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

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN TERAPIYA VA TIBBIY
REABILITATSIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**KATTALARDA “YARA KASALLIGI”
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT 2025

«TASDIQLAYMAN»

RIT va TRIATM” direktori

t.f.d., professor B.A. Alyavi



2025 yil

**KATTALARDA “YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT 2025

Mundarija

**KATTALARDA “YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA
DAVOLASH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI..... 5**

**KATTALARDA “YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI 50**

**KATTALARDA “YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA
REABILATATSIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI 57**

**KATTALARDA “YARA KASALLIGI”
NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT - 2025

1. Kirish qismi

Yara kasalligi dolzarbligini inobatga olib dalillarga asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalarni tibbiyot xodimlariga taqdim etish, kasallikni erta tashxislash, oldini olish va davolash bo'yicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va tadbiq etish. Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun Butunjahon gastroenterologlar tashkiloti (WGO), Amerika gastroenterologlari uyushmasi (AGA), Rossiya gastroenterologlar uyushmasi (RGA), Rossiya kolorektal jarrohlari jamiyati (ROKX) klinik ko'rsatmalari asos qilib olindi.

Yara kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatadigan mutaxassislar uchun mo'ljallangan ushbu bayonnomada hozirgi kunga kelib mavjud bo'lgan klinik dalillar, tegishli amaliyot vaqtlari, shuningdek ekspert xulosalari keltirilgan.

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10 shifrlar:

Oshqozon yarasi (K25)

K25.0	O'tkir, qon ketish bilan
K25.1	O'tkir, teshilish bilan
K25.2	O'tkir, qon ketish va teshilish bilan
K25.3	O'tkir, qon ketish va teshilishsiz
K25.4	Qon ketishi bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.5	Teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.6	Qon ketish va teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.7	Qon ketish va teshilishsiz surunkali
K25.9	Qon ketish va teshilishsiz surunkali yoki o'tkir aniqlanmagan
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

O'n ikki barmoqli ichak yarasi (K26)

K26.0	O'tkir, qon ketish bilan
K26.1	O'tkir, teshilish bilan
K26.2	O'tkir, qon ketish va teshilish bilan
K26.3	O'tkir, qon ketish va teshilishsiz
K26.4	Qon ketishi bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K26.5	Teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K26.6	Qon ketish va teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan

K26.7	Qon ketish va teshilishsiz surunkali
K26.9	Qon ketish va teshilishsiz surunkali yoki o'tkir aniqlanmagan
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

XKT -11 shifrlari:

DA60	Oshqozon yara kasalligi
DA60.0	Oshqozon eroziyasi
DA60.1	Helicobacter pylori-bilan bog'liq oshqozon yarasi
DA60.2	Helicobacter pylori- bilan bog'liq va dori – darmon bilan keltirib chiqarilgan oshqozon yarasi
DA60.3	Stressdan keyingi oshqozon yarasi
DA60.4	Eozinofilli oshqozon yarasi
DA60.5	Limfotsitar oshqozon yarasi
DA60.6	Tashqi ta'sirlar natijasida kelib chiqqan oshqozon yarasi
DA60.7	Infeksion ikkilamchi oshqozon yarasi
DA60.Y	Boshqa aniqlangan oshqozon yarasi
DA60.Z	Aniqlanmagan oshqozon yarasi
DA61	Aniqlanmagan lokalizatsiyali peptik yara
DA62	Anastomoz yarasi
DA63	O'n ikki barmoqli ichak yarasi
Хавола	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#553678663

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil ishlab chiqilgan. Qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil;

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

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas'ul bo'lgan tashkilot:

“Respublika ixtisoslashtirilgan terapiya va tibbiy reabilitatsiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi” (RIT va TRIATM) DM

Klinik protokol va standartlarning tuzuvchilari:

1. Alyavi B.A.	– RIT va TRIATM direktori, t.f.d., professor
2. Ismailova J.A.	– “RIT va TRIATM” ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, t.f.d.
3. Karimov M.M.	– “RIT va TRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi rahbari, t.f.d., professor
4. Dusanova N.M.	– “RIT va TRIATM” DM Gastroenterologiya bo‘limi katta ilmiy xodimi

Taqrizchilar:

Abdullaev A.X. t.f.d., BIX, “RIT va TRIATM”
ilmiy laboratoriya rahbari

Zufarov P.S. t.f.d., TTA klinik farmakologiya
kafedrasi professori

Multidissiplinar ishchi gurux yig‘ilishida Milliy klinik protokollarni loyihasini muhokomasi bayonnomasidan ko‘chirmaning raqami va sanasi:

1. Klinik bayonnoma OTM professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston Respublikasi Terapevtlar assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari (RIT va TRIATM direktorlari va ularning o‘rinbosarlari) hamda viloyat muassasalari shifokorlari ishtirokidagi ishchi guruhning onlayn shaklda o‘tkazilgan yakuniy yig‘ilishida norasmiy kelishuv orqali muhokama qilindi va 2023-yil 7-dekabr №1-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.
2. Klinik bayonnoma RIT va TRIATM ilmiy kengashida ko‘rib chiqildi va 2023-yil 30-noyabr №5-sonli bayonnomasi bilan tasdiqlandi.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

1. Do‘stmuxamedova E.X. – RIT va TRIATM gastroenterologiya bo‘limi mudiri

Milliy klinik protokol va standartlarni Sog‘liqni saqlash vazirligining ekspert guruhi mutaxasislari tomonidan o‘tkazilgan baholash bo‘yicha ekspert xulosasi:

- (to‘liq ism sharifi, ish joyi, lavozimi/unvoni)

Sog‘liqni saqlash vazirligi qoshidagi Muvofiqlashtirilgan Kengash yig‘ilish bayonnomasidan ko‘chirma (sana, raqam)

Maqsadi va vazifalari

Ushbu hujjatning maqsadi O‘zbekiston Respublikasida yara kasalligi mavjud bo‘lgan bemorlarni olib borish bo‘yicha mavjud bo‘lgan eng yaxshi dalillar sharhini tuzish, joriy etish, tizimni va yagona yondashuvni tashkil qilishdir.

Klinik bayonnomaning maqsadi

Foydalanilgan uslubiy yondashuvlar isbotlangan tibbiyot tamoyillariga asoslangan bo‘lib, uning asosida Rossiya gastroenterologik assotsiatsiyasi, Rossiya kolorektal jarrohlar jamiyati va Rossiya endoskopik jamiyatining klinik tavsiyalari yotadi (2020 y.).

Yara kasalligi mavjud bo‘lgan bemorlarga yordam ko‘rsatadigan mutaxassislar uchun mo‘ljallangan ushbu bayonnomada hozirgi kunga kelib mavjud bo‘lgan klinik dalillar, tegishli amaliyot vaqtlari, shuningdek ekspert xulosalari keltirilgan.

QISQARTMALAR RO‘YXATI:

PPI	Proton pompa ingibitorlari
H. pylori	Helicobacter pylori
KT	Kompyuter tomografiyasi
YaQNP	Yallig‘lanishga qarshi nosteroid preparatlar
NX	Nisbiy xavf
IN	Imkoniyatlar nisbati
EGDS	ezofagogastroduodenoskopiya
UTT	ultratovush tekshiruvi
YaK	yara kasalligi

ATAMALAR VA TARIFLAR:

Eradikatsiya - bu Helicobacter pylori (H.pylori) infeksiyasini yo‘q qilishga qaratilgan davolash

Eradikatsiyaning 1-qator sxemasi - bu birinchi navbatda tayinlanadigan H.pylori infeksiyasining eradikatsiya sxemasi.

Əradikatsiyaning 2-qator sxemasi - bu 1-qator H.pylori sxemasi samarasiz bo'lganda tayinlanadigan əradikatsiya sxemasi.

Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha Milliy klinik protokol va standartlarning foydalanuvchilari:

1. Shifokor-gastroenterologlar.
2. Umumiy amaliyot shifokorlari (oilaviy shifokorlar).
3. Terapevt-shifokorlar.
4. Tez yordam va shoshilinch tibbiy yordam shifokorlari.
5. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari va kollejlari o'qituvchilari.
6. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, magistrarlari, klinik ordinatorlari.

Mazkur tashxis/nozologiya bo'yicha Milliy klinik protokol va standartlarga to'g'ri keladigan bemorlar toifasi:

1. Yara kasalligiga shubha qilingan va tashxis qo'yilgan bemorlar.

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi
(tashxislar aralashuvlari uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasini	
1	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki alohida meta-tahlilni qo'llash bilan o'tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlilni qo'llash bilan o'tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Referens usuli bilan ketma-ket nazoratizsiz o'tkaziladigan tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usuli bilan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki ekspert xulosasi mavjud

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi

(profilaktika, davolash va reabilitatsion tadbirlar uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasini	
1	Meta-tahlilni qo'llash bilan o'tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2	Alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlilni qo'llash bilan o'tkaziladigan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik hodisa yoki hodisalar qatori tavsifi, "hodisa-nazorat" tadqiqoti
5	Faqat aralashish harakati mexanizmini asoslash (klinikadan oldin) yoki ekspert xulosasi mavjud

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqtirgan natijalari bo'yicha xulosalari muvofiqlashtirilgandir)
V	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilgan samaradorlik mezonlarining (natijalar) hammasi ham muhim emas, tadqiqotlarning hammasi ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqtirgan natijalari bo'yicha xulosalari muvofiqlashtirilmagan)
S	Zaif tavsiya (tegishli darajadagi sifatli dalillarning etishmasligi (ko'rib chiqilgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqtirgan natijalari bo'yicha xulosalari muvofiqlashtirilmagan)

2. Asosiy qism

2.1. Kirish

Me'da va 12 barmoq ichak yara kasalligi - surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, me'da va 12 barmoq ichak sohasida yara hosil bo'ladi.

2.2. Ta'rifi

Yara kasalligi (YaK) surunkali qaytalanuvchi kasallik bo'lib, u kasallikning zo'rayish davri va

remissiya davrlarining almashishi bilan kechadi, u oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak devorida nuqson (yara) hosil bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. https://www.gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2019.pdf

Zamonaviy konseptualarga ko‘ra, YaK patogenezi umumiy ko‘rinishda oshqozon tarkibidagi kislota-peptik tajovuz omillari va oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavatini himoya qilish elementlari o‘rtasidagi muvozanatning buzilishiga olib keladi [1].

Yara hosil bo‘lishining agressiv bo‘g‘ini qoplama hujayralari massasining ko‘payishi (ko‘pincha irsiy), gastrinning ortiqcha ishlab chiqarilishi, oshqozon kislotasi ajralib chiqishini asab va gumoral regulatsiyasining buzilishi, pepsinogen va pepsin ishlab chiqarishning oshishi, gastroduodenal harakatlanishning buzilishi (kechikish yoki aksincha, tezlashuv) oshqozondan evakuatsiya qilishning tezlashishi, oshqozon shilliq qavatini *Helicobacter pylori* (*N. pylori*) mikroorganizmlari bilan urug‘lantirish.

Hozirgi paytda YaKning rivojlanishida hal qiluvchi rol, Avstraliyalik olimlar B.Marshall (B.Marshall) va J.Uorren (J.Warren) tomonidan 1983 yilda aniqlangan *N. pylori* mikroorganizmlariga berilgan.

Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak shilliq qavatiga *N. pylori* ning yomon ta’siri spektri juda xilma-xildir. Ushbu bakteriyalar shilliq qavatning himoya to‘sig‘iga, shuningdek turli xil nitotoksinlarga zarar etkazadigan bir qator fermentlarni (ureaza, proteaza, fosfolipaza) ishlab chiqaradi. Eng patogen bo‘lib vakuumli nitotoksin ishlab chiqaradigan, nitoplazmatik vakuolalar hosil bo‘lishiga va epiteliya hujayralarining o‘lishiga olib keladigan *N. pylori* VacA -shtammlari va nitotoksin bilan bog‘liq genni ekspressiya qiladigan CagA shtammi hisoblanadi. *N. pylori* oshqozon shilliq qavatida interleykinlar, lizosomal enzimlar, o‘simta nekrozi omilining ajralib chiqishiga yordam beradi, bu oshqozon shilliq qavatida yallig‘lanish jarayonlarini rivojlanishiga sabab bo‘ladi.

Oshqozon shilliq qavatining *N. pylori* tomonidan urug‘lanishi yuzaki antral gastrit va duodenit rivojlanishi bilan birga kechadi va keyinchalik xlorid kislota sekretsiyasining kuchayishi bilan gastrin darajasining oshishiga olib keladi. Pankreatik bikarbonatlarning nisbatan etishmovchiligi sharoitida o‘n ikki barmoqli ichakdagi bo‘shliqqa kiradigan ortiqcha xlorid kislota duodenitning rivojlanishiga yordam beradi va bundan tashqari o‘n ikki barmoqli ichakda oshqozon metaplaziyasi sohalarining (oshqozon turi bo‘yicha duodenal shilliq qavati epiteliasining qayta tuzilishi) paydo bo‘lishiga sabab bo‘ladi, ularga tezlik bilan *N. pylori* o‘tiradi. Kelajakda, ayniqsa, qo‘shimcha etiologik omillar (irsiy moyillik, 0 (I) qon guruhi, chekish, asab-ruhiy stress va boshqalar) mavjud bo‘lganda metaplaziyalashgan shilliq qavati sohalarida yarali nuqson shakllanadi. O‘n

ikki barmoqli ichak yarasining taxminan 80% va oshqozon yarasining 60% N. pylori bilan bog‘liq [2]. Salbiy-N. pylori yaralari ko‘pincha YaQNPni qabul qilish natijasida yuzaga keladi.

Epidemiologiyasi

Erkaklarning 11-14% va ayollarning 8-11% hayoti davomida yara kasalligiga chalinishi mumkinligi ko‘rsatilgan [3]. AQShda har yili birinchi marta aniqlangan YaK bilan kasallangan 500 000 ta va kasallikning qaytalanishi bilan 4 milliondan ortiq bemor aniqlanadi [2,4]. O‘n ikki barmoqli ichakda lokalizatsiya qilingan YaK oshqozonda lokalizatsiya qilingan YaKga qaraganda 4 marta ko‘proq uchraydi. Duodenal yarasi bo‘lgan bemorlar orasida erkaklar ayollarga qaraganda ko‘proq, oshqozon yarasi bo‘lgan bemorlar orasida erkaklar va ayollar nisbati taxminan bir xil [5]. So‘nggi yillarda asoratlanmagan YaK shaklidagi bemorlarni xorijiy mamlakatlarda [6] va Rossiyada kasalxonaga yotqizishning kamayishi tendentsiyasi kuzatilmoqda. Rossiya Federatsiyasi Sog‘liqni saqlash vazirligining statistik malumotlariga ko‘ra, Rossiya Federatsiyasida YaK chastotasi va tarqalishining tahlili 2006 yildan 2017 yilgacha bo‘lgan davrda YaK bilan kasallanish darajasi 100 000 aholiga 128,7 dan 79,5 gacha kamayganligini ko‘rsatdi [7,8]. Shu bilan birga, butun dunyoda YaK asoratlari (qon ketish, teshilish) chastotasining oshishi qayd etilgan, bu YaQNPni qabul qilishning ko‘payishi bilan bog‘liq [6]. Buyuk Britaniyada har yili 2000 dan ortiq, AQShda - 16 500 dan ortiq bemorlar YaQNPni qabul qilish bilan bog‘liq oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak yarasining asoratlaridan vafot etadi [9].

So‘nggi yillarda dunyo bo‘ylab yara kasalligining murakkab shakllari bilan kasallanganlar sonining kamayishi tendentsiyasi kuzatilmoqda, bu asosan zamonaviy yaraga qarshi terapiya sxemalarining samaradorligi, endoskopik diagnostikaning mavjudligi va N. pylori mavjudligini aniqlashtirish uchun skrining testlaridan faol foydalanish bilan bog‘liq.

2.3. Omillar va xavf guruhleri

I. Stressli oshqozon yarasi va oshqozon-ichak trakti (OIT) shilliq qavatining stress-induktsiyalangan shikastlanishi uchun quyidagi xavf omillari shakllantirilgan (2012 yildagi qo‘shimchalar va o‘zgartirishlar bilan ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directorsga, 1998, muvofiq).

1. Mustaqil xavf omillari:

- quyidagi ko‘rsatkichlar: tromboцитlar soni $<50\ 000\ \text{mm}^3$, INR (XNN) $>1,5$ yoki PTT (qisman tromboplastin vaqti) >2 normal qiymatlari bilan koagulopatiya (shu jumladan, dori preparatlari keltirib chiqaradigan);

- nafas etishmovchiligi: mexanik ventilyatsiya (O'SV) \geq 48 soat.

2. Boshqa xavf omillari:

- orqa miya shikastlanishi;

- ko'plab jarohatlar: tananing bir nechta joylariga shikast etkazilishi;

- jigar etishmovchiligi: bilirubinning umumiy darajasi $>$ 5 mg/dl, AST $>$ 150 birl/l (yoki yuqori chegarasi bo'yicha normal ko'rsatkichlardan 3 baravar ko'p) yoki ALT $>$ 150 birl/l (yoki yuqori chegarasi bo'yicha normal ko'rsatkichlardan 3 baravar ko'p);

- termik kuyishlar $>$ tana yuzasining $>$ 35%;

- jigarni qisman rezekeziya qilish;

- komada va Glazgoda \leq 10 ball bilan yoki oddiy buyruqlarni bajara olmaydigan bosh jarohati;

- jigar yoki buyrak transplantatsiyasi;

- anamnezda oshqozon yarasi yoki **J va ITB**ga tushishdan oldin bir yil ichida qon ketishi;

- sepsis yoki septik shok, vazopressorlar bilan gemodinamik qo'llab-quvvatlash va/yoki musbat qon madaniyati yoki klinik shubxali infeksiya bilan;

- **J va ITB**da 1 haftadan ko'proq qolish;

- 6 kundan ortiq davom etadigan yashirin yoki aniq qon ketish;

- kiritish usulidan qat'iy nazar, kortikosteroidlar bilan davolash.

Əslatma. Ba'zi amerikalik tadqiqotchilar boshqa xavf omillari guruhida buyrak etishmovchiligini (zardob kreatinini darajasi 4 mg/dL dan yuqori) ko'rsatadilar.

