

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

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

**"ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**Тошкент – 2025**

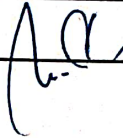
**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**

**«Академик В. Вахидов номидаги**

**РИХИАТМ» ДМ директори**

**С.И. Исмаилов**



 2025 йил

**"ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**Тошкент – 2025**

**"ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИНИ  
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

## 1. КИРИШ ҚИСМИ

**Аннотация.** Ошқозон яраси - бу сурункали касаллик бўлиб, унда нейрогормонал регуляция ва ошқозон ҳазм қилишининг бузилиши натижасида ушбу органларнинг деворида пептик яра пайдо бўлади. Ошқозон яра касаллиги кенг тарқалган ва ривожланган мамлакатларда катталар аҳолисининг 3-5% да учрайди. Пептик яра аёлларга қараганда эркакларда кўпроқ учрайди. Сўнгги пайтларда янги диагностика усуллари ва хеликобактер инфекциясини муваффақиятли даволаш ушбу касалликнинг тарқалишини камайтиришга имкон берди.

Ушбу клиник протоколни ишлаб чиқиш учун қуйидаги манбалардан фойдаланилган:

**1. АСГ клиник кўрсатмалари:** *Helicobacter pylori* инфекцияси бўлган беморларда ошқозон яра касаллигини даволаш. Муаллифлар: Chey, William D. MD; Howden, Colin W. MD; Moss, Steven F. MD; Morgan, Douglas R. MD; Greer, Katarina B. MD; Grover, Shilpa MD; Shah, Shailja C. MD.

**DOI:** | 119(9): 1730-1753 бетлар, сентябрь 2024й. Америка гастроэнтерология журнали 10.14309/ajg.0000000000002968

Ҳавола: [https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/09000/acg\\_clinical\\_guideline\\_treatment\\_of\\_helicobacter.13.aspx](https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/09000/acg_clinical_guideline_treatment_of_helicobacter.13.aspx)

**2. Ошқозон яра касаллигида клиник амалиёт бўйича илмий асосланган тавсиялар. Япония гастроэнтерологлар жамияти (JSGE) 2020.** Муаллифлар: Tomoari Kamada, Kiichi Satoh, Toshiyuki Itoh, Masanori Ito, Junichi Iwamoto, Tadayoshi Okimoto, Takeshi Kanno, Mitsushige Sugimoto, Toshimi Chiba, Sachiyo Nomura, Mitsuyo Mieda, Hideyuki Hiraishi, Junji Yoshino, Atsushi Takagi, Sumio Watanabe, Kazuhiko Koike.

**DOI:** 10.1007/s00535-021-01769-0.

Ҳавