учун яраларнинг битишига эришиш учун 4-6 хафта давомида протон помпаси ингибиторлари билан антисекретор терапияни ўтказиш тавсия этилади [2, 3].
----	--

1990 йилда W.Burget ва ҳаммуаллифлар [24] 300 та тадқиқотнинг мета-таҳлилидан олинган маълумотларни эълон қилди, шу асосда улар ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси деярли барча ҳолатларда чандиқланади, агар кун давомида ошқозон ичи таркибидаги рН қийматини > 3 даражада кунига тахминан 18 соат сақлаб қолиш мумкин бўлса, деган хулосага келишди. Кейинчалик, антисекретор препаратларни қўллашга бағишланган барча ишларда " Burje (Burget) қоидалари" деб номланган ушбу маълумотларга ҳавола мавжуд. Ушбу қоидани ҳисобга олган ҳолда, ҳозирда базавий ярага қарши терапия сифатида фақат антацидлар, H_2 -блокаторлар ва протон помпа ингибиторлари (ППИ) қабул қилиниши мумкин. Сўнгги мета-таҳлиллардан бирига кўра, H_2 -блокаторлар ва ППИ яра нуқсонининг чандиқланишига эришиш (ИН 3.49, 95% II: 3.28-3.72; $p < 0.0001$) ва касалликнинг оғир кечишида қайта қон кетиш хавфини камайтириш (ИН 0.68, 95% II: 0.60-0.78; $p < 0.0001$) доирасида плацебодан анча самарали [25].

Фақатгина ушбу гуруҳнинг дори препаратлари гастродуоденал яраларни битиши учун зарур бўлган ошқозонда рН қийматининг ошиши давомийлиги қоидалари шартларини уларни қабул қилгандан кейин бажариши мумкин. Ҳозирги вақтда ППИ ЯК кучайиши пайтида базавий терапия воситаси бўлиб ҳисобланади. Улар оғриқли синдром ва диспептик бузилишларни тўхтатиш, шунингдек, яра нуқсонининг чандиқланишига имкон қадар тезроқ эришиш учун буюрилади. Кўпсонли рандомизацияланган таққослаш текширувлари (шу жумладан метааналитик) ППИларнинг H_2 -блокаторларга нисбатан клиник аломатларини йўқ қилиш ва яранинг чандиқланишига эришишда анча юқори самарадорлигини кўрсатди [26,27]. Яқинда ўтказилган мета-таҳлил шуни кўрсатдики, ППИлар яра нуқсонининг эпителизациясига нисбатан H_2 -блокаторларга қараганда деярли 1,5 барабар кўпроқ самарага эга (ИН 5.22, 95% III: 4.00-6.80 ва ИН 3.80, 95% II: 3, 44-4.20; $p < 0.0001$) [25].

ППИ ни қўллаш билан базавий антисекретор терапия идиопатик гастродуоденал яраларни даволашнинг асосий усули ҳисобланади.

Ҳозирги вақтда ЯК фармакотерапияси бўйича баённома мавжуд бўлиб, унда танланган препаратни стандарт суткалик дозада тайинлаш назарда тутилган: омепразол ** 1 - 20 мг дозада, лансопризол - 30 мг дозада, пантопризол - 40 мг дозада, рабепразол - 20 мг, эзомепразол ** - 20 мг дозада. Даволашнинг давомийлиги 2-4 ҳафта оралиғида амалга ошириладиган эндоскопик назорат натижалари билан белгиланади.

Цитохром P450 тизими билан метаболизация қилинаган ППИ-дан фойдаланганда метаболизм ушбу тизим ёрдамида амалга ошириладиган дори воситалари билан рақобатдош ўзаро таъсир қилиш масалалари кескинлашиши мумкин. Барча ППИ орасида асосий метаболизми ушбу фермент тизимининг иштирокисиз амалга ошириладиган пантопризол ва рабепразол препаратлари цитохром P450 тизимига энг паст даражадаги яқинликни намойиш этади.

5С

ППИ самарасиз бўлганда ёки ЯК кучайиши қайд этилган беморларда уларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, яранинг битишига эришиш учун 4-6 ҳафта давомида H₂-гистамин рецепторлари блокаторларини тайинлаш тавсия этилади [2].

Гистаминнинг H₂-блокаторлари (ранитидин**, фамотидин**) гистаминни париетал ҳужайраларнинг H₂-рецепторлари билан боғланишидан сиқиб чиқариш ҳисобига хлорид кислота секрециясини бостиради. Ушбу препаратлар кун давомида 8-10 соат мобайнида ошқозон ичидаги кўрсаткични pH>3 қийматида ушлаб туради. Кўплаб тадқиқотлар шуни кўрсатдики, 4-6 ҳафта давомида H₂ блокаторларини қўллаш дуоденал яраси бўлган беморларнинг 70-80 фоизида ва ошқозон яраси бўлган беморларнинг 55-60 фоизида яра нуқсонининг чандикланишига олиб келади [2]. Сўнгги мета-таҳлил шуни кўрсатдики, яра нуқсонининг чандикланишида H₂- блокаторлари плацебодан анча самарали (ИН 3.80, 95% II: 3.44-4.20; p<0.0001) [25]. Шунга қарамай, ППИ клиник амалиётда базавий антисекретор терапия сифатида ППИ кенг қўлланилгандан кейин, H₂-блокаторлари ўз позицияларини йўқотдилар ва эндилик камдан-кам ҳолларда қўлланилади, асосан, ППИ ни қўллашнинг имкони бўлмаса ёки антисекретор таъсирини кучайтириш мақсадида улар билан биргаликда қўлланилади.

1А	Н. pylori инфекциясининг ижобий тест натижалари бўлган барча ЯК бўлган беморларга кейинчалик ЯКнинг қайталанишини олдини олиш учун эрадикация терапияси тавсия этилади, [20, 28].
----	---

Тешилиш натижасида асоратланган ЯК мавжуд бўлган беморларнинг популяциясида ўтказилган 5 та рандомизацияланган текширув натижаларини умумлаштирган мета-таҳлилда эрадикация терапияси яра нуқсони тикилганидан кейин бир йил ичида касалликнинг қайталаниш хавфини сезиларли даражада камайтиргани кўрсатилди (ХН 1.49; 95%) II: 1, 10-2.03) [28]. Кокрейн шарҳи ва бошқа бир мета-таҳлилга кўра, инфекцияланган беморларда Н. pylori инфекциясини эрадикациялаш терапияси ўн икки бармоқли ичак яраси (ХН = 0,20; 95% II: 0,15-0,26) ва ошқозон яраси (ХН = 0, 29; 95% ИИ 0.20-0.42) касаллигининг қайталаниш хавфини камайтиришда плацебога қараганда самаралироқдир [29].

Европа ишчи гуруҳининг Н. pylori ни ўрганиш бўйича сўнгги "Maastricht-V" (2016) келишув йиғилишининг тавсияларига биноан, малум бир эрадикация схемасини танлаш ушбу минтақадаги Н. pylori штамmlарининг кларитромицинга** резистентлик частотасига боғлиқ. Агар соҳада кларитромицин резистентлик даражаси 15% дан ошмаса, у ҳолда биринчи даражали схема сифатида дастлабки тест синовларисиз стандарт уч карралик терапия тайинланади.

Ҳозирги вақтда стандарт уч карралик терапия самарадорлигини ошириш бўйича чора-тадбирлар ишлаб чиқилган.

1. Кунига икки марта ППИнинг оширилган дозасини тайинлаш (стандарт дозадан икки баравар юқори) [20].
2. ППИ ва кларитромицин билан уч карралик терапия давомийлигини 14 кунгача ошириш. Ҳозирги вақтда фақатгина шундай давомийлик стандарт уч карралик терапияни бошқа схемалар самарадорлиги билан тенглаштириладиган самарадорлигини таъминлайди [20].
3. Беморга батафсил кўрсатма бериш ва дори-дармонларни қабул қилишнинг белгиланган режимига аниқ риоя қилинишини назорат қилиш.

Биринчи даражали эрадикация терапиясининг бир варианты сифатида (масалан, пенициллин гуруҳининг дориларини қабул қилмаслик ҳолатида), висмут трикалий дицитрат (кунига 4 марта 120 мг) асосида ППИ билан биргаликда классик тўрт компонентли схема (стандарт дозаси кунига 2 марта), тетратциклин (кунига 4 марта 500 мг), метронидазол (кунига 3 марта 500 мг-дан) 10-14 кун давомида тайинланиши

мумкин [20].

Висмут трикалий дицитрат билан квадротерапия, шунингдек, стандарт уч карралик терапия самарасиз бўлганда, иккинчи даражали терапиянинг асосий схемаси сифатида қўлланилади. Бошқа иккинчи даражали терапия схемаси - бу эрадикация схемаси бўлиб, у ППИ (кунига 2 марта стандарт дозада), левофлоксацин ** (кунига 2 марта 500 мг дозада) ва амоксициллин** (1000 мг дозада кунига 2 марта)ларни ўз ичига олади. Левофлоксацин билан уч карралик терапия фақат гастроэнтеролог томонидан ўлчанган кўрсаткичлари бўйича тайинланиши мумкин.

Учинчи даражали терапия Н. pylori нинг антибиотикларга индивидуал таъсирчанлигини аниқлашга асосланган [30].

2Б	ЯК кучайиши қайд этилган беморларга яраларнинг битишини тезлаштириш ва ҳосил бўлган чандиқ сифатини яхшилаш мақсадида Ребамипидни қўллаш тавсия этилади [31, 32].
----	---

ЯК мавжуд бўлган беморларни даволаш учун тавсия этилган янги дори препарати – бу хинолинон ҳосиласи бўлган ва ҳам гастро, ҳам энтеропротектив таъсирга эга бўлган ребамипид препаратидир. Препаратнинг таъсир қилиш механизми ошқозон ва ичак шиллиқ қаватида E2 ва I2 простагландинлари синтезини индукциялашга асосланган бўлиб, бу унинг ҳимоя хусусиятларини фаоллашишига олиб келади. Натижада ошқозон ва ичак деворларида қон оқими яхшиланади, эпителий хужайраларининг пролиферацияси кучаяди, шиллиқ қаватнинг ўтказувчанлиги нормаллашади, кислород радикаллари сўрилиши рўй беради, ошқозон шилимшиқлари секрецияси кучаяди ва яллиғланишга қарши таъсир амалга оширилди. Ўтказилган тадқиқотлар ребамипиднинг ошқозон ярасини даволашда плацебога нисбатан юқори самарадорлигини ва ребамипид ва омепразолнинг шунга яқин самарадорлигини кўрсатди [31, 32].

1А	Н. pylori билан инфекцияланган ЯК мавжуд бўлган беморларда эрадикация терапиясининг самарадорлигини ошириш учун рабамипиднинг эрадикация схемаларига қўшиш тавсия этилади [33, 34].
----	---

Ўтказилган иккита мета-таҳлил, шу жумладан 6 ва 11та рандомизацияланган назорат остидаги текширувлар унинг схемаларига ребамипид қўшилиши билан эрадикация частотасининг ошишини тасдиқлади [33, 34].