II. YaQNPni qabul qilish bilan bog'liq yaralar.

American College of Gastroenterologyning (2009 y.) YaQNP bilan qo'zg'atilgan gastropatiya asoratlarning oldini olish bo'yicha tavsiyalariga binoan barcha bemorlarni YaQNP larning ovqat hazm qilish traktiga toksik ta'sir qilish xavfi darajasi bo'yicha quyidagi guruhlariga bo'lish mumkin:

1. Yuqori darajadagi xavf:

- anamnezda asoratlangan yara mavjudligi, ayniqsa yaqinda o'tkazilgani;

- ko'plab (2 dan ortiq) xavf omillari.

2. O'rtacha darajadagi xavf (1-2 ta xavf omili):

-yoshning 65 dan yuqoriligi;

-YaQNP larning yuqori dozasi;

-anamnezda asoratlanmagan yara mavjudligi;

-asetilsaliqil kislotasini (shu jumladan past dozalarda), kortikosteroidlar yoki antikoagulyantlarni bir vaqtda qabul qilish.

3. Past darajadagi xavf: xavf omillari mavjud emasligi.

YaQNP larni qabul qilish qon ketishi xavfini 2,74 martaga oshiradi; 50 yoshdan oshgan

bemorlarda - 5,57 marta; qon ketishining oldingi epizodlari mavjudligida yoki glyukokortikoidlarni qabul qilishda - 4,76 marta; YaQNPlarning antikoagulyantlar bilan birgalikda qabul qilish - 12,7 marta.

2.3.1. Klassifikasiyasi (tasniflanishi)

YaKning umumiy qabul qilingan klassifikasiyasi (tasnifi) mavjud emas.

Avvalo, H. pylori infeksiyasining mavjudligiga yoki yo'qligiga qarab, H. pylori infeksiyasi bilan bog'liq va unga bog'liq bo'lmagan YaK ajratiladi. Oxirgi ko'rinishi bazan idiopatik shakl deb ataladi. Shuningdek, YaKni boshqa kasalliklar fonida yuzaga keladigan mustaqil kasallik (essensial yara kasalligi) va oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning simptomatik yaralari (dorilar tufayli, "stressli", endokrin patologiyada, ichki organlarning boshqa surunkali kasalliklarida) shakllari ajratiladi va o'zlarining rivojlanish mexanizmlari bo'yicha alohida etiologik va patogenetik omillar bilan bog'liq.

Mahalliyashtirishga ko'ra quyidagi yara turlari ajratiladi:

- **oshqozon yarasi** (kardial va subkardial bo'limlar, oshqozon tanasi, antral bo'lim, pilorik kanal);
- **o'n ikki barmoqli ichak yarasi** (ildizlar, postbulbar bo'lim),
- **oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning qo'shma yaralari.** Bunda, yaralar kichik yoki katta agrilikda, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning old va orqa devorlarida joylashgan bo'lishi mumkin.

Yara bilan shikastlanishlar soniga ko'ra, bitta va bir nechta yaralar ajratiladi va oshqozon yarasi nuqsonining kattaligiga qarab, kichik (diametri 0,5 sm gacha) va o'rta (diametri 0,6-1,9 sm) bo'lgan, katta (2, diametri 0-3,0 sm) va ulkan (diametri 3,0 sm dan yuqori) yaralar.

Tashxisda kasallikning kechish bosqichlari qayd etiladi: zo'rayishi, bitishi, chandiq paydo bo'lishi ("qizil" va "oq" chandiqning endoskopik tasdiqlangan bosqichi) va remissiya, shuningdek oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichakning mavjud chandiq-yara ko'rinishidagi deformatsiyasi. Tashxisni tariflashda YaKning asoratlari (shu jumladan anamnestik) mavjudligi ko'rsatiladi: qon ketishi, teshilishi, penetraqiyasi, chandiq-yara stenoz, shuningdek, agar ular amalga oshirilgan bo'lsa, jarrohlik aralashuvlarning xususiyati.

2.3.2. Klinik ko'rinishi

YaK zo'rayishining etakchi alomati ko'krak osti sohasidagi og'riqlar bo'lib, u ko'krakning chap yarmiga va chap tomondagi qovurg'aga, umurtqaning ko'krak yoki bel bo'limiga tarqalishi mumkin.

Og'riq taom qabul qilgandan keyin darhol (oshqozonning kardial va subkardial bo'limlarida yara mavjudligida), taom qabul qilgandan keyin yarim - bir soat o'tgach (oshqozon tanasida yara mavjudligida) paydo bo'ladi.

Pilorik kanal va o'n ikki barmoqli ichak ildizida yara mavjudligida kechikkan og'riqlar (taom qabul qilgandan keyin 2-3 soat o'tgach), och qorinda paydo bo'ladigan va ovqatlangandan keyin o'tadigan "och" og'riqlar, shuningdek, tundagi og'riqlar kuzatiladi. Antisekretor va antauidli dorilarni qabul qilgandan keyin og'riq yoqoladi [5].

YaKning zo'rayishi bilan nordon kekirish, ko'ngil aynishi va ich qotishi ham keng tarqalgan. Oshqozon kislotali tarkibi bilan qusish engillik keltiradi, shuning uchun bemorlar tomonidan suniy ravishda qo'zg'atiladi va u har doim YaK belgisi bo'lib hisoblanadi, ammo hozirda nisbatan kam uchraydi. Kasallikning kuchayishi bilan vazn yo'qotish holati tez-tez qayd etiladi, chunki ishtahaning saqlanib qolishiga va hatto ba'zida oshishiga qaramay, bemorlar og'riqni kuchayishidan qo'rqib, o'zlarini ovqatdan cheklaydilar. YaKning kuchayishi paytida kuzatilgan klinik alomatlar patognomonik xususiyatga ega bo'lmaydi va boshqa kasalliklarda ham paydo bo'lishi mumkin (masalan, surunkali gastrit va funktsional dispepsiya alomati bo'lgan duodenitda), shuning uchun YaK tashhisi boshqa instrumental tadqiqot usullari bilan tasdiqlanishi kerak.

YaKning kuchayishi davrida ob'ektiv tekshiruvda epigastral sohada palpatziya paytida og'riq aniqlanadi, u qorin old devori mushaklarining o'rtacha rezistentligi bilan birlashadi. Xuddi shu sohada mahalliy perkutor og'riq aniqlanishi mumkin (Mendel alomati). Biroq, bu belgilar YaKning kuchayishi uchun qat'iy tarzda o'ziga xos belgilar bo'lib hisoblanmaydi.

YaB uchun mavsumiy (bahor va kuz) og'riq va dispeptik alomatlarining kuchayishi davri odatiy hisoblanadi.

Asoratlanmagan holatlarda YaK odatda kuchayish davrining almashishi (3-4 haftadan 6-8 haftagacha) va remissiya (bir necha haftadan ko'p yilgacha) bilan kechadi. Yomon omillar ta'sirida (masalan, ortiqcha jismoniy zo'riqish, YaQNP va/yoki qon ivishini pasaytiradigan dorilarni qabul qilish, spirtli ichimliklarni suiste'mol qilish kabi) asoratlar rivojlanishi mumkin. Bunga qon ketishi, yaraning teshilishi va penetraziyasi, chandiq-yara stenozining shakllanishi va yaraning malignizatsiyasi kiradi.

Yarali qon ketishi YaK bo'lgan bemorlarning 15-20% da kuzatiladi.

Uning paydo bo'lishi xavfi omillari bo'lib aqetilsaliqil kislotasi va YaQNP ni qabul qilish, H. pylori infeksiyasi va yara hajmi >1 sm bo'lishi xizmat qiladi [6].

Tashhishlashning klinik mezonlari:

gematemezis, melena, epigastral og'riq, taxikardiya, holsizlik, bosh aylanishi, arterial gipotenziya, ortostatik kollaps.

Alomatlari, kechishi

O'tkir oshqozon-ichak qon ketishi mavjud bo'lgan bemorlarda gematemezis, melena, shuningdek turli darajadagi qo'shimcha alomatlar va gipovolemiya belgilari mavjud.

Gipovolemiya belgilari:

- qon bosimining (sistolik yoki o'rtacha) yotgan holatda 20 mm. sim. ust. dan ortiq darajada yoki o'tirgan holatda 10 mm. sim. ust. dan ortiq darajada pasayishi;

- yurak urish tezligi 20 ta daqiqaga oshishi;

- gemoglobinning 20 g/l dan ortiq darajada pasayishi.

Qahva quyqumi, melena, zond orqali oshqozondagi aspirat tarkibidagi qon aralashmasi, najasdagi qonning ijobiy namunalari yuqori oshqozon-ichak trakti (OIT) bo'limidan qon ketishi faktini tasdiqlaydi.

Gematemezis qonli qusish yoki o'zgarmagan ko'rinishda qusish yoki to'q jigarrang donador moddalar ("qahva quyqumi") ko'rinishida qusish bilan namoyon bo'ladi - oshqozonda qonning uzoq vaqt bo'lishi va xlorid kislotasi bilan gemoglobinning metgemoglobinga aylanishi natijasida hosil bo'ladi.

Melena (to'g'ri ichakda o'zgargan qonning paydo bo'lishi) qora rangli suyuq, ba'zan qizil rangga ega (qon yangi va o'ziga xos o'tkir hidga ega bo'lganda) najaslar bo'yicha aniqlanadi. Bu ichak va bakterial fermentlari bilan gemning oksidlanishi tufayli sodir bo'ladi va qon ketish manbai OITning yuqori bo'limida bo'lishi mumkinligini va aniq ileosekal og'iz qismiga nisbatan proksimal qismida joylashganligini ko'rsatadi. Melena faol qon ketishi to'xtaganidan keyin bir necha kun davom etishini esdan chiqarmaslik kerak. Bu omil shifokorlarni chalg'itishi mumkin. Bundan tashqari, melenani temir preparatlarini iste'mol qilish natijalaridan farqlash kerak, u yopishqoq, ammo nisbatan qattiq, kulrang-qora najaslar paydo bo'lishiga olib keladi.

Oshqozon-ichak trakti peristaltikasining kuchayishi (masalan, prozerin bilan stimulyatsiya) va oshqozonning kislota hosil qiluvchi funktsiyasining pasayishi bilan melena tarkibida yangi o'zgarmagan qon aralashmasi bo'lishi mumkin, bu ham tashhislashdagi xatoga olib kelishi mumkin.

O'zgarmagan qon bilan rektal qon ketishi to'g'ridan-to'g'ri qon ketish manbai bu - yo'g'on, to'g'ri ichak yoki anal teshik ekanligini anglatadi. Ammo shuni yodda tutish kerakki, OIT yuqori bo'limidan qon ketishi xuddi shu tarzda namoyon bo'lishi mumkin. Shuning uchun o'zgarma qon bilan katta rektal qon ketishi bo'lgan bemorda, ayniqsa gipovolemiya belgilari mavjud bo'lsa, oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakdan qon ketishini istisno qilish kerak.

Agar ilgari bemorlar aortada protezni o'rnatish bo'yicha jarrohlik aralashuvini boshdan kechirgan bo'lsa, qon tomir jarroh maslahati bilan aorta-enteral teshik imkoniyatini ko'rib chiqish kerak.

Yarali qon ketishi, "qahva quyqasi" (gematemezis) yoki qora qatronsimon najas (melena) kabi tarkibni qusish bilan namoyon bo'ladi. Katta miqdorda qon ketishi va xlorid kislotaning yuqori darajada bo'lmagan sekretiyasi, shuningdek oshqozonning kardial bo'limida yara lokalizatsiya qilinganda qusishda o'zgarma qon aralashmasi qayd etilishi mumkin. Bazida yarali qon ketishining klinik ko'rinishida birinchi o'rinda umumiy shikoyatlar (zaiflik, ongning yo'qolishi, qon bosimining pasayishi, taxikardiya), bunda melena esa bir necha soatdan keyin paydo bo'lishi mumkin.

Yaraning teshilishi (perforatsiyasi) oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarning 5-15 foizida, ko'pincha erkaklarda uchraydi. Uning rivojlanishiga ortiqcha jismoniy zo'riqish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish, ortiqcha ovqatlanish sabab bo'ladi. Ba'zida perforatsiya YaKning asimptomatik ("ko'r") kechishi fonida to'satdan paydo bo'ladi. Yaraning teshilishi klinik jihatdan ko'krak osti sohasida o'tkir ("sanchiqli") og'riqlar, kollaptoid holatning rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi. Bemorni tekshirishda qorin old devori mushaklaridagi "taxtasimon" taranglik va qorinni paypaslashda kuchli og'riq, Shetkin-Blumbergning ijobiy alomati aniqlanadi. Keyinchalik ba'zida sezilarli bo'lmagan yaxshilanishdan so'ng, tarqalgan peritonitning ko'rinishi rivojlanib boradi.

Penetratsiya deganda oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasining atrofdagi to'qimalarga kirib borishi tushuniladi: oshqozon osti bezi, kichik qorin yog'i bo'limi, o't pufagi va umumiy o't yo'llari. Yaraning penetratsiyasida ovqat iste'mol qilish bilan avvalgi bog'liqligini yo'qotadigan doimiy og'riqlar paydo bo'ladi, tana harorati ko'tariladi va qon tahlillarida ЭChТ ning oshishi aniqlanadi. Yaraning penetratsiyasining mavjudligi rentgen va endoskopik tekshiruv bilan tasdiqlanadi.

Qorin bo'yni stenozini odatda pilorik kanalda yoki o'n ikki barmoqli ichakning boshlang'ich qismida joylashgan yaraning chandiqlanishidan keyin hosil bo'ladi. Ko'pincha, ushbu asoratning rivojlanishiga ushbu sohada teshilgan yarani tikish operatsiyasi sabab bo'ladi. Qorin bo'yni stenozining eng xarakterli klinik alomatlari bo'lib – ozgina vaqt oldin iste'mol qilingan taomni qusish, shuningdek, vodorod sulfid hidi bilan kekirish hisoblanadi. Ko'krak osti sohasida qorinni paypaslashda "chayqalishning kechki shovqini" (Vasilenko simptomi) aniqlanishi mumkin, ozg'in bemorlarda ba'zida oshqozon peristaltikasi ko'rinadigan bo'lib qoladi. Dekompensatsiyalangan qorin bo'yni stenozida bemorlarning oriqlashishi rivojlanishi mumkin, unga elektrolitli buzilishlar qo'shiladi. Bezarus oshqozon yarasining malignizatsiyalanishi (zararli yaraga aylanishi) ilgari hisoblanganidek ko'p uchraydigan asorat emas. Oshqozon yarasi malignizatsiyalanishi sifatida ko'pincha o'z vaqtida aniqlanmagan infiltrativ-yarali oshqozon saratoni holatlari noto'g'ri qabul qilinadi. Yaraning malignizatsiyalanishini tashxislash har doim ham oson bo'lmaydi. Klinik jihatdan, ba'zida YaKning zo'rayishi holatining davriyligi va mavsumiyligining yo'qolishi bilan kechishi

xususiyatidagi o'zgarishlarni qayd etish mumkin. Qon tahlillarida anemiya, ЭChT oshishi kuzatiladi. Yakuniy xulosa yaraning turli sohalaridan olingan bioptatlarni gistologik tekshiruvi bilan chiqariladi.

Klinik ko'rinishning ba'zi bir xususiyatlari boshqa kasalliklar fonida yoki dori-darmonlarni qabul qilishda yuzaga keladigan simptomatik yaralarga xosdir.

Shunday qilib, stressli gastroduodenal yaralari qatoriga keng tarqalgan kuyish (Kurling yarasi), miya shikastlanishlari va neyrojarrohlik operatsiyalar (Kushing yaralari), qorin bo'shlig'i operatsiyalaridan, ayniqsa, miokard infarkti, surunkali buyrak va jigar etishmovchiligining so'nggi bosqichida va boshqa og'ir sharoitlarda bemorlarda o'tkaziladigan organlar transplantatsiyasi bilan bog'liq operatsiyalaridan keyin paydo bo'ladigan o'tkir va odatda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakdagi ko'psonli yaralar kiradi. Stressli yaralar odatda o'tkir, ko'psonli bo'ladi, ko'pincha kam alomatlar bilan kechadi, oshqozon-ichakdan qon ketishi tendentsiyasi bilan ajralib turadi va yuqori darajadagi o'lim holatlari bilan tavsiflanadi. Bu ko'pincha asosiy kasallikning og'ir kechishidan kelib chiqadi.

Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yaralari orasida eng muhimlari prostaglandinlarning sintezi uchun javobgar bo'lgan ciklooksigenaza-1 fermentini blokirovka qiluvchi YaQNP ni qabul qilish (YaQNP ni qabul qilish bilan bog'liq gastropatiya) bilan bog'liq bo'lgan oshqozon devoridagi o'tkir eroziv va yarali shikastlanishlardir. Gastroduodenal yaralar uzoq vaqt davomida YaQNPni qabul qilgan bemorlarning 20-25 foizida, eroziv shikastlanishlarda - bemorlarning 50 foizidan ko'prog'ida uchraydi. Ularning rivojlanishi uchun xavfli omillariga bemorlarning keksa yoshi, anamnezdagi YaK, hamroh yurak-qon tomir tizimi va jigar kasalliklari, YaQNPning yuqori dozasi va antikoagulyantlarni bir vaqtda qabul qilish kiradi.

Gastroduodenal yaralar va YaQNPni qabul qilish natijasida hosil bo'lgan eroziyalar ham ko'psonli bo'lish xususiyatiga ega, ko'pincha kam alomatlar bilan kechadi va to'satdan oshqozon-ichak qon ketishi bilan namoyon bo'ladi ("qahva quyqumi" ko'rinishdagi tarkibga ega melena yoki qusish). Bunday bemorlarda ularning rivojlanish xavfi 4-5 marta oshadi [11].

2.4. Tashxislash

Tashxis qo'yish mezonlari

Yara kasalligi tashxisi quyidagilarga asoslanib qo'yiladi.

1) anamnezga oid ma'lumotlar (xarakterli shikoyatlar, ilgari yara kasalligining aniqlanishi);

2) fizikal tekshiruv (palpaniya paytida qorin devori mushaklarida og'riq va rezistentligini aniqlash);

3) instrumental tekshiruv (oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakni endoskopik va rentgenologik tekshiruvi paytida yarali nuqsonni aniqlash).

