

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АКАДЕМИК В.ВАХИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН
ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ҚИЗИЛЎНГАЧ АХАЛАЗИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025

«ҚИЗИЛЎНГАЧ АХАЛАЗИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ

ТОШКЕНТ 2025

1. Кириш қисми

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

ХКТ 10	ХКТ 10	Номи
K22.0	DA21.0	Қизилўнғач ахалазияси

2) **Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 30 май 2025 йил, режалаштирилган қайта кўриб чиқиш санаси: 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Такдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса: “Академик В.Воҳидов номидаги ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази” ДМ.

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар гуруҳи (Ф.И.Ш., иш жойи, унвони / лавозими):

Ишчи гуруҳ раҳбари	Исмоилов Саидмурод Ибрагимович “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор
Масъулиятли ижрочилар Ишчи гуруҳ раҳбари	Низомхўжаев Зайниддин Махаматович “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлими раҳбари, тиббиёт фанлари доктори, профессор.
	Лигай Руслан Ефимович “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси бош шифокори, қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлими бош илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори.
	Омонов Расулжон Раҳмонович “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлими мудири, тиббиёт фанлари номзоди.
	Абдукаримов Абдурашид Дилшод ўғли “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлими жарроҳи.
	Авалбаев Жаҳонгир Махмуд ўғли “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси қизилўнғач ва ошқозон хирургияси бўлими жарроҳи.

Такризчилар:

Такризчилар:	Попов Арсен Юрьевич Профессор С.В. Очаповский номидаги 1-сонли вилоят клиник шифохонаси илмий-тадқиқот институти клиникаси 1-хирургия бўлим мудири, т.ф.н.
	Хакимов Мурод Шавкатович Тошкент тиббиёт академияси факултет ва госпитал хирургия кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Муҳокамалар қачон ўтказилган (тиббиёт муассасалари Илмий кенгашлари муҳокамаси баённомасидан кўчирмаларнинг санаси ва сони); “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” давлат муассасаси Илмий кенгашининг 2025-йил 15-мартдаги 3-сон баённомасидан кўчирма. Илмий кенгаш раиси

-т.ф.д. профессор, С.И. Исмоилов

Техник эксперт баҳолаш ва тахрирлаш:

1. 1-сонли Гепатобилиарной хирургия ва жигар трансплантацияси бўлими рахбари, ЎЗР Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош жаррохи т.ф.д., профессор - Акбаров Миршавкат Миралимович.

2. Катталар кардиохирургияси бўлими рахбари т.ф.д., профессор – Алиев Шерзод Махмудович.

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

Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги ҳузуридаги Мувофиқлаштирувчи кенгаш мажлиси баённомасидан кўчирма (кун, №)

Протоколдан фойдаланувчилар:

- соғлиқни сақлаш ташкилотчилари,
- умумий амалиёт шифокорлари,
- оилавий шифокорлар,
- гастроэнтерологлар,
- жарроҳлар,
- неврологлар,

- радиологлар.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси: катталар ва болалар.

Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи – шарҳлари келтирилади.

ТАВСИЯЛАР СИНФЛАРИНИ БАҲОЛАШ ШКАЛАСИ

Синф	ТАЪРИФИ	ТАЛҚИНИ
I	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашув усуллари фойдали ва самарали эканлиги исботланган ёки умумий қабул қилинган ВА потенциал фойда потенциал хавфдан аниқ ва сезиларли даражада устундир.	Тавсия этилган
II	Муайян даволаш / тест / муолажа / аралашувнинг фойда / самарадорлигига зид маълумотлар ва/ёки фикрлаш тафовути ЁКИ фойда/хавф мувозанатига оид ноаниқлик.	Мақсадга мувофиқ
IIa	Аксарият маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлигини кўрсатади.	
IIb	Маълумотлар/фикрлар фойдаси/самарадорлиги ҳақида унча аниқ ишонарли эмас.	Ўта эҳтиёткорлик билан

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

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

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар церийаси тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

Мундарижа

<u>«ҚИЗИЛЎНГАЧ АХАЛАЗИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ</u>	5
«ҚИЗИЛЎНГАЧ АХАЛАЗИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	36
«ҚИЗИЛЎНГАЧ АХАЛАЗИЯСИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ	44

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:

ҚА	Қизилўнгач ахалазияси
ГЭР	Гастро-эзофагеал рефлюкс
ЮАҚМ	Юқори аниқликдаги қизилўнгач манометрияси
ПҚС	Пастки қизилўнгач сфинктери
ООЭМ	Оғиз орқали эндоскопик миотомия
ДИД	Далилларнинг исботланганлик даражаси
УТТ	Ультратовуш текшируви
ТИД	Тавсияларнинг ишонарлилик даражаси
ЭГДС	Эзофагогастродуоденоскопия
ЭКГ	электрокардиография
IRP	integrated relaxation pressure (қизилўнгачни пастки сфинктерини бўшаши жами босими)

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

2.1 Кириш

Қизилўнгач ахалазияси қизилўнгачнинг нерв-мушак касалликларидан бири бўлиб, пастки қизилўнгач сфинктери бўшашининг бузилиши ва кўкрак қисмининг перисталтикасидаги нуқсонлар билан намоён бўлади. Этиологияси номаълумлигича қолмоқда.

Касалликнинг ривожланиши учун учта асосий фараз кўриб чиқилади: генетик, юқумли ва аутоиммун. Касалликнинг клиник кўриниши қаттиқ ва суяқ овқатни қизилўнгач орқали ўтказишда қийинчилик, баъзи ҳолларда кўкрак қафасидаги оғриқлар, оғир ҳолатларда ёътал ва вазн йўқотишдан иборат. Дифференциал диагностика: юрак-қизилўнгач саратони, пептик стриктура, қизилўнгачнинг мембраналари ва ҳалқалари, анорексия нервоза ва кўкрак қафасидаги оғриқлар мавжудлигида юрҚАнинг ишемик касаллиги билан амалга оширилади. Контрастли рентген текшируви қизилўнгачнинг кенгайиши ва деформатсиясини, пастки қизилўнгач сфинктери соҳасида конус шаклидаги торайишни, қизилўнгачда контрастли массани ушлаб туришни ва ошқозонда газ пуфакчасининг йўқлигини аниқлайди.

Эндоскопия қизилўнгач бўшлиғининг кенгайиши ва оғишини, ундаги озик-овқат қолдиқлари, суяқлик ва шилимшиқ мавжудлигини, ҳаво киритиш пайтида кардиянинг бир текис очилишини ва эндоскопни ошқозонга ўтказиш имкониятини аниқлайди. Ахалазияга шубҳа қилинган беморларни текшириш учун "олтин стандарт" манометрия ҳисобланади.

Маҳаллий адабиётда биринчи марта клиник тавсиялар замонавий Чикаго таснифидан фойдаланган ҳолда юқори аниқликдаги қизилўнгач манометриясидан фойдаланган ҳолда ахалазия кардиясини ташхислашнинг сўнгги ёндашувларини тақдим этади. Ушбу тасниф ахалазия кардиясининг уч турини аниқлайди ва уни қўллаш даволаш натижалари прогнозининг аниқлигини сезиларли даражада ошириши мумкин.

Клиник тавсиялар кардия ахалазия ва кардиоспазмни (консерватив, эндоскопик, жарроҳлик) даволашнинг барча мавжуд усулларининг батафсил тавсифини ўз ичига олади, улар қизилўнгач орқали овқатнинг ўтишини яхшилаш учун юрҚАни кенгайтириш ва унинг оҳангини камайтиришга қаратилган. бирлашма.

Ўз вақтида ташхис қўйиш ва даволаш билан касалликнинг прогнози қулай; пневмокардиодилатсиядан кейин 10 йил ичида ремиссия даражаси 75-90% ни ташкил қилади. Бироқ, қизилўнгач саратони ривожланиш хавфи туфайли беморлар доимий амбулатория назоратини талаб қилади (кузатишларнинг 3-8%).

2.2. Умумий таърифи:

Қизилўнгач ахалазияси (achalasia cardia) - қизилўнгачнинг нерв-мушак касаллиги, номаълум этиологияси, ютиш пайтида юрак тешигининг рефлюксли очилишининг бузилиши, қизилўнгачнинг қувурли қисми оҳангининг прогрессив пасайиши, перисталтика ва дисфагиянинг бузилиши билан тавсифланади. Ахалазия кардиа патогенези мушаклараро нерв (Ауербач) плексусининг нейронларининг босқичма-босқич дегенерациясига асосланади, эҳтимол унинг туғма этишмовчилиги ёки қизилўнгач деворида локализатсия қилинган инфекция билан боғлиқ.

2.3. Клиник таснифи:

Жаҳон амалиётида қизилўнгач ахалазиясининг 20 га яқин турли таснифи маълум. Биз фақат энг кенг тарқалганини тақдим этамиз [9].

I. Касалликнинг этиологиясига кўра

- Бирламчи қизилўнгач ахалазияси (идиопатик);
- Иккиламчи қизилўнгач ахалазияси (симптоматик).

II. Радиологик белгиларга кўра таснифи

1 тип: дистал қизилўнгачнинг мўтадил торайиши аниқланади, айлана мушаклари бир вақтнинг ўзида гипертрофия ва дистрофия ҳолатида бўлади. Овал ёки цилиндрсимон шаклдаги ўртача зўравонликдаги қизилўнгачнинг кенгайиши мавжуд. Барча ҳолатларнинг тахминан 60% да учрайди.

2 тип: қизилўнгачнинг дистал сегменти сезиларли даражада торайган, мушак қавати атрофик, бириктирувчи тўқима қатламлари мавжуд. Қизилўнгачнинг бу соҳаси устида аниқ кенгайиш мавжуд. Органнинг ўзи S шаклини олади.

Биринчи турдаги қизилўнгач ахалазияси иккинчисига ўтишга қодир, улар орасида оралиқ шакллар мавжуд бўлиши мумкин.

III. Б.В. Петровский таснифи (1962) - кўпинча клиник амалиётда қўлланилади (рентген ва эндоскопик тадқиқотлар маълумотлари асосида):

I (бошланғич) - қизилўнгач кенгаймаган, юрҚАни очиш рефлекси сақланиб қолган, қизилўнгач ҳаракатчанлиги кучайган ва дискоординатсияланган;

II босқич - кардия очилиш рефлекси йўқ, қизилўнгачнинг 4-5 см гача энгил кенгайиши мавжуд;

III босқич - кардия мушак қатламларида ўзгаришлар, қизилўнгачнинг 6-8 см гача супрастенотик кенгайиши, ундаги суюқлик ва озиқ-овқатнинг сақланиши, қўзғатувчи ҳаракатнинг етишмаслиги;

IV босқич - қизилўнгачнинг аниқ кенгайиши билан кардиянинг аниқ стенози, кўпинча С шаклидаги ва эзофагит, периезофагит, фиброз медиастинит.