1А	Лаборатор ва эндоскопик тасдиқланган ярали қон кетиши қайд этилган беморларга гемостазга эришиш учун бошқа чоралар доирасида уни тўхтатиш учун протон насоси ингибиторларини томир ичига юбориш тавсия этилади [35, 36].
----	--

ППИ ни қўллаш ярали қон кетишини тўхтатиш ва қайта қон кетиши хавфини камайтиришга ёрдам беради [35]. Шу билан бирга, бир вақтнинг ўзида томир ичига болус тарзда 80 мг эзомепразолни кейинчалик ушбу препаратни (соатига 8 мг дозада) 72 соат давомида узлуксиз томир ичига инфузия қилиш билан юборилади [36]. Яқинда ўтказилган мета-таҳлилда томир ичига юборилган ППИ қон кетиши хавфини сезиларли даражада камайтиради (ИН 2.24, 95% II: 1.02-4.90) [35]. Беморни доридармонларни оғиз орқали қабул қилишга ўтказгандан кейин, уни эрадикация терапияси ўтказилади.

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Протон помпа ингибиторлари:	Омепразол 20 мг	1 таблетка 2 маҳал	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian
	Лансопразол 30 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Пантопразол 40 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Рабепразол 20 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Эзомепразол 40 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	ККБ ингибиторлари:	Вонопразан 20 мг	

Цитопротекторлар	Висмут учкалий децитрат 120 мг	1 таблетка 4 маҳал	
Антибиотиклар:	Амоксициллин 1000 мг	1 таблетка 2 маҳал	
	Кларитромицин 500 мг	1 таблетка 23 маҳал	
	Метронидазол 500 мг	1 таблетка 2 маҳал	

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати:

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг Ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Цитопротектор	Ребамипид 10 мг	1 таб. 3 маҳал	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf
Про ва пребиотиклар	Лактулоза 5 – 10 мл, Сахармицин, лактоферрин		https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian

с. Жарроҳлик йўли билан даволаш

5С	Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ЯК асоратланган шакллари (қон кетиши, тешилиш ва бошқалар) билан оғриган беморларни жарроҳлик профилидаги стационарда жарроҳлик йўли билан даволаш масаласини ҳал қилиш учун касалхонага ётқизиш тавсия этилади [16, 37-41].
----	---

ЯКнинг асоратланган кечиши билан касалланган беморлар, одатда, шошилиш равишида касалхонага ётқизилиши керак. Ярали қон кетишини интенсив терапия бўлимида бошлаш мақсадга мувофиқдир.

Интенсив терапия бўлимида даволанишнинг асосий вазифалари

қуйидагилардир:

1. беморнинг аҳволини барқарорлаштириш - айланма қон ҳажмини тўлдириш;
2. гиповолемик шок намоёнлари билан курашиш;
3. оғриқни етарли даражада камайтириш;
4. декомпенсацияланган ҳамроҳ касалликларни даволаш ва тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми, ундан сўнг даволашнинг жарроҳлик ва/ёки эндоскопик усуллари қўллаш мумкин [10, 37, 38, 42, 43].

Шуни такидлаш керакки, ярали қон кетишида, коморбид беморнинг ўлими хавфи, ҳамроҳ касалликлар сони билан бевосита боғлиқдир [44]. Бу, ўз навбатида, шифокорни коморбид беморлар билан ишлашда жуда эътиборли бўлишни ва уларни амалга оширишдан олдин ЯКнинг асоратлари ривожланишининг барча хавф омилларини таҳлил қилишни талаб қилади [45].

5C	Ярали қон кетиши бўлган беморларга қон кетиш манбасини текшириш ва касалхонага ётқизилганидан кейинги дастлабки 2 соат ичида эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун эзофагогастроуденоскопиядан ўтиш тавсия этилади [39].
----	---

1A	Ярали қон кетиши бўлган беморларга қон кетиш манбасини динамик равишда назорат қилиш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун такрорий эзофагогастроуденоскопия фақат қон кетиши қайталанганда ва унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган ҳолларда тавсия этилади [46, 47].
----	--

Ярали қон кетишини баҳолаш **Forrest таснифи** бўйича амалга оширилади.

Тури	
F-I-тури – фаол қон кетиш	
I a	оқим билан пульсацияланувчи
I b	қон оқиши
F-II-тури – яқинда қон кетиш белгилари	
II a	кўриниб турувчи томир (қонамайдиган)
II b	белгиланган тромб-қуйқа

Гемостазнинг эндоскопик усуллари қўллаш бўйича кўрсатмалар:

1. Текширув вақтида давом этадиган F 1a ва F 1b турдаги фаол қон кетишлар.
2. Қайта қон кетиш хавфи юқори - F 2a ва F 2b турлари.

Бир қатор тадқиқотлар шуни тасдиқлайдики, ярали қон кетишни тўхтатиш учун терапевтик эндоскопиянинг бажарилиши ўлим ҳолатларини, жарроҳлик аралашувга бўлган эҳтиёжни, қон кетишининг такрорланиш хавфини ва қон кетиши давом этадиган вақтни фармакотерапия билан таққослаганда сезиларли даражада камайтиради [48].

Адабиётда келтирилган маълумотларга кўра қон кетишини эндоскопик тўхтатиш ярали қон кетиш мавжуд бўлган беморларни даволашда "олтин стандарт" бўлиб ҳисобланади.

Ўз вақтида ва тўғри тақдим этилган эндоскопик қўлланма 89-92% ҳолатларда барқарор гемостазга эришишга имкон беради.

Қон кетишни тўхтатишнинг энг самарали эндоскопик усули қон кетаётган томирни клипирлаш ва аргон-плазмали коагуляцияси ҳисобланади. Қон кетишини эндоскопик назорат қилишнинг бошқа усуллари, масалан, электрокоагуляция, ярани майдалалаш, парда ҳосил қилувчи дориларни қўллаш, гемоспрай, эндоклот асосий усуллар билан биргаликда қўлланилиши керак.

Б.Ж.Элмунзер ва бошқаларнинг тизимли шарҳларига кўра, қон кетишнинг қайталаниши учун хавф омиллари қуйидагилардан иборатдир: яранинг катта ҳажми (диаметри 1 см дан ортик), яранинг ошқозоннинг кичик эгрилигида ва ўн икки бармоқли ичакнинг орқа деворида, шунингдек беқарор гемодинамика - қон кетиш пайтида қон босимининг кейинги айланма қон ҳажмини тўлдириш фониди ўшириш билан пасайиши [46]. Шунинг ҳам такидлаш муҳимки, антикоагулянтлар ва дезагрегантларни қабул қилиш ярали қон кетиш хавфини, шу жумладан қайталаниш хавфини ҳам, қон босимининг кескин кўтарилиши хавфининг ошиши каби (масалан, оғриққа реакция сифатида ёки антигипертензив препаратни ўтказиб юборилган дозасидан келиб чиққан ҳолда) сезиларли даражада оширади. Қайта қон кетиши хавфи паст бўлган беморларда такрорий ЭГДСни бажариш қон кетиши қайталаниши частотасига тасир қилмайди ва иқтисодий жиҳатдан мақсадга мувофиқ эмас [37, 38, 47].

2С	Ярали қон кетиши мавжуд бўлган беморлар учун қон кетиш манбасини текшириш ва тўхтатиш мақсадида шошилиш жарроҳлик аралашуви эндоскопик гемостаз имкон қадар эрта муддатда самарасиз бўлса тавсия этилади [10, 37, 38, 49].
----	--

Ярали қон кетиши мавжуд бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш эндоскопик усулда назорат қилишнинг имкони бўлмаган ҳолатларда (давом этаётган қон кетиш билан ёки унинг қайталаниши билан) кўрсатилади. Жарроҳлик муолажасини ўз вақтида ўтказмаслик беморнинг прогнозини ёмонлаштиради ва ўлим хавфини оширади. Жарроҳликни ўтказиш ишончли гемостазга эришиш ва қон кетиш қайталаниши хавфини камайтириш учун зарурдир. Таклиф этилаётган жарроҳлик ҳажми беморнинг аҳволига боғлиқ, аммо жарроҳлик аралашуви иложи борича энгил бўлиши кераклигини ёдда тутиш керак. Жарроҳлик хавфи юқори бўлган беморларда рентген эндоваскуляр селектив ангиографияни кейинги қон кетадиган томирнинг окклюзиясини ўтказиш билан бажариш афзалдир. Хорижий тавсияларга кўра, қон кетадиган томирни тикиш ва яра нуқсонини тикиш билан гастротомия (пилородуоденотомия) амалга ошириш энг афзал ҳисобланади, аммо бу усул ишончилиги жиҳатидан резекциялаш жарроҳлигига нисбатан пастроқ даражага эга [10]. Рефрактер асоратли яраларни даволашда энг яхши натижа гастроеюноанастомознинг киритилиши ва ваготомия билан ошқозон резекцияси комбинациясида қайд этилди [50], аммо ҳорожий адабиётларда ваготомия мураккаб, чекланган тарзда қўлланиладиган вариант сифатида қаралади, унинг тўлиқ тан олиниши учун тасдиқланганликнинг юқори даражадаги текширувлар ўтказилиши керак [51]. Россия илмий жарроҳлик ҳамжамияти ваготомияни амалга оширишни тавсия қилади, бунда уни амалга ошириш кўрсаткичларини чеклаш керак [39].

ЯК бўйича ошқозоннинг 2/3 қисмини резекция қилиш Gofmeister - Finsterer модификациясида В-II бўйича бажарилиши керак. Ушбу турдаги ошқозон резекциясида ўн икки бармоқли ичакнинг ишқорий таркиби ошқозон пуфагига кириб, таркибини ишқорлантиради, бу эса пуфакда ва гастроэнтероанастомозда яранинг қайталанишини олдини олади. Бу бўйича ошқозонни резекция қилишда ишқорланиш содир бўлмайди ва яранинг қайталаниш эҳтимоли анча юқори бўлади.

3В	Ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши мавжуд бўлган беморларга тешилиш натижасидаги тешикни ёқ қилиш учун шошилиш жарроҳлик ўтказиш тавсия этилади [16, 38, 52].
----	--

Яранинг тешилиши - бу кенг тарқалган асорат бўлиб, у муқаррар тарзда перитонитнинг ривожланишига олиб келади ва беморлар орасида 30% га етадиган ўлим ҳолатига олиб келадиган юқори даражага эга. Ўлим ҳолатига олиб келишнинг анча юқори даражаси кекса беморлар орасида ва энг юқори ўлим ҳолати кеч касалхонага ётқизилган беморлар гуруҳида (ушбу асорат ривожланишидан 24 соатдан кўп) кузатилган. Лапаротомик киришнинг лапароскопик киришдан афзалликлари йўқ. Лапароскопик аралашувни - қорин бўшлиғини санациялаш ва дренажлаш билан тешилишдан ҳосил бўлган тешикни тикишни амалга ошириш афзалроқдир [16, 38, 52]. Бироқ, бундай даҳшатли асоратнинг клиник кўриниши жуда хилма-хил бўлиши мумкин ва мутахассислар жарроҳлик кўлами биринчи навбатда беморнинг аҳволига боғлиқлигини тан олишади [52]. Тешилган яраларни даволаш бўйича маҳаллий клиник кўрсатмаларда жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари батафсил кўриб чиқилган [40].