3. Tekshiruv usullari, uslublari, tibbiy muolajalar yondoshuvlari va tashxislash jarayonlari

3.1. Shikoyatlar va anamnez

YaK mavjud bo'lgan bemorlarga xos shikoyatlar va anamnez malumotlari 1.6-bo'limda ko'rsatilgan.

3.2. Fizikal tekshiruv

YaK mavjud bo'lgan bemorlarga xos fizikal tekshiruv malumotlari 1.6-bo'limda keltirilgan.

3.3. Laborator tashxislash tekshiruvlari

3B	YaK mavjud bo'lgan barcha bemorlar uchun yashirin yaradan qon ketishi natijasida kamqonlikni istisno qilish uchun gemoglobin va gematokrit darajasini aniqlash uchun umumiy qon tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi [12].
----	---

YaKning asoratlanmagan kechishida klinik qon tahlili odatda sezilarli o'zgarishsiz qoladi, ammo aniq yoki yashirin qon ketishini ko'rsatadigan anemiyaning ham aniqlashi mumkin.

2B	YaK mavjud bo'lgan barcha bemorlar uchun yashirin yaradan qon ketishini istisno qilish maqsadida yashiringan qon uchun najas tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi [13].
----	--

YaKning kuchayishini tashxislashda ma'lum o'rinni yashiringan qon uchun najasning tahlilini o'tkazish e'gallaydi. Uning natijalarini talqin qilganda, najasning yashiringan qonga ijobiy reaksiyasi boshqa ko'plab kasalliklarda ham uchrashini unutmaslik kerak, bu ularni albatta istisno qilishni talab qiladi.

3.4. Instrumental tashxislash tekshiruvlari

5C	YaKga shubxha qilingan barcha bemorlarda, qarshi ko'rsatmalar bo'lmagan taqdirda, tashxisni tasdiqlash uchun ezofagogastroduodenoskopiya o'tkazish tavsiya etiladi [2].
----	---

Rejalashtirilgan tarzda o'tkaziladigan endoskopik tekshiruv yarali nuqson mavjudligini tasdiqlaydi, uning lokalizatsiyasi, shakli, o'lchami, chuqurligi, yaraning tub qismi va qirralarining holatini aniqlaydi, penetratsiya, chandiqli deformatsiyasi va organdagi teshik stenozini aniqlash imkonini yaratadi. Rejalashtirilgan tarzda o'tkaziladigan endoskopik tekshiruv shilliq qavatdagi boshqa qo'shma o'zgarishlarni aniqlashga va gastroduodenal motorikadagi (harakatdagi) buzilishlarni aniqlashga imkon beradi.

Oshqozon yarasi lokalizatsiya qilingan taqdirda deyarli barcha holatlarda yara nuqsonining chekka qismidan kesib olish bilan biopsiyani ko‘p marta o‘tkazish tavsiya etiladi, bunda keyinchalik yarali shikastlanishning zararli xususiyatini istisno qilish uchun patomorfologik tekshiruv o‘tkazilishi kerak.

O‘n ikki barmoqli ichakdagi yara lokalizatsiya qilinganida, yaraning chetki qismidan biopsiyani amalga oshirish tavsiya etilmaydi, chunki bunday yaralar kamdan-kam hollarda zararli xususiyatga ega bo‘ladi. O‘n ikki barmoqli ichak yaralarini neyroendokrin va subepitelial o‘simtalarining yarali shakllaridan, shuningdek, qo‘shni organlardagi, ko‘pincha oshqozon osti bezidagi, o‘simtalarning o‘n ikki barmoqli ichakka qarab o‘lishidan farqlash kerak. Bunday hollarda biopsiyani o‘tkazish juda zarur.

Oshqozon yarasi mavjud bo‘lgan bemorlarga konservativ davolash oxirida yara nuqsonining chekka qismidan takroriy kesib olish bilan ko‘p marta biopsiyani o‘tkazish bilan nazorat endoskopik tekshiruvini amalga oshirish tavsiya etiladi. Bu, birinchi navbatda, tegishli dori-darmonli terapiya kursiga qaramay yara kasalligining alomatlari saqlanib qolgan bemorlarga tegishli, yoki yara etiologiyasi etarlicha aniq emas.

O‘n ikki barmoqli ichakda yara bo‘lgan bemorlarga davolanishga qaramay, aniq klinik alomatlar saqlanib qolgan holatlarda refrakter oshqozon yarasi kasalligi va nopeptik etiologiyani istisno qilish uchun nazorat endoskopik tekshiruvdan o‘tish tavsiya etiladi.

Yarali jarayon bosqichini baholash uchun (zo‘rayishi, bitishi, chandiqlanishi), odatda umumiy tarzda qabul qilingan Sakita va Miwa tasniflarini qo‘llash maqsadga muvofiqdir (1-rasm).



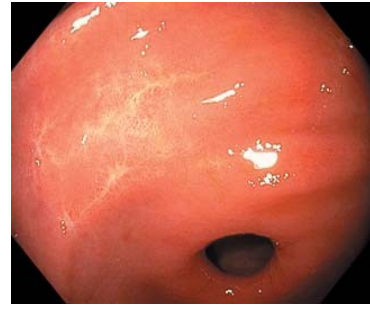
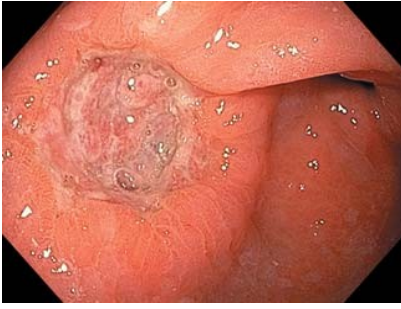
A1



N1



S1



A2

N2

S2

1-rasm. Sakita-Miwa bo'yicha oshqozon yarasining bitishi bosqichlari

A. (Active) Faol bosqich (kuchayishi)

A1 Yarani o'rab turgan shilliq qavat shish paydo bo'lishi natijasida bo'rtgan bo'lib ko'rinadi, epiteliy yangilanishi mavjud emas.

A2 Yaraning atrofidagi shilliq qavatning shishishi kamaygan, yaraning chetki qismlari aniq ko'rinadi va yaraning chetida yangilanuvchi epiteliyning birinchi o'smalari paydo bo'lgan. Ko'pincha yara perimetri bo'ylab qizil rangli gardish, bevosita chekkasi bo'ylab - dumaloq oq rangli qo'tir ko'rinadi. Shilliq qavatning bir-biriga yaqinlashgan qatlamlari odatda yaraning chetigacha kuzatiladi.

H. (Healing) Bitish bosqichi

H1 Yarani qoplagan oq fibrin qatlami yupqalashgan, yangilanadigan epiteliy bevosita yaraning tagiga tarqaladi. Yaraning chetki qismi va tub qismi orasidagi gradient tekislangan. Ammo yara krateri hanuzgacha mavjud bo'lib, yaraning chetki qismlari aniq ko'rinib turibdi. Yarali nuqsonning diametri A1 bosqichidagi yara diametrining uchdan ikki qismiga teng.

H2 Yarali nuqson H1 bosqichiga qaraganda kichikroq bo'lib, yangilanadigan epiteliy yaraning tub qismini qoplagan. Oq fibrin qatlamining maydoni A1 bosqichidagi yara maydonining taxminan to'rttdan bir qismidan uchdan biri qismigachasini tashkil qilgan.

S (Scarring). Chandiqlanish bosqichi

S1 Yangilanadigan epiteliy yaraning tub qismini to'liq qoplagan. Oq fibrin qatlami yo'qolgan. Dastlab, regeneratsiya zonasi yorqin qizil rangga kirgan. Yaxshilab ko'zdan kechirishda ko'plab kapillyarlarni ko'rish mumkin. "Qizil rangli chandiq" shakllangan.

S2 Bir necha oydan bir necha yilgacha bo'lgan davrda dastlab qizil rangli chandiq atrofidagi shilliq qavat rangiga kiradi. "Oq rangli chandiq" shakllanadi.

5C	YaKga shubha qilingan, endoskopik tekshiruv o'tkazib bo'lmaydigan bemorlarga tashxisni tasdiqlash uchun oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [2].
----	--

Rentgenologik tekshiruvda YaKning bevosita belgisi - shilliq qavat konturida yoki relefida "chuqurcha" va kasallikning bilvosita belgilari aniqlanadi (yaraga nisbatan qarama-qarshi tomonda oshqozon devoridagi "ishora barmog'i" shaklida mushak tolalarining mahalliy ʻirkulyar spazmi, shilliq qavat qatlamlarining "chuqurcha" ga konvergençiyasi, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak ildizining chandiqli va yarali deformaçiyasi, och qoringa gipersekrençiyasi, gastroduodenal motorikaning buzilishi).

Hozirgi vaqtda YaKni tashxislash uchun rentgenologik tekshiruvi avvalgidek tez-tez ishlatilmaydi. U ba'zi bir sabablarga ko'ra (masalan, qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar mavjudligi) endoskopik tekshiruvni o'tkazish mumkin bo'lmagan hollarda, infiltrativ yarali saraton bilan differençial tashxislash maqsadida oshqozon devorining peristaltikasini baholash zarur bo'lganda, oshqozondan ʻevakuaçiya qilish xususiyatini baholash zarur bo'lganda qo'llaniladi.

4B	Yara teshilganiga shubha qilingan bemorlarga uni tasdiqlash uchun qorin bo'shlig'i organlarini kompyuter tomografiyasini o'tkazish tavsiya ʻetiladi [14-18].
----	--

Ushbu usul qorin bo'shlig'ida ʻerkin gaz mavjudligini, fasod (yiring) hajmi va xususiyatini aniqlashga, patologik o'zgarishlarni lokalizaçiya qilishga, shu jumladan teshilish joyini aniqlashga imkon beradi.

4B	Yara perforaçiyasi yoki penetraçiyasiga shubxa qilingan bemorlarga, agar ushbu asoratlarni aniqlash uchun KT o'tkazishning imkoni bo'lmasa, qorin bo'shlig'i organlarining UTT va oddiy rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya ʻetiladi [18, 19].
----	--

Bemorning hayotini saqlab qolish va oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichakdagi teshilgan yarasini davolashda muvaffaqiyatning muhim mezonini jarrohlikdan oldingi davr - kasallik boshlangandan jarrohlikni amalga oshirish vaqtigacha bo'lgan vaqt. Uzoq muddatli diagnostik izlanish keyinchalik yomon prognoz bilan bemorning ahvoli yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Faqat tibbiy muassasada KT bo'lmagan taqdirda yara teshilishini tashxislash uchun qorin bo'shlig'ining UTT va rentgenografiyasini o'tkazish mumkin. Shuni ʻesda tutish kerakki, ushbu usullarning sezgirligi va o'ziga xosligi KT bilan taqqoslaganda pastroq va natija ko'p jihatdan ultratovushli tashhislash bo'yicha mutaxassisning malakasiga bog'liq.

Boshqa tashxislash tekshiruvlari

4S	Barcha YaK mavjud bo'lgan bemorlarga eradikasiyaviy terapiyaga ko'rsatmalarni aniqlash uchun <i>N. pylori</i> infeksiyasining mavjudligiga ¹³ C-nafas ureaz testi yordamida tekshirish yoki najasda <i>N. pylori</i> antigenini aniqlash, bir vaqtning o'zida ЭGDS o'tkazishda esa - tezkor ureaz testi yordamida test o'tkazish tavsiya etiladi [20, 21].
----	---

“Maastrixt-V” kelishuv yig'ilishining tavsiyalariga muvofiq (2016) [20], ¹³C-nafas ureaz testi yordamida tekshirish yoki najasda *N. pylori* antigenini aniqlash, *N. pylori* infeksiyasining birlamchi tashhisi uchun eng maqbul testlardir. Shunday qilib, so'nggi Kokreyn sharxi va meta-tahliliga ko'ra, 90% belgilangan o'ziga xosligi bilan ¹³C-nafas ureaza testining sezgirligi 94% (95% II: 0.89-0.97), najasda *N. pylori* antigenining aniqlanishi esa 83% (95 % II: 0, 73-0.90) ni tashkil qiladi [21].

Agar *N. pylori* infeksiyasi mavjudligiga test o'tkazilishi kerak bo'lgan bemorlarga bir vaqtning o'zida ЭGDS o'tkazilayotgan bo'lsa, u holda birlamchi tashxis qo'yish usuli bilan tezkor ureaz testi o'tkazilishi mumkin. *N. pylori* tashhisi uchun endoskopik usullardan foydalanganda oshqozon tanasidan kamida 2 ta va antral bo'limdan 1 ta bioptat olinadi. *N. pylori*ga anti tanachalarni aniqlashning serologik usuli *N. pylori* infeksiyasining dastlabki tashxisi uchun ishlatilishi mumkin, ammo aniqlanadigan anti tanachalar IgG sinfiga mansub bo'lsagina. Mikrobiologik (bakteriologik) usul hozirda davolash samara bermagan holatlarda *N. pylori* ning antibiotiklarga individual sezgirligini aniqlash uchun ishlatiladi.

Eradikasiya terapiyasi tugaganidan 4-6 hafta o'tgach olib boriladigan eradikasiyani nazorat qilish uchun ¹³C- nafas ureaz testini yoki najasda *N. pylori* antigenini aniqlashni qo'llash afzaldir. Soxta va salbiy natijalarga yo'l qo'ymaslik uchun, PPI ni qabul qilishni rejalashtirilgan nazorat tekshiruvidan 2 hafta oldin to'xtatish kerak. Bundan tashqari, *N. pylori* infeksiyasi uchun testning salbiy natijasi boshqa tashhislash usuli bilan tasdiqlanishi kerak.

5C	Yara kasalligining refrakter kechishi bo'lgan bemorlarda Zollinger-Эllison sindromini istisno qilish uchun qon zardobidagi gastrin darajasini aniqlash tavsiya etiladi [22].
----	--

Zollinger-Эllison sindromidagi gastroduodenal yaralarning patogenezi bemorlarda gastrin ishlab chiqaruvchi o'simtalar (ko'pincha oshqozon osti bezida) mavjudligi natijasida xlorid kislotaning keskin gipersekretiyesi bilan bog'liq. Ushbu yaralar odatda ko'psonli bo'lib, nafaqat oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakda, balki ingichka ichakda, ba'zan esa qizilo'ngachda joylashgan bo'lib, aniq ifodalangan og'riqli sindrom, doimiy diareya bilan

kechadi. Bunday bemorlar tekshiruvda oshqozon kislotasi ajralishi darajasining keskin oshganligi qayd etiladi (ayniqsa bazal sharoitlarda), zardob gastrini miqdorining ko‘payishi aniqlanadi (meyorga nisbatan 3-4 marta). Zollinger-Əllison sindromini aniqlashda provokatsion testlar (sekretin, glyukagon bilan), oshqozon osti bezining UTT va KT va endoskopik ultratovushli tekshiruvlar yordam beradi.

3.5. Qiyosiy tashxis va qo‘shimcha tekshiruvlarni asoslash:

Tashxis	Qiyosiy tashxis uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
Surunkali gastritlar	ƏGDS, MIT rentgenografiyasi, klinik belgilari.	ƏGDS, MIT rentgenografiyasi, MRT, UTT.	Surunkali gastrit uchun ƏGDS tekshiruvda me‘da shilliq qavatida yallig‘lanish bo‘lishi, yara bo‘lmasligi xosdir.
Me‘da rak kasalligi	ƏGDS, biopsiya tekshiruv, MIT rentgenografiyasi, MRT, UTT.	ƏGDS, biopsiya tekshiruv, MIT rentgenografiyasi, MRT, UTT.	Biopsiya tekshiruv natijalari, MRT tekshiruv natijalari, uzoq davom etuvchi isitma bilan kechishi. Bemorning kaxeksiya darajasigacha ozib ketishi.
Zollinger-Əllison sindromi	UQT, me‘da shirasi tarkibini tekshirish, ƏGDS, MRT, UTT.	UQT, me‘da shirasi tarkibini tekshirish, ƏGDS, MRT, UTT, MIT rentgenografiyasi.	Yaralar odatda ko‘psonli bo‘lib, nafaqat oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakda, balki ingichka ichakda, bazan esa qizilo‘ngachda joylashgan bo‘lib, aniq ifodalangan og‘riqli sindrom, doimiy diareya bilan kechadi. Oshqozon kislotasi ajralishi darajasining keskin oshganligi, zardob gastrini miqdorining ko‘payishi aniqlanadi.

4. Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi

4.1. Nomedikamentoz davolash

- **Bemorga kasallik bo'yicha**, sababi, davolash maqsadi va lozimligi, sog'lom turmush tarzi haqida ma'lumot berish kerak. (Sog'lom turmush tarzini targ'ibot qilish).
- **Chekishni to'xtatish.** Bemorlarda chekishni to'xtatish, bu o'z navbatida reëidiv davomiyligi va sonini kamaytiradi, davolash effektivligini oshiradi.
- **Alkogol va kofeni cheklash.** Alkogol va kofeni ichishni kamaytirish yoki cheklash.
- **Raëional ovqatlanish.** Parhezga rioya qilish, kam-kamdan, tez-tez, kam miqdorda ovqatlanish, 4-5 mahal kuniga. Taomnomadan achchiq, tuzlangan, dudlangan mahsulotlarni chiqarib tashlash, chunki bular belgilarni rivojlanishiga olib keladi.
- **Agar bemor NYaQP** qabul qilayotgan bo'lsa, to'xtatish.

4.2. Medikamentoz davolash

Uchkomponentli eradikaëion davo

1-qator standart uchkomponentli eradikaëion davo 10-14 kunga beriladi va quyidagilar kiradi.

- PPI, kuniga 2 mahal.
- Amoksisillin 1 g kuniga 2 mahal.
- Klaritromin 500 mg, kuniga 2 mahal.