IV. Кўкрак қафаси қизилўнгач ва қизилўнгач пастки сфинктерининг мотор бузилишларининг турига қараб қизилўнгач ахалазиясининг таснифи (манометрик тасниф).

Қизилўнгачнинг ҳаракатчанлиги бузилишининг Чикаго таснифига кўра, 4-қайта [82], ахалазия билан оғриган беморларда қизилўнгачнинг силлиқ мушакларидаги перисталтиканинг бузилиши учта асосий тур билан ифодаланиши мумкин (1-жадвал).

➤ **Ахалазия* I тури:** торакал қизилўнгачда қисқаришларнинг тўлиқ йўқлиги, интраболус босими ошмайди;

➤ **Ахалазия* II тури:** қизилўнгач деворларининг оҳангини сақлаб қолиш билан бирга перисталтик қисқаришларнинг йўқлиги, ютиш актларининг камида 20 фоизида интраболус босимининг умумий ошишига олиб келади;

➤ **Ахалазия* III тури:** ютиш актларининг камида 20% қизилўнгач силлиқ мушакларининг спазматик перисталтик бўлмаган қисқариши.

Шуни таъкидлаш керакки, бу ҳолда "ахалазия" атамаси "қизилўнгачнинг юрак қисмининг ахалазияси" нозологик шаклини эмас, балки қизилўнгачнинг мотор функциясининг бузилиши шаклини акс эттиради (МКБ коди K22.0).

Жадвал 1. Тўртинчи қайта кўриб чиқишнинг Чикаго таснифига кўра ахалазия турлари [82]

Ахалазия тури	ПҚСнинг умумий босимининг ошиши ИРП >15 mm Hg	Қизилўнгачнинг торакал қисмини мотор функцияси	Қўшимча мезонлар
I	Ҳа	Контрактилликнинг йўқлиги	Йўқ
II	Ҳа	Перисталтиканинг йўқлиги, қизилўнгач деворларининг тонуси сақланади	Бўшлиқ босимининг умумий ошиши
III	Ҳа	Перисталтиканинг йўқлиги, спазмодик каслмалар	Йўқ

3. КАСАЛЛИК ЁКИ БАҲОЛАШ ДИАГНОЗИ (КАСАЛЛИКЛАР ГУРУҲИ ЁКИ ШАРТЛАР), ТИББИЙ КЎРСАТМАЛАР ВА ДИАГНОСТИК УСУЛЛАРНИ ҚЎЛЛАНИШГА ҚАРШИ КЎРСАТМАЛАР.

3.1 Касаллик ёки шартни ташлаш мезонлари

Ташхис анамнез, клиник кўриниш, типик радиологик ва эндоскопик ўзгаришлар комбинатсияси асосида эзофагоманометрия маълумотларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади

- Қизилўнгач ахалазиясининг асосий клиник белгилари узок тарихга эга бўлган доимий дисфагия, ҳазм бўлмаган овқатнинг регургитатсияси ва вазн йўқотишдир.
- Қизилўнгач ахалазиясининг характерли рентгенологик белгилари - ҚПС соҳасидаги конус шаклидаги торайиш ("сичқончанинг думи" ёки "қуш тумшуғи"), қизилўнгачнинг кенгайиши, ошқозонда газ пуфакчасининг йўқлиги, секинроқ эвакуатсия қилиниши. қизилўнгачдан ошқозонга контраст агенти.
- Касалликнинг дастлабки босқичларида ахалазия кардианинг эндоскопик белгилари носпетсификдир, илғор босқичларда эндоскопия қизилўнгач бўшлиғининг кенгайиши ва оғишини, ундаги озиқ-овқат қолдиқлари, суюқлик ва шилимшиқ мавжудлигини аниқлайди. Кардия маҳкам ёпилган ва ҳаво киритиш пайтида қийинчилик билан очилади.
- Қизилўнгач ахалазиясининг манометрик белгилари ҚПСнинг умумий босимининг 15 мм Ҳг дан ортиқ ошиши ҳисобланади. Арт. ва торакал қизилўнгачда нормал перисталтик қисқаришларнинг йўқлиги.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг исботланганлик даражаси — V).

Шикоятлар ва анамнез

Тавсия этилган қизилўнгач ахалазияси билан оғриган беморларни текширишнинг муҳим қисми бўлган ва даволаш тактикасини танлашга таъсир қилиши мумкин бўлган омилларни аниқлаш учун шикоятлар ва бемор тарихини диққат билан тўплаш [10].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг исботланганлик даражаси — III).

Изоҳлар:

Қизилўнгач ахалазиясининг энг кўп учрайдиган аломатлари дисфагия (>90%), ҳазм бўлмаган овқатнинг регургитатсияси (76-91%), нафас олишнинг асоратлари (тунги ёътал - 30% ва аспирация - 8%), кўкрак қафасидаги оғриқ (25-64%), юрак уриши. (18-52%) ва вазн йўқотиш (35-91%) [1]. Кўкрак қафасидаги оғриқлар асосан қизилўнгач ахалазияси III типли беморларда учрайди ва, масалан, дисфагия ёки регургитатсия билан солиштирганда, консерватив давога камроқ жавоб беради. [1].

Маълумки, жиғилдон қайнаши гастроэзофагиал рефлюкс касаллиги (ГЭРК) нинг асосий белгиси бўлиб, қизилўнғач шиллиқ қаватининг хлорид кислотаси билан яллиғлантириш хусусияти туфайли юзага келади, бу эса рефлюкс пайтида қизилўнғач шиллиқ қаватига тушади. АК билан оғриган беморларда жиғилдон қайнаши қизилўнғачнинг шиллиқ қавати кислотали озиқ-овқат таркибининг тўпланиши, шунингдек, озиқ-овқат массаларининг ферментацияси натижасида лактат ҳосил бўлиши мумкин.

Бирок, АК белгилари ўзига хос эмас, бу касалликнинг кеч ташхисига олиб келади (биринчи клиник кўринишлар бошланганидан бошлаб 5 йилгача кечикиш билан) [15].

3.2 Объектив кўрик

Тавсия этилади: АКга шубҳа қилинган барча беморлар овқатланиш ҳолатини мажбурий баҳолаш билан объектив текширувдан ўтадилар (текшириш, перкуссия, палпация, нафас олиш ва қорин бўшлиғи аъзоларини аускултация қилиш).

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси — С (далилларнинг ишончлилиги даражаси).

Изохлар. Объектив текширув вақтида нафақат АК нинг турли клиник кўринишларига, жумладан, озиқланиш етишмовчилигига, балки касалликнинг асоратлари, биринчи навбатда, нафас олиш тизимидан (аспирация натижасида) мавжудлигига эътибор бериш керак).

3.3 Лаборатория диагностикаси

Тавсия этилади: батафсил клиник ва биокимёвий қон анализларини ва клиник сийдик таҳлилини ўтказиш.

Тавсияларнинг ишончли даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – IV).

Изохлар. Барча беморлар клиник қон текширувидан ўтадилар; биокимёвий қон анализи (минимал рўйхат: умумий протеин, глюкоза, мочевина, креатинин, умумий ва тўғридан-тўғри билирубин, АЛТ, АСТ, натрий, калий).

Умумий (клиник) қон анализиде яллиғланиш белгиларининг мавжудлигига алоҳида эътибор берилиши керак, бу аспирация билан боғлиқ мумкин бўлган асоратларни кўрсатиши мумкин (лейкоформуланнинг чапга силжиши билан, ЭЧТ ортиши).

Узоқ муддатли рўза тутиш пайтида сийдикда топилган кетон таналарини аниқлаш учун умумий сийдик анализи ҳам ўтказилади [7].

Тавсия этилади: беморни жарроҳлик даволашга тайёрлашда қўшимча равишда коагулограмма, ОИВ, гепатит Б ва С учун қон тестларини ўтказилади, қон гуруҳи ва Rh омилини аниқланади.

Тавсияларнинг ишончли даражаси – С (далилларнинг ишончлилиги даражаси – IV).

Инструментал диагностика текширувлари

3.4 Рентгенологик ва эндоскопик текширувлар

Тавсия этилади: АК билан оғриган барча беморлар рентген ва эндоскопик ташхисдан ўтишлари керак.

Тавсияларнинг ишончли даражаси — А (далилларнинг ишончилиги даражаси — Ib).

Изохлар: Касалликнинг дастлабки босқичида эндоскопик ва рентгенологик текширувлар манометрияга нисбатан камроқ сезгир бўлиб, беморларнинг 50% дан кўп бўлмаган ҳолларда ташхис қўйиш имконини беради [13]. Бирок, эндоскопия ва рентген усуллари қизилўнгачнинг псевдоахалазияси ва онкологик касалликлари билан ҚАни дифференциал ташхислашда муҳим рол ўйнайди [10]. Рентгеноскопия сизга структуравий аномалликларни, эпифреник дивертикулларни истисно қилишга, қизилўнгачнинг диаметрини баҳолашга ва АК учун характерли расмни аниқлашга имкон беради: контраст моддани ошқозонга ўтказишда қийинчилик, қизилўнгачнинг юрак сегментини махсус шаклдаги торайиши ("шам олов", "сабзи думи"). Қоида тариқасида, қизилўнгачнинг супрастенотик кенгайиши ва ошқозонда газ пуфакчасининг йўқлиги кўшимча равишда аниқланади. Қизилўнгач бўшлиғининг кенгайиш даражаси, унинг шаклини ўзгартириш ("шпиндел", "S" шаклидаги, "қопсимон") маълум бир ҳолатни АК нинг ўзига хос тури сифатида таснифлаш учун радиологик мезон бўлиб хизмат қилади. Ташхисни текшириш ва бирга келадиган эзофагитни аниқлаш учун АК учун эндоскопик текширув зарур. Эзофагоскопия қизилўнгач бўшлиғининг бир хил концентрик торайишини аниқлайди. Ошқозон кардиясининг доимий спазми, турғун суюқлик ва озиқ-овқат массалари мавжудлиги билан қизилўнгачнинг супрастенотик балонга ўхшаш кенгайиши мавжуд. Қизилўнгачнинг пастки учдан бир қисмида шиллик қават ўртача даражада гиперемик ва шишган бўлиши мумкин. Кўпинча қизилўнгачнинг аниқ кенгайиши билан, кулранг тусли, қон томир нақшлари билан юпқалашган шиллик қават аниқланади, туриб қолган эзофагит белгилари, шу жумладан эрозив ва ярали ўзгаришлар аниқланади. АК нинг дастлабки босқичларида эндоскоп кардия орқали ошқозонга жуда осон ўтади ва баъзи беморлар текширувдан сўнг дисфагиянинг пасайишини қайд этадилар. Кўпинча ошқозонга эндоскопни киритиш қийин ва баъзан имконсиздир [16].

3.5 Манометрия

Манометрия АК нинг дастлабки босқичлари бўлган беморларга, шунингдек, ҚАнинг тўғри ташхисига шубҳа туғилганда қизилўнгачнинг бошқа функционал касалликлари билан дифференциал ташхис қўйиш учун тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончли даражаси – В (далилларнинг ишончилиги даражаси – III).