1А	Жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин ЯК мавжуд бўлган беморларга Н. pylori инфекциясига тест ўтказиш ва ЯК ва унинг асоратларининг қайталанишини олдини олиш учун эрадикация ва қўллаб-қувватлаш терапиясини ўтказиш тавсия этилади [37, 53, 54].
----	--

Жарроҳлик йўли билан даволашни амалга оширилган босқич яра касаллигининг янги жарроҳлик асоратларининг ривожланиш, биринчи навбатда қон кетиши, хавфини камайтирмайди, шунинг учун бемор тўлиқ даволаниб бўлгунича касалликни консерватив даволашни давом эттириш муҳимдир.

1А	Шошилиш тарздаги аралашувлардан кейин Н. pylori мавжудлигига ўтказилган тестнинг салбий натижасига эга бўлган беморлар, унинг сохта-салбий хусусиятини истисно қилиш мақсадида бошқа усул билан режалаштирилган тартибда қайта тестдан ўтказилиши тавсия этилади [55].
----	--

Ярали қон кетишининг қайталаниш хавфини камайтириш учун Н. pylori -нинг барқарор эрадикацияга эришиш керак. Тадқиқотлар шуни кўрсатдики, ўткир ярали қон кетишдаги сохта-салбий натижаларнинг ҳассаси 25-55% га етади, шу

сабабли *H. pylori* инфекциясини ишончли равишда истисно қилиш учун кўшимча тестларни ўтказиш талаб қилинади [56].

5C	Пилородуоденал стенозли беморлар учун уни йўқ қилиш учун эндоскопик балонли дилатациялашни ўтказиш тавсия этилади. Агар у самарасиз бўлса, пилоропластика ва дренажлаш операциялари тавсия этилади [38].
----	--

Пилородуоденал стенозли беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш учун кўрсатмалар унинг компенсация даражаси, шунингдек беморларнинг аҳволи билан белгиланади. Эндоскопик балонли дилатациялашни фақат субкомпенсацияланган стенози ва ўн икки бармоқли ичакнинг олдинги девори бўйлаб чандиқнинг локализацияси бўлган беморларда амалга оширилиши мумкин. Ушбу эндоскопик усул кўпинча вақтинчалик муваффақиятга эга ва стенознинг юқори даражадаги частотаси билан бирга келади.

d. Тиббий реабилитация

5C	Ремиссия босқичида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ЖК бўлган беморлар учун уни сақлаб қолиш учун бемор иқлим зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида санаторий-курортда даволаш усулидан фойдаланиш тавсия этилади [5].
----	---

Яра касаллиги мавжуд бўлган беморларга касалликнинг кучайиш пасайгандан кейин 2-3 ой ўтгач, 14-21 кун давомида санатория - курортда даволаниш тавсия этилади.

Санатория-курортда даволаниш Дорохово, Ессентуки, Железноводск ва бошқа санаторийларда ўтказилади ва лой ва торф билан даволаш, игнабарглиденгиз ҳаммомлари, гидроксидли минерал сувларни ичишни ўз ичига олади [5].

Профилактика ва диспансер кузатувлари, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

5C	Эрадикация терапияси <i>H. pylori</i> инфекцияси мавжуд бўлган барча беморларга қўллашга қарши кўрсатмалар бўлмаса ЖК ва унинг кучайишини олдини олиш
----	---

	учун тавсия этилади [56].
--	---------------------------

Яра касаллигининг ривожланишида *H. pylori* инфекциясининг етакчи ролини тасдиқлаш эрадикация терапиясини ушбу касаллиги профилактикасининг асосий усулига айлантирди.

5С	Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ЯК мавжуд бўлган беморларни диспансер кузатувини ҳар йили сўнгги кучайиш пайтидан бошлаб 5 йил ичида ўтказиш тавсия этилади [5].
----	---

е. Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкиллаштириш

Ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак яраси билан касалланган беморларни режали равишда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар бўлиб давомли (7 кундан ортиқ) оғриқ синдроми бўлган касалликнинг аниқ клиник кўриниши, ошқозон безарар яраси ва ошқозон саратони ўртасида дифференциал ташхис қўйишни талаб қиладиган ошқозон яраси борлиги, анамнезда асоратлар билан яра касаллигининг кучайиши, ҳамроҳ касалликлар билан яра касаллиги хизмат қилади [57].

Яра касаллиги кучайган беморларга стационар даволаниш муддати 21 кунни ташкил қилиши керак.

Шошилинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар бўлиб ошқозондан қон кетиш (мелена, қон билан қусиш), яра тешилиши ва пенетрацияси белгиларининг мавжудлиги ҳисобланади.

Ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги кучайишининг асоратланмаган кечиши қайд этилган беморлар амбулатория шароитида даволаниши керак. Яра касаллиги кучайган беморларга ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллигида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам стандартига мувофиқ амбулатория шароитида ҳам, стационар шароитларда ҳам ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатилади.

Қўшимча малумотлар (шу жумладан касаллик натижаларига ёки ҳолатига тасир қилувчи омиллар). Беморларнинг айрим гуруҳларида ЯК кечишининг ўзига хос хусусиятлари

Ҳомиладорлик даврида ЯК кечишининг хусусиятлари

Ҳомиладорлик даврида ЯКнинг кечиши умуман олганда ҳомиладор бўлмаган аёлларникидан кам фарқ қилади. Ташҳис клиник кўринишлар, анамнестик малумотлар, ЭГДС ва ультратовуш текшируви натижалари асосида ўрнатилади [58]. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакни рентгенологик текшириш ҳомиладор аёллар учун қарши кўрсатмаларга эга.

Диагностик жиҳатдан ноаниқ ҳолатларда асоратларга (қон кетишига, ошқозон антрал бўлими стенози, саратон касаллиги) шубҳа билан ЭГДС ҳомила учун хавфсизлиги туфайли ҳомиладорликнинг ҳар қандай даврида амалга оширилиши мумкин [59]. Яширин қон кетишини истисно қилиш учун нажас яширин қон учун текширув, клиник қон таҳлили ўтказилади. Яра касаллиги кучайишининг дифференциал диагностикаси қийин ўтказилади, уни эрозив гастродуоденит, панкреатит, ўт йўллари касалликлари, ўткир аппендицит ва эрта токсикоз - қусиш билан ўтказиш керак. Ошқозон антрал бўлимининг стенозланувчи яраси ҳомиладор аёлларда ортиқча қусишни симуляция қилиши мумкин. Эрта токсикоз азобли, деярли доимий кўнгил айниши, турли хил ҳидлар билан кучайиши, сўлак оқиши билан ажралиб туради. Бунда, қусиш овқатдан қатъий назар, айниқса эрталаб содир бўлади, қорин оғриғи, одатда, бўлмайди. Яра касаллиги туфайли қон кетиши эрозив гастрит, Маллори-Вейс синдроми, нафас йўлларида қон кетиши ва ошқозон саратонидан фарқланиши керак.

Ҳомиладорлик яра касаллигининг кечишига ижобий таъсир кўрсатади: аёлларнинг 75-80% касалликнинг ремиссиясини бошдан кечиради ва бу унинг натижасига сезиларли таъсир кўрсатмайди. Бирок, айрим беморларда касаллик зўрайиши мумкин. Кўпинча бу ҳомиладорликнинг биринчи триместрида (14,8%), учинчисида (10,2%), туғруқдан 2-4 ҳафта олдин ёки туғруқдан кейинги эрта даврда кузатилади. Асоратланмаган яра касаллиги ҳомила ривожланишига салбий таъсир кўрсатмайди.

Даволаш умумий қабул қилинган "режим"ли фаолият ва парҳезга риоя қилишни ўз ичига олади; сўрилмайдиган антацидларни одатдаги терапевтик дозаларда қабул қилиш (масалан, коллоид алюминий фосфати ва адсорбентлар диоктаедрал смектити шаклида). Агар таъсир бўлмаса, H₂-блокаторлари тайинланади.

Гастродуоденал моториканинг бузилиши натижасида кучли оғриқ пайдо бўлганда, спазмолитикларни тайинлаш мумкин (дротаверин** кунига 3-4 марта 40 мг-дан). Висмут препаратларини ҳомиладор аёллар учун қўллаш мумкин эмас. Ҳомиладор аёлларда Н. рyлогі инфекциясининг эрадикация терапияси ўтказилмайди.

Қари ва кекса ёшдаги кишиларда ЯК кечишининг хусусиятлари

Кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал яраларнинг ривожланишида, *H. pylori* инфекцияси ва кислота-пептик омилидан ташқари, ошқозон томирларидаги атеросклеротик ўзгаришлар, ошқозон шиллиқ қаватининг химоя хусусиятларини камайтирадиган баъзи фон касалликлари (масалан, сурункали носпецифик ўпка касалликлари), улсероген таъсирга эга дори-дармонларни (биринчи навбатда, ЯҚНП) қўллаш ҳам рол ўйнаши мумкин.

Қари ва кекса ёшдаги беморларда гастродуоденал ЯҚ асосан ошқозонда локаллашади (тананинг камроқ эгрилиги бўйлаб ёки субкардиал соҳада), баъзан жуда катта, кўпинча ўчирилган ва ноаниқ клиник аломатлар билан юзага келади, асоратларни ривожланиш тенденцияси билан тавсифланади (биринчи навбатда ошқозон-ичакдан қон кетиши). Кекса ёшдаги беморларда ошқозон яраси аниқланганда, ошқозон саратонининг инфилтратив ярали шакли билан дифференциал ташхис қўйиш муҳимдир.

Қари ва кекса ёшдаги кишиларда гастродуоденал яралар секинлик билан чандикланиши билан ажралиб туради. Дори терапиясини ўтказишда кекса ёшдаги беморларда ножўя таъсирлар хавфи ёш ва ўрта ёшли беморларга нисбатан юқори бўлишини ҳисобга олган ҳолда эҳтиёт чораларини кўриш керак.

Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

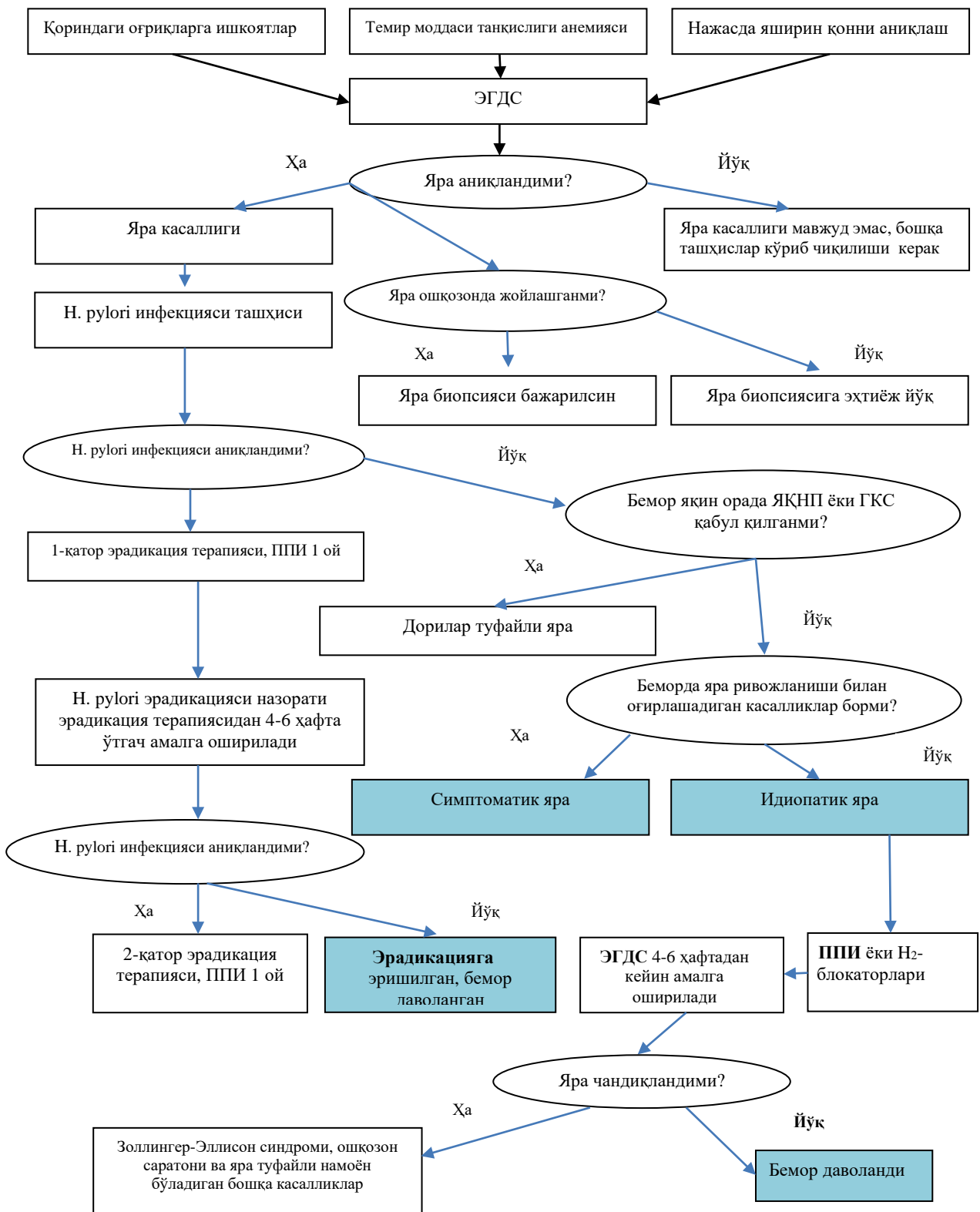
№	Сифат мезонлари
1	Эзофагогастродуоденоскопия ўтказилди
2	Яра ошқозонда локализация қилинганда, ундан биопсия олинган
3	Яра касаллигининг тез-тез қайталанадиган (йилига 2 марта) кечиши билан қондаги гастрин даражаси аниқланди.
4	Агар <i>H. pylori</i> инфекцияси касалхонага қадар ташхисланмаган бўлса, <i>H. pylori</i> инфекцияси (белгиланган мочевина билан нафас тести ёки тезкор уреаз тести (СЛО- тести) ёки нажасдаги <i>H. pylori</i> антигени) ташхиси қўйилган.
5	Агар бемор сўнгги 2 ҳафта ичида протон помпаси ингибиторларини қабул қилган бўлса, <i>H. pylori</i> IgG синфига антитаналарни текшириш орқали <i>H. pylori</i> инфекциясини аниқлаш ўтказилган.

6	<i>H. pylori</i> инфекциясининг эрадикацияси 1-қатор ёки (протон насоси ингибиторлари, кларитромицин ва амоксициллин, висмут препаратлари билан квадротерапия) ёки 2-қатор (висмут препаратлари билан квадротерапия ёки левофлоксацин билан уч карралик даволаш) схемалари бўйича амалга оширилди.
7	Протон помпаси ингибиторлари билан терапия ўтказилди.
8	ЭГДС касалхонага ётқизилганидан кейин дастлабки 2 соат ичида ярали қон кетиш учун ўтказилди.
9	Қайта қон кетишида ва унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган тақдирда илгари бажарилган эндоскопик гемостаз самарадорлигини баҳолаш учун такрорий ЭГДС ўтказилди.
10	Ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши қайд этилганда шошилиш жарроҳлик аралашуви ўтказилди.
11	<i>H. pylori</i> инфекциясининг диагностикаси, эрадикация ва жарроҳлик йўли билан даволашдан кейин қўллаб-қувватлаш терапияси ўтказилди.
12	Эффектив бўлмаган эндоскопик гемостаз ҳолатида қон кетишини тўхтатиш учун ўз вақтида жарроҳлик аралашуви ўтказилди.

7. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот – мавжуд эмас.
- 2) экспертларнинг маълумотлари:
 1. Раҳимова Дилором Алимовна – т.ф.д. “РИТ ва ТРИАТМ” ДМ Лаборатория раҳбари, ССВ терапия хизмати бўйича бош мутахассиси
 2. Аликулов Ихтиёр Тилоқобилович – ТТА 1-сон ички касалликлар пропедевтикаси кафедраси дотценти, ССВ терапия хизмати бўйича консултант.
- 3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини киритиш: Баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади;

1-илова. Яра касаллигини аниқлаш ва даволашда шифокор ҳаракатларининг алгоритмлари



2-илова. Тиббий аралашувларни ўтказишга розилик баёноти (стационар)

Тиббий аралашув – тиббий мутахассис томонидан беморга нисбатан амалга ошириладиган инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, текшириш, ташхислаш, даволаш, тиклаш йўналишига эга бўлган тиббий текширув ва (ёки) тиббий манипуляция турлари.

1. Мен,

(беморнинг Ф.И.Ш..)

« ____ » _____ й. туғилган

_____ манзили

бўйича рўйхатдан ўтган,

—
(беморнинг ёки унинг қонуний вакилининг яшаш (бўлиш) жойининг манзили)

—
(тиббий муассаса номи)

да ўтказиладиган тиббий аралашувга хабарли розилик бераман.

2. Режалаштирилган тиббий аралашувларнинг мумкин бўлган усуллари ва вариантлари, уларнинг оқибатлари, режалаштирилган текширув, ташхислаш ва/ёки даволашнинг зарурияти, мақсади ва кутилаётган натижалари, шу жумладан асоратлар эҳтимоли, шунингдек тиббий аралашувдан бош тортиш оқибатлари менга тушунарли тарзда тушунтирилди.

3. Мен тиббий аралашув натижаси ва якуини аниқ башорат қилишнинг иложи йўқлиги ҳақида хабардорман. Мен ҳар қандай даволаш ёки операция ҳаёт учун хавфли эканлигини тушунаман ва вақтинча ёки доимий, қисман ёки тўлиқ меҳнат қилишга лаёқатсиз ҳолатига олиб келиши мумкинлигини тушунаман. Тиббий аралашув натижалари бўйича ҳеч қандай кафолатлар берилмайди.

4. Диагностик, терапевтик ва тиббий аралашувнинг бошқа вариантлари жараёнида кутилмаган фавқулодда вазиятлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, унда зарур фавқулодда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки муолажалар) розилик бера олмайдиган ҳолатда бўлишим мумкинлигини тушунман. Бундай вазиятларда тиббий аралашув курсини

шифокорлар ўз хоҳишига кўра ўзгартириши мумкин.

5. Мен, режалаштирилган тиббий аралашув самарадорлигини ошириш учун шифокорга ўз соғлигим, ирсиятим билан боғлиқ барча муаммолар, шу жумладан аллергия ҳолатлар, дори воситалари ва озиқ-овқат маҳсулотларига индивидуал чидамлик, шунингдек тамаки чекиш, спиртли ичимликлар ичиш, гиёҳванд моддалар ёки токсик препаратларни қўллаш ҳақида хабар беришим кераклигини биламан.

6. Мен операция пайтида қон йўқотилиши мумкинлигини тушунаман ва донор қонини ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкинлигини тушунаман, ва бунга ихтиёрий равишда розилик бераман. Мен даволовчи шифокордан қон ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш мақсади, қон қуйиш зарурати, муолажанинг моҳияти ва хусусиятлари, юзага келиши мумкин бўлган оқибатлари тўғрисида тушунтиришлар олдим, бу оқибатлар ривожланган тақдирда мен барча керакли даволаш тадбирларни бажарилишига розилик бераман. Менга қон ва унинг таркибий қисмларини қуйишдан бош тортган тақдирда касалликнинг эҳтимолий кечиши тўғрисида малумот берилди.

7. Мен ўзимга тегишли даволаш ва ташхислаш жараёнини ҳар қандай техник воситалардан фойдаланган ҳолда ҳар қандай ахборот воситаларида ёзиб олишга, шунингдек ташхислаш ва даволаш мақсадида биологик материаллар намуналарини, шу жумладан ҳужайралар, тўқималар, биологик суюқликларни олишга розилик билдираман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатиш вақтида профилактика, ташхислаш, даволаш ва тиклаш бўйича битта ёки бир нечта усулларидан воз кечиш ёки унинг (уларнинг) бекор қилинишини талаб қилиш ҳуқуқига эга эканлигим тушунтирилди, менга ҳамда бундай рад этишнинг мумкин бўлган оқибатларини тушунтирилди.

9. Менга тушунарли тарзда йиллик дастур доирасида фуқароларга бепул тиббий ёрдамнинг ҳудудий, давлат кафолатларини ўз ичига олган тегишли турдаги бепул тиббий ёрдам олиш имконияти тушунтирилди.

10. Мен ўзимнинг касаллигим, прогнозим ва даволанишим тўғрисида малумот беришга фақат:

(ишончнома берилган шахслар)

га ваколат бераман

11. Мен ушбу ҳужжатнинг барча бандлари билан танишиб чиқдим, улар менга тушунарли, буни қуйидаги имзо билан тасдиқлайман.

Имзо

Сана «__» _____ й.

3-илова. Бемор учун малумот

Ошқозон яраси касаллигини келтириб чиқарадиган асосий омил бўлиб ҳозирги кунда Н. рylogi деб номланган микроорганизм тан олинган. Шунинг учун яра касаллиги аниқланган ҳар бир беморни ушбу инфекциянинг мавжудлигига текшириш керак. Агар тасдиқланса, ушбу бактерияларни йўқ қилишга (эрадикация) қаратилган даволашни, кейинги 4-6 хафтадан сўнг кузатишни амалга ошириш билан ўтказиш керак. Агар даволаниш самарасиз бўлса, терапиянинг такрорий курсини бошқа дори воситалари схемаси билан ўтказиш керак. Даволаш қоидаларига риоя қилиш ва дори-дармонларни қабул қилишни қатъий назорат қилиш муҳимдир. Яра касаллиги бўлган бемор парҳезга риоя қилиши керак (тез-тез майдаланган таом истеъмол қилиш, кимёвий, механик ва термик ишлов берилган енгил овқатлар), ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватига шикастловчи таъсир қилувчи дориларни (ацетилсалицил кислотаси, ностероид яллиғланишга қарши дорилар) қабул қилишда жуда эҳтиёт бўлиш керак. Агар уларни қабул қилиш зарур бўлса, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватини ҳимоя қиладиган дори-дармонлардан "тўсик" ҳосил қилиш керак.