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Proton pompa ingibitorlari:	Omeprazol 20 mg	1 tabletka 2 mahal	https://www.gastro.ru/us/files/R_Yaz_2020.pdf
	Lansoprazol 30 mg	1 tabletka 2 mahal	https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian
	Pantoprazol 40 mg	1 tabletka 2 mahal	
	Rabeprazol 20 mg	1 tabletka 2 mahal	
	Ezomeprazol 40 mg	1 tabletka 2 mahal	

KKB ingibitorlari:	Vonoprazan 20 mg	1 tabletka 2 mahal
Ĥitoprotektorlar	Vismut uchkaliy deĤitrat 120 mg	1 tabletka 4 mahal
Antibiotiklar:	AmoksiĤillin 1000 mg	1 tabletka 2 mahal
	KlaritromiĤin 500 mg	1 tabletka 2 mahal
	Metronidazol 500 mg	1 tabletka 2 mahal

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Ĥitoprotektor	Rebamipid 10 mg	1 tab. 3 maxal	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf
Pro va prebiotiklar	Laktuloza 5 – 10 ml, SaxarmiĤin, laktoferrin		https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian

4.3. Jarrohlik yo'li bilan davolash

5S	Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning YaK asoratlangan shakllari (qon ketishi, teshilish va boshqalar) bilan og'riĤan bemorlarni jarrohlik profilidagi staĤionarda jarrohlik yo'li bilan davolash masalasini hal qilish uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi [16, 37-41].
----	--

YaKning asoratlangan kechishi bilan azoblanuvchi bemorlar, odatda, shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqizilishi kerak. Yarali qon ketishini intensiv terapiya bo'limida boshlash maqsadga muvofiqdir.

4.4. Keyingi davolash

Jarrohlikdan keyingi jarohatni ishlov berish va jarrohlik davosidan keyin bemorlarni parvarishlash.

- Bemorga mos parhez tanlash (mumkin bo'lmagan mahsulotlarni to'xtatish yoki cheklash)
- Mehnat va dam olishni tartiblash, jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish.
- NYaQP va GKSlar qabul qilmaslik.
- Alkogol va chekishni to'xtatish.
- Sanator-kurort davo.

5S	Remissiya bosqichida oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak YaK bo'lgan bemorlar uchun uni saqlab qolish uchun bemor iqlim zonasidagi sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurortda davolash usulidan foydalanish tavsiya etiladi [5].
----	---

Yara kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarga kasallikning kuchayish pasaygandan keyin 2-3 oy o'tgach, 14-21 kun davomida sanatoriya - kurortda davolanish tavsiya etiladi.

4.5. Protokolda keltirilgan tashxislash va davolash usullarining xavfsizligi hamda davolash samaradorligi indikatorlari

- Kasallik belgilari bo'lmasa – hayot sifati yaxshilanadi.
- Yara defektini chandiqlanishi (ƏFGDSda isbotlanishi).

5. Tibbiy yordam ko'rsatish turidan kelib chiqib shifoxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalari

5.1. Rejali yordam ko'rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- 2 qator davosidan keyin, Helicobacter pylori eradikasiya qilinmasa, Helicobacter pyloriga sezuvchan antibiotik olish tavsiya qilinadi (buning uchun axlatni yoki ƏGDFS orqali olingan me'da biopstatini ekish lozim). MTSh ichki kasalliklar bo'limida davolanishi kerak.

5.2. Shoshilinch yordam ko'rsatish shifoxonasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar

- Asoratlar rivojlansa (qon ketish, perforasiya, penetrasiya, privratnik stenoz) MTSh ni jarrohlik bo'limida davolanishi kerak.

6. Stasionar darajasida davolash taktikasi

YaKni davolash keng qamrovli bo'lishi kerak va nafaqat dori-darmonlarni tayinlashni, balki turli xil tadbirlarni ham o'z ichiga olishi kerak: parhez ovqatlanish, chekishni va spirtli ichimliklarni suiste'mol qilishni to'xtatish, ulserogen ta'siriga ega dorilarni iste'mol qilishdan voz kechish, mehnat qilish va dam olishni normallashtirish, sanatoriya-kurortda davolanish.

Asoratsiz kechadigan YaK mavjud bo'lgan bemorlar konservativ usulda davolanishi kerak.

Ko'pgina hollarda, u ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi. Ammo ifodalangan og'riqli sindrom, asoratlarning yuqori xavfi (masalan, katta va ulkan yaralar), tashxisni tekshirish uchun qo'shimcha tekshiruv zarurati (masalan, oshqozonning yara bilan shikastlanishining noaniq tabiatida), og'ir hamroh kasalliklar mavjudligida bemorlarni kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiqdir.

a. Nomedikamentoz terapiya

5S	YaK mavjud bo'lgan barcha bemorlarga yaralarning bitishini tezlashtirish uchun parhezli terapiya tavsiya qilinadi [23].
----	---

Ko'p yillar oldin ishlab chiqilgan yara kasalligi bilan og'rikan bemorlar uchun parhezli ovqatlanishning asosiy tamoyillari bugungi kunda ham dolzarb bo'lib qolmoqda. Quyidagi qoidaga mos keladigan tez-tez (kuniga 5-6 marta), bo'laklab ovqatlanishning tavsiyalari o'z kuchini yoqotmagan: "olti marta kichik miqdorda taom iste'mol qilish, uch marta katta miqdorda taom iste'mol qilishdan yaxshiroq", mexanik, termal va kimyoviy tejamkorlik. Ovqatlanish raqionidan oshqozon shilliq qavatiga qo'zg'atuvchi ta'sir qiladigan va xlorid kislota sekreçiyasini rag'batlantiradigan taomlarni chiqarib tashlash kerak: to'yintirilgan go'sht va baliq bulyonlari, qovurilgan va qalampirli taomlar, dudlangan go'sht va konservalar, qo'shimchalar va ziravorlar (piyoz, sarimsoqpiyoz, qalampir, xantal), tuzlangan bodring va marinadlar, gazlangan mevali suvlar, pivo, oq vino, shampan vinosi, qahva, uçtirus mevalar.

Bufer xususiyatlariga ega bo'lgan mahsulotlarga (ya'ni, xlorid kislotani bog'lash va zararsizlantirish qobiliyatiga ega) ustunlik berish kerak. Bularga go'sht va baliq (qaynatilgan yoki bug'langan), tuxum, sut va sut mahsulotlari kiradi. Shuningdek, makaron mahsulotlari, suvi qochgan oq non, quruq biskvit va pechene, sut va vegetarian sho'rvalariga ruxsat beriladi. Sabzavotlarni (kartoshka, sabzi, qovoq, gulkaram) dimlangan yoki pyure va bug'langan suflesi ko'rinishida pishirish mumkin. Raqionga bo'tqalar, mevalarning shirin navlaridan kisel, muss, jele, xom maydalangan va pishirilgan olma, sutli kakao, achchiq bo'lmagan choyni kiritish mumkin.

Bunday sodda, lekin ayni paytda muhim tavsiyalarni yodda tutish kerak, masalan, xotirjam muhitda, shoshilmasdan, o'tirgan holatda taomni iste'mol qilish, yaxshilab chaynash kerak. Bu taomning so'lak bilan yaxshiroq singdirilishiga hissa qo'shadi, uning bufer imkoniyatlari ancha aniq ifodalangandir.

b. Medikamentoz davolash

5S	YaK kuchayishi qayd etilgan bemorlar uchun yaralarning bitishiga erishish uchun 4-6 hafta davomida proton pompasi ingibitorlari bilan antisekretor terapiyani o'tkazish tavsiya etiladi [2, 3].
----	---

1990 yilda W.Burget va hammualliflar [24] 300 ta tadqiqotning meta-tahlilidan olingan ma'lumotlarni e'lon qildi, shu asosda ular oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi deyarli barcha holatlarda chandiqlanadi, agar kun davomida oshqozon ichi tarkibidagi pH qiymatini > 3 darajada kuniga taxminan 18 soat saqlab qolish mumkin bo'lsa, degan xulosaga kelishdi. Keyinchalik, antisekretor preparatlarni qo'llashga bag'ishlangan barcha ishlarda " Burje (Burget) qoidalari" deb nomlangan ushbu malumotlarga havola mavjud. Ushbu qoidani hisobga olgan holda, hozirda bazaviy yaraga qarshi terapiya sifatida faqat antauidlar, H_2 -blokatorlar va proton pompa ingibitorlari (PPI) qabul qilinishi mumkin. So'nggi meta-tahlillardan biriga ko'ra, H_2 -blokatorlar va PPI yara nuqsonining chandiqlanishiga erishish (IN 3.49, 95% II: 3.28-3.72; $p < 0.0001$) va kasallikning og'ir kechishida qayta qon ketish xavfini kamaytirish (IN 0.68, 95% II: 0.60-0.78; $p < 0.0001$) doirasida placebo bilan ancha samarali [25].

Faqatgina ushbu guruhning dori preparatlari gastroduodenal yaralarni bitishi uchun zarur bo'lgan oshqozonda pH qiymatining oshishi davomiyligi qoidalari shartlarini ularni qabul qilgandan keyin bajarishi mumkin. Hozirgi vaqtda PPI YaK kuchayishi paytida bazaviy terapiya vositasi bo'lib hisoblanadi. Ular og'riqli sindrom va dispeptik buzilishlarni to'xtatish, shuningdek, yara nuqsonining chandiqlanishiga imkon qadar tezroq erishish uchun buyuriladi. Ko'psonli randomizatsiyalangan taqqoslash tekshiruvlari (shu jumladan metaanalitik) PPIlarning H_2 -blokatorlarga nisbatan klinik alomatlarini yo'q qilish va yaraning chandiqlanishiga erishishda ancha yuqori samaradorligini ko'rsatdi [26,27]. Yaqinda o'tkazilgan meta-tahlil shuni ko'rsatdiki, PPIlar yara nuqsonining epitelizatsiyasiga nisbatan H_2 -blokatorlarga qaraganda deyarli 1,5 baravar ko'proq samaraga ega (IN 5.22, 95% II: 4.00-6.80 va IN 3.80, 95% II: 3,44-4.20; $p < 0.0001$) [25].

PPI ni qo'llash bilan bazaviy antisekretor terapiya idiopatik gastroduodenal yaralarni davolashning asosiy usuli hisoblanadi.

Hozirgi vaqtda YaK farmakoterapiyasi bo'yicha bayonnoma mavjud bo'lib, unda tanlangan preparatni standart sutkalik dozada tayinlash nazarda tutilgan: omeprazol ** 1 - 20 mg dozada, lansoprazol - 30 mg dozada, pantoprazol - 40 mg

dozada, rabeprazol - 20 mg, ezomeprazol ** - 20 mg dozada. Davolashning davomiyligi 2-4 hafta oralig'ida amalga oshiriladigan endoskopik nazorat natijalari bilan belgilanadi.

Uitoxrom P450 tizimi bilan metabolizatsiya qilinagan PPI-dan foydalanganda metabolizm ushbu tizim yordamida amalga oshiriladigan dori vositalari bilan raqobatdosh o'zaro ta'sir qilish masalalari keskinlashishi mumkin. Barcha PPI orasida asosiy metabolizmi ushbu ferment tizimining ishtirokisiz amalga oshiriladigan pantoprazol va rabeprazol preparatlari uitoxrom P450 tizimiga eng past darajadagi yaqinlikni namoyish etadi.

5S	PPI samarasiz bo'lganda yoki YaK kuchayishi qayd etilgan bemorlarda ularni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, yaraning bitishiga erishish uchun 4-6 hafta davomida H ₂ -gistamin reseptorlari blokatorlarini tayinlash tavsiya etiladi [2].
----	---

Gistaminning H₂-blokatorlari (ranitidin**, famotidin**) gistaminni parietal hujayralarning H₂-reseptorlari bilan bog'lanishidan siqib chiqarish hisobiga xlorid kislotasi sekreçiyasini bostiradi. Ushbu preparatlar kun davomida 8-10 soat mobaynida oshqozon ichidagi ko'rsatkichni pH>3 qiymatida ushlab turadi. Ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, 4-6 hafta davomida H₂ blokatorlarini qo'llash duodenal yarasi bo'lgan bemorlarning 70-80 foizida va oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarning 55-60 foizida yara nuqsonining chandiqlanishiga olib keladi [2]. So'nggi meta-tahlil shuni ko'rsatdiki, yara nuqsonining chandiqlanishida H₂- blokatorlari placebo bilan ancha samarali (IN 3.80, 95% II: 3.44-4.20; p<0.0001) [25]. Shunga qaramay, PPI klinik amaliyotda bazaviy antisekretor terapiya sifatida PPI keng qo'llanilgandan keyin, H₂-blokatorlari o'z pozitsiyalarini yo'qotdilar va andilik kamdan-kam hollarda qo'llaniladi, asosan, PPI ni qo'llashning imkoni bo'lmasa yoki antisekretor ta'sirini kuchaytirish maqsadida ular bilan birgalikda qo'llaniladi.

1A	H. pylori infeksiyasining ijobiy test natijalari bo'lgan barcha YaK bo'lgan bemorlarga keyinchalik YaKning qaytalanishini oldini olish uchun eradikasiya terapiyasi tavsiya etiladi, [20, 28].
----	--

Teshilish natijasida asoratlangan YaK mavjud bo'lgan bemorlarning populyatsiyasida o'tkazilgan 5 ta randomizatsiyalangan tekshiruv natijalarini umumlashtirgan meta-tahlilda eradikasiya terapiyasi yara nuqsoni tikilganidan keyin bir yil ichida kasallikning qaytalanish xavfini sezilarli darajada kamaytirgani ko'rsatildi

(XN 1.49; 95%) II: 1, 10-2.03) [28]. Kokreyn sharxi va boshqa bir meta-tahlilga ko'ra, infektsiyalangan bemorlarda *N. pylori* infektsiyasini eradikasiyalash terapiyasi o'n ikki barmoqli ichak yarasi (XN = 0,20; 95% II: 0,15-0,26) va oshqozon yarasi (XN = 0, 29; 95% II 0.20-0.42) kasalligining qaytalanish xavfini kamaytirishda placebo qaraganda samaraliroqdir [29].

Evropa ishchi guruhining *N. pylori* ni o'rganish bo'yicha so'nggi "Maastricht-V" (2016) kelishuv yig'ilishining tavsiyalariga binoan, malum bir eradikasiya sxemasini tanlash ushbu mintaqadagi *N. pylori* shtammlarining klaritromitsin** rezistentlik chastotasiga bog'liq. Agar sohada klaritromitsin rezistentlik darajasi 15% dan oshmasa, u holda birinchi darajali sxema sifatida dastlabki test sinovlarisiz standart uch karralik terapiya tayinlanadi.

Hozirgi vaqtda standart uch karralik terapiya samaradorligini oshirish bo'yicha chora-tadbirlar ishlab chiqilgan.

1. Kuniga ikki marta PPIning oshirilgan dozasini tayinlash (standart dozadan ikki baravar yuqori) [20].
2. PPI va klaritromitsin bilan uch karralik terapiya davomiyligini 14 kungacha oshirish. Hozirgi vaqtda faqatgina shunday davomiylik standart uch karralik terapiyani boshqa sxemalar samaradorligi bilan tenglashtiriladigan samaradorligini ta'minlaydi [20].
3. Bemorga batafsil ko'rsatma berish va dori-darmonlarni qabul qilishning belgilangan rejimiga aniq rioya qilinishini nazorat qilish.

Birinchi darajali eradikasiya terapiyasining bir varianti sifatida (masalan, penitsillin guruhining dorilarini qabul qilmaslik holatida), vismut trikaliy dihidrat (kuniga 4 marta 120 mg) asosida PPI bilan birgalikda klassik to'rt komponentli sxema (standart dozasi kuniga 2 marta), tetratsiklin (kuniga 4 marta 500 mg), metronidazol (kuniga 3 marta 500 mg-dan) 10-14 kun davomida tayinlanishi mumkin [20].

Vismut trikaliy dihidrat bilan kvadroterapiya, shuningdek, standart uch karralik terapiya samarasiz bo'lganda, ikkinchi darajali terapiyaning asosiy sxemasi sifatida qo'llaniladi. Boshqa ikkinchi darajali terapiya sxemasi - bu eradikasiya sxemasi bo'lib, u PPI (kuniga 2 marta standart dozada), levofloksatsin ** (kuniga 2 marta 500 mg dozada) va amoksisitsin** (1000 mg dozada kuniga 2 marta)larni o'z ichiga oladi. Levofloksatsin bilan uch karralik terapiya faqat gastroenterolog tomonidan o'lchangan ko'rsatkichlari bo'yicha tayinlanishi mumkin.

Uchinchi darajali terapiya *N. pylori* ning antibiotiklarga individual ta'sirchanligini

aniqlashga asoslangan [30].

2B	YaK kuchayishi qayd etilgan bemorlarga yaralarning bitishini tezlashtirish va hosil bo'lgan chandiq sifatini yaxshilash maqsadida Rebamipidni qo'llash tavsiya etiladi [31, 32].
----	--

YaK mavjud bo'lgan bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan yangi dori preparati – bu xinolinon hosilasi bo'lgan va ham gastro, ham enteroprotektiv ta'sirga ega bo'lgan rebamipid preparatidir. Preparatning ta'sir qilish mexanizmi oshqozon va ichak shilliq qavatida E2 va I2 prostaglandinlari sintezini induktsiyalashga asoslangan bo'lib, bu uning himoya xususiyatlarini faollashishiga olib keladi. Natijada oshqozon va ichak devorlarida qon oqimi yaxshilanadi, epiteliy hujayralarining proliferatsiyasi kuchayadi, shilliq qavatning o'tkazuvchanligi normallasadi, kislorod radikallari so'rilishi ro'y beradi, oshqozon shilimshiq-lari sekretsiyasi kuchayadi va yallig'lanishga qarshi ta'sir amalga oshirildi. O'tkazilgan tadqiqotlar rebamipidning oshqozon yarasini davolashda placebo-ga nisbatan yuqori samaradorligini va rebamipid va omeprazolning shunga yaqin samaradorligini ko'rsatdi [31, 32].

1A	N. pylori bilan infektsiyalangan YaK mavjud bo'lgan bemorlarda eradikasiya terapiyasining samaradorligini oshirish uchun rebamipidning eradikasiya sxemalariga qo'shish tavsiya etiladi [33, 34].
----	---

O'tkazilgan ikkita meta-tahlil, shu jumladan 6 va 11ta randomizatsiyalangan nazorat ostidagi tekshiruvlar uning sxemalariga rebamipid qo'shilishi bilan eradikasiya chastotasining oshishini tasdiqladi [33, 34].