Изохлар:

Манометрия қизилўнғач перисталтикасининг йўқлиги, баъзида озиқ-овқат ва сулқАнинг турғунлиги туфайли қизилўнғач ичидаги босимнинг ошиши, шунингдек, ютиш пайтида пастки қизилўнғач сфинктерининг тўлиқ бўшашмаслиги (қолдиқ босим > 10 мм сим. уст.) каби АК белгиларини аниқлаши мумкин. Ҳозирги вақтда юқори аниқликдаги манометрия (ЮАМ) тобора кўпроқ қўлланилмоқда, бу халқумдан ошқозонга босим тақсимотини батафсил қайд этиш имконини беради ва Фарб адабиётида АК диагностикаси учун олтин стандарт ҳисобланади [10].

ЮАМ амалиётга киритилгандан сўнг олинган маълумотларга асосланиб, касалликнинг янги таснифи яратилди [12]. Бундан ташқари, МВР релаксациясини миқдорий баҳолаш учун янги параметр киритилди - интеграцияланган релаксация босими [13]. Нормалнинг юқори чегараси 10 мм сим. уст.; ачалазиянинг I тури учун - 15 мм сим. уст.; II турдаги ачалазия учун - 17 мм сим. уст. [12]. МВРни амалга ошириш технологияси доимий равишда такомиллаштирилмоқда. Шу билан бирга, бошқа усуллар пайдо бўлди, масалан, Рапид Дринк Чалленге, бу ўзининг юқори сезувчанлиги туфайли қизилўнғач ҳаракатчанлиги ҳолатини янада чуқурроқ баҳолаш имконини беради [18].

Чикагодаги қизилўнғачнинг ҳаракатчанлик касалликлари таснифига кўра, 4-қайта [82], ачалазия 3 та кичик турга бўлинади (кўкрак қафасидаги қизилўнғачнинг моторикасининг бузилиши турига қараб).

I турдаги ачалазия: қизилўнғач кўкрак қисмида қисқаришларнинг тўлиқ йўқлиги, интраболус босими ошмайди;

II турдаги ачалазия: қизилўнғач деворларининг тонусини сақлаб қолиш билан бирга перисталтик қисқаришларнинг йўқлиги, халқумнинг камида 20% да интраболус босимининг умумий ошишига олиб келади;

III тип ачалазия: халқумнинг камида 20 фоизида қизилўнғач силлиқ мушакларининг спазматик перисталтик бўлмаган қисқариши.

Таърифланган ачалазиянинг кичик турлари уч хил шакл эмас, балки ушбу касалликнинг ривожланишининг кетма-кет босқичлари деган гипотеза мавжуд [7]. Касалликнинг дастлабки босқичида (мушаклараро нерв ганглияларининг ҳаракатлантирувчи нейронларининг аста-секин нобуд бўлиши билан юзага келадиган) спастик ачалазия (III тип) турига қараб ҳаракатчанликдаги ўзгаришлар кузатилади, кўзғатувчи сифатида нейронлар нобуд бўлади ва қизилўнғачнинг қисқариш функцияси бузилади, сўнгра II турдаги ачалазия расми кузатилади. Мушаклараро нерв толаларининг мотор нейронларининг тўлиқ нобуд бўлиши билан, қизилўнғачнинг сезиларли даражада кенгайиши ва унинг С шаклидаги деформацияси билан бирга I турдаги ачалазия сифатида тавсифланган ҳаракатчанликдаги ўзгаришлар рўй беради [13].

Ачалазиянинг характерли белгилари бўлган баъзи беморларда ЛЕСнинг умумий бўшашиш босимининг сезиларли даражада ошишига қарамай (ИРП>15 мм сим. уст) қизилўнгачнинг нормал перисталтик қисқариши кузатилиши мумкин. Қизилўнгач харакатчанлигининг бу бузилиши Чикаго таснифига кўра "қизилўнгач-гастрал бирикма обструкцияси" (ЭГЖ чиқиши обструкцияси) [12] сифатида таснифланади.

Қизилўнгач-гастрал бирикманинг обструкцияси бўлган беморлар қўшимча аниқловчи тадқиқотларни талаб қилади: кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи органларининг компьютер томографияси, эндосонография. Текширув давомида "қизилўнгач-гастрал бирикманинг обструкцияси" манометрик хулосаси катта эҳтимол билан "ахлазия кардияси" ташхисига айланади ёки қизилўнгач-гастрал бирикма ҳудудининг органик обструкцияси аниқланади (қизилўнгачнинг стриктураси ёки шиши, эозинофил эзофагит, аксиал ёки параэзофагиал диафрагма чурраси ва бошқалар) [7, 13].

АҚШ ва Европада манометрия АК билан оғриган беморларни текширишнинг мажбурий стандартига киритилган. Аммо шуни таъкидлаш керакки, манометрия тадқиқотчига боғлиқ бўлган инвазив усул бўлиб, ҳар доим ҳам беморлар учун мавжуд эмас. Шу билан бирга, ҚАнинг иккинчи босқичидан бошлаб рентген ва эндоскопик текширув маълумотлари тўғри ташхис қўйиш имконини беради.

Амбулатор босқичдаги диагностика

Амбулатория босқичида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари:

УҚТ (умуммий қон тахлили);
УСТ (умуммий сийдик тахлили);
Биокимиявий қон тахлили (БҚТ): умуммий оқсил, альбумин, мочевино, креатинин, умуммий ва тўғри билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза, К, Na.
коагулология (АЧТВ, ПВ, ПТИ, МНО, фибриноген А, фибриноген В, қон ивиш вақти);
ABO тизими бўйича қон гуруҳини аниқлаш;
қон резус-факторини аниқлаш;
ИФТ бўйича ОИВ қон тахлили;
сифилис қон тахлили;
ИФТ бўйича HBsAg қон тахлили;
ИФТ бўйича умуммий қонда гепатит С вирусига умумий антикорларни аниқлаш .

Амбулатор босқичда қўшимча диагностика текширувлар:

саратон белгиси СА 19-9 учун қон тести (саратон касаллигига шубҳа қилинган тақдирда);
эндоскопик фиброэзофагогастроскопия (ЭФЭГС) қизилўнғачнинг пастки ўздан бир қисмининг шиллиқ қаватининг биопсияси билан (агар малигнизация шубҳа қилинган бўлса);
эзофагоманометрия (қизилўнғач дистал қисмини перисталтик фаоллигини аниқлаш учун ва кардиоэзофагеал сфинктер холатини аниқлаш учун);
Кўкрак қафас органлари ва кўкс оралиғи компьютер томографияси (катталашган қизилўнғач ҳажмини ва қўшни органларнинг сиқилишини аниқлаш учун);
эхокардиография;

Стационар босқичдаги диагностика

Стационар босқичда ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари:

- УҚТ (умуммий қон тахлили);
- УСТ (умуммий сийдик тахлили) (бўйрак йондош касалликларини аниқлаш учун);
- биокимиовий қон тахлили (умуммий оқсил, альбумин, мочевино, креатинин, билирубин, АЛТ, АСТ, глюкоза);
- ЭКГ юрак касалликларини истисно қилиш учун;
- Қорин бўшлиғи аъзоларини УТТ (жигар, ўт қоғи, ошқозон ости беши, талоқ, бўйрак).
- кўкрак қафас органларининг умумий рентгенографияси;
- қизилўнган ва ошқозон барий билан контрастли рентгенографияси (рентгеноскопия);
- эндоскопик фиброэзофагогастроскопия (ЭФЭГС).

Стационар босқичда қўшимча диагностик текширувлар:

- саратон белгиси СА 19-9 учун қон тести (саратон касаллигига шубҳа қилинган тақдирда);
- эндоскопик фиброэзофагогастроскопия (ЭФЭГС) қизилўнганнинг пастки ўздан бир қисмининг шиллиқ қаватининг биопсияси билан (агар малигнизация шубҳа қилинган бўлса);
- эзофагоманометрия (қизилўнган дистал қисмини перисталтик фаоллигини аниқлаш учун ва кардиоэзофагеал сфинктер ҳолатини аниқлаш учун);
- Кўкрак қафас органлари ва кўкс ораллиғи компьютер томографияси (катталашган қизилўнган ҳажмини ва қўшни органларнинг сиқилишини аниқлаш учун);
- эхокардиография;

3.6 Дифференциал диагностика

Қизилўнғач ахалазияси ташхисига шубҳа туғилса, қизилўнғач ва юрак саратони, қизилўнғач спазми, қизилўнғачнинг чандикли стриктуралари, склеродерма, эмбрион реканализация нуқсонлари (Шатцки ҳалқалари), метастатик ўсмалари ва ўсмалари билан дифференциал ташхис қўйиш тавсия этилади

Тавсияларнинг ишончли даражаси – С (далилларнинг ишончилиги даражаси – IV).

Бошқа диагностика тестлар

Беморни жарроҳлик даволашга тайёрлашда электрокардиография, кўкрак қафасининг оддий рентгенографияси, спирометрия, оёқ томирларини ультратовуш текшируви, терапевт билан маслаҳатлашиш, агар керак бўлса беморларни операцияга тайёрлаш учун қабул қилинган стандартларга мувофиқ ихтисослашган мутахассислар қон томир жарроҳ ва бошқалар тавсия этилади.

Ташхис	Диагностик истисно учун қиёсий ташхис	Текширувлар	Диагностик истисно мезонлари
Қизилўнғач ахалазияси	Бемор қизилўнғачда (sternum орқасида) овқатнинг эпизодик кечикишини, сўнгра унинг ошқозонга чўкишини қайд этади. Патология ўсиб бориши билан кечикиш ҳолатлари тез-тез учрайди. Кейинги босқичларда янада доимий ва узоқ муддатли кечикиш ривожланади (бу ҳислар кўпинча оғир ташвиш, қўзғалиш ёки руҳий бузуқлик ҳолатларида пайдо бўлади).	ЭГДФС	ҚАнинг I босқичида қизилўнғач бўшлиғи кенгаймасдан беқарор, беқарор кардиоспазм аниқланади; Гипертензиянинг II босқичида қизилўнғач бўшлиғининг 3-4 см гача кенгайиши билан ҳаво инфляцияси пайтида очиладиган ёпиқ кардия аниқланади; III босқичда гипертензия қизилўнғач бўшлиғининг 5-7 см гача кенгайиши билан эксантрик жойлашган, ёпиқ кардия билан белгиланади; ҚАнинг IV босқичида юрак пулпасининг оғиши, қизилўнғачнинг 10 см гача