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар):

Ошқозон яраси (K25)

K25.0	Ўткир, қон кетиш билан
K25.1	Ўткир, тешилиш билан
K25.2	Ўткир, қон кетиш ва тешилиш билан
K25.3	Ўткир, қон кетиш ва тешилишсиз
K25.4	Қон кетиши билан сурункали ёки аниқланмаган
K25.5	Тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K25.6	Қон кетиш ва тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K25.7	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали
K25.9	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали ёки ўткир аниқланмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

Ўн икки бармоқли ичак яраси (K26)

K26.0	Ўткир, қон кетиш билан
K26.1	Ўткир, тешилиш билан
K26.2	Ўткир, қон кетиш ва тешилиш билан
K26.3	Ўткир, қон кетиш ва тешилишсиз
K26.4	Қон кетиши билан сурункали ёки аниқланмаган
K26.5	Тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K26.6	Қон кетиш ва тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K26.7	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали
K26.9	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали ёки ўткир аниқланмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

1. Асосий қисм

- **Кириш қисми.** Яра касаллиги долзарблигини инобатга олиб далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, касалликни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш. Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун Бутунжаҳон гастроэнтерологлар ташкилоти (WGO), Америка гастроэнтерологлари уюшмаси (AGA), Россия гастроэнтерологлар уюшмаси (РГА), Россия колоректал жарроҳлар жамияти (РОКХ) клиник кўрсатмалари асос қилиб олинди.

Яра касаллиги мавжуд бўлган беморларга ёрдам кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу баённомада ҳозирги кунга келиб мавжуд бўлган клиник далиллар, тегишли амалиёт вақтлари, шунингдек эксперт хулосалари келтирилган (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

Специфик бўлган тиббий муолажалар - Кўп йиллар олдин ишлаб чиқилган яра касаллиги билан оғриган беморлар учун парҳезли овқатланишнинг асосий тамойиллари бугунги кунда ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Қуйидаги қоидага мос келадиган тез-тез (қунига 5-6 марта), бўлаклар овқатланишнинг тавсиялари ўз кучини йўқотмаган: "олти марта кичик миқдорда таом истеъмол қилиш, уч марта катта миқдорда таом истеъмол қилишдан яхшироқ", механик, термал ва кимёвий тежамкорлик. 1990 йилда W.Burget ва ҳаммуаллифлар [24] 300 та тадқиқотнинг мета-таҳлилидан олинган маълумотларни элон қилди, шу асосда улар ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси деярли барча ҳолатларда чандикланади, агар кун давомида ошқозон ичи таркибидаги рН қийматини > 3 даражада қунига тахминан 18 соат сақлаб қолиш мумкин бўлса, деган хулосага келишди. Кейинчалик, антисекретор препаратларни қўллашга бағишланган барча ишларда " Burje (Burget) қоидалари" деб номланган ушбу маълумотларга ҳавола мавжуд. Ушбу қоидани ҳисобга олган ҳолда, ҳозирда базавий ярага қарши терапия сифатида фақат антацидлар, H_2 -блокаторлар ва протон помпа ингибиторлари (ППИ) қабул қилиниши мумкин. Сўнгги мета-таҳлиллардан бирига кўра, H_2 -блокаторлар ва ППИ яра нуқсонининг чандикланишига эришиш (ИН 3.49, 95% II: 3.28-3.72; $p < 0.0001$) ва касалликнинг оғир кечишида қайта қон кетиш хавфини камайтириш (ИН 0.68, 95% II: 0.60-0.78; $p < 0.0001$) доирасида плацебодан анча самарали [25].

- Тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётининг умумий таърифи
Гастроэнтерологлар, терапевтлар, умумий амалиёт шифокорлари, агар жарроҳлик аралашуви талаб қилинадиган бўлса шифокор жарроҳлар муолажани амалга оширади.

Кўп йиллар олдин ишлаб чиқилган яра касаллиги билан оғриган беморлар учун парҳезли овқатланишнинг асосий тамойиллари бугунги кунда ҳам долзарб бўлиб қолмоқда. Қуйидаги қоидага мос келадиган тез-тез (кунига 5-6 марта), бўлаклаб овқатланишнинг тавсиялари ўз кучини ёқотмаган: "олти марта кичик миқдорда таом истеъмол қилиш, уч марта катта миқдорда таом истеъмол қилишдан яхшироқ", механик, термал ва кимёвий тежамкорлик.

ЯК кучайиши қайд этилган беморлар учун яраларнинг битишига эришиш учун 4-6 hafta давомида протон помпаси ингибиторлари билан антисекретор терапияни ўтказиш тавсия этилади.

[\(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/)

[https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/)

- ЯКнинг умумий қабул қилинган классификацияси (таснифи) мавжуд эмас.

Аввало, *H. pylori* инфекциясининг мавжудлигига ёки йўқлигига қараб, *H. pylori* инфекцияси билан боғлиқ ва унга боғлиқ бўлмаган ЯК ажратилади. Охирги кўриниши базан идиопатик шакл деб аталади. Шунингдек, ЯКни бошқа касалликлар фонида юзага келадиган мустақил касаллик (эссенциал яра касаллиги) ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг симптоматик яралари (дорилар туфайли, "стрессли", эндокрин патологияда, ички органларнинг бошқа сурункали касалликларида) шакллари ажратилади ва ўзларининг ривожланиш механизмлари бўйича алоҳида этиологик ва патогенетик омиллар билан боғлиқ.

Маҳаллийлаштиришга кўра қуйидаги яра турлари ажратилади:

- **ошқозон яраси** (кардиал ва субкардиал бўлимлар, ошқозон танаси, антрал бўлим, пилорик канал);
- **ўн икки бармоқли ичак яраси** (илдизлар, постбулбар бўлим),
- **ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг қўшма яралари**. Бунда, яралар кичик ёки катта эгриликда, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг олд ва орқа деворларида жойлашган бўлиши мумкин.

Яра билан шикастланишлар сонига кўра, битта ва бир нечта яралар ажратилади ва ошқозон яраси нуқсонининг катталигига қараб, кичик (диаметри 0,5 см гача) ва ўрта (диаметри 0,6-1,9 см) бўлган, катта (диаметри 2,0-3,0 см) ва улкан (диаметри 3,0 см дан юқори) яралар.

Ташхисда касалликнинг кечиш босқичлари қайд этилади: зўрайиши, битиши, чандик пайдо бўлиши ("қизил" ва "оқ" чандикнинг эндоскопик тасдиқланган босқичи) ва ремиссия, шунингдек ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичакнинг мавжуд чандик-яра кўринишидаги деформацияси. Ташхисни тарифлашда ЯКнинг асоратлари (шу жумладан

анамнестик) мавжудлиги кўрсатилади: қон кетиши, тешилиши, пенетрацияси, чандиқ-яра стенози, шунингдек, агар улар амалга оширилган бўлса, жарроҳлик аралашувларнинг хусусияти (<https://lex.uz/docs/6245011>).

- Миллий клиник протокол ва стандартларда олинган назологияда специфик бўлган тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиёти усуллари, ёндашувлари ва муолажаларини ёзиб чиқинг.

- кам инвазив ва мураккаб реконструктив амалиётлар (Ошқозон яра касаллиги қон кетиш ва тешилиш асоратсиз);
- кам инвазив мураккаб реконструктив амалиёт (Субкомпенсация ва декомпенсация босқичидаги пилорик канал торайишлари билан бўлган беморларга талаб этилади).

2. Мазкур назологияда танланган тиббий муолажа ва/ёки жарроҳлик амалиётининг қўлланилиши тартиби

- Муолажанинг мақсади. ЯКни даволаш кенг камровли бўлиши керак ва нафақат доридармонларни тайинлашни, балки турли хил тадбирларни ҳам ўз ичига олиши керак: парҳез овқатланиш, чекишни ва спиртли ичимликларни суистеъмол қилишни тўхтатиш, улсероген таъсирга эга дориларни истеъмол қилишдан воз кечиш, меҳнат қилиш ва дам олишни нормаллаштириш, санатория-курортда даволаниш.

Асоратсиз кечадиган ЯК мавжуд бўлган беморлар консерватив усулда даволаниши керак. Кўпгина ҳолларда, у амбулатория шароитида амалга оширилади. Аммо ифодаланган оғриқли синдром, асоратларнинг юқори хавфи (масалан, катта ва улкан яралар), ташхисни текшириш учун қўшимча текширув зарурати (масалан, ошқозоннинг яра билан шикастланишининг ноаниқ табиатида), оғир ҳамроҳ касалликлар мавжудлигида беморларни касалхонага ётқизиш мақсадга мувофиқдир (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

- Муолажага қарши кўрсатмалар. Муолажа ўтказишга мутлоқ қарши кўрсатма мавжуд эмас. Ушбу муолажа давомида ножўя таъсирлар ривожланиши муолажага қарши кўрсатма бўлиши мумкин (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/>).

- Муолажага кўрсатмалар. Яра касаллигини мавжудлиги.

- Муолажа ёки жарроҳлик амалиётини бажарадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар. Гастроэнтерологлар, терапевтлар, умумий амалиёт шифокорлари, агар жарроҳлик аралашуви талаб қилинадиган бўлса шифокор жарроҳлар муолажани амалга оширади (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/>).

- Асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>).

Шикоят ва анамнез йиғиш

Анамнезда ЯКГи, оилавий анамнезда меъда хавфли ўсмаси бўлши, НЯҚВ ёки ГКС қабул қилиш.

Оғриқ бўлиши – яра касаллигининг асосий белгиси. Оғриқ симилловчи, босувчи бўлиб, ханжарсимон ўсиқ остида, ёки чап қовурға остида бўлади. Оғриқ қизилўнгач бўйлаб тарқалиши, кўп миқдорда кекириш, жиғилдон қайнаши, яра касаллиги кўпинча кардиянинг етишмовчилиги ва меъда-қизилўнгач рефлюкси билан кузатилади. Оғриқ ўнг елка, ўнг ёки чап қовурға остига тарқалади, бу жараёнга ўт йўллари ва меъда ости беши қўшилганидан дарак беради.

Оғриқ характери ва жойлашиши

- *Меъда яраси* – эрта оғриқ; меъдани юқори қисми яраси (кардиал қисм), овқатдан сўнг дарров бошланиши, кўпинча аччиқ ва/ёки иссиқ овқатлардан кейин пайдо бўлувчи оғриқлар; агар яра меъда танаси ёки тубида жойлашса (*медиагастрал яралар*) оғриқ овқатдан 20-30 дақиқадан сўнг бўлиб, кам ҳолларда тунда кузатилади.