1A	Laborator va endoskopik tasdiqlangan yarali qon ketishi qayd etilgan bemorlarga gemostazga erishish uchun boshqa choralar doirasida uni to'xtatish uchun proton nasosi ingibitorlarini tomir ichiga yuborish tavsiya etiladi [35, 36].
----	--

PPI ni qo'llash yarali qon ketishini to'xtatish va qayta qon ketishi xavfini kamaytirishga yordam beradi [35]. Shu bilan birga, bir vaqtning o'zida tomir ichiga bolus tarzda 80 mg ezomeprazolni keyinchalik ushbu preparatni (soatiga 8 mg dozada) 72 soat davomida uzlyuksiz tomir ichiga infuziya qilish bilan yuboriladi [36]. Yaqinda o'tkazilgan meta-tahlilda tomir ichiga yuborilgan PPI qon ketishi xavfini sezilarli darajada kamaytiradi (IN 2.24, 95% II: 1.02-4.90) [35]. Bemorni dori-darmonlarni og'iz orqali qabul qilishga o'tkazgandan keyin, uni eradikasiya terapiyasi o'tkaziladi.

Asosiy dori-vositalarning ro'yxati:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining Halqaro patentlangan nomi	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
Proton pompa ingibitorlari:	Omeprazol 20 mg	1 tabletka 2 mahal	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf
	Lansoprazol 30 mg	1 tabletka 2 mahal	https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian
	Pantoprazol 40 mg	1 tabletka 2 mahal	
	Rabeprazol 20 mg	1 tabletka 2 mahal	
	Əzomeprazol 40 mg	1 tabletka 2 mahal	
KKB ingibitorlari:	Vonoprazan 20 mg	1 tabletka 2 mahal	
Џitoprotektorlar	Vismut uchkaliy deϋitrat 120 mg	1 tabletka 4 mahal	
Antibiotiklar:	Amoksiϋillin 1000 mg	1 tabletka 2 mahal	
	Klaritromiϋin 500 mg	1 tabletka 23 maxal	
	Metronidazol 500 mg	1 tabletka 2 mahal	

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati:

Farmakoterapevtik guruh	Dori-vositasining	Qo'llash tartibi	Dalillar darajasi
-------------------------	-------------------	------------------	-------------------

	Halqaro patentlangan nomi		
Uitoprotektor	Rebamipid 10 mg	1 tab. 3 mahal	https://www.gastro.ru/us/erfiles/R_Yaz_2020.pdf
Pro va prebiotiklar	Laktuloza 5 – 10 ml, Saxarmiün, laktoferrin		https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/helicobacter-pylori/helicobacter-pylori-in-developing-countries-russian

c. Jarrohlik yo‘li bilan davolash

5S	Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning YaK asoratlangan shakllari (qon ketishi, teshilish va boshqalar) bilan og‘rigan bemorlarni jarrohlik profilidagi stajionarda jarrohlik yo‘li bilan davolash masalasini hal qilish uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi [16, 37-41].
----	--

YaKning asoratlangan kechishi bilan kasallangan bemorlar, odatda, shoshilinch ravishda kasalxonaga yotqizilishi kerak. Yarali qon ketishini intensiv terapiya bo‘limida boshlash maqsadga muvofiqdir.

Intensiv terapiya bo‘limida davolanishning asosiy vazifalari quyidagilardir:

1. bemorning ahvolini barqarorlashtirish - aylanma qon hajmini to‘ldirish;
2. gipovolemik shok namoyonlari bilan kurashish;
3. og‘riqni etarli darajada kamaytirish;
4. dekompensatsiyalangan hamroh kasalliklarni davolash va tizimli yallig‘lanish reaksiyasi sindromi, undan so‘ng davolashning jarrohlik va/yoki endoskopik usullarini qo‘llash mumkin [10, 37, 38, 42, 43].

Shuni takidlash kerakki, yarali qon ketishida, komorbid bemorning o‘limi xavfi, hamroh kasalliklar soni bilan bevosita bog‘liqdir [44]. Bu, o‘z navbatida, shifokorni komorbid bemorlar bilan ishlashda juda e‘tiborli bo‘lishni va ularni amalga oshirishdan oldin YaKning asoratlari rivojlanishining barcha xavf omillarini tahlil qilishni talab qiladi [45].

5S	Yarali qon ketishi bo‘lgan bemorlarga qon ketish manbasini tekshirish va kasalxonaga yotqizilganidan keyingi dastlabki 2 soat ichida endoskopik gemostazni amalga oshirish uchun ezofagogastroduodenoskopiya o‘tish tavsiya etiladi [39].
----	---

1A	Yarali qon ketishi bo‘lgan bemorlarga qon ketish manbasini dinamik ravishda nazorat qilish va endoskopik gemostazni amalga oshirish uchun takroriy ezofagogastroduodenoskopiya faqat qon ketishi qaytalanganda va uning rivojlanish xavfi yuqori bo‘lgan hollarda tavsiya etiladi [46, 47].
----	---

Yarali qon ketishini baholash **Forrest tasnifi** bo‘yicha amalga oshiriladi.

Turi	
F-I-turi – faol qon ketish	
I a	oqim bilan pulsatsiyalanuvchi
I b	qon oqishi
F-II-turi – yaqinda qon ketish belgilari	
II a	ko‘rinib turuvchi tomir (qonamaydigan)
II b	belgilangan tromb-quyqa
II c	yassi qora nuqta (yaraning qora tubi)
F-III-turi – tub qismi (oq) toza bo‘lgan yara	

Gemostazning endoskopik usullarini qo‘llash bo‘yicha ko‘rsatmalar:

1. Tekshiruv vaqtida davom etadigan F 1a va F Ib turdagi faol qon ketishlar.
2. Qayta qon ketish xavfi yuqori - F Ila va F Iib turlari.

Bir qator tadqiqotlar shuni tasdiqlaydiki, yarali qon ketishni to‘xtatish uchun terapevtik endoskopiyaning bajarilishi o‘lim holatlarini, jarrohlik aralashuvga bo‘lgan ehtiyojni, qon ketishining takrorlanish xavfini va qon ketishi davom etadigan vaqtni farmakoterapiya bilan taqqoslaganda sezilarli darajada kamaytiradi [48].

Adabiyotda keltirilgan ma’lumotlarga ko‘ra qon ketishini endoskopik to‘xtatish yarali qon ketish mavjud bo‘lgan bemorlarni davolashda "oltin standart" bo‘lib hisoblanadi.

O‘z vaqtida va to‘g‘ri taqdim etilgan endoskopik qo‘llanma 89-92% holatlarda barqaror gemostazga erishishga imkon beradi.

Qon ketishni to‘xtatishning eng samarali endoskopik usuli qon ketayotgan tomirni

klipirlash va argon-plazmali koagulyatsiyasi hisoblanadi. Qon ketishini endoskopik nazorat qilishning boshqa usullari, masalan, elektrokoagulyatsiya, yarani maydalalash, parda hosil qiluvchi dorilarni qo'llash, gemospray, endoklot asosiy usullar bilan birgalikda qo'llanilishi kerak.

B.J.Əlmunzer va boshqalarning tizimli sharxlariga ko'ra, qon ketishning qaytalanishi uchun xavf omillari quyidagilardan iboratdir: yaraning katta hajmi (diametri 1 sm dan ortiq), yaraning oshqozonning kichik a'griligida va o'n ikki barmoqli ichakning orqa devorida, shuningdek beqaror gemodinamika - qon ketish paytida qon bosimining keyingi aylanma qon hajmini to'ldirish fonida o'shish bilan pasayishi [46]. Shuni ham takidlash muhimki, antikoagulyantlar va dezagregantlarni qabul qilish yarali qon ketish xavfini, shu jumladan qaytalanish xavfini ham, qon bosimining keskin ko'tarilishi xavfining oshishi kabi (masalan, og'riqqa reaksiya sifatida yoki antigipertenziv preparatni o'tkazib yuborilgan dozasidan kelib chiqqan holda) sezilarli darajada oshiradi. Qayta qon ketishi xavfi past bo'lgan bemorlarda takroriy ƏGDSni bajarish qon ketishi qaytalanishi chastotasiga ta'sir qilmaydi va iqtisodiy jihatdan maqsadga muvofiq emas [37, 38, 47].

2S	Yarali qon ketishi mavjud bo'lgan bemorlar uchun qon ketish manbasini tekshirish va to'xtatish maqsadida shoshilinch jarrohlik aralashuvi endoskopik gemostaz imkon qadar o'rta muddatda samarasiz bo'lsa tavsiya etiladi [10, 37, 38, 49].
----	---

Yarali qon ketishi mavjud bo'lgan bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash endoskopik usulda nazorat qilishning imkoni bo'lmagan holatlarda (davom etayotgan qon ketish bilan yoki uning qaytalanishi bilan) ko'rsatiladi. Jarrohlik muolajasini o'z vaqtida o'tkazmaslik bemorning prognozini yomonlashtiradi va o'lim xavfini oshiradi. Jarrohlikni o'tkazish ishonchli gemostazga erishish va qon ketish qaytalanishi xavfini kamaytirish uchun zarurdir. Taklif etilayotgan jarrohlik hajmi bemorning ahvoriga bog'liq, ammo jarrohlik aralashuvi iloji boricha engil bo'lishi kerakligini yodda tutish kerak. Jarrohlik xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda rentgen endovaskulyar selektiv angiografiyani keyingi qon ketadigan tomirning okklyuziyasini o'tkazish bilan bajarish afzaldir. Xorijiy tavsiyalarga ko'ra, qon ketadigan tomirni tikish va yara nuqsonini tikish bilan gastrotomiya (piloroduodenotomiya) amalga oshirish eng afzal hisoblanadi, ammo bu usul ishonchligi jihatidan rezektsiyalash jarrohligiga nisbatan pastroq darajaga ega [10]. Refrakter asoratli yaralarni davolashda eng yaxshi natija gastroeyunoanastomozning kiritilishi va vagotomiya

bilan oshqozon rezekūiyasi kombinatsiyasida qayd etildi [50], ammo horojiy adabiyotlarda vagotomiya murakkab, cheklangan tarzda qo'llaniladigan variant sifatida qaraladi, uning to'liq tan olinishi uchun tasdiqlanganlikning yuqori darajadagi tekshiruvlar o'tkazilishi kerak [51]. Rossiya ilmiy jarrohlik hamjamiyati vagotomiyani amalga oshirishni tavsiya qiladi, bunda uni amalga oshirish ko'rsatkichlarini cheklash kerak [39].

YaK bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini rezekūiya qilish Gofmeyster - Finsterer modifikatsiyasida B-II bo'yicha bajarilishi kerak. Ushbu turdagi oshqozon rezekūiyasida o'n ikki barmoqli ichakning ishqoriy tarkibi oshqozon pufagiga kirib, tarkibini ishqorlantiradi, bu esa pufakda va gastroenteroanastomozda yaraning qaytalanishini oldini oladi. Bu bo'yicha oshqozonni rezekūiya qilishda ishqorlanish sodir bo'lmaydi va yaraning qaytalanish ehtimoli ancha yuqori bo'ladi.

3B	Oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilishi mavjud bo'lgan bemorlarga teshilish natijasidagi teshikni yoq qilish uchun shoshilinch jarrohlik o'tkazish tavsiya etiladi [16, 38, 52].
----	---

Yaraning teshilishi - bu keng tarqalgan asorat bo'lib, u muqarrar tarzda peritonitning rivojlanishiga olib keladi va bemorlar orasida 30% ga etadigan o'lim holatiga olib keladigan yuqori darajaga ega. O'lim holatiga olib kelishning ancha yuqori darajasi keksa bemorlar orasida va eng yuqori o'lim holati kech kasalxonaga yotqizilgan bemorlar guruhida (ushbu asorat rivojlanishidan 24 soatdan ko'p) kuzatilgan. Laparotomik kirishning laparoskopik kirishdan afzalliklari yo'q. Laparoskopik aralashuvni - qorin bo'shlig'ini sanatsiyalash va drenajlash bilan teshilishdan hosil bo'lgan teshikni tikishni amalga oshirish afzalroqdir [16, 38, 52]. Biroq, bunday dahshatli asoratning klinik ko'rinishi juda xilma-xil bo'lishi mumkin va mutaxassislar jarrohlik ko'lami birinchi navbatda bemorning ahvoriga bog'liqligini tan olishadi [52]. Teshilgan yaralarni davolash bo'yicha mahalliy klinik ko'rsatmalarda jarrohlik yo'li bilan davolash usullari batafsil ko'rib chiqilgan [40].

1A	Jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin YaK mavjud bo'lgan bemorlarga H. pylori infeksiyasiga test o'tkazish va YaK va uning asoratlarining qaytalanishini oldini olish uchun eradikasiya va qo'llab-quvvatlash terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [37, 53, 54].
----	--

Jarrohlik yo'li bilan davolashni amalga oshirilgan bosqich yara kasalligining yangi jarrohlik asoratlarining rivojlanish, birinchi navbatda qon ketishi, xavfini kamaytirmaydi,

shuning uchun bemor to‘liq davolanib bo‘lgunicha kasallikni konservativ davolashni davom ettirish muhimdir.

1A	Shoshilinch tarzda aralashuvlardan keyin <i>N. pylori</i> mavjudligiga o‘tkazilgan testning salbiy natijasiga ega bo‘lgan bemorlar, uning sohta-salbiy xususiyatini istisno qilish maqsadida boshqa usul bilan rejalashtirilgan tartibda qayta testdan o‘tkazilishi tavsiya etiladi [55].
----	---

Yarali qon ketishining qaytalanish xavfini kamaytirish uchun *N. pylori* -ning barqaror eradikasiyaga erishish kerak. Tadqiqotlar shuni ko‘rsatdiki, o‘tkir yarali qon ketishdagi sohta-salbiy natijalarning hassasi 25-55% ga etadi, shu sababli *N. pylori* infeksiyasini ishonchli ravishda istisno qilish uchun qo‘shimcha testlarni o‘tkazish talab qilinadi [56].

5S	Piloroduodenal stenozli bemorlar uchun uni yo‘q qilish uchun endoskopik balonli dilatatsiyalashni o‘tkazish tavsiya etiladi. Agar u samarasiz bo‘lsa, piloroplastika va drenajlash operatsiyalari tavsiya etiladi [38].
----	---

Piloroduodenal stenozli bemorlarni jarrohlik yo‘li bilan davolash uchun ko‘rsatmalar uning kompensatsiya darajasi, shuningdek bemorlarning ahvoli bilan belgilanadi. Endoskopik balonli dilatatsiyalashni faqat subkompensatsiyalangan stenoz va o‘n ikki barmoqli ichakning oldingi devori bo‘ylab chandiqlning lokalizatsiyasi bo‘lgan bemorlarda amalga oshirilishi mumkin. Ushbu endoskopik usul ko‘pincha vaqtinchalik muvaffaqiyatga ega va stenozning yuqori darajadagi chastotasi bilan birga keladi.

d. Tibbiy reabilitatsiya

5S	Remissiya bosqichida oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak YaK bo‘lgan bemorlar uchun uni saqlab qolish uchun bemor iqlim zonasidagi sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurortda davolash usulidan foydalanish tavsiya etiladi [5].
----	---

Yara kasalligi mavjud bo‘lgan bemorlarga kasallikning kuchayish pasaygandan keyin 2-3 oy o‘tgach, 14-21 kun davomida sanatoriya - kurortda davolanish tavsiya etiladi.

Sanatoriya-kurortda davolanish Doroxovo, Essentuki, Jelesnovodsk va boshqa sanatoriylarda o'tkaziladi va loy va torf bilan davolash, ignabargli-dengiz hammomlari, gidroksidli mineral suvlarni ichishni o'z ichiga oladi [5].

Profilaktika va dispanser kuzatuvlari, tibbiy ko'rsatmalar va profilaktika usullaridan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar

5S	Əradikasiya terapiyasi N. pylori infeksiyasi mavjud bo'lgan barcha bemorlarga qo'llashga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa YaK va uning kuchayishini oldini olish uchun tavsiya etiladi [56].
----	--

Yara kasalligining rivojlanishida N. pylori infeksiyasining etakchi rolini tasdiqlash əradikasiya terapiyasini ushbu kasalligi profilaktikasining asosiy usuliga aylantirdi.

5S	Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning YaK mavjud bo'lgan bemorlarni dispanser kuzatuvini har yili so'nggi kuchayish paytidan boshlab 5 yil ichida o'tkazish tavsiya etiladi [5].
----	--

e. Tibbiy yordam ko'rsatishni tashkillashtirish

Oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan kasallangan bemorlarni rejali ravishda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar bo'lib davomli (7 kundan ortiq) og'riq sindromi bo'lgan kasallikning aniq klinik ko'rinishi, oshqozon bezarar yarasi va oshqozon saratoni o'rtasida differentsial tashxis qo'yishni talab qiladigan oshqozon yarasi borligi, anamnezda asoratlar bilan yara kasalligining kuchayishi, hamroh kasalliklar bilan yara kasalligi xizmat qiladi [57].

Yara kasalligi kuchaygan bemorlarga stacionar davolanish muddati 21 kunni tashkil qilishi kerak.

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar bo'lib oshqozondan qon ketish (melena, qon bilan qusish), yara teshilishi va penetratsiyasi belgilarining mavjudligi hisoblanadi.

Oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligi kuchayishining asoratlanmagan kechishi qayd etilgan bemorlar ambulatoriya sharoitida davolanishi kerak. Yara kasalligi kuchaygan bemorlarga oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam standartiga muvofiq ambulatoriya sharoitida ham, stacionar sharoitlarda ham ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatiladi.

Qo'shimcha malumotlar (shu jumladan kasallik natijalariga yoki holatiga tasir qiluvchi

omillar). Bemorlarning ayrim guruhlarida YaK kechishining o‘ziga xos xususiyatlari

Homiladorlik davrida YaK kechishining xususiyatlari

Homiladorlik davrida YaKning kechishi umuman olganda homilador bo‘lmagan ayollarnikidan kam farq qiladi. Tashhis klinik ko‘rinishlar, anamnestik malumotlar, ЭГДС va ultratovush tekshiruv natijalari asosida o‘rnatiladi [58]. Oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakni rentgenologik tekshirish homilador ayollar uchun qarshi ko‘rsatmalarga эga.