		<p>Биопсиянинг морфологик текшируви</p> <p>Рентген текшируви</p>	<p>кенгайиши ва унинг бўшлиғидаги озик-овқат қолдиқлари билан аниқланади.</p> <p>Ўсимта ҳужайраларининг йўқлиги</p> <p>I босқичда барий суспензиясининг бир култумига жавобан кардия жоми (КЖ) очилишининг даврий йўқлиги мавжуд, қизилўнгачнинг перисталтикаси сақланиб қолади, унинг бўшлиғи кенгайтирилмайди;</p> <p>II босқичда кардия жоми доимий спазм ҳолатида, девор қисқариши табиатда перисталтик эмас, қизилўнгач бўшлиғининг 3- 5 см гача кенгайиши мавжуд;</p> <p>III босқичда кардия жомининг доимий спазми давом этади, қизилўнгачнинг перисталтикаси сезиларли даражада камаяди, organ 5-7 см гача кенгаяди, бўшлиқда катта миқдордаги турғун таркиб аниқланади;</p> <p>IV босқичда кардия жоми стенози қайд этилади,</p>
--	--	--	---

			<p>бўшлиқнинг кескин кенгайиши (10-12 см гача), баъзида қизилўнгачнинг "С" шаклидаги оғиши мавжуд, унинг бўшлиғида катта миқдордаги шилимшиқ ва озиқ-овқат массалари мавжуд. Қизилўнгач атония ҳолатида.</p>
<p>Куйишдан кейинги чандиқли стеноз</p>	<p>Бемор дисфагиядан олдин кислота, гидроксиди ёки бошқа кимёвий ёки термал воситани тасодифан ёки ўз жонига қасд қилиш мақсадида истеъмол қилиш фактидан олдин бўлганлигини кўрсатади.</p>	<p>ЭГДФС</p>	<p>Қизилўнгач кўрилганда, стриктура зич чандиқли тўқима, юмалоқ, овал ёки тўртбурчаклар шаклида кўринади, бўшлиқ баъзан ўзгармаган шиллиқ қават билан қопланиши мумкин. Ўзгармаган шиллиқ қаватнинг тузилишга аниқ ўтиши кўринади. Бўшлиқ диаметри 0,6 см дан кам бўлган стриктураларда эпителия куйишдан кейин бир ой давомида йўқ. Ушбу структура фибриннинг қалин қопламаси билан қопланган. Уни олиб ташлаганингиздан сўнг, ёрқин қизил (чандиқ) тўқима очилади, қон кетади, камроқ оқарган деворлар (етук чандиқ тўқимаси).</p>

		<p>Биопсиянинг морфологик текшируви</p> <p>Рентген текшируви</p>	<p>Ўсимта хужайраларининг йўқлиги</p> <p>Силлиқ контурли хуни шаклидаги шаклнинг торайиши аниқланади. Стриктуралар қисқа (3 см гача) ва узун (3 см дан ортиқ) бўлиши мумкин, кўпинча қизилўнгачни қамраб олади (умумий шикастланиш). Торайиш даражаси барий оқимининг диаметри, шунингдек контраст ўтиш тезлиги ва торайиш жойида кечикиш давомийлиги билан белгиланади. Супрастенотик кенгайиш унинг мавжуд бўлиш муддатига қараб стриктура жойидан юқорида ривожланади.</p>
<p>Қизилўнгач саратони</p>	<p>Бемор дисфагиядан олдин вазн йўқотишини, сўнгра овқатнинг қизилўнгач орқали ўтишини бузганлигини пайқайди.</p>	<p>ЭГДФС</p>	<p>Саратоннинг ярали (ликопча шаклида) шаклида, қизилўнгачнинг шиллик қаватида кичик тугун ҳосил бўлиб, у тезда яраланади. Кейинчалик, қизилўнгач узунлиги бўйлаб жойлашган, зич, чиқадиган, пастки қирралари бўлган овал</p>

		<p>Биопсиянинг морфологик текшируви</p> <p>Рентген текшируви</p>	<p>шаклга эга саратон яраси ҳосил бўлади.</p> <p>Саратоннинг тугунли (қўзиқорин шаклидаги, сардак-папилломатоз) шаклида гулкарам шаклида шаклланиш аниқланади, бу ўсиб, қизилўнгачнинг бўшлиғига тўсқинлик қилади ва дисфагияга олиб келади. Парчаланганда, у ярали саратонга ўхшайди.</p> <p>Инфилтрацион (скирр) саратонда, думалоқ торайиш аниқланади.</p> <p>Ўсиб бораётган ўсимта баъзан бутунлай, қизилўнгач бўшлиғига ўраб олади. У ошқозон яраси бўлиши мумкин, унинг атрофида яллиғланиш жараёни ривожланади.</p> <p>Ўсимта ҳужайраларининг мавжудлиги: аденокарцинома ёки ясси ҳужайрали карцинома</p> <p>Неоплазма соҳасида қизилўнгач деворининг эластиклиги йўқолади. Бу ерда кичик marginal плomba нуқсони ва қизилўнгачнинг бўйлама бурмаларининг деформацияси билан контурларнинг нотекислиги</p>
--	--	--	---

			аниқланади. Касалликнинг кейинги босқичларида қизилўнғач бўшлиғининг чуқур контурли конволюцияланган ва қаттиқ канал шаклида сезиларли торайиши кузатилади. Супрастенотик кенгайиш ўсимта устида ривожланади, унинг даражаси ўсимта жараёнининг давомийлиги ва ривожланишига боғлиқ.
--	--	--	--

4. Амбулатор даволаш тактикаси

Ҳозирги вақтда АК учун этиотропик даволаш йўқ, барча мавжуд даволаш усуллари фақат касаллик белгиларини паллиатив йўқ қилишга қаратилган

Тавсияларнинг ишончли даражаси – А (далилларнинг ишончилиги даражаси — Ia).

Изохлар:

ҚАни даволаш очилмайдиган пастки қизилўнғач сфинктери кўринишидаги функционал тўсиқни бартараф этишга қаратилган ва консерватив (баъзи ҳолларда дори воситалари ёрдамида) ва жарроҳлик усуллари ёрдамида амалга оширилиши мумкин [13, 15, 23, 28].

Даволаш мақсади:

ҚАни консерватив даволаш мақсади: кардио тонусининг кучайишини дори воситасида бостириш орқали дисфагияни бартараф этиш;

ҚАни эндоскопик даволашнинг мақсади: инструментал (балонли кардиодилация (БСД), оғиз орқали эндоскопик миотомия (ПОЕМ), стентлаш) ёки доривор (НЕС мушакларига ботулинум токсин А (БТА) инъекцияси, эндоскопик склеротерапия) кардиянинг кенгайиши;

ҚАни жарроҳлик йўли билан даволашнинг мақсади видеолапароскопик ёки очик эзофагокардиёмиотомия (ЭКМ), қизилўнғачнинг чандиқ билан ўзгартирилган қизилўнғач-ошқозон бирикмасини резекция қилиш ёки қизилўнғачни экстирпация қилиш (АК нинг IV

босқичи) орқали юракнинг очиклигини тиклашдир. беморларнинг ишламаслиги (кахексия билан ҚА нинг IV босқичи), гастростомия қўлланилади.

[\(Қазақстан — Врачам — Информация для специалистов — Гастроэнтерология — Алгоритмы ведения пациентов — Ахалазия кардии.\)](#)

Дори дармонлар билан даволаш

Гиёхванд моддаларни даволаш АК ни даволашда кичик рол ўйнайди ва касалликнинг дастлабки босқичларида қўлланилиши керак; ёки жарроҳлик даволашдан олдин касалликнинг аломатларини бартараф этиш; ёки беморни турли сабабларга кўра операция қилиш мумкин бўлмаган ҳолларда.

Тавсияларнинг ишончли даражаси – А (далилларнинг ишончилиги даражаси — Ia).

Изохлар:

ҚАни тиббий даволаш мақсади қизилўнгачнинг пастки сфинктерини бўшатиш орқали пастки қизилўнгачнинг функционал обструкциясини бартараф этишдир. ҚА ни консерватив даволаш учун нитратлар ва калций канал блокаторлари қўлланилади [17,19]. Калций канал блокаторлари ва узок муддатли таъсир этувчи нитратлар ЛЕСДаги босимни пасайтиришда самарали бўлади ва шунинг учун дисфагияни вақтинча камайтиради, аммо қизилўнгачнинг силлиқ мушакларининг бўшашиши ва перисталтикасини яхшиламайди [20]. Ўз шарҳларида Wen ва бошқалар (2004) АК [19] да нитратларнинг самарадорлигини баҳоловчи иккита рандомизацияланган тадқиқотга мурожаат қилади. Муаллифлар АК ни даволаш учун нитратлардан фойдаланиш бўйича аниқ тавсиялар бериш мумкин эмас деган хулосага келишди [19].

Ушбу дориларнинг асосий чекловлари уларнинг қисқа таъсир қилиш муддати, симптомларнинг тўлиқ бартараф этилмаслиги ва узок муддатли фойдаланиш билан самарадорликнинг пасайиши ҳисобланади [19]. Бундан ташқари, 30% ҳолларда улардан фойдаланиш гипотензия, бош оғриғи ва бош айланиши каби ножўя таъсирларнинг ривожланиши билан бирга келади, бу эса улардан фойдаланишни янада чеклайди [19]. Нифедипинга дори толерантлиги вақт ўтиши билан ривожланади [14]. Шунинг учун дориларни қўллаш ҚА билан оғриган беморларнинг ҳолатини энгиллаштириш учун жарроҳлик даволаш бошланишини кутиш ва жарроҳлик хавфи юқори бўлган ёки беморнинг жарроҳлик даволашдан бош тортиши учун симптоматик даволаш билан чегарланади. Гиёхванд терапияси касаллик ривожланишининг энг бошида, ҚАнинг биринчи белгилари эндигина пайдо бўлган пайтда ҳам қўлланилиши мумкин [21,14]. Бундан ташқари, дори воситаларидан фойдаланиш АК [19] туфайли келиб чиққан кўкрак оғриғини энгиллаштириши мумкин.

Қизилўнғачнинг секинроқ перисталтикаси ва натижада ҚАда унинг бўшатиш кечикиши оғиз орқали юбориладиган дориларнинг сўрилиш кинетикасини ва самарадорлигини олдиндан айтиб бўлмайдиган қилиб қўйганлиги сабабли, нитратлар ва калций канал блокерларини тил остига қўллаш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончли даражаси — В (далилларнинг ишончилиги даражаси — Ш).

Изохлар: ҚА учун энг кўп қўлланиладиган нифедипин (10-30 мг) тил остига овқатдан 30-45 дақиқа олдин ва изосорбид динитрат (5 мг) овқатдан 10-15 дақиқа олдин тил остига. Нифедипин ҳужайра ичидаги калций таъминотини блоклайди ва шу билан ЛЕС соҳасидаги босимни 30-60% га камайтиради [17,19].

ҚА учун ботулинум токсин инъекцияларидан фойдаланиш хавфсиздир, аммо бу усулнинг самарадорлиги чекланган, айниқса узок муддатда.

Умуман олганда, АК учун дори терапияси самарасиз деб ҳисобланиши керак.