- *Яра привратник атрофида ва 12 бармоқли ичакда бўлса* – кечки оғриқлар; агар яра 12 бармоқли ичакнинг пиёзча ёки меъданинг антрал қисмида бўлса, наҳорги оғриқлар (оч коринга), тунги оғриқлар 1,5-2 соатдан сўнг овқатдан кейин намоён бўлувчи (кечки оғриқлар). Оғриқ овқатдан кейин камаяди. Кучли оғриқлар яранинг привратник каналида жойлашганида кузатилади, овқатдан 40 дақиқа - 1 соатдан кейин пайдо бўлади.

Лаборатор-инструментал текширувлар

- а. Ташҳисни тасдиқлаш мақсадида - ЭГДС қилиш.
- б. НР-инфекциясини аниқлаш учун - уреаз тести.
- с. Меъда шиллик қаватидан биопсия олиш ва морфологик текширувлар – атрофия, дисплазия ёки неоплазияни ташҳислаш учун (кўрсатма бўйича).
- д. Трансэндоскопик, топографик рН-метрик текширувлар.

Рентгенологик текширувда ЯКнинг бевосита белгиси - шиллик қават контурида ёки рельефида "чуқурча" ва касалликнинг билвосита белгилари аниқланади (ярага нисбатан қарама-қарши томонда ошқозон деворидаги "ишора бармоғи" шаклида мушак толаларининг маҳаллий циркуляр спазми, шиллик қават қатламларининг "чуқурча" га конвергенцияси, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак илдизининг чандиқли ва ярали деформацияси, оч коринга гиперсекрецияси, гастродуоденал моториканинг бузилиши).

Ҳозирги вақтда ЯКни ташхислаш учун рентгенологик текшируви аввалгидек тез-тез ишлатилмайди. У баъзи бир сабабларга кўра (масалан, қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар мавжудлиги) эндоскопик текширувни ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда,

инфильтратив ярали саратон билан дифференциал ташхислаш мақсадида ошқозон деворининг перисталтикасини баҳолаш зарур бўлганда, ошқозондан эвакуация қилиш хусусиятини баҳолаш зарур бўлганда қўлланилади.

Ушбу усул қорин бўшлиғида эркин газ мавжудлигини, фасод (йиринг) ҳажми ва хусусиятини аниқлашга, патологик ўзгаришларни локализация қилишга, шу жумладан тешилиш жойини аниқлашга имкон беради.

Беморнинг ҳаётини сақлаб қолиш ва ошқозон ва ёки ўн икки бармоқли ичкадаги тешилган ярасини даволашда муваффақиятнинг муҳим мезони жарроҳликдан олдинги давр - касаллик бошлангандан жарроҳликни амалга ошириш вақтигача бўлган вақт. Узоқ муддатли диагностик изланиш кейинчалик ёмон прогноз билан беморнинг аҳволи ёмонлашишига олиб келиши мумкин. Фақат тиббий муассасада КТ бўлмаган тақдирда яра тешилишини ташхислаш учун қорин бўшлиғининг УТТ ва рентгенографиясини ўтказиш мумкин. Шунинг эса тутиш керакки, ушбу усулларнинг сезгирлиги ва ўзига хослиги КТ билан таққослаганда пастроқ ва натижа кўп жиҳатдан ультратовушли ташхислаш бўйича мутахассиснинг малакасига боғлиқ.

- Муолажани ўтказишга қўйиладиган талаблар. ЯКни даволаш кенг қамровли бўлиши керак ва нафақат дори-дармонларни тайинлашни, балки турли хил тадбирларни ҳам ўз ичига олиши керак: парҳез овқатланиш, чекишни ва спиртли ичимликларни суистеъмол қилишни тўхтатиш, ульцероген таъсирига эга дориларни истеъмол қилишдан воз кечиш, меҳнат қилиш ва дам олишни нормаллаштириш, санатория-курортда даволаниш ([https://www.researchgate.net/publication/271600068 Nutritional care in peptic ulcerhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/](https://www.researchgate.net/publication/271600068_Nutritional_care_in_peptic_ulcerhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/)).

- Беморни тайёрлашга қўйиладиган талаблар. Беморларни муолажага тайёрлаш учун махсус талаблар йўқ ([https://www.researchgate.net/publication/271600068 Nutritional care in peptic ulcer](https://www.researchgate.net/publication/271600068_Nutritional_care_in_peptic_ulcer)).

- Муолажа самарадорлиги кўрсаткичлари (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).
- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
 - Яра дефектини чандикланиши (ЭГДСда исботланиши).
 - НР-инфекциясини йўқлиги.
 - рН-метрик кўрсаткичлар яхшиланади

**КАТТАЛАРДА “ЯРА КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар):

Ошқозон яраси (K25)

K25.0	Ўткир, қон кетиш билан
K25.1	Ўткир, тешилиш билан
K25.2	Ўткир, қон кетиш ва тешилиш билан
K25.3	Ўткир, қон кетиш ва тешилишсиз
K25.4	Қон кетиши билан сурункали ёки аниқланмаган
K25.5	Тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K25.6	Қон кетиш ва тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K25.7	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали
K25.9	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали ёки ўткир аниқланмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

Ўн икки бармоқли ичак яраси (K26)

K26.0	Ўткир, қон кетиш билан
K26.1	Ўткир, тешилиш билан
K26.2	Ўткир, қон кетиш ва тешилиш билан
K26.3	Ўткир, қон кетиш ва тешилишсиз
K26.4	Қон кетиши билан сурункали ёки аниқланмаган
K26.5	Тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K26.6	Қон кетиш ва тешилиш билан сурункали ёки аниқланмаган
K26.7	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали
K26.9	Қон кетиш ва тешилишсиз сурункали ёки ўткир аниқланмаган
Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

1. Асосий қисм

- **Кириш қисми.** Яра касаллиги долзарблигини инобатга олиб далилларга асосланган маълумотлар ва тавсияларни тиббиёт ходимларига тақдим этиш, касалликни эрта ташхислаш, олдини олиш ва даволаш бўйича ягона ёндашув тизимини ташкил этиш ва тадбиқ этиш. Ушбу протоколни ишлаб чиқиш учун Бутунжаҳон гастроэнтерологлар ташкилоти (WGO), Америка гастроэнтерологлари уюшмаси (AGA), Россия гастроэнтерологлар уюшмаси (РГА), Россия колоректал жарроҳлар жамияти (РОКХ) клиник кўрсатмалари асос қилиб олинди.

Яра касаллиги мавжуд бўлган беморларга ёрдам кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу баённомада ҳозирги кунга келиб мавжуд бўлган клиник далиллар, тегишли амалиёт вақтлари, шунингдек эксперт хулосалари келтирилган.

- **Профилактика ва реабилитациянинг умумий таърифи.**

Профилактика - бу ҳодисанинг олдини олишга ва/ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган комплекс чора-тадбирлар мажмуи. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фарқли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини назарда тутди.

Саломатлик турли жисмоний ва руҳий ҳолатларни қамраб олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, генетик мойиллик, патогенлар ва турмуш тарзи таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган фаолиятга асосланади.

Реабилитация деганда инсоннинг функционаллигини тиклаш ва касалланган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини камайтиришга қаратилган «чора-тадбирлар мажмуи тушунилади».

https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005399/>

- **Профилактика турлари**

Саломатлик ҳолатига ёки патология оғирлигига қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

- бирламчи;

- иккиламчи;

- учламчи.

Бирламчи профилактика эмлашни, оқилона кун тартиби ва дам олишни, мунтазам рационал овқатланишни ва жисмоний фаолликни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика маълум шароитларда касалликнинг қайталанишига олиб келадиган хавф омилларини олдини олишни ўз ичига олади.

Учинчи даражали профилактика тўлиқ ҳаёт кечирishi имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Реабилитация босқичлари:

1-босқич. Даволаш ва реабилитация. Бу касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалга оширилади.

2-босқич. Эрта стационар тиббий реабилитация. Касалликнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида ёки эрта тиббий реабилитациянинг стационар бўлимларида ўтказилади.

3-босқич. Амбулатор. У реабилитация муассасаларида, соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида ва амбулаторияларда амалга оширилади.

https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005399/>

- **Оммавий профилактика ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари**

Бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактикадан ташқари, касалликларнинг индивидуал ва ижтимоий профилактикаси ҳам мавжуд:

Индивидуал профилактика - касалликнинг олдини олиш, саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади, улар инсоннинг ўзи томонидан амалга оширилади ва амалда соғлом турмуш тарзи стандартларига, шахсий гигиенага, рационал овқатланишга ва оқилона меҳнат ва дам олиш режимига, фаол жисмоний тарбияга риоя қилиш билан боғлиқ.

Жамоат профилактикаси - бу фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучларини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, омиларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга ошириладиган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирлари, аҳоли саломатлигига ижобий таъсир кўрсатади.

https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8005399/>

2.1. Профилактика усуллари

- **Профилактика мақсади.** Яра касаллигининг ривожланишида *H. pylori* инфекциясининг етакчи ролини тасдиқлаш эрадикация терапиясини ушбу касаллиги профилактикасининг асосий усулига айлантирди.

Эрадикация терапияси *H. pylori* инфекцияси мавжуд бўлган барча беморларга қўллашга қарши кўрсатмалар бўлмаса ЯК ва унинг кучайишини олдини олиш учун тавсия этилади [56].

- **Бирламчи профилактика.** ЯК хавф омилларига таъсир – НЯҚВ ва ГКС лар қабул қилиш, чекиш, алкоголь истеъмол қилишни бартараф этиш (ОП да ОШ томонидан амалга оширилади).
- **Скрининг.** Скрининг ЭГДС қилиш орқали амалга оширилиши мумкин.
- **Иккиламчи профилактика.** Иккиламчи профилактика - ЯК билан оғриган беморларни ўқитиш, беморга мос парҳез танлаш (мумкин бўлмаган маҳсулотларни тўхтатиш ёки чеклаш), меҳнат ва дам олишни тартиблаш, НЯҚВ ва ГКСлар қабул қилмаслик, алкоголь ва чекишни тўхтатиш.
- **Учламчи профилактика.** Учинчи даражали профилактика – ЯК билан оғриган беморларнинг асоратларини реабилитация қилиш.

2.2. Реабилитация усуллари ва муолажалари

5С	Ремиссия босқичида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ЯК бўлган беморлар учун уни сақлаб қолиш учун бемор иқлим зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида санаторий-курортда даволаш усулидан фойдаланиш тавсия этилади [5].
----	---

Яра касаллиги мавжуд бўлган беморларга касалликнинг кучайиш пасайгандан кейин 2-3 ой ўтгач, 14-21 кун давомида санатория - курортда даволаниш тавсия этилади.

Санатория-курортда даволаниш Дорохово, Ессентуки, Железноводск ва бошқа санаторийларда ўтказилади ва лой ва торф билан даволаш, игнабаргли-денгиз ҳаммомлари, гидроксидли минерал сувларни ичишни ўз ичига олади [5].

- ЯКда зарарланган орган ёки тизимнинг бузилган функцияларини тўлиқ ва/ёки қисман тиклаш ва/ёки йўқолган функцияларини қоплаш.