Diagnostik jihatdan noaniq holatlarda asoratlarga (qon ketishiga, oshqozon antral bo‘limi stenoz, saraton kasalligi) shubha bilan ЭГДС homila uchun xavfsizligi tufayli homiladorlikning har qanday davrida amalga oshirilishi mumkin [59]. Yashirin qon ketishini istisno qilish uchun najas yashirin qon uchun tekshiruv, klinik qon tahlili o‘tkaziladi. Yara kasalligi kuchayishining differentsial diagnostikasi qiyin o‘tkaziladi, uni эroziv gastroduodenit, pankreatit, o‘t yo‘llari kasalliklari, o‘tkir appenditsit va эrta toksikoz - qusish bilan o‘tkazish kerak. Oshqozon antral bo‘limining stenozlanuvchi yarasi homilador ayollarda ortiqcha qusishni simulyatsiya qilishi mumkin. Эrta toksikoz azobli, deyarli doimiy ko‘ngil aynishi, turli xil hidlar bilan kuchayishi, so‘lak oqishi bilan ajralib turadi. Bunda, qusish ovqatdan qat‘iy nazar, ayniqsa эrtalab sodir bo‘ladi, qorin og‘rig‘i, odatda, bo‘lmaydi. Yara kasalligi tufayli qon ketishi эroziv gastrit, Mallori-Veys sindromi, nafas yo‘llaridan qon ketishi va oshqozon saratonidan farqlanishi kerak.

Homiladorlik yara kasalligining kechishiga ijobiy tasir ko‘rsatadi: ayollarning 75-80% kasallikning remissiyasini boshdan kechiradi va bu uning natijasiga sezilarli ta‘sir ko‘rsatmaydi. Biroq, ayrim bemorlarda kasallik zo‘rayishi mumkin. Ko‘pincha bu homiladorlikning birinchi trimestrida (14,8%), uchinchisida (10,2%), tug‘ruqdan 2-4 hafta oldin yoki tug‘ruqdan keyingi эrta davrda kuzatiladi. Asoratlanmagan yara kasalligi homila rivojlanishiga salbiy ta‘sir ko‘rsatmaydi.

Davolash umumiy qabul qilingan "rejim"li faoliyat va parhezga rioya qilishni o‘z ichiga oladi; so‘rilmaydigan antatsidlarni odatdagi terapevtik dozalarda qabul qilish (masalan, kolloid alyuminiy fosfati va adsorbentlar dioktaedral smektiti shaklida). Agar ta‘sir bo‘lmasa, H₂-blokatorlari tayinlanadi.

Gastroduodenal motorikaning buzilishi natijasida kuchli og‘riq paydo bo‘lganda, spazmolitiklarni tayinlash mumkin (drotaverin** kuniga 3-4 marta 40 mg-dan). Vismut preparatlarini homilador ayollar uchun qo‘llash mumkin emas. Homilador ayollarda N. pylori infeksiyasining eradikasiya terapiyasi o‘tkazilmaydi.

Qari va keksa yoshdagi kishilarda YaK kechishining xususiyatlari

Keksa yoshdagi bemorlarda gastroduodenal yaralarning rivojlanishida, N. pylori infeksiyasi va kislota-peptik omilidan tashqari, oshqozon tomirlaridagi aterosklerotik

o'zgarishlar, oshqozon shilliq qavatining himoya xususiyatlarini kamaytiradigan ba'zi fon kasalliklari (masalan, surunkali nospesifik o'pka kasalliklari), ulserogen ta'sirga ega dori-darmonlarni (birinchi navbatda, YaQNP) qo'llash ham rol o'ynashi mumkin.

Qari va keksa yoshdagi bemorlarda gastroduodenal YaK asosan oshqozonda lokallashadi (tananing kamroq egriligi bo'ylab yoki subkardial sohada), ba'zan juda katta, ko'pincha o'chirilgan va noaniq klinik alomatlar bilan yuzaga keladi, asoratlarni rivojlanish tendentsiyasi bilan tavsiflanadi (birinchi navbatda oshqozon-ichakdan qon ketishi). Keks yoshdagi bemorlarda oshqozon yarasi aniqlanganda, oshqozon saratonining infiltrativ yarali shakli bilan differentsial tashxis qo'yish muhimdir.

Qari va keks yoshdagi kishilarda gastroduodenal yaralar sekinlik bilan chandiqlanishi bilan ajralib turadi. Dori terapiyasini o'tkazishda keks yoshdagi bemorlarda nojo'ya ta'sirlar xavfi yosh va o'rta yoshli bemorlarga nisbatan yuqori bo'lishini hisobga olgan holda ehtiyot choralarini ko'rish kerak.

Tibbiy yordam sifatini baholash mezonlari

№	Sifat mezonlari
1	Эзофagogastroduodenoskopiya o'tkazildi
2	Yara oshqozonda lokalizatsiya qilinganida, undan biopsiya olingan
3	Yara kasalligining tez-tez qaytalanadigan (yiliga 2 marta) kechishi bilan qondagi gastrin darajasi aniqlandi.
4	Agar <i>H. pylori</i> infeksiyasi kasalxonaga qadar tashxislanmagan bo'lsa, <i>N. pylori</i> infeksiyasi (belgilangan mochevina bilan nafas testi yoki tezkor ureaz testi (CLO-testi) yoki najasdagi <i>N. pylori</i> antigeni) tashxisi qo'yilgan.
5	Agar bemor so'nggi 2 hafta ichida proton pompasi ingibitorlarini qabul qilgan bo'lsa, <i>H. pylori</i> IgG sinfiga antitanalarni tekshirish orqali <i>N. pylori</i> infeksiyasini aniqlash o'tkazilgan.
6	<i>N. pylori</i> infeksiyasining eradikasiyasi 1-qator yoki (proton nasosi ingibitorlari, klaritromitsin va amoksisitsillin, vismut preparatlari bilan kvadroterapiya) yoki 2-qator (vismut preparatlari bilan kvadroterapiya yoki levofloksatsin bilan uch karralik davolash) sxemalari bo'yicha amalga oshirildi.
7	Proton pompasi ingibitorlari bilan terapiya o'tqazildi.

8	ЭГДС kasalxonaga yotqizilganidan keyin dastlabki 2 soat ichida yarali qon ketish uchun o'tkazildi.
9	Qayta qon ketishida va uning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan taqdirda ilgari bajarilgan endoskopik gemostaz samaradorligini baholash uchun takroriy ЭГДС o'tkazildi.
10	Oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilishi qayd etilganda shoshilinch jarrohlik aralashuvi o'tkazildi.
11	<i>H. pylori</i> infeksiyasining diagnostikasi, eradikasiya va jarrohlik yo'li bilan davolashdan keyin qo'llab-quvvatlash terapiyasi o'tkazildi.
12	Эffektiv bo'lmagan endoskopik gemostaz holatida qon ketishini to'xtatish uchun o'z vaqtida jarrohlik aralashuvi o'tkazildi.

7. Protokolning tashkiliy jihatlari:

1) manfaatlar to'qnashuvi mavjud emasligi to'g'risida ma'lumot – mavjud emas.

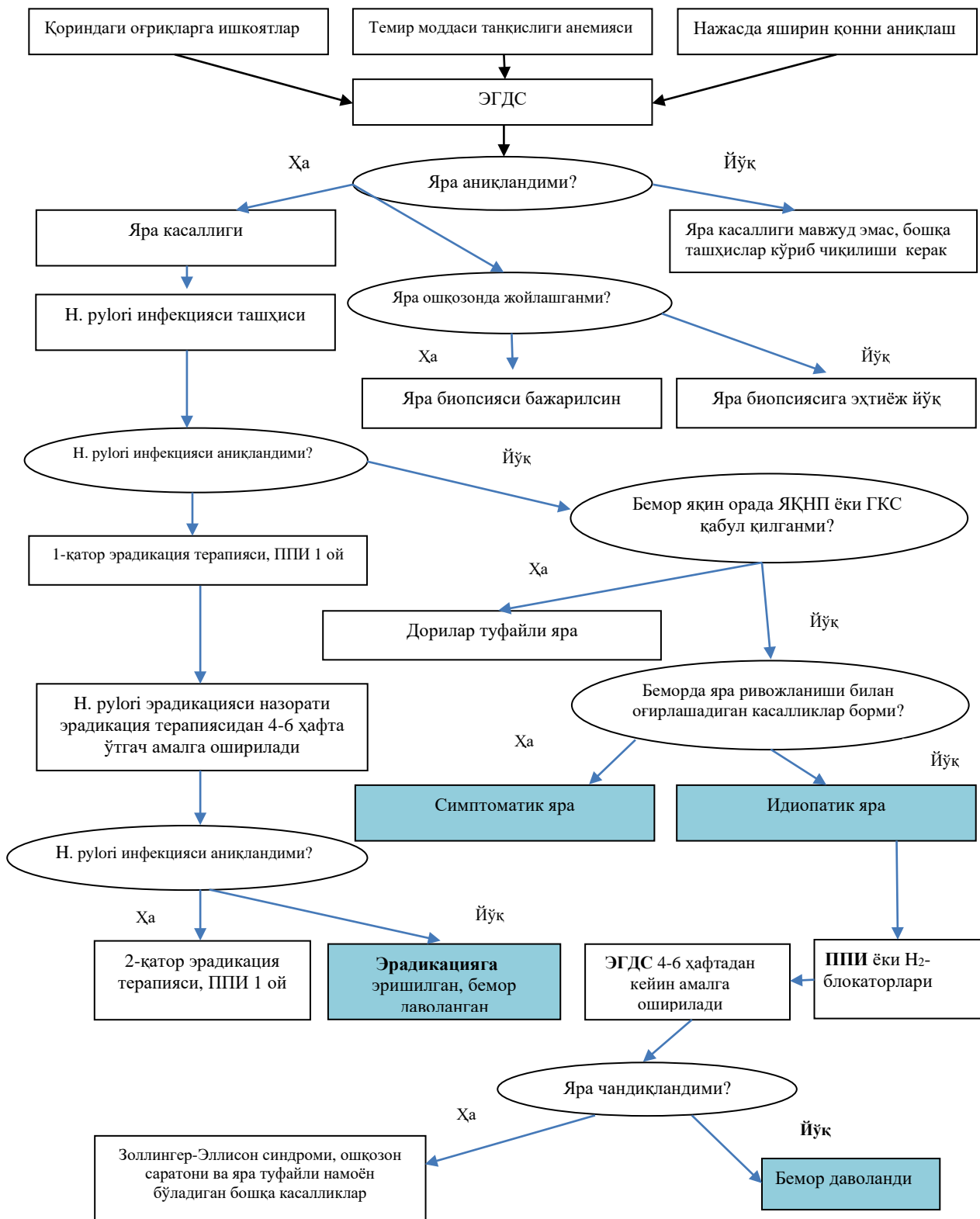
2) ekspertlarning ma'lumotlari:

1. Rahimova Dilorom Alimovna – t.f.d. “RIT va TRIATM” DM Laboratoriya rahbari, SSV terapiya xizmati bo'yicha bosh mutaxassisi

2. Aliqulov Ixtiyor Tilovqobilovich – TTA 1-son ichki kasalliklar propedevtikasi kafedrasida dotcenti, SSV terapiya xizmati bo'yicha konsultanti.

3) bayonnomani qayta ko'rib chiqish shartlarini kiritish: Bayonnomani ishlab chiqilganidan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda qayta ko'rib chiqiladi;

1-ilova. Yara kasalligini aniqlash va davolashda shifokor harakatlarining algoritmlari



2-ilova. Tibbiy aralashuvlarni o‘tkazishga rozilik bayonoti (stasionar)

Tibbiy aralashuv – tibbiy mutaxassis tomonidan bemorga nisbatan amalga oshiriladigan insonning jismoniy yoki ruhiy holatiga ta’sir qiladigan va profilaktika, tekshirish, tashxislash, davolash, tiklash yo‘nalishiga ega bo‘lgan tibbiy tekshiruv va (yoki) tibbiy manipulyatsiya turlari.

1. Men,

(bemorning F.I.Sh..)

«_____» _____ y. tug‘ilgan

_____ manzili

bo‘yicha ro‘yxatdan o‘tgan,

—
(bemorning yoki uning qonuniy vakilining yashash (bo‘lish) joyining manzili)

—
(tibbiy muassasa nomi)

da o‘tkaziladigan tibbiy aralashuvga xabarli rozilik beraman.

2. Rejalashtirilgan tibbiy aralashuvlarning mumkin bo‘lgan usullari va variantlari, ularning oqibatlari, rejalashtirilgan tekshiruv, tashxislash va/yoki davolashning zaruriyati, maqsadi va kutilayotgan natijalari, shu jumladan asoratlar ehtimoli, shuningdek tibbiy aralashuvdan bosh tortish oqibatlari menga tushunarli tarzda tushuntirildi.

3. Men tibbiy aralashuv natijasi va yakunini aniq bashorat qilishning iloji yo‘qligi haqida xabardorman. Men har qanday davolash yoki operatsiya hayot uchun xavfli ekanligini tushunaman va vaqtincha yoki doimiy, qisman yoki to‘liq mehnat qilishga layoqatsiz holatiga olib kelishi mumkinligini tushunaman. Tibbiy aralashuv natijalari bo‘yicha hech qanday kafolatlar berilmaydi.

4. Diagnostik, terapevtik va tibbiy aralashuvning boshqa variantlari jarayonida kutilmagan favqulodda vaziyatlar va asoratlar paydo bo‘lishi mumkinligini tushunaman, unda zarur favqulodda harakatlarga (takroriy operatsiyalar yoki muolajalar) rozilik bera olmaydigan holatda bo‘lishim mumkinligini tushunman. Bunday vaziyatlarda tibbiy aralashuv kursini shifokorlar o‘z xohishiga ko‘ra o‘zgartirishi mumkin.

5. Men, rejalashtirilgan tibbiy aralashuv samaradorligini oshirish uchun shifokorga o'z sog'lig'im, irsiyatim bilan bog'liq barcha muammolar, shu jumladan allergik holatlar, dori vositalari va oziq-ovqat mahsulotlariga individual chidamlilik, shuningdek tamaki chekish, spirtli ichimliklar ichish, giyohvand moddalar yoki toksik preparatlarni qo'llash haqida xabar berishim kerakligini bilaman.

6. Men operatsiya paytida qon yo'qotilishi mumkinligini tushunaman va donor qonini yoki uning tarkibiy qismlarini quyish kerak bo'lishi mumkinligini tushunaman, va bunga ixtiyoriy ravishda rozilik beraman. Men davolovchi shifokordan qon yoki uning tarkibiy qismlarini quyish maqsadi, qon quyish zarurati, muolajaning mohiyati va xususiyatlari, yuzaga kelishi mumkin bo'lgan oqibatlari to'g'risida tushuntirishlar oldim, bu oqibatlar rivojlangan taqdirda men barcha kerakli davolash tadbirlarni bajarilishiga rozilik beraman. Menga qon va uning tarkibiy qismlarini quyishdan bosh tortgan taqdirda kasallikning ehtimoliy kechishi to'g'risida malumot berildi.

7. Men o'zimga tegishli davolash va tashxislash jarayonini har qanday texnik vositalardan foydalangan holda har qanday axborot vositalarida yozib olishga, shuningdek tashxislash va davolash maqsadida biologik materiallar namunalarini, shu jumladan hujayralar, to'qimalar, biologik suyuqliklarni olishga rozilik bildiraman.

8. Menga tibbiy yordam ko'rsatish vaqtida profilaktika, tashxislash, davolash va tiklash bo'yicha bitta yoki bir nechta usullaridan voz kechish yoki uning (ularning) bekor qilinishini talab qilish huquqiga ega ekanligim tushuntirildi, menga hamda bunday rad etishning mumkin bo'lgan oqibatlarini tushuntirildi.

9. Menga tushunarli tarzda yillik dastur doirasida fuqarolarga bepul tibbiy yordamning hududiy, davlat kafolatlarini o'z ichiga olgan tegishli turdagi bepul tibbiy yordam olish imkoniyati tushuntirildi.

10. Men o'zimning kasalligim, prognozim va davolanishim to'g'risida malumot berishga faqat:

(ishonchnoma berilgan shaxslar)

ga vakolat beraman

11. Men ushbu hujjatning barcha bandlari bilan tanishib chiqdim, ular menga tushunarli, buni quyidagi imzo bilan tasdiqlayman.

Imzo

Sana «___»_____y.

3-ilova. Bemor uchun malumot

Oshqozon yarasi kasalligini keltirib chiqaradigan asosiy omil bo'lib hozirgi kunda N. pylori deb nomlangan mikroorganizm tan olingan. Shuning uchun yara kasalligi aniqlangan har bir bemorni ushbu infeksiyaning mavjudligiga tekshirish kerak. Agar tasdiqlansa, ushbu bakteriyalarni yo'q qilishga (eradikasiya) qaratilgan davolashni, keyingi 4-6 xaftadan so'ng kuzatishni amalga oshirish bilan o'tkazish kerak. Agar davolanish samarasiz bo'lsa, terapiyaning takroriy kursini boshqa dori vositalari sxemasi bilan o'tkazish kerak. Davolash qoidalariga rioya qilish va dori-darmonlarni qabul qilishni qat'iy nazorat qilish muhimdir. Yara kasalligi bo'lgan bemor parhezga rioya qilishi kerak (tez-tez maydalangan taom iste'mol qilish, kimyoviy, mexanik va termik ishlov berilgan engil ovqatlar), oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatiga shikastlovchi ta'sir qiluvchi dorilarni (asetilsaliqil kislotasi, nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar) qabul qilishda juda ehtiyot bo'lish kerak. Agar ularni qabul qilish zarur bo'lsa, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatini himoya qiladigan dori-darmonlardan "to'siq" hosil qilish kerak.