Муҳим дорилар рўйхати:

1-жадвал

Муҳим дорилар рўйхати			
Фармакотерапевтик гуруҳ	ХП номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Антисекретор дори воситалари– протон помпа ингибиторлари	Омепрозол	10, 20 мг перос, овқатдан олдин 7-30 кун	https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostik-a-i-lechenie-ahalazii-pischevoda
Антисекретор дори воситалари – гистамин рецепторлари блокаторлари	Ранитидин	150 мг, 300 мг 50 мг 2 маҳал кунига ёки 300 мг кечга перос, 7-30 кун	https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostik-a-i-lechenie-ahalazii-pischevoda
Спазмолитик воситалар	Дротаверин	40 мг, 80 мг перос спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	папаверин гидрохлорид	40–60 мг в таблеткх, 1–2 мл 2% ампула 3–4 маҳал кунига перос, т/о, м/о	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf

		спазмни қолдириш учун	
Кальций канали блокаторлари	изосорбида динитрат	20 мг, 40 мг 3 маҳал кунига перос спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKar_d_2016.pdf
	нитроглицерин	500 мг бир марталик Тил остига спастик типдаги спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKar_d_2016.pdf
Прокинетик	домперидон	10 мг 1-3 маҳал перос спастик типдаги спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKar_d_2016.pdf

Ёрдамчи дорилар рўйхати

2-жадвал

Ёрдамчи дорилар рўйхати			
Фармакотерапевтик гуруҳ	ХП номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Анальгетиклар	кетопрофен	100 мг/2 мл ампула 2-3 маҳал м/о 2-3 кун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKar_d_2016.pdf
Растворы для инфузий	натрия хлорид	400 мл - 0,9% эритмаси 1-2 маҳал в/и	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKar_d_2016.pdf

		кўрсатмаларга қараб	
	декстроза	400 мл - 5%, 10% - эритмаси 1 маҳал в/и кўрсатмаларга қараб	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	гидроксиэтилкрахмал (ГЭК) 6%, 10% - 400мл	250 – 500 мл/кун 1-2 маҳал в/и УҚАХ қараб белгиланади	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
Антибиотиклар	цефтриаксон	Кунлик ўртача доза 1–2 г. 1 маҳал кунига ёки 0,5–1 г ҳар 12 соатда. 1-2 маҳал м\о, в/и 7-14 (бу касалликнинг кечишига боғлиқ)	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	цефоперазон	катталар учун ўртача суткалик доза 2-4 г, оғир инфекциялар учун-8 г гача; болалар учун — 50-200 мг / кг ҳар 12 соатда , 7-10 кун ичида /	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf

5. Касалхонага ётқизиш турини кўрсатган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

5.1 Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- ташхис қўйилган АК I – IV босқичнинг мавжудлиги [1-8].

5.2 Шошилинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: - йўқ.

6. Касалхона шароитида АК ни жарроҳлик усули билан даволаш:

Жарроҳлик аралашув турлари [1, 4, 5, 7, 8, 14, 16]:

- очиқ ёки видеолапароскопик E. Heller бўйича ЭКМ;
- очиқ ёки видеолапароскопик E. Heller бўйича олдинги Дор бўйича фундопликация билан ЭКМ;
- эзофагогастропластика билан кардияни очиқ ёки video Лапароскопик резекция қилиш;
- Черноусов ёки Лев бўйича гастропластика билан қизилўнгачни очиқ, video-таҳлил қилинган ёки видеолапароскопик экстирпация қилиш;
- эндоскопик ёки video ёрдамида гастростомия (IV босқич АК билан ишламайдиган беморларда).

Режали жарроҳлик учун кўрсатмалар:

АК I-IV босқичларнинг ташхис қўйилган гипертензиясининг мавжудлиги;
дори ва/ёки эндоскопик (БС, БТА инъекцияси, склеротерапия) АК (УД 1А) тузатилгандан кейин касалликнинг самарасизлиги ёки қайталаниши бўлса [13; 16;18; 20];
АК нинг IV босқичи билан эндоскопик стентлаш, шунингдек операциядан олдин тайёрлаш (УД 1А) босқичида кейин [21].

Жарроҳлик учун контрэндикациялар:

III-IV даражали юрак-қон томир етишмовчилиги;
биргаликда касалликларнинг оғир шакллари (декомпенсацияланган қандли диабет, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг кучайиши, буйрак ва/ёки жигар етишмовчилиги, ўткир миокард инфаркти, БМҚАЎБ, декомпенсация билан туғма ва орттирилган юрак нуқсонлари, декомпенсацияланган нафас етишмовчилиги);

Стационар даражасида тиббий даволаниш:

Мухим дорилар рўйхати			
Фармакотерапевтик гуруҳ	ХП номи	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Антисекретор дори воситалари– протон помпа ингибиторлари	Омепрозол	10, 20 мг перос, овқатдан олдин 7-30 кун	https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-ahalazii-pischevoda

Антисекретор дори воситалари – гистамин рецепторлари блокаторлари	Ранитидин	150 мг, 300 мг 50 мг 2 махал қунига ёки 300 мг кечга перос, 7-30 кун	https://cyberleninka.ru/article/n/diagnostika-i-lechenie-ahalazii-pischevoda
Спазмолитик воситалар	Дротаверин	40 мг, 80 мг перос спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	папаверина гид рохлорид	40–60 мг в таблетка, 1–2 мл 2% ампула 3–4 махал қунига перос, т/о, м/о спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
Кальций канали блокаторлари	изосорбида динитрат	20 мг, 40 мг 3 махал қунига перос спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	нитроглицерин	500 мг бир марталик Тил остига спастик типдаги спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
Прокинетик	домперидон	10 мг 1-3 махал перос спастик типдаги спазмни қолдириш учун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf

Botulinum токсини А тури	Botulinum токсини А тури	20-25 бирлик - ампулаларда 1 мл 1 вақт субмукозал равишда нес мушакларига	средства, влияющие на нервно-мышечную передачу Казахстан — Врачам — Информация для специалистов — Гастроэнтерология — Алгоритмы ведения пациентов — Ахалазия кардии.
Антикоагулянтлар	Эноксапарин	20мг Кунига 1 marta учун 7 кун	антикоагулянт прямого действия (для профилактики тромбозов) Казахстан — Врачам — Информация для специалистов — Гастроэнтерология — Алгоритмы ведения пациентов — Ахалазия кардии.

Список вспомогательных лекарственных препаратов

Фармакотерапевтическая группа	Название МНН	Способ применения	Уровень доказательности
Анальгетиклар	кетопрофен	100 мг/2 мл ампула 2-3 махал м/о 2-3 кун	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
Растворы для инфузий	натрия хлорид	400 мл - 0,9% эритмаси 1-2 махал в/и	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf

		кўрсатмаларга қараб	
	декстроза	400 мл - 5%, 10% - эритмаси 1 маҳал в/и кўрсатмаларга қараб	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	гидроксиэтилкрахмал (ГЭК) 6%, 10% - 400мл	250 – 500 мл/кун 1-2 маҳал в/и УҚАХ қараб белгиланади	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
Антибиотиклар	цефтриаксон	Кунлик ўртача доза 1–2 г. 1 маҳал кунига ёки 0,5–1 г ҳар 12 соатда. 1-2 маҳал м\о, в/и 7-14 (бу касалликнинг кечишига боғлиқ)	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
	цефоперазон	катталар учун ўртача суткалик доза 2-4 г, оғир инфекциялар учун-8 г гача; болалар учун — 50-200 мг / кг ҳар 12 соатда , 7-10 кун ичида /	https://www.gastro.ru/userfiles/R_AhalKard_2016.pdf
Қон таркибий қисмларини тайёрлаш	янги музлатилган плазма	в/и томчи	препараты компонентов крови

			Казахстан — Врачам — Информация для специалистов — Гастроэнтерология — Алгоритмы ведения пациентов — Ахалазия кардии.
--	--	--	--

КАРДИОСПАЗМ ВА КАРДИЯ АХАЛАЗИЯНИ НАЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТАШКЕНТ 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

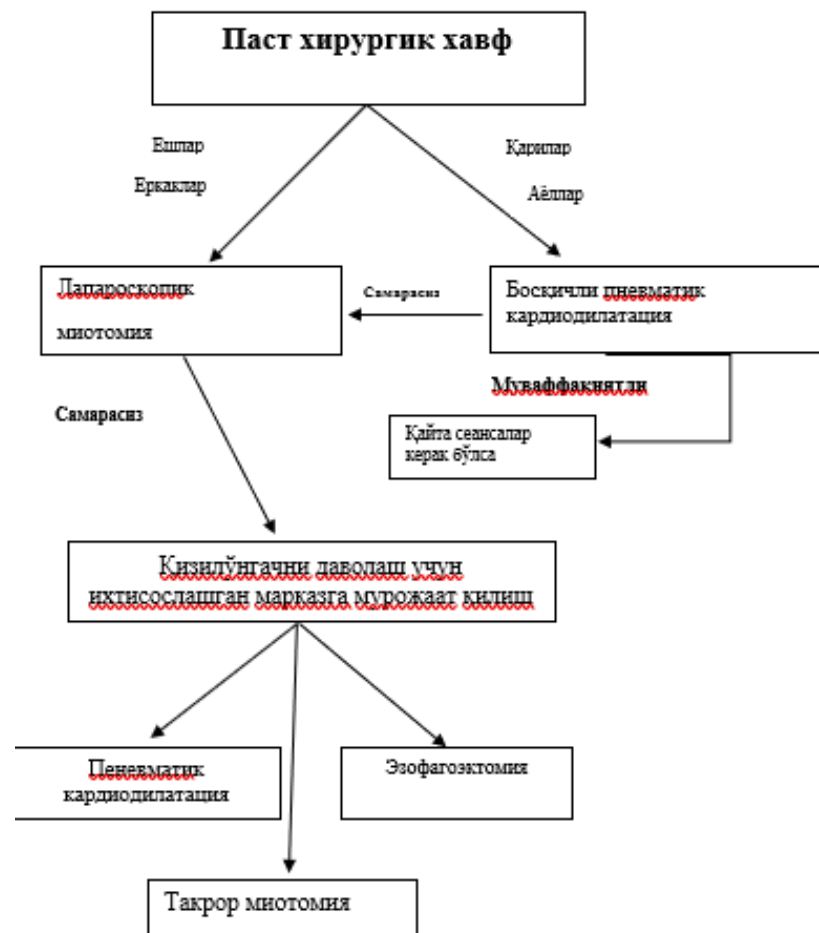
Қизилўнгач ахалазиясини жарроҳлик йўли билан даволаш: ([Қазахстан — Вврачам — Информация для специалистов — Гастроэнтерология — Алгоритмы ведения пациентов — Ахалазия кардии.](#))

- * балон кардиодилатацияси (БСД),
- * Оғзаки эндоскопик мётомия (шеър),
- * қизилўнгачни стентлаш
- * видеолапароскопик ёки очик езофагокардиёмия (ЕСМ),
- * қизилўнгач-ошқозон чандиғини резекция қилиш ёки қизилўнгачни экстирпация қилиш (ИВ босқич АК),

* гастростомия қилиш.

https://www.researchgate.net/figure/Suggested-algorithm-for-the-treatment-of-achalasia-Healthy-patients-with-low-risk-of_fig2_45462296

Кардия ахалазияси билан бемор



2. Кардиоспазм учун танланган тиббий даволаниш ва ёки жарроҳлик аралашувни қўллаш усули ([Қазақстан — Врачам — Информация для специалистов — Гастроэнтерология — Алгоритмы ведения пациентов — Ахалазия кардии.](#))

2.1 Пневматик дилатация

Операциясиз даволаш усуллари орасида пневматик дилатация АК билан оғриган беморларда дисфагияни камайтиришда энг самарали ҳисобланади. Бироқ, бу асоратларнинг юқори хавфи билан боғлиқ. Агар бемор рад этса ёки операцияга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, пневматик дилатация жарроҳлик даволашга альтернатива сифатида кўриб чиқилиши керак.