Профилактика - бу ходисанинг олдини олишга ва/ёки хавф омилларини бартараф этишга қаратилган комплекс чора-тадбирлар мажмуи. Профилактик соғлиқни сақлаш (профилактик тиббиёт ёки профилактика) касалликларни даволашдан фаркли ўлароқ, касалликларнинг ривожланишининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуини назарда тутди. Саломатлик турли жисмоний ва руҳий ҳолатларни қамраб олганидек, касаллик ва ногиронликка атроф-муҳит омиллари, генетик мойиллик, патогенлар ва турмуш тарзи таъсир қилади. Касалликнинг олдини олиш бирламчи, иккиламчи ва учламчи профилактика чоралари сифатида таснифланиши мумкин бўлган фаолиятга асосланади.

Реабилитация деганда инсоннинг функционаллигини тиклаш ва касалланган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда ногиронлик даражасини

камайтиришга қаратилган «чора-тадбирлар мажмуи тушунилади».

(<https://diseases.medelement.com/disease/%D1%8F%D0%B7%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F-%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C-%D0%B6%D0%B5%D0%BB%D1%83%D0%B4%D0%BA%D0%B0-%D0%B8-%D0%B4%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D1%86%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE%D0%B9-%D0%BA%D0%B8%D1%88%D0%BA%D0%B8-2017/15045>).

2.3. Профилактика ёки реабилитациянинг турлари:

Саломатлик ҳолатига ёки патология оғирлигига қараб, профилактиканинг уч тури кўриб чиқилади:

- бирламчи;
- иккиламчи;
- учламчи.

Бирламчи профилактика эмлашни, оқилона кун тартиби ва дам олишни, мунтазам рационал овқатланишни ва жисмоний фаолликни ўз ичига олади.

Иккиламчи профилактика маълум шароитларда касалликнинг қайталанишига олиб келадиган хавф омилларини олдини олишни ўз ичига олади.

Учинчи даражали профилактика тўлиқ ҳаёт кечириш имкониятини йўқотган беморларни реабилитация қилиш бўйича чора-тадбирлар мажмуи сифатида қаралади.

Реабилитация босқичлари:

1-босқич. Даволаш ва реабилитация. Бу касаллик ёки шикастланишнинг ўткир даврида амалга оширилади.

2-босқич. Эрта стационар тиббий реабилитация. Касалликнинг ўткир ва эрта тикланиш даврида ёки эрта тиббий реабилитациянинг стационар бўлимларида ўтказилади.

3-босқич. Амбулатор. У реабилитация муассасаларида, соғлиқни сақлаш ташкилотларининг ихтисослаштирилган бўлимларида ва амбулаторияларда амалга оширилади.

(<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998006/>).

2.4. Оммавий профилактика ва индивидуал профилактика тадбирларини ўтказиш тамойиллари:

Бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали профилактикадан ташқари, касалликларнинг индивидуал ва ижтимоий профилактикаси ҳам мавжуд:

Индивидуал профилактика - касалликнинг олдини олиш, саломатликни сақлаш ва мустаҳкамлаш бўйича чора-тадбирларни ўз ичига олади, улар инсоннинг ўзи томонидан амалга оширилади ва амалда соғлом турмуш тарзи стандартларига, шахсий гигиенага,

рационал овқатланишга ва оқилона меҳнат ва дам олиш режимига, фаол жисмоний тарбияга риоя қилиш билан боғлиқ. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>).

2.5. Яра касаллигида реабилитация ўтказиш натижасида ҳаёт сифатини яхшилаш:

- Жарроҳликдан кейинги жароҳатни ишлов бериш ва жарроҳлик давосидан кейин беморларни парваришлаш.
- Беморга мос парҳез танлаш (мумкин бўлмаган маҳсулотларни тўхтатиш ёки чеклаш)
- Меҳнат ва дам олишни тартиблаш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш.
- НЯҚВ ва ГКСлар қабул қилмаслик.
- Алкогол ва чекишни тўхтатиш.
- Санатор-курорт даво.

2.6. Яра касаллигида реабилитация ўтказиш натижасида беморнинг меҳнат қобилиятини сақлаш:

- Меъда яра касаллиги бор беморларни диспансеризацияга олиш.
- Меъда яраси битгандан сўнг, қайта ЭГДС 3 ва 6 ойдан кейин қилинади. Фақат яра белгилари бўлса ЭФГДС қилиниши лозим. Шу мақсадда КТМП га жўнатилади.
- Меъда шиллик қаватида атрофия бўлса, хавфли ўсмаларни олдини олиш ҳолатларини эрта ташхислаш учун қайта ЭГДС биопсия билан олиниши керак, 2-3 йилда 1 марта олинади. Шу мақсадда КТМП мутахассисига жўнатилади.

2.7. Яра касаллигида реабилитация ўтказиш натижасида беморнинг жамиятга ижтимоий интеграцияси.

Жамоат профилактикаси - бу фуқароларнинг жисмоний ва маънавий кучларини ҳар томонлама ривожлантиришни таъминлаш, омилларни бартараф этиш мақсадида давлат муассасалари ва жамоат ташкилотлари томонидан тизимли равишда амалга ошириладиган ижтимоий, маърифий, санитария-гигиена, эпидемияга қарши ва даволаш тадбирлари, аҳоли саломатлигига зарарли таъсир кўрсатади.

3. Уч турдаги профилактика ёки реабилитацияни ўтказишга кўрсатмалар.

3.1. Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари

- анамнезда ЯК бўлиши;
- оилавий анамнезда меъда хавфли ўсмаси бўлиши;
- ёш >65 лет;
- эркак киши;
- НЯҚВ, глюкокортикостероидлар қабул қилиш;
- чекиш;
- алкоголь ичиш

3.2. Реабилитация муолажаларининг босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари

- Жарроҳликдан кейинги жароҳатни ишлов бериш ва жарроҳлик давосидан кейин

беморларни парваришлаш.

- Беморга мос парҳез танлаш (мумкин бўлмаган маҳсулотларни тўхтатиш ёки чеклаш)
- Меҳнат ва дам олишни тартибга солиш, жисмоний тарбия билан шуғулланиш.
- НЯҚВ ва ГКСлар қабул қилмаслик.
- Алкогол ва чекишни тўхтатиш.
- Санатор-курорт даво.

4. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

Реабилитация чораларини операциядан сўнг дарҳол касалхонада бошлаш ва уни касалхонага ётқизиш давомида олиб бориш тавсия этилади (реабилитациянинг биринчи босқичи).

Касалхонадан чиқарилгандан сўнг, агар керак бўлса, реабилитация бўлимларида (агар иложи бўлса) реабилитация даволашни давом эттириш (реабилитациянинг иккинчи босқичи) ва кундузги шифохонанинг тиббий реабилитация бўлимларида, санаторий, амбулатор тиббий муассасаларда ёки уйда (реабилитациянинг учинчи босқичи) реабилитацияни тугатиш.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5).

5. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган холда ташхислаш тадбирлари

- Ташхисни тасдиқлаш мақсадида -ЭГДС қилиш.
- НР инфекциясини аниқлаш учун- уреаз нафас тести.
- Морфологик текширувлар – атрофия, дисплазия ёки неоплазияни ташхислаш учун.
- Меъда шиллик қаватидан биопсия олиш.

6. Даражаси кўрсатилган холда тиббий профилактика ёки реабилитациянинг тактикаси:

- Меъда яра касаллиги бор беморларни диспансеризацияга олиш.
- Меъда яраси битгандан сўнг, қайта ЭГДС 3 ва 6 ойдан кейин қилинади. Фақат яра белгилари бўлса ЭГДС қилиниши лозим. Шу мақсадда КТМП га жўнатилади.
- Меъда шиллик қаватида атрофия бўлса, хавфли ўсмаларни олдини олиш ҳолатларини эрта ташхислаш учун қайта ЭГДС биопсия билан олиниши керак, 2-3 йилда 1 марта олинади. Шу мақсадда КТМП мутахассисига жўнатилади.

7. Профилактика ёки реабилитация тадбирларининг самарадорлик кўрсаткичлари

- Касаллик белгилари бўлмаса – ҳаёт сифати яхшиланади.
- Яра дефектини чандиқланиши (ЭГДСда исботланиши).
- НР-инфекциясини йўқлиги.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати

1. *Shay H., Sun D.C.H.* Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier, 1968:420–

65. (<https://studfile.net/preview/21444119/page:5/>)
2. *Lanas A., Chan F.K.L.* Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2017;390(10094):613–24. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>)
3. *Chan F.K.L., Lau J.Y.W.* Peptic ulcer disease. In: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015. Chap 14. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/>)
4. *Ramakrishnan K., Salinas R.C.* Peptic ulcer disease. *Am Fam Physician* 2007;(76):1005–12. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17956071/>)
5. *Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А.* Язвенная болезнь. М: Медицина, 1987. [*Vasilenko V Ch., Grebenev A.L., Sheptulin A.A.* Peptic ulcer disease. Moscow: Meditsina; 1987 (In Russ.)].(https://www.clinmedjournal.com/jour/article/view/119?locale=ru_RU)
6. *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):102–13. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21494041/>)
7. Заболеваемость всего населения России в 2006 г. Статистические материалы Минздрава России. М., 2007:98. [Morbidity of the entire population of Russia. Statistical materials of the Ministry of Health of Russian Federation. Moscow, 2007:98 (In Russ.)].(<https://cyberleninka.ru/article/n/analiz-zabolevaemosti-i-kadrovoe-obespechenie-naseleniya-selskih-territoriy-v-rossiyskoy-federatsii>)
8. Заболеваемость всего населения России в 2018 г. Статистические материалы Минздрава России. М., 2018:101. [Morbidity of the entire population of Russia. Statistical materials of the Ministry of Health of Russian Federation. Moscow, 2018:101 (In Russ.)]. (<https://minzdrav.gov.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/statisticheskie-i-informatsionnye-materialy/statisticheskiy-sbornik-2018-god>)
9. *Hawkey C.J., Wight N.J.* Clinical manual on NSAIDs and gastrointestinal complications. London: Life Science Communications, 2001. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10682181/>)
10. *Nagashima K., Tominaga K., Fukushi K., et al.* Recent trends in the occurrence of bleeding gastric and duodenal ulcers under the Japanese evidence-based clinical practice guideline for peptic ulcer disease. *JGH Open* 2018; 2 (6): 255–61. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6308079/>)
11. *Ивашкин В.Т., Шептулин А.А.* Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕДпресс-информ, 2009. [*Ivashkin V.T., Sheptulin A.A.* Diseases of esophagus,

stomach and intestines. Moscow: MEDpress-inform, 2009 (In Russ.)]. ([https://www.researchgate.net/publication/340513448 Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer in Adults Clinical Guidelines of the Russian Gastroenterological Association Russian Society of Colorectal Surgeons and the Russian Endoscopic Society](https://www.researchgate.net/publication/340513448_Diagnosis_and_Treatment_of_Peptic_Ulcer_in_Adults_Clinical_Guidelines_of_the_Russian_Gastroenterological_Association_Russian_Society_of_Colorectal_Surgeons_and_the_Russian_Endoscopic_Society))