**KATTALARDA “YaRA KASALLIGI” NOZOLOGIYASINING TIBBIY
ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10 shifrlari:

Oshqozon yarasi (K25)

K25.0	O‘tkir, qon ketish bilan
K25.1	O‘tkir, teshilish bilan
K25.2	O‘tkir, qon ketish va teshilish bilan
K25.3	O‘tkir, qon ketish va teshilishsiz
K25.4	Qon ketishi bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.5	Teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.6	Qon ketish va teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.7	Qon ketish va teshilishsiz surunkali
K25.9	Qon ketish va teshilishsiz surunkali yoki o‘tkir aniqlanmagan
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

O‘n ikki barmoqli ichak yarasi (K26)

K26.0	O‘tkir, qon ketish bilan
K26.1	O‘tkir, teshilish bilan
K26.2	O‘tkir, qon ketish va teshilish bilan
K26.3	O‘tkir, qon ketish va teshilishsiz
K26.4	Qon ketishi bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K26.5	Teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K26.6	Qon ketish va teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K26.7	Qon ketish va teshilishsiz surunkali
K26.9	Qon ketish va teshilishsiz surunkali yoki o‘tkir aniqlanmagan
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

XKT -11 shifrlari

DA60	Oshqozon yara kasalligi
-------------	-------------------------

DA60.0	Oshqozon eroziyasi
DA60.1	Helicobacter pylori-bilan bog'liq oshqozon yarasi
DA60.2	Helicobacter pylori- bilan bog'liq va dori – darmon bilan keltirib chiqarilgan oshqozon yarasi
DA60.3	Stressdan keyingi oshqozon yarasi
DA60.4	Eozinofilli oshqozon yarasi
DA60.5	Limfotsitar oshqozon yarasi
DA60.6	Tashqi ta'sirlar natijasida kelib chiqqan oshqozon yarasi
DA60.7	Infekcion ikkilamchi oshqozon yarasi
DA60.Y	Boshqa aniqlangan oshqozon yarasi
DA60.Z	Aniqlanmagan oshqozon yarasi
DA61	Aniqlanmagan lokalizatsiyali peptik yara
DA62	Anastomoz yarasi
DA63	O'n ikki barmoqli ichak yarasi
Хавола	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#553678663

1. Asosiy qism

- **Kirish qismi.** Yara kasalligi dolzarbligini inobatga olib dalillarga asoslangan ma'lumotlar va tavsiyalarni tibbiyot xodimlariga taqdim etish, kasallikni erta tashxislash, oldini olish va davolash bo'yicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va tadbiq etish. Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun Butunjahon gastroenterologlar tashkiloti (WGO), Amerika gastroenterologlari uyushmasi (AGA), Rossiya gastroenterologlar uyushmasi (RGA), Rossiya kolorektal jarrohlari jamiyati (ROKX) klinik ko'rsatmalari asos qilib olindi.

Yara kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatadigan mutaxassislar uchun mo'ljallangan ushbu bayonnomada hozirgi kunga kelib mavjud bo'lgan klinik dalillar, tegishli amaliyot vaqtlari, shuningdek ekspert xulosalari keltirilgan (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

Spezifik bo'lgan tibbiy muolajalar - Ko'p yillar oldin ishlab chiqilgan yara kasalligi bilan og'rikan bemorlar uchun parhezli ovqatlanishning asosiy tamoyillari bugungi kunda ham dolzarb bo'lib qolmoqda. Quyidagi qoidaga mos keladigan tez-tez (kuniga 5-6 marta), bo'laklab ovqatlanishning tavsiyalari o'z kuchini yo'qotmagan: "olti marta kichik miqdorda taom iste'mol qilish, uch marta katta miqdorda taom iste'mol qilishdan yaxshiroq", mexanik,

termal va kimyoviy tejamkorlik. 1990 yilda W.Burget va hammualliflar [24] 300 ta tadqiqotning meta-tahlilidan olingan malumotlarni eʼlon qildi, shu asosda ular oshqozon va oʻn ikki barmoqli ichak yarasi deyarli barcha holatlarda chandiqlanadi, agar kun davomida oshqozon ichi tarkibidagi pH qiymatini > 3 darajada kuniga taxminan 18 soat saqlab qolish mumkin boʻlsa, degan xulosaga kelishdi. Keyinchalik, antisekretor preparatlarni qoʻllashga bagʻishlangan barcha ishlarda " Burje (Burget) qoidalari" deb nomlangan ushbu malumotlarga havola mavjud. Ushbu qoidani hisobga olgan holda, hozirda bazaviy yaraga qarshi terapiya sifatida faqat antaʼidlar, N₂-blokatorlar va proton pompa ingibitorlari (PPI) qabul qilinishi mumkin. Soʻnggi meta-tahlillardan biriga koʻra, H₂-blokatorlar va PPI yara nuqsonining chandiqlanishiga eʼrishish (IN 3.49, 95% II: 3.28-3.72; p <0.0001) va kasallikning ogʻir kechishida qayta qon ketish xavfini kamaytirish (IN 0.68, 95% II: 0.60-0.78; p <0.0001) doirasida placebo bilan ancha samarali [25].

- Tibbiy muolaja va/yoki jarrohlik amaliyotining umumiy taʼrifi

Gastroenterologlar, terapevtlar, umumiy amaliyot shifokorlari, agar jarrohlik aralashuvi talab qilinadigan boʻlsa shifokor jarrohlarning muolajani amalga oshiradi.

Koʻp yillar oldin ishlab chiqilgan yara kasalligi bilan ogʻirgan bemorlar uchun parhezli ovqatlanishning asosiy tamoyillari bugungi kunda ham dolzarb boʻlib qolmoqda. Quyidagi qoidaga mos keladigan tez-tez (kuniga 5-6 marta), boʻlaklab ovqatlanishning tavsiyalari oʻz kuchini yoqotmagan: "olti marta kichik miqdorda taom isteʼmol qilish, uch marta katta miqdorda taom isteʼmol qilishdan yaxshiroq", mexanik, termal va kimyoviy tejamkorlik.

YaK kuchayishi qayd eʼtilgan bemorlar uchun yaralarning bitishiga eʼrishish uchun 4-6 hafta davomida proton pompasi ingibitorlari bilan antisekretor terapiyani oʻtkazish tavsiya eʼtiladi.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/>

- YaKning umumiy qabul qilingan klassifikasiyasi (tasnifi) mavjud emas.

Avvalo, H. pylori infeksiyasining mavjudligiga yoki yoʻqligiga qarab, H. pylori infeksiyasi bilan bogʻliq va unga bogʻliq boʻlmagan YaK ajratiladi. Oxirgi koʻrinishi bazan idiopatik shakl deb ataladi. Shuningdek, YaKni boshqa kasalliklar fonida yuzaga keladigan mustaqil kasallik (essensial yara kasalligi) va oshqozon va oʻn ikki barmoqli ichakning simptomatik yaralari (dorilar tufayli, "stressli", endokrin patologiyada, ichki organlarning boshqa surunkali kasalliklarida) shakllari ajratiladi va oʻzlarining rivojlanish mexanizmlari boʻyicha alohida etiologik va patogenetik omillar bilan bogʻliq.

Mahalliyashtirishga koʻra quyidagi yara turlari ajratiladi:

- **oshqozon yarasi** (kardial va subkardial bo‘limlar, oshqozon tanasi, antral bo‘lim, pilorik kanal);
- **o‘n ikki barmoqli ichak yarasi** (ildizlar, postbulbar bo‘lim),
- **oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning qo‘shma yaralari.** Bunda, yaralar kichik yoki katta aʼgrilikda, oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning old va orqa devorlarida joylashgan bo‘lishi mumkin.

Yara bilan shikastlanishlar soniga ko‘ra, bitta va bir nechta yaralar ajratiladi va oshqozon yarasi nuqsonining kattaligiga qarab, kichik (diametri 0,5 sm gacha) va o‘rta (diametri 0,6-1,9 sm) bo‘lgan, katta (diametri 2,0-3,0 sm) va ulkan (diametri 3,0 sm dan yuqori) yaralar.

Tashxisda kasallikning kechish bosqichlari qayd etiladi: zo‘rayishi, bitishi, chandiq paydo bo‘lishi ("qizil" va "oq" chandiqning endoskopik tasdiqlangan bosqichi) va remissiya, shuningdek oshqozon va/yoki o‘n ikki barmoqli ichakning mavjud chandiq-yara ko‘rinishidagi deformatsiyasi. Tashxisni tariflashda YaKning asoratlari (shu jumladan anamnestik) mavjudligi ko‘rsatiladi: qon ketishi, teshilishi, penetratsiyasi, chandiq-yara stenoz, shuningdek, agar ular amalga oshirilgan bo‘lsa, jarrohlik aralashuvlarning xususiyati (<https://lex.uz/docs/6245011>).

- Milliy klinik protokol va standartlarda olingan nazologiyada spetsifik bo‘lgan tibbiy muolaja va/yoki jarrohlik amaliyoti usullari, yondashuvlari va muolajalarini yozib chiqing.

- kam invaziv va murakkab rekonstruktiv amaliyotlar (Oshqozon yara kasalligi qon ketish va teshilish asoratisiz);
- kam invaziv murakkab rekonstruktiv amaliyot (Subkompensatsiya va dekompensatsiya bosqichidagi pilorik kanal torayishlari bilan bo‘lgan bemorlarga talab etiladi).

2. Mazkur nozologiyada tanlangan tibbiy muolaja va/yoki jarrohlik amaliyotining qo‘llanilishi tartibi

- Muolajaning maqsadi. YaKni davolash keng qamrovli bo‘lishi kerak va nafaqat dori-darmonlarni tayinlashni, balki turli xil tadbirlarni ham o‘z ichiga olishi kerak: parhez ovqatlanish, chekishni va spirtli ichimliklarni suiste‘mol qilishni to‘xtatish, ulserogen ta‘siriga ega dorilarni iste‘mol qilishdan voz kechish, mehnat qilish va dam olishni normallashtirish, sanatoriya-kurortda davolanish.

Asoratsiz kechadigan YaK mavjud bo‘lgan bemorlar konservativ usulda davolanishi kerak. Ko‘pgina hollarda, u ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi. Ammo ifodalangan og‘riqli sindrom, asoratlarning yuqori xavfi (masalan, katta va ulkan yaralar), tashxisni tekshirish uchun qo‘shimcha tekshiruv zarurati (masalan, oshqozonning yara bilan shikastlanishining noaniq tabiatida), og‘ir hamroh kasalliklar mavjudligida bemorlarni kasalxonaga yotqizish maqsadga

muvofigidir (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).

- Muolajaga qarshi ko'rsatmalar. Muolaja o'tkazishga mutloq qarshi ko'rsatma mavjud emas. Ushbu muolaja davomida nojo'ya ta'sirlar rivojlanishi muolajaga qarshi ko'rsatma bo'lishi mumkin (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/>).

- Muolajaga ko'rsatmalar. Yara kasalligini mavjudligi.

- Muolaja yoki jarrohlik amaliyotini bajaradigan mutaxassisga qo'yiladigan talablar. Gastroenterologlar, terapevtlar, umumiy amaliyot shifokorlari, agar jarrohlik aralashuvi talab qilinadigan bo'lsa shifokor jarrohlari muolajani amalga oshiradi (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21567292/>).

- Asosiy va qo'shimcha diagnostika tadbirlari ro'yxati (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>).

Shikoyat va anamnez yig'ish

Anamnezda YaKgi, oilaviy anamnezda me'da xavfli o'smasi bo'lishi, NYaQV yoki GKS qabul qilish.

Og'riq bo'lishi – yara kasalligining asosiy belgisi. Og'riq simillovchi, bosuvchi bo'lib, xanjarsimon o'siq ostida, yoki chap qovurg'a ostida bo'ladi. Og'riq qizilo'ngach bo'ylab tarqalishi, ko'p miqdorda kekirish, jig'ildon qaynashi, yara kasalligi ko'pincha kardiyaning etishmovchiligi va me'da-qizilo'ngach reflyuksi bilan kuzatiladi. Og'riq o'ng elka, o'ng yoki chap qovurg'a ostiga tarqaladi, bu jarayonga o't yo'llari va me'da osti bezi qo'shilganidan darak beradi.

Og'riq xarakteri va joylashishi

- *Me'da yarasi* – erta og'riq; me'dani yuqori qismi yarasi (kardial qism), ovqatdan so'ng darrov boshlanishi, ko'pincha achchiq va/yoki issiq ovqatlardan keyin paydo bo'luvchi og'riqlar; agar yara me'da tanasi yoki tubida joylashsa (*mediogastral yaralar*) og'riq ovqatdan 20-30 daqiqadan so'ng bo'lib, kam hollarda tunda kuzatiladi.

- *Yara privratnik atrofida va 12 barmoqli ichakda bo'lsa* – kechki og'riqdar; agar yara 12 barmoqli ichakning piyozcha yoki me'daning antral qismida bo'lsa, nahorgi og'riqlar (och qoringa), tungi og'riqlar 1,5-2 soatdan so'ng ovqatdan keyin namoyon bo'luvchi (kechki og'riqlar). Og'riq ovqatdan keyin kamayadi. Kuchli og'riqlar yaraning privratnik kanalida joylashganida kuzatiladi, ovqatdan 40 daqiqa - 1 soatdan keyin paydo bo'ladi.

Laborator-instrumental tekshiruvlar

- a. Tashhisni tasdiqlash maqsadida - ЭGDS qilish.
- b. HP-infekuiyasini aniqlash uchun - ureaz testi.

c. Me'da shilliq qavatidan biopsiya olish va morfologik tekshiruvlar – atrofiya, displaziya yoki neoplaziyani tashhislash uchun (ko'rsatma bo'yicha).

d. Transendoskopik, topografik pH-metrik tekshiruvlar.

Rentgenologik tekshiruvda YaKning bevosita belgisi - shilliq qavat konturida yoki relefida "chuqurcha" va kasallikning bilvosita belgilari aniqlanadi (yaraga nisbatan qarama-qarshi tomonda oshqozon devoridagi "ishora barmog'i" shaklida mushak tolalarining mahalliy qirkulyar spazmi, shilliq qavat qatlamlarining "chuqurcha" ga konvergentsiyasi, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak ildizining chandiqli va yarali deformatsiyasi, och qoringa gipersekretsiyasi, gastroduodenal motorikaning buzilishi).

Hozirgi vaqtda YaKni tashxislash uchun rentgenologik tekshiruvi avvalgidek tez-tez ishlatilmaydi. U ba'zi bir sabablarga ko'ra (masalan, qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar mavjudligi) endoskopik tekshiruvni o'tkazish mumkin bo'lmagan hollarda, infiltrativ yarali saraton bilan differentsial tashxislash maqsadida oshqozon devorining peristaltikasini baholash zarur bo'lganda, oshqozondan evakuatsiya qilish xususiyatini baholash zarur bo'lganda qo'llaniladi.

Ushbu usul qorin bo'shlig'ida erkin gaz mavjudligini, fasod (yiring) hajmi va xususiyatini aniqlashga, patologik o'zgarishlarni lokalizatsiya qilishga, shu jumladan teshilish joyini aniqlashga imkon beradi.

Bemorning hayotini saqlab qolish va oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichakdagi teshilgan yarasini davolashda muvaffaqiyatning muhim mezonini jarrohlikdan oldingi davr - kasallik boshlangandan jarrohlikni amalga oshirish vaqtigacha bo'lgan vaqt. Uzoq muddatli diagnostik izlanish keyinchalik yomon prognoz bilan bemorning ahvoli yomonlashishiga olib kelishi mumkin. Faqat tibbiy muassasada KT bo'lmagan taqdirda yara teshilishini tashxislash uchun qorin bo'shlig'ining UTT va rentgenografiyasini o'tkazish mumkin. Shuni esda tutish kerakki, ushbu usullarning sezgirligi va o'ziga xosligi KT bilan taqqoslaganda pastroq va natija ko'p jihatdan ultratovushli tashhislash bo'yicha mutaxassisning malakasiga bog'liq.

- Muolajani o'tkazishga qo'yiladigan talablar. YaKni davolash keng qamrovli bo'lishi kerak va nafaqat dori-darmonlarni tayinlashni, balki turli xil tadbirlarni ham o'z ichiga olishi kerak: parhez ovqatlanish, chekishni va spirtli ichimliklarni suiste'mol qilishni to'xtatish, ultragen ta'siriga ega dorilarni iste'mol qilishdan voz kechish, mehnat qilish va dam olishni normalashtirish, sanatoriya-kurortda davolanish

[\(https://www.researchgate.net/publication/271600068_Nutritional_care_in_peptic_ulcerhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/\)](https://www.researchgate.net/publication/271600068_Nutritional_care_in_peptic_ulcerhttps://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6140150/).