Тавсияларнинг ишончли даражаси – А (далилларнинг ишончилиги даражаси — Ia).

2.2 Қизилўнгачни стентлаш

АК ни даволаш учун қизилўнгачни стентлаш усули тавсия этилмайди.

Тавсияларнинг ишончли даражаси — В (далилларнинг ишончилиги даражаси — IIa).

Изоҳлар:

Балон дилатациясининг ижобий таъсирини узайтириш учун баъзи муаллифлар ўз-ўзидан кенгайдиган металл стентлардан фойдаланган ҳолда қизилўнгачни стентлаш усулини тавсия қилдилар [24, 17]. Ушбу усулнинг самарадорлигини ҳали аниқ баҳолаш мумкин эмаслигига қарамай, АК учун қизилўнгачни стентлаш объектив равишда жиддий асоратларни ривожланиш хавфи ва ҳатто беморнинг ўлими билан боғлиқ.

Хирургик даволаш

Жарроҳликдан олдин АК билан оғриган барча беморларга жарроҳлик амалиётлари учун хабардор қилинган розилик олиш тавсия этилади, бу қуйидаги фикрларни акс эттириши керак:

- жарроҳлик амалиётининг номи;
- ўзига хос хусусиятларга эга бўлган муайян жарроҳлик амалиётлари учун вариантларни санаб ўтиш, бу беморнинг ўзи учун мақбул бўлган даволаш режимини танлаш шarti – амалиёт вариантлари;
- жарроҳлик вариантлари хавфининг белгиси: салбий оқибатлар хавфи, у ёки бу натижалар хавфи;
- жарроҳликнинг қутилаётган натижалари.

Тавсияларнинг ишончли даражаси — С (далилларнинг ишончилиги даражаси — IV).

2.3 Лапароскопик эзофагокардиомиотомия

Фундопликация билан тўлдирилган лапароскопик эзофагокардиөмиөтомия ҚАни жарроҳлик даволаш учун "олтин стандарт" ҳисобланади.

Тавсияларнинг ишончли даражаси — А (далилларнинг ишончилиги даражаси — Ia).

Изоҳлар:

Геллер миотомия деб номланувчи дистал қизилўнгач ва кардия мушак қатламини жарроҳлик йўли билан ажратиш АК учун вақт синовидан ўтган даволаш усули ҳисобланади. Операция биринчи марта 1913 йилда немис жарроҳи Эрнст Геллер томонидан тасвирланган ва кейинчалик кичик техник ўзгаришлар билан кенг қўлланилган [14]. Геллер операциясининг иккита энг муҳим модификациясини таъкидлаш керак: мушак толаларини фақат олд юзаси бўйлаб ёки қизилўнгачнинг бирлашма зонасининг олд ва орқа юзалари бўйлаб кесиш [1]. Гастроэзофагеал рефлюкс (ГЭР) ривожланиш хавфини камайтириш учун ҳар доим турли хил модификациядаги қўшимча фундопликация амалга оширилади [14].

Миниинвазив технологияларнинг жорий етилиши КА жарроҳлигини сифат жиҳатидан янги босқичга олиб чиқиш имконини берди. Пеллегрини ва бошқ. Томонидан 1992 йилда эзофагокардиомиотомия амалиётини амалга ошириш учун торакоскопик усул қолланган [15]. Шу билан бирга, лапароскопия қизилўнгачнинг дистал қисми ва ошқозон тубини яхшироқ кўриш, операция муддатини қисқартириш ва даволаш натижаларини яхшилаш имконини беради. Кўриб чиқиш учун мавжуд бўлган барча мета-таҳлиллар Geller операциясининг бошқа эндоскопик усулларга нисбатан устунлигини кўрсатади. 2009 рандомизацияланган клиник синовларда жами 7855 беморни қамраб олган Campos ва бошқ (15) дан тизимли шарҳлар ва мета-таҳлиллар шуни кўрсатдики, Geller жарроҳлиги беморларнинг 89,3 фоизида ижобий клиник таъсирга еришиши мумкин, бу бошқа эндоскопик усуллардан фойдаланган ҳолда натижаларга қараганда анча яхши (25% – балонли дилатация; 26,6% – ботулин токсин инъекциялари). КА Геллернинг Лапароскопик жарроҳлиги учун " олтин стандарт " даволаш усули ҳисобланади. Геллер операциясидан кейин доимий ГЕР хавфи туфайли уни антирефлюкс амалиёти билан бирга бажариш лозим. Бугунги кунда Дор усули фундоплитсия учун энг тез-тез амалга ошириладиган усул ҳисобланади (80% кўпроқ) [23]

Лапароскопик эзофагокардиомиотомия амалиётининг энг кенг тарқалган асоратлари миотомия пайтида қизилўнгач ёки ошқозон шиллик қаватининг тешилиши бўлиб, у одатда операция пайтида тан олинади ва бемор учун ҳеч қандай оқибатларсиз дарҳол йўқ

килинади. Лапароскопик езофагокардиомиотомия операциясидан кейин умумий асорат даражаси 6,3% ни ташкил қилади (диапазон 0-35%), аммо клиник оқибатлар фақат 0-7% (диапазон 0-3%) ҳолларда қайд этилади [23].

Клиник кузатувларга кўра [21, 30, 16, 11], Лапароскопик езофагокардиомиотомия амалиётидан кейин беморларнинг ҳаёт сифати сезиларли даражада яхшиланганлиги ва жарроҳлик аралашув натижаларидан қониқиш даражаси 80-90% дан ошганлиги кўрсатди [12, 11].

Геллер езофагокардиомиотомия амалиётидан кейин муваффақиятсизликка учраган тақдирда, пневмодилатация ва такрорий лапароскопик езофагокардиомиотомия фойдаланиш мумкин [18].

Фундопликация билан бажарилган Лапароскопик езофагокардиомиотомиядан сўнг КА белгилари сақланиб қолган ҳолларда, ботулин токсини билан эндоскопик даволашни хавфсиз ишлатиш мумкин, аммо эндоскопик балон диллатация амалиётидан фойдаланмаслик керак. Реллапароскопия ёрдамида такрорий езофагокардиомиотомия операциясини амалга ошириш мумкин. Аммо, бу ҳолда, тажрибали жарроҳлар томонидан такрорий операциялар амалга оширилиши керак. Эзофагектомия амалиётини танлаш усули сифатида кўриб чиқиш мумкин, агар ушбу операция учун бошқа қўшимча кўрсатмалар мавжуд бўлса.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси III).

Изоҳлар:

Даволаш, шу жумладан жарроҳлик, узок вақт давомида муваффақиятсиз бўлган ва беморда КАнинг аниқ белгилари сақланиб қолган ҳолларда, қизилўнгачни бир вақтнинг ўзида ошқозон пояси жарроҳлиги билан экстирпация қилиш танланган операция ҳисобланади. Операциядан кейинги асоратларнинг юқори хавфи ва бундай операцияни бажариш техник жиҳатдан қийин бўлишига қарамай, ушбу даволаш усули узок муддатда яхши натижаларга еришиш ва беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилаш имконини беради [12].

2.4 Оғиз орқали эндоскопик миотомия

Оғиз орқали эндоскопик миотомия (ООЭМ) биринчи ва иккинчи босқичдаги беморларни даволашда тавсия этилиши мумкин (Б.В. Петровский)

(http://xn----9sbdbejx7bdduahou3a5d.xn--p1ai/upload/proect_nkr_ahalasia_cardio.doc)

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси III).

Изоҳлар:

Оғиз орқали эндоскопик миотомия (ООЭМ) нисбатан яқинда КА даволашда ишлатилган. Бундай ҳолда, эндоскопист ҚПС етиб бориш учун субмукозал қаватида tunnel ҳосил қилади ва ошқозонда узунлиги 7 см ва 2 см бўлган ҚПС устидаги думалоқ мушак толаларини ажратади. Inoue ва бошқ. (2016) беморларнинг 100% да даволаш муваффақиятини қайд этди [41]. Кейинги нашрлар бир неча олдинги пневматик кенгайишлардан кейин ҳам усулнинг юқори самарадорлигини (89-100%) тасдиқлади [10, 13]. Бирок, барча нашрларда биз одатда КАнинг дастлабки босқичлари ва қисқа кузатув даври (ўртача 6 ой) бўлган кам сонли беморлар ҳақида гапирамыз. Бу усул антирефлюкс жарроҳлик (фундапликацион) учун бермайди, деб таъкидлаш муҳим эмас, ва, бинобарин, операциядан кейинги даврда ГЕР ривожланаётган хавфи юқори бўлиб қолмоқда (46% гача).

2.5 Охириги босқич (кенгайтирилган) КА учун жарроҳлик даволаш

КАнинг охириги босқичида (ривожланган) (КАнинг III ва IV босқичлари) езофагектомия беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва инвазив карсинома ривожланиш хавфини олдини олиш учун радикал даволаш тури сифатида тавсия етилиши мумкин. Кекса ёшдаги беморларнинг оғир соматик ҳолати билан, паллиатив даволаш сифатида, пастки кўкрак қизилўнгачини сафарбар қилиш ва кейинчалик қорин бўшлиғига кўчириш билан тўлиқ бўлмаган фундопликация билан биргаликда езофагокардиёмиотомияни амалга оширишга руҳсат берилади. Бундай аралашув дисфагияни йўқ қилиши ва озиқ-овқат массаларининг қизилўнгачга тушишини олдини олади.

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б (далилларнинг ишончлилиқ даражаси III).

Изоҳлар: пневмодилатация ва Лапароскопик езофагокардиёмиётомия самарадорлигига қарамай, беморларнинг 2-5 фоизида касалликнинг экстремал босқичи ҳали ҳам ривожланмоқда [1, 2, 9, 5]. КАнинг илғор шакллари даволаш бўйича Мета-таҳлиллар ўтказилмаган. Бир қатор нашрлар шуни кўрсатадики, Лапароскопик езофагокардиёмиётомияни амалга оширишда, ҳатто қизилўнгачнинг с шаклидаги деформациясининг ривожланиши ва қизилўнгач-ошқозон бирикмасининг сифонга ўхшаш ўзгариши билан биргаликда қизилўнгач бўшлиғининг аниқ кенгайиши билан ҳам. қизилўнгач орқали озиқ-овқатнинг яхши ўтишини тиклаш мумкин. Ушбу нашрларнинг далилларининг паст даражасини таъкидлаш керак, чунки улар индивидиуал клиник ҳолатларга ёки ҳали тўлиқ бўлмаган рандомизацияланган клиник тадқиқотлар маълумотларига асосланган [17].