12. Tomizawa M., Shinozaki F., Hasegawa R., et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep.* 2016;5(3):349–52.
13. 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.* 2002;77(1):23–8. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4998006/>)
14. Baghdanian A.H., Baghdanian A.A., Puppala A.A., et al. Imaging manifestations of peptic ulcer disease on computed tomography. *Semin Ultrasound CT MR.* 2018;39(2):183–92. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29571554/>)
15. Ecanow, J.S., Gore R.M. Evaluating patients with left upper quadrant pain. *Radiol Clin North Am.* 2015;53(6):1131–57. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26526430/>)
16. Thorsen K., Glomsaker T.B., von Meer A., et al. Trends in diagnosis and surgical management of patients with perforated peptic ulcer. *J Gastrointest Surg.* 2011;15(8):1329–35. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/>)
17. Ishiguro T., Kumagai Y., Baba H., et al. Predicting the amount of intraperitoneal fluid accumulation by computed tomography and its clinical use in patients with perforated peptic ulcer. *Int Surg.* 2014;99(6):824–9. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4254247/>)
18. Picone D., Rusignuolo R., Midiri F., et al. Imaging assessment of gastroduodenal perforations. *Semin Ultrasound CT MR.* 2016;37(1):16–22. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26827734/>)
19. Coppolino F., Gatta G., Di Grezia G., et al. Gastrointestinal perforation: ultrasonographic diagnosis. *Crit Ultrasound J.* 2013;5(Suppl 1): S4. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3711723/>)
20. Malfertheiner P., Megraud F., O’Morain C.A., et al. Management of *Helicobacter pylori* infection — the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66(1):6–30. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/>)
21. Best L.M., Takwoingi Y., Siddique S., et al. Non-invasive diagnostic tests for

- Helicobacter pylori infection. Cochrane Database Syst Rev. 2018;(3):CD012080. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543326/>)
22. Kim H. Diagnostic and treatment approaches for refractory ulcers. Clin Endoscop. 2015;(4):285–90. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26240800/>)
 23. Vomero M.D., Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. Arq Bras Cir Dig. 2014;27(4):298–302. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4743227/>)
 24. Burget D.W., Chiverton K.D., Hunt R.H. 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;99:345–51. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2142113/>)
 25. Scally B., Emberson J.R., Spata E., et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomized trials. Lancet Gastroenterol Hepatol. 2018;3(4):231–41. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/>)
 26. Poinard T., Lemaire M., Agostini H. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. Eur J Gastroenterol Hepatol. 1995;7:661–5. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8590162/>)
 27. Hu Z.H., Shi A.M., Hu D.M., Bao J.J. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trial. Saudi J Gastroenterol. 2017;23(1):11–9. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28139495/>)
 28. Wong C.S., Chia C.F., Lee H.C., et al. Eradication of Helicobacter pylori for prevention of ulcer recurrence after simple closure of perforated peptic ulcer: a meta-analysis of randomized controlled trials. J Surg Res. 2013;182(2):219–26. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23158404/>)
 29. Ford A.C., Delaney B.C., Forman D., Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. Cochrane Database Syst Rev. 2006;2:CD003840. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27092708/>)
 30. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А. Рекомендации Российской Гастроэнтерологической Ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых. Росс журн гастроэнтерол гепатол колопроктол. 2012;22(2):87–9. [Ivashkin V.T., Mayev I.V., Lapina T.L., Sheptulin A.A. Recommendations of the Russian Gastroenterological Association for the diagnosis and treatment of

- Helicobacter pylori* infection in adults. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2012;22(2):87–9 (In Russ.)]. (<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/10334>)
31. *Terano A., Arakawa Y., Sugiyama H., et al.* Rebamipide, a gastro-protective and anti-inflammatory 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):690–3. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17701133/>)
 32. *Song K.H., Lee J.C., Fan D.M., et al.* Healing effects of rebamipide and omeprazole in *Helicobacter pylori*-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational comparative study. *Digestion.* 2011;84(3):221–9. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/>)
 33. *Nishizawa T., Nishizawa Y., Yahagi N., Kanai T., Takahashi M., Suzuki H.* Effect of supplementation with rebamipide for *Helicobacter pylori* eradication therapy: a systematic review and meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol* 2014;29(Suppl.4):20–24. DOI:10.1111/jgh.12769. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>)
 34. *Andreev DN, Maev IV, Dicheva DT.* Efficiency of the Inclusion of Rebamipide in the Eradication Therapy for *Helicobacter pylori* infection: Meta-Analysis of Randomized Controlled Studies. *J Clin Med.* 2019;8 (9). PII: E1498. DOI: 10.3390/jcm8091498 (<https://www.mdpi.com/2077-0383/8/9/1498>)
 35. *Jiang M., Chen P., Gao Q.* Systematic review and network meta-analysis of upper gastrointestinal hemorrhage interventions. *Cell Physiol Biochem.* 2016;39(6):2477–91. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27855401/>)
 36. *Евсеев М.А., Клишин И.М.* Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. *Росс журн гастроэнтерол гепатол колопроктол.* 2010;20(3):55–62. [*Evseev M.A., Klishin I.M.* The effectiveness of antisecretory therapy with proton pump inhibitors in gastroduodenal ulcer bleeding. *Rus J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 2010;20(3):55–62 (In Russ.)]. (<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/5270>)
 37. *Barkun, A.N., Martel M., Thomsen R.W., et al.* International consensus recommendations on the management of patients with nonvariceal upper gastrointestinal bleeding. *Ann Intern Med.* 2010;152(2):101–13. (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3414476/>)
 38. *Satoh, K., Yoshino J., Akamatsu T., et al.* Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015. *J Gastroenterol.* 2016;51 (3):177–94

(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26879862/>).

39. Язвенные гастродуоденальные кровотечения. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. Приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций 6 июня 2014 года, г. Воронеж: 1–9. <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/jazvenye-gastroduodenalnye-krovotechenija.html>. [Gastroduodenal ulcer bleeding. Clinical recommendations of the Russian Society of Surgeons. Adopted at the All-Russia Conciliation Conference on the adoption of national clinical recommendations on June 6, 2014, Voronezh:1–9 <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/jazvenye-gastroduodenalnye-krovotechenija.html> (In Russ.)] (https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF).
40. Прободная язва у взрослых. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. МЗ РФ, 2016:1–50. [Perforated ulcer in adults. Clinical recommendations of the Russian Society of Surgeons. Ministry of Health of the Russian Federation, 2016:1–50 (In Russ.)] (https://www.mrckb.ru/files/probodnaya_yazva_u_vzroslyx.PDF).
41. *Tarasenko S.V., Zaitsev O.V., Kochukov V.P. и др.* Хирургия осложненной язвенной болезни. Воронеж: Проспект, 2015. [*Tarasenko S.V., Zaitsev O.V., Kochukov V.P. et al.* Surgery for complicated peptic ulcer. Voronezh: Prospect Publ. H., 2015 (In Russ.)] (https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf).
42. *Chatten K., Pursell H., Banerjee A.K., et al.* Glasgow Blatchford Score and risk stratifications in acute upper gastrointestinal bleeding: can we extend this to 2 for urgent outpatient management? *Clin Med (Lond)*. 2018;18(2):118–22. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29626014/>)
43. *Farrar F.C.* Management of Acute Gastrointestinal Bleed. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018;30(1):55–66. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29413215/>)
44. *Leontiadis G.I., Molloy-Bland M., Moayyedi P., Howden C.W.* Effect of comorbidity on mortality in patients with peptic ulcer bleeding: systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(3):331–45; quiz 346. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23381016/>)
45. *Moller M.H., Adamsen S., Thomsen R.W., Moller A.M.* Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol*. 2010;45(7–8):785–805.

[\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20384526/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20384526/)

46. *Elmunzer B.J., Young S.D., Inadoni J.M., et al.* Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. *Am J Gastroenterol.* 2008;103(10):2625–32; quiz 2633. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18684171/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18684171/)
47. *Tsoi K.K., Chan H.C., Chiu P.W.* Second-look endoscopy with thermal coagulation or injections for peptic ulcer bleeding: a meta-analysis. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25(1):8–13. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20136971/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20136971/)
48. *Barkun A.N., Martel M., Toubouti Y., et al.* Endoscopic hemostasis in peptic ulcer bleeding for patients with high-risk lesions: a series of meta-analyses. *Gastrointest Endosc.* 2009;69(4):786–99. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19152905/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19152905/)
49. *Morris D.L., Hawker P.C., Brearley S., et al.* Optimal timing of operation for bleeding peptic ulcer: prospective randomized trial. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1984;288(6426):1277–80. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6424827/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6424827/)
50. *Lagoo J., Pappas T.N., Perez A.* A relic or still relevant: the narrowing role for vagotomy in the treatment of peptic ulcer disease. *Am J Surg.* 2014;207(1):120–6. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24139666/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24139666/)
51. *Gurusamy K.S., Pallari E.,* Medical versus surgical treatment for refractory or recurrent peptic ulcer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016;3:CD011523. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27025289/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27025289/)
52. *Soreide K., Thorsen K., Harrison E.M.* Perforated peptic ulcer. *Lancet.* 2015;386(10000):1288–98. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26460663/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26460663/)
53. *Tomtitchong, P., Siribumrungwong B., Vilaichone R.K.* Systematic review and meta-analysis: Helicobacter pylori eradication therapy after simple closure of perforated duodenal ulcer. *Helicobacter.* 2012;17(2):148–52. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22404446/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22404446/)
54. *Sharma V.K., Sahai A.V., Corder F.A., Howden C.W.* Helicobacter pylori eradication is superior to ulcer healing with or without maintenance therapy to prevent further ulcer haemorrhage. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001;15(12):1939–47. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11736725/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11736725/)
55. *Gisbert J.P., Abaira V.* Accuracy of Helicobacter pylori diagnostic tests in patients with bleeding peptic ulcer: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2006;101(4):848–63. [\(https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16494583/\)](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16494583/)
56. *Forman D., Graham D.Y.* Review article: Impact of Helicobacter pylori on society-

- role for a strategy of “search and eradicate”. *Aliment. Pharmacol Ther.* 2004;19 (suppl. 1):17–21. (https://library.mededtech.ru/rest/documents/R_Yaz_2020/)
57. *Маев И.В., Самсонов А.А.* Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки: различные подходы к современной консервативной терапии. *Consilium medicum.* 2004;1:6–11. [*Mayev I.V., Samsonov A.A.* Duodenal ulcer: various approaches to modern conservative therapy. *Consilium medicum.* 2004; 1: 6–11 (In Russ.)]. (<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>)
58. *Бурков С.Г.* Заболевания органов пищеварения у беременных. М.: КРОН-Пресс, 1996. [*Burkov S.G.* Digestive diseases in pregnant women. Moscow: CRON-Press Publ. H., 1996 (In Russ.)]. (<https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-vozmozhnosti-medikamentoznogo-lecheniya-zabolevaniy-organov-pischevareniya-u-beremennyh-zhenshin>)
59. *Cappell M.S.* The fetal safety and clinical efficacy of gastrointestinal endoscopy during pregnancy. *Gastroenterology clinics of North America.* 2003;32:123–79 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12635415/>)