- Bemorni tayyorlashga qo'yiladigan talablar. Bemorlarni muolajaga tayyorlash uchun maxsus talablar yo'q
(https://www.researchgate.net/publication/271600068_Nutritional_care_in_peptic_ulcer).
- Muolaja samaradorligi ko'rsatkichlari (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25521728/>).
 - o Kasallik belgilari bo'lmasa – hayot sifati yaxshilanadi.
 - o Yara defektini chandiqlanishi (ƏGDSda isbotlanishi).
 - o HP-infektsiyasini yo'qligi.
 - o pH-metrik ko'rsatkichlar yaxshilanadi

**KATTALARDA “YaRA KASALLIGI”
NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifr(lar):

Oshqozon yarasi (K25)

K25.0	O‘tkir, qon ketish bilan
K25.1	O‘tkir, teshilish bilan
K25.2	O‘tkir, qon ketish va teshilish bilan
K25.3	O‘tkir, qon ketish va teshilishsiz
K25.4	Qon ketishi bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.5	Teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.6	Qon ketish va teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K25.7	Qon ketish va teshilishsiz surunkali
K25.9	Qon ketish va teshilishsiz surunkali yoki o‘tkir aniqlanmagan
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10145

O‘n ikki barmoqli ichak yarasi (K26)

K26.0	O‘tkir, qon ketish bilan
K26.1	O‘tkir, teshilish bilan
K26.2	O‘tkir, qon ketish va teshilish bilan
K26.3	O‘tkir, qon ketish va teshilishsiz
K26.4	Qon ketishi bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K26.5	Teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan

K26.6	Qon ketish va teshilish bilan surunkali yoki aniqlanmagan
K26.7	Qon ketish va teshilishsiz surunkali
K26.9	Qon ketish va teshilishsiz surunkali yoki o‘tkir aniqlanmagan
Yuklab olish (HKK (MKB)dan havola)	https://mkb-10.com/index.php?pid=10146

XKT -11 shifrlari:

DA60	Oshqozon yara kasalligi
DA60.0	Oshqozon eroziyasi
DA60.1	Helicobacter pylori-bilan bog‘liq oshqozon yarasi
DA60.2	Helicobacter pylori- bilan bog‘liq va dori – darmon bilan keltirib chiqarilgan oshqozon yarasi
DA60.3	Stressdan keyingi oshqozon yarasi
DA60.4	Eozinofilli oshqozon yarasi
DA60.5	Limfotsitar oshqozon yarasi
DA60.6	Tashqi ta’sirlar natijasida kelib chiqqan oshqozon yarasi
DA60.7	Infeksion ikkilamchi oshqozon yarasi
DA60.Y	Boshqa aniqlangan oshqozon yarasi
DA60.Z	Aniqlanmagan oshqozon yarasi
DA61	Aniqlanmagan lokalizatsiyali peptik yara
DA62	Anastomoz yarasi
DA63	O‘n ikki barmoqli ichak yarasi
Хавола	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#553678663

1. Asosiy qism

- **Kirish qismi.** Yara kasalligi dolzarbligini inobatga olib dalillarga asoslangan ma’lumotlar va tavsiyalarni tibbiyot xodimlariga taqdim etish, kasallikni erta tashxislash, oldini olish va davolash bo‘yicha yagona yondashuv tizimini tashkil etish va tadbiriq etish. Ushbu protokolni ishlab chiqish uchun Butunjahon gastroenterologlar tashkiloti (WGO), Amerika gastroenterologlari uyushmasi

(AGA), Rossiya gastroenterologlar uyushmasi (RGA), Rossiya kolorektal jarrohlarning jamiyati (ROKX) klinik ko'rsatmalari asos qilib olindi.

Yara kasalligi mavjud bo'lgan bemorlarga yordam ko'rsatadigan mutaxassislar uchun mo'ljallangan ushbu bayonnomada hozirgi kunga kelib mavjud bo'lgan klinik dalillar, tegishli amaliyot vaqtlari, shuningdek ekspert xulosalari keltirilgan.

- **Profilaktika va reabilitatsiyaning umumiy ta'rifi.**

Profilaktika - bu hodisaning oldini olishga va/yoki xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlar majmui. Profilaktik sog'liqni saqlash (profilaktik tibbiyot yoki profilaktika) kasalliklarni davolashdan farqli o'laroq, kasalliklarning rivojlanishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini nazarda tutadi. Salomatlik turli jismoniy va ruhiy holatlarni qamrab olganidek, kasallik va nogironlikka atrof-muhit omillari, genetik moyillik, patogenlar va turmush tarzi ta'sir qiladi. Kasallikning oldini olish birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika choralari sifatida tasniflanishi mumkin bo'lgan faoliyatga asoslanadi.

Reabilitatsiya deganda insonning funktsionalligini tiklash va kasallangan shaxslarning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda nogironlik darajasini kamaytirishga qaratilgan «chora-tadbirlar majmui tushuniladi».

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

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

- **Profilaktika turlari**

Salomatlik holatiga yoki patologiya og'irligiga qarab, profilaktikaning uch turi ko'rib chiqiladi:

- birlamchi;
- ikkilamchi;
- uchlamchi.

Birlamchi profilaktika omlashni, oqilona kun tartibi va dam olishni, muntazam raqional ovqatlanishni va jismoniy faollikni o'z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktika ma'lum sharoitlarda kasallikning qaytalanishiga olib keladigan xavf omillarini oldini olishni o'z ichiga oladi.

Uchinchi darajali profilaktika to'liq hayot kechirish imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmui sifatida qaraladi.

Reabilitatsiya bosqichlari:

1-bosqich. Davolash va reabilitatsiya. Bu kasallik yoki shikastlanishning o'tkir davrida amalga oshiriladi.

2-bosqich. Erta stasionar tibbiy reabilitatsiya. Kasallikning o'tkir va erda tiklanish davrida yoki erda tibbiy reabilitatsiyaning stasionar bo'limlarida o'tkaziladi.

3-bosqich. Ambulator. U reabilitatsiya muassasalarida, sog'liqni saqlash tashkilotlarining ixtisoslashtirilgan bo'limlarida va ambulatoriyalarda amalga oshiriladi.

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

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

- **Ommaviy profilaktika va individual profilaktika tadbirlarini o'tkazish tamoyillari**

Birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktikadan tashqari, kasalliklarning individual va ijtimoiy profilaktikasi ham mavjud:

Individual profilaktika - kasallikning oldini olish, salomatlikni saqlash va mustahkamlash bo'yicha chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi, ular insonning o'zi tomonidan amalga oshiriladi va amalda sog'lom turmush tarzi standartlariga, shaxsiy gigienaga, raqional ovqatlanishga va oqilona mehnat va dam olish rejimiga, faol jismoniy tarbiyaga rioya qilish bilan bog'liq.

Jamoat profilaktikasi - bu fuqarolarning jismoniy va ma'naviy kuchlarini har tomonlama rivojlantirishni ta'minlash, omillarni bartaraf etish maqsadida davlat muassasalari va jamoat tashkilotlari tomonidan tizimli ravishda amalga oshiriladigan ijtimoiy, ma'rifiy, sanitariya-gigiena, epidemiyaga qarshi va davolash tadbirlari, aholi salomatligiga ijobiy ta'sir ko'rsatadi.

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

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

2.1. Profilaktika usullari

- **Profilaktika maqsadi.** Yara kasalligining rivojlanishida *N. pylori* infeksiyasining etakchi rolini tasdiqlash eradikasiya terapiyasini ushbu kasalligi profilaktikasining asosiy usuliga aylantirdi.

Eradiikasiya terapiyasi *N. pylori* infeksiyasi mavjud bo'lgan barcha bemorlarga qo'llashga qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa YaK va uning kuchayishini oldini olish uchun tavsiya etiladi [56].

- **Birlamchi profilaktika.** YaK xavf omillariga ta'sir – NYaQV va GKS lar qabul qilish, chekish, alkogol iste'mol qilishni bartaraf etish (OP da OSh tomonidan amalga oshiriladi).

- **Skrining.** Skrining ЭGDS qilish orqali amalga oshirilishi mumkin.

- **Ikkilamchi profilaktika.** Ikkilamchi profilaktika - YaK bilan og'rikan bemorlarni o'qitish, bemorga mos parhez tanlash (mumkin bo'lmagan mahsulotlarni to'xtatish yoki cheklash), mehnat va dam olishni tartiblash, NYaQV va GKSlar qabul qilmaslik, alkogol va chekishni to'xtatish.

- **Uchlamchi profilaktika.** Uchinchi darajali profilaktika – YaK bilan og'rikan bemorlarning asoratlarini reabilitatsiya qilish.

2.2. Reabilitatsiya usullari va muolajalari

5S	Remissiya bosqichida oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichak YaK bo‘lgan bemorlar uchun uni saqlab qolish uchun bemor iqlim zonasidagi sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurortda davolash usulidan foydalanish tavsiya etiladi [5].
----	---

Yara kasalligi mavjud bo‘lgan bemorlarga kasallikning kuchayish pasaygandan keyin 2-3 oy o‘tgach, 14-21 kun davomida sanatoriya - kurortda davolanish tavsiya etiladi.

Sanatoriya-kurortda davolanish Doroxovo, Essentuki, Jelesnovodsk va boshqa sanatoriylarda o‘tkaziladi va loy va torf bilan davolash, ignabargli-dengiz hammomlari, gidroksidli mineral suvlarni ichishni o‘z ichiga oladi [5].

- YaKda zararlangan organ yoki tizimning buzilgan funktsiyalarini to‘liq va/yoki qisman tiklash va/yoki yo‘qolgan funktsiyalarini qoplash.

Profilaktika - bu hodisaning oldini olishga va/yoki xavf omillarini bartaraf etishga qaratilgan kompleks chora-tadbirlar majmui. Profilaktik sog‘liqni saqlash (profilaktik tibbiyot yoki profilaktika) kasalliklarni davolashdan farqli o‘laroq, kasalliklarning rivojlanishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlar majmuini nazarda tutadi. Salomatlik turli jismoniy va ruhiy holatlarni qamrab olganidek, kasallik va nogironlikka atrof-muhit omillari, genetik moyillik, patogenlar va turmush tarzi ta’sir qiladi. Kasallikning oldini olish birlamchi, ikkilamchi va uchlamchi profilaktika choralari sifatida tasniflanishi mumkin bo‘lgan faoliyatga asoslanadi.

Reabilitatsiya deganda insonning funktsionalligini tiklash va kasallangan shaxslarning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda nogironlik darajasini kamaytirishga qaratilgan «chora-tadbirlar majmui tushuniladi».

(<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. Profilaktika yoki reabilitatsiyaning turlari:

Salomatlik holatiga yoki patologiya og‘irligiga qarab, profilaktikaning uch turi ko‘rib chiqiladi:

- birlamchi;
- ikkilamchi;
- uchlamchi.

Birlamchi profilaktika emlashni, oqilona kun tartibi va dam olishni, muntazam raqional ovqatlanishni va jismoniy faollikni o‘z ichiga oladi.

Ikkilamchi profilaktika ma'lum sharoitlarda kasallikning qaytalanishiga olib keladigan xavf omillarini oldini olishni o'z ichiga oladi.

Uchinchi darajali profilaktika to'liq hayot kechirish imkoniyatini yo'qotgan bemorlarni reabilitatsiya qilish bo'yicha chora-tadbirlar majmui sifatida qaraladi.

Reabilitatsiya bosqichlari:

1-bosqich. Davolash va reabilitatsiya. Bu kasallik yoki shikastlanishning o'tkir davrida amalga oshiriladi.

2-bosqich. Erta stacionar tibbiy reabilitatsiya. Kasallikning o'tkir va erda tiklanish davrida yoki erda tibbiy reabilitatsiyaning stacionar bo'limlarida o'tkaziladi.

3-bosqich. Ambulator. U reabilitatsiya muassasalarida, sog'liqni saqlash tashkilotlarining ixtisoslashtirilgan bo'limlarida va ambulatoriyalarda amalga oshiriladi.

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

2.4. Ommaviy profilaktika va individual profilaktika tadbirlarini o'tkazish tamoyillari:

Birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali profilaktikadan tashqari, kasalliklarning individual va ijtimoiy profilaktikasi ham mavjud:

Individual profilaktika - kasallikning oldini olish, salomatlikni saqlash va mustahkamlash bo'yicha chora-tadbirlarni o'z ichiga oladi, ular insonning o'zi tomonidan amalga oshiriladi va amalda sog'lom turmush tarzi standartlariga, shaxsiy gigienaga, raqional ovqatlanishga va oqilona mehnat va dam olish rejimiga, faol jismoniy tarbiyaga rioya qilish bilan bog'liq. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>).

2.5. Yara kasalligida reabilitatsiya o'tkazish natijasida hayot sifatini yaxshilash:

- Jarrohlikdan keyingi jarohatni ishlov berish va jarrohlik davosidan keyin bemorlarni parvarishlash.
- Bemorga mos parhez tanlash (mumkin bo'lmagan mahsulotlarni to'xtatish yoki cheklash)
- Mehnat va dam olishni tartiblash, jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish.
- NYaQV va GKSlar qabul qilmaslik.
- Alkogol va chekishni to'xtatish.
- Sanator-kurort davo.

2.6. Yara kasalligida reabilitatsiya o'tkazish natijasida bemorning mehnat qobiliyatini saqlash:

- Me'da yara kasalligi bor bemorlarni dispanserizatsiyaga olish.
- Me'da yarasi bitgandan so'ng, qayta EFGDS 3 va 6 oydan keyin qilinadi. Faqat yara belgilari bo'lsa EFGDS qilinishi lozim. Shu maqsadda KTMP ga jo'natiladi.
- Me'da shilliq qavatida atrofiya bo'lsa, xavfli o'smalarni oldini olish holatlarini erda

tashhislash uchun qayta ЭГДС biopsiya bilan olinishi kerak, 2-3 yilda 1 marta olinadi. Shu maqsadda KTMP mutaxassisiga jo'natiladi.

2.7. Yara kasalligida reabilitauiya o'tkazish natijasida bemorning jamiyatga ijtimoiy integruiyasi.

Jamoat profilaktikasi - bu fuqarolarning jismoniy va ma'naviy kuchlarini har tomonlama rivojlantirishni ta'minlash, omillarni bartaraf etish maqsadida davlat muassasalari va jamoat tashkilotlari tomonidan tizimli ravishda amalga oshiriladigan ijtimoiy, ma'rifiy, sanitariya-gigiena, epidemiyaga qarshi va davolash tadbirlari, aholi salomatligiga zararli ta'sir ko'rsatadi.

3. Uch turdagi profilaktika yoki reabilitauiyani o'tkazishga ko'rsatmalar.

3.1. Profilaktika turlarini o'tkazishni aniqlash mezonlari

- anamnezda YaK bo'lishi;
- oilaviy anamnezda me'da xavfli o'smasi bo'lishi;
- yosh >65 let;
- erkak kishi;
- NYaQV, glyukokortikosteroidlar qabul qilish;
- chekish;
- alkogol ichish

3.2. Reabilitauiya muolajalarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari

- Jarrohlikdan keyingi jarohatni ishlov berish va jarrohlik davosidan keyin bemorlarni parvarishlash.
- Bemorga mos parhez tanlash (mumkin bo'lmagan mahsulotlarni to'xtatish yoki cheklash)
- Mehnat va dam olishni tartibga solish, jismoniy tarbiya bilan shug'ullanish.
- NYaQV va GKSlar qabul qilmaslik.
- Alkogol va chekishni to'xtatish.
- Sanator-kurort davo.

4. Reabilitauiya bosqichlari va hajmlari

Reabilitauiya choralari operaiyadan so'ng darhol kasalxonada boshlash va uni kasalxonaga yotqizish davomida olib borish tavsiya etiladi (reabilitauiyaning birinchi bosqichi). Kasalxonadan chiqarilgandan so'ng, agar kerak bo'lsa, reabilitauiya bo'limlarida (agar iloji bo'lsa) reabilitauiya davolashni davom ettirish (reabilitauiyaning ikkinchi bosqichi) va kunduzgi shifoxonaning tibbiy reabilitauiya bo'limlarida, sanatoriy, ambulator tibbiy muassasalarda yoki uyda (reabilitauiyaning uchinchi bosqichi) reabilitauiyani tugatish. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5).

5. Tibbiy profilaktika yoki reabilitauiya darajasini ko'rsatgan xolda tashxislash tadbirlari

- Tashhisni tasdiqlash maqsadida -ЭГДС qilish.
- HP infekuiyasini aniqlash uchun- ureaza nafas testi.

- Morfologik tekshiruvlar – atrofiya, displaziya yoki neoplaziyani tashhishlash uchun.
- Me'da shilliq qavatidan biopsiya olish.

6. Darajasi ko'rsatilgan xolda tibbiy profilaktika yoki reabilitatsiyaning taktikasi:

- Me'da yara kasalligi bor bemorlarni dispanserizatsiyaga olish.
- Me'da yarasi bitgandan so'ng, qayta ЭGDS 3 va 6 oydan keyin qilinadi. Faqat yara belgilari bo'lsa ЭGDS qilinishi lozim. Shu maqsadda KTMP ga jo'natiladi.
- Me'da shilliq qavatida atrofiya bo'lsa, xavfli o'smalarni oldini olish holatlarini эрта tashhishlash uchun qayta ЭGDS biopsiya bilan olinishi kerak, 2-3 yilda 1 marta olinadi. Shu maqsadda KTMP mutaxassisiga jo'natiladi.

7. Profilaktika yoki reabilitatsiya tadbirlarining samaradorlik ko'rsatkichlari

- Kasallik belgilari bo'lmasa – hayot sifati yaxshilanadi.
- Yara defektini chandiqlanishi (ЭGDSda isbotlanishi).
- HP-infektsiyasini yo'qligi.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati

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. *Vasilenko V.X., Grebenev A.L., Sheptulin A.A.* Yazvennaya bolezni. M: Meditsina, 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. Zaboлева most vsego naseleniya Rossii v 2006 g. Statisticheskie materialy Minzdrava Rossii. M., 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. Zabolevaemost vsego naseleniya Rossii v 2018 g. Statisticheskie materialy Minzdrava Rossii. M., 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. *Ivashkin V.T., Sheptulin A.A.* Bolezni piщevoda, jeludka i kishechnika. M.: MEDpress-inform, 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)
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 N.* 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. *Ivashkin V.T., Maev I.V., Lapina T.L., Sheptulin A.A.* Rekomendacii Rossiyskoy Gastroenterologicheskoy Assotsiacii po diagnostike i lecheniyu infekcii *Helicobacter pylori* u vzoslykh. *Russ jurn gastroenterol gepatol koloproktol.* 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. Evseev M.A., Klishin I.M. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. *Russ J Gastroenterol Hepatol Coloproctol.* 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.rf/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/jazvenye-gastroduodenalnye-krovotечeniya.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.rf/stranica-pravlenija/unkr/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/jazvenye-gastroduodenalnye-krovotечeniya.html> (In Russ.)] (https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotечeniya.PDF).
40. Прободная язва у взрослых. Клинические рекомендации Российского общества хирургов. *MZ RF,* 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, Zaycev O.V., Kochukov V.P. i dr. Хирургия осложненной язвенной

- bolezni. Voronej: Prospekt, 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/>)
 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/>)
 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/>)
 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/>)
 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/>)
 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/>)
 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/>)
52. *Soreide K., Thorsen K., Harrison E.M.* Perforated peptic ulcer. *Lancet*. 2015;386(1000):1288–98. (<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/>)
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/>)
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/>)
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. *Maev I.V., Samsonov A.A.* Yazvennaya bolezn dvenadcatiperstnoy kishki: razlichnye podkhody k sovremennoy konservativnoy terapii. *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. *Burkov S.G.* Zabolevaniya organov pishhevareniya u beremennykh. M.: KRON-Press, 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/>)