Ўз-ўзидан қизилўнгачнинг С шаклидаги деформациясини КА нинг якуний босқичи деб ҳисоблаш мумкин эмас, чунки бу ҳолда езофагокардиёмиётомия кўпинча яхши функционал натижаларга олиб келади.

КАнинг якуний босқичи қизилўнгачнинг ҳар қандай функционал фаоллигининг йўқлиги деб ҳисобланиши керак, бу еса кўп миқдорда озик-овқат ва тупурик тўпланишига олиб келади. Ушбу босқичда КА оғир аспирацион ўпка асоратларининг юқори хавфи билан боғлиқ. Озик-овқат ва тупурикнинг узлуксиз парчаланишидан бактериял ўсиш ва кимёвий тирнаш хусусияти сурункали гиперпластик езофагит, дисплази ва охир-оқибат қизилўнгач эпителия ҳужайраларининг малигн ўзгаришига олиб келади [3,5]. Қизилўнгач саратони хавфи (10 дан 50 марта) умумий аҳолига нисбатан КА билан оғриган беморларда сезиларли даражада фарқ қилади [1]. Бундай ҳолларда беморнинг ҳаёт сифатини яхшилаш ва инвазив карсинома ривожланиш хавфини олдини олиш учун езофагектомия талаб қилиниши мумкин.

КАнинг якуний босқичида (илғор) жарроҳлик даволаш минимал инвазив технологиялар (Лапароскопик ва торакокопик ёндашувлар) ёрдамида тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси IV).

КА рецидив ҳолатларида даволаш

КА такрорланганда реэзофагокардиёмие́томия қилиш тавсия етилади, уни релапароскопия ва ООЭМлар усули билан бажариш мумкин. Мураккаб ҳолатларда танлов усули минимал инвазив технологиялар ёрдамида амалга ошириладиган езофагектомия ҳисобланади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси IV).

КАРДИОСПАЗМ ВА ҚИЗИЛЎНГАЧ АХАЛАЗИЯСИ
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА
ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТАШКЕНТ 2025

1. АСОСИЙ ҚИСМ.

Кириш

Бугунги кунда Қизилўнғач ахалазиясини даволашнинг 100% самара берадиган усули йўқ. Шунинг учун рецидивни олдини олишга қаратилган шифокорнинг барча тавсияларига амал қилиш муҳимдир: вазни кузатиб бориш, аччик, нордон, жуда шўр, қовурилган ва дудланган овқатларни истемол қилмаслик, газланган ичимликларни ичмаслик, ётишдан олдин қаттиқ овқат истеъмол қилмаслик. Тик ҳолатда ёки 45 бурчак остида овқатланиш керак.

Даволашнинг самарадорлигига ва симптомларни бартараф етилишига қарамай, ҳар доим рецидив еҳтимоли юқори, шунинг учун бемор йилига бир марта гастроэнтеролог кўригида бўлиши керак.

Тиббий реабилитация ва санатор-курорт даволаш, тиббий кўрсатмалар ва тиббий реабилитация усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар, шу жумладан табиий терапевтик омиллардан фойдаланишга асосланган.

Жарроҳлик аралашувлардан сўнг беморларни реабилитация қилишнинг умумий тамойиллари асосида реабилитация қилиш тавсия етилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси-IV).

2.1 Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усулларидан фойдаланишга тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

АК учун бирламчи профилактика мавжуд эмас.

Иккиламчи профилактика. Ахалазия ривожланиш хавфини минималлаштириш учун:

рационни нормаллаштириш -кунига 5-6 марта овқатланиш, лекин кам миқдорда.;
махсус парҳезга риоя қилиш-фатфуд, аччик, шўр, ёғли ва қовурилган овқатлардан воз кечиш;

Ютишдан олдин овқатни яхшилаб чайнаш;

ёмон одатлардан воз кечиш (спиртли ичимликларни истеъмол қилиш ва чекиш);

балантарбия билан шуғуланиш;

тоза ҳавода кўпроқ сайр қилиш;

иш ва дам олиш режимига риоя қилиш;

жисмоний ва рухий стрессдан сақланиш.

Скрининг (screening) -бу анамнезни йиғиш, физик ва лаборатория текшируви орқали беморда илгари аниқланмаган касаллик ёки хавф омиллини аниқлаш. Скрининг бирламчи профилактиканинг кўпчилиги ва иккиламчи профилактиканинг барча

чора-тадбирлар мажмуасининг бир қисмидир. Қизилўнгач ахалазиясига келсак, скрининг касалликнинг ривожланишининг дастлабки (клиникадан олдинги) босқичларида (иккиламчи профилактика) касалликни аниқлаш учун аҳолини оммавий текшириш учун ишлатилади.

Учламч профилактика, яра билан асоратланган беморларда аллақачон юзага келган асоратларни камайтиришга қаратилган, шакли ва мазмуни бўйича иккиламчи даражага жуда яқин. Ушбу тиббий профилактика беморнинг ногиронлигини реабилитация қилиш ва олдини олиш бўйича чора-тадбирлар мажмуини ўз ичига олади ва илмий йўналиш сифатида у фаол ҳаёт давомийлигини ошириш йўллари излаш билан шуғулланади.

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%B0%D1%85%D0%B0%D0%BB%D0%B0%D0%B7%D0%B8%D1%8F-%D0%BA%D0%B0%D1%80%D0%B4%D0%B8%D0%B8/14452>



2.2 Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари.

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

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

Учинчи босқич-ўқув даври (15-20 машғулот ёки ундан кўп) - реабилитация маркази-санаторий.

3. Профилактика ёки реабилитациянинг уч тури бўйича тавсиялар.

Кузатувнинг вазифаси даволанишни эрта бошлаш учун касалликнинг ривожланишини эрта аниқлаш, шу жумладан такрорий жарроҳлик аралашувларда ҳам. Бундан ташқари, АК қизилўнгачнинг рак олди касаллиги ҳисобланади. Шунинг учун операциядан кейинги беморлар қизилўнгач саратонининг мумкин бўлган ривожланишини эрта аниқлаш учун умрбод кузатувга муҳтож.

Агар беморга қизилўнгач резекцияси/екстирпацияси ўтказилса, қизилўнгач ва ошқозоннинг йиллик рентгенограммасини ўтказиш мантиқсиздир, чунки беморда энди бу касаллик йўқ. Бирок, у қизилўнгач-ошқозон анастомози соҳасида саратон ривожланиш хавфи сақланиб қолади. Шунинг учун беморлар ҳар йили езофагогастроскопиядан ўтишлари керак, бу базан биопсия билан тўлдирилади.

Операциядан кейинги даврда рН-метри ва манометрияни бажариш мақсадга мувофиқ эмас.

ООЭМ ёки Лапароскопик езофагокардиёмиётимиядан сўнг КА билан оғриган беморларни фундопликация билан назорат текширувларининг ҳажми ва частотаси

4. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

Операциядан кейин АК билан оғриган беморлар гастроэнтеролог назорати остида бўлади.

АК учун даволаниш тугагандан сўнг, режалаштирилган назорат текширувларининг қуйидаги частотасини кузатиш тавсия этилади.

ООЭМдан, шунингдек, фундопликация билан Лапароскопик езофагокардиёмиётимиядан сўнг 3, 6 ва 12 ой оралиғида, сўнгра ҳар йили умрининг охиригача текширилади.

Текширув доирасига қуйидагиларни киритиш тавсия этилади: шикоятлар ва анамнезни баҳолаш, езофагогастроскопия (биопсия кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади), қизилўнгач ва ошқозоннинг барий билан рентгенограммаси.

Касаллик ривожланган тақдирда, текширув доираси ўзига хос клиник ҳолатга қараб белгиланади.

Қизилўнгач резекцияси/екстирпациясидан кейин беморларга гастроентерологга 3, 6 ва 12 ой оралиғида, сўнгра ҳар йили муружаат қилиш тавсия етилади. Текширув доирасига шикоятлар ва анамнезни баҳолаш, эзофагогастроскопия (биопсия кўрсатмаларга мувофик амалга оширилади), қизилўнгач ва ошқозоннинг барий билан рентгенограммасини (3 ва 12 ойдан кейин, кейин фақат кўрсатмаларга мувофик) киритиш тавсия етилади.

Текширув тури	3 ой	6 ой	12 ой	Ҳар йили
Анамнез, объектив кўрик	Ҳа	Ҳа	Ҳа	Ҳа
Эзофагогастроскопия	Ҳа	Ҳа	Ҳа	Ҳа
Барий билан қизилўнгач ва ошқозон рентгеноскопияси	Ҳа	Ҳа	Ҳа	Ҳа

Қизилўнгач резекцияси/екстирпациясидан кейин КА билан оғриган беморларни назорат текширувларининг ҳажми ва частотаси

Текширув тури	3 ой	12 ой	Ҳар йили
Анамнез, объектив кўрик	Ҳа	Ҳа	Ҳа
Эзофагогастроскопия	Ҳа	Ҳа	Ҳа
Барий билан қизилўнгач ва ошқозон рентгеноскопияси	Ҳа	Ҳа	Кўрсатмалар бўйича

5. Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

Баҳолаш мезонлари	Далилларнинг ишонччилик даражаси	Тавсияларнинг ишонччилик даражаси
Қизилўнгачнинг рентгенограммаси ўтказилди (ташхис қўйилганда)	Іб	А
Езофагоскопия ўтказилди (ташхис қўйилганда)	Іб	А
Манометрия ўтказилди	ІІІ	В

Операциядан кейинги асоратларнинг тромбoproфилактикаси ўтказилди (агар уни амалга оширишга қарши кўрсатмалар бўлмаса; жарроҳлик даволанган беморларда)	IV	C
--	----	---

6. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари

- Беморнинг умумий ҳолатини яхшилаш;
- Овқат ҳазм қилиш функциясини яхшилаш
- Оғрик хуружларини камайтириш

6.1. Реабилитация процедураларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари

(фаолият, ногиронлик ва соғлиқнинг халқаро таснифига кўра халқаро шкаласи) –

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

7. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган

диагностика чоралари:

- Беморни физик текшириш
- ЭГДФС;

Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви йўқлиги ҳақида маълумот: йўқ.

2) эксперт маълумотлари: 1-сонли гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантацияси бўлими бошлиғи, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош жарроҳи, т.ф.д. профессор-Акбаров Миршавкат Миралимович; катталар кардиожарроҳлиги кафедраси мудир, т.ф.д. профессор-Алиев Шерзод Маҳмудович.

3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: Ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига ега бўлган янги усуллар мавжуд бўлганда (протоколларни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш учун аризаларни тўплаш; протокол мавзулари рўйхатини шакллантириш; протокол мавзуларига устувор аҳамият бериш; протоколларни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш; протокол лойиҳаларини протокол ишлаб чиқувчиларининг веб-сайтига жойлаштириш, протоколлар лойиҳаларини очик муҳокама қилиш, сўнгра уларни кўриб чиқиш; лойиҳалар протоколларини эксперт

баҳолаш; комиссия йиғилишида протоколлардан фойдаланиш бўйича тасдиқлаш ва тавсиялар, сўнгра тасдиқланган протоколларни ваколатли органнинг веб-сайтига жойлаштириш). Режалаштирилган қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим етилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли хужжатларда ёллон қилинади.

Список использованной литературы:

1. Аллахвердян А. С., Анипченко А. Н. Видеоэндоскопические операции при запущенных формах ахалазии кардии // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Естественные и технические науки. 2021. № 6. С. 166-170. <http://nauteh-journal.ru/index.php/ru/m/60>
2. Ахалазия кардии: современные представления об этиологии, патогенезе, клинической картине и диагностике / Ю.В. Евсютина [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2014. – С. 2-14. <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/7707>
3. Бурмистров М.В., Сигал Е.И., Шарапов Т.Л., Иванов А.И., Бакиров М.Р. отдаленные результаты эндохирургического лечения ахалазии кардии // Эндоскопическая хирургия. 2016. Т. 22. № 5. С. 3-6
4. Лапароскопическая кардиомиотомия по Геллеру с фундопликацией по Дору - стандарт лечения ахалазии кардии у детей Журнал: Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2021;(9): 48-53 <https://www.mediasphera.ru/journal/khirurgiya-zhurnal-im-n-i-pirogova>
5. Кайбышева В.О., Морозов С.В., Федоров Е.Д., Исаков В.А., Шаповальянц С.Г. Ахалазии кардии. Роль данных манометрии пищевода высокого разрешения в выборе метода лечения // ЭиКГ. 2019. №5 (165). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ahalazii-kardii-rol-dannyh-manometrii-pishevoda-vysokogo-razresheniya-v-vybore-metoda-lecheniya> (дата обращения: 28.09.2021). <https://cyberleninka.ru/article/n/ahalazii-kardii-rol-dannyh-manometrii-pishevoda-vysokogo-razresheniya-v-vybore-metoda-lecheniya>
6. Оскретков В.И., Балацкий Д.В., Гурьянов А.А. Функциональное состояние кардии после различных методов лечения ахалазии пищевода // Хирург. 2016. № 3. С. 13-18 <https://www.mediasphera.ru/issues/dokazatelnaya-gastroenterologiya/2019/4/1230522602019041044>
7. Периоперационное ведение больных с торакальной патологией / Аллахвердян А. С., Анипченко А. Н. // Монография – М. : Пантори, 2017. – 101-113 с. – ISBN 978-5-921800-33-5 <https://dissov.msmsu-portal.ru/>

8. Различные эндоскопические методы лечения ахалазии кардии / М.П. Королев [и др.] // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 11. Медицина. – 2016. – № 2. – С. 20-28. <https://vestnik.spbu.ru/s11.html>
9. Разумовский А.Ю., Алхасов А.Б., Митупов З.Б., Чубко Д.М. Лапароскопическая кардиомиотомия по геллерус фундопликацией по дору-стандарт лечения ахалазии кардии у детей. российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2020. т. 10. № s. с. 131. <https://rps-journal.ru/jour/index/index/ru> RU
10. Тозлиян Е. В., Сухоруков В. С., Захарова Е. Ю., Харабадзе М. Н. Клинический полиморфизм синдрома Олгрова (синдром «трех А») у детей, возможности ранней диагностики и подходы к терапии. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2016; 1: 56-63 <https://www.ped-perinatology.ru/jour>
11. Шишин К.В., Казакова С.С., Недолужко И.Ю., Васнев О.С., Березина О.И., Орлова Н.В., Павлов М.В. Сравнительные результаты поэм и лапароскопической кардиомиотомии //Доказательная гастроэнтерология. 2018. Т. 7. № 1. С. 99а-100 <https://www.mediasphera.ru/issues/dokazatelnaya-gastroenterologiya>
12. Черноусов А.Ф., Хоробрых Т.В., Ветшев Ф.П. и др. Комплексное лечение больных с ахалазией кардии и кардиоспазмом с учётом психосоматических расстройств //Клиническая медицина. - 2018. Т. 96. № 5. - С. 419-426. <https://www.clinmedjournal.com/jour?locale=ru> RU
13. Barbieri L. A., Hassan C., Rosati R., Romario U. F., Correale L., Repici A. Systematic review and meta-analysis: Efficacy and safety of POEM for achalasia. United European Gastroenterol J. 2015; 3(4): 325–334. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4528214/>
14. Duffield JA, Hamer PW, Heddle R, Holloway RH, Myers JC, Thompson SK. (2016) Incidence of Achalasia in South Australia Based on Esophageal Manometry Findings. Clin Gastroenterol Hepatol 15(3):360–365. doi: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2016.05.036>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27266979/>
15. Herbella FA, Patti MG. (2015) Laparoscopic Heller myotomy and fundoplication in patients with end-stage achalasia. World J Surg 39: 1631–1633 CrossRefPubMedGoogle Scholar. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25566981/>
16. Hungness ES, Sternbach JM, Teitelbaum EN, Kahrilas PJ, Pandolfino JE, Soper NJ. (2016) Per-oral Endoscopic Myotomy (POEM) After the Learning Curve: Durable Long-term Results With a Low Complication Rate. Ann Surg 264: 508–517, doi: <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001870>.

17. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, Sato Y, Kaga M, Suzuki M, Satodate H, Odaka N, Itoh H, Kudo S Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 42:265-271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20354937/>
18. Inoue H, Minami H, Kobayashi Y, Sato Y, Kaga M, Suzuki M, Satodate H, Odaka N, Itoh H, Kudo S Peroral endoscopic myotomy (POEM) for esophageal achalasia. *Endoscopy* 42:265-271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20354937/>
19. Jung HK, Hong SJ, Lee OY, Pandolfino J, Park H, Miwa H, Ghoshal UC, Mahadeva S, Oshima T, Chen M, Chua ASB, Cho YK, Lee TH, Min YW, Park CH, Kwon JG, Park MI, Jung K, Park JK, Jung KW, Lim HC, Jung DH, Kim DH, Lim CH, Moon HS, Park JH, Choi SC, Suzuki H, Patcharatrakul T, Wu JCY, Lee KJ, Tanaka S, Siah KTH, Park KS, Kim SE; Korean Society of Neurogastroenterology and Motility. 2019 Seoul Consensus on Esophageal Achalasia Guidelines. *J Neurogastroenterol Motil.* 2020 Apr 30;26(2):180-203. doi: 10.5056/jnm20014. Erratum in: *J Neurogastroenterol Motil.* 2021 Jul 30;27(3):441-442. PMID: 32235027; PMCID: PMC7176504. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31180516/>
20. De León A.R., de la Serna J.P., Santiago J.L., Sevilla C., Fernández-Arquero M., de la Concha E.G., Nuñez C., Urcelay E., Vigo A.G. Association between idiopathic achalasia and IL23R gene. *Neurogastroenterol. Motil.* — 2010 — V. 22 (7). — P. 734-738 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20367798/>
21. Marin I, Serra J. (2016) Patterns of esophageal pressure responses to a rapid drink challenge test in patients with esophageal motility disorders. *Neurogastroenterol Motil* 28(4):543–553, doi: <https://doi.org/10.1111/nmo.12749>. Epub 2015 Dec 21. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26686375/>
22. O'Rourke A. K., Lazar A., Murphy B., Castell D., Martin-Harris B. Utility of Esophagram versus High-Resolution Manometry in the Detection of Esophageal Dysmotility. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016; 154(5): 888–891 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6370298/#:~:text=Esophagram%20may%20be%20useful%20in,disorders%20regardless%20of%20esophagram%20results.>
23. Saleh CM, Ponds FA, Schijven MP, Smout AJ, Bredenoord AJ. (2016) Efficacy of pneumodilation in achalasia after failed Heller myotomy. *Neurogastroenterol Motil* 28(11):1741–1746 Google Scholar. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27401049/>
24. Schneider AM, Louie BE, Warren HF, Farivar AS, Schembre DB, Aye RW. (2016) A Matched Comparison of Per Oral Endoscopic Myotomy to Laparoscopic Heller Myotomy in the Treatment of Achalasia. *J Gastrointest Surg* 20(11):1789–1796, Epub 2016 Aug 11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27514392/>

25. Schoenberg MB, Marx S, Kersten JF, Rösch T, Belle S, Kähler G, Vassiliou MC, Lüth S, von Renteln D. (2013) Laparoscopic Heller myotomy versus endoscopic balloon dilatation for the treatment of achalasia: a network meta-analysis. *Ann Surg* 258: 943–952
https://www.researchgate.net/publication/289039561_Laparoscopic_Heller_myotomy_versus_endoscopic_balloon_dilation_for_the_treatment_of_achalasia_A_network_meta-analysis
26. Von Rahden BHA, Filser J, AlNasser M, Germer CT. (2017) Verfahrenswahl bei der Achalasie: Endoskopisch oder laparoskopisch? *Chirurg* 88(3):204–210, doi: <https://doi.org/10.1007/s00104-016-0365-0>.
27. Yadlapati R, Kahrilas PJ, Fox MR, Bredenoord AJ, Prakash Gyawali C, Roman S, Babaei A, Mittal RK, Rommel N, Savarino E, Sifrim D, Smout A, Vaezi MF, Zerbib F, Akiyama J, Bhatia S, Bor S, Carlson DA, Chen JW, Cisternas D, Cock C, Coss-Adame E, de Bortoli N, Defilippi C, Fass R, Ghoshal UC, Gonlachanvit S, Hani A, Hebbard GS, Wook Jung K, Katz P, Katzka DA, Khan A, Kohn GP, Lazarescu A, Lengliner J, Mittal SK, Omari T, Park MI, Penagini R, Pohl D, Richter JE, Serra J, Sweis R, Tack J, Tatum RP, Tutuian R, Vela MF, Wong RK, Wu JC, Xiao Y, Pandolfino JE. Esophageal motility disorders on high-resolution manometry: Chicago classification version 4.0©. *Neurogastroenterol Motil.* 2021 Jan;33(1):e14058. doi: 10.1111/nmo.14058. PMID: 33373111; PMCID: PMC8034247
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33373111/>
28. Yung Lee, Karanbir Brar, Aristithes G. Doumouras, Dennis Hong Peroral endoscopic myotomy (POEM) vs Laparoscopic Heller myotomy. *Annals of surgery*.-2017.- №20.-P.1-9
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4486039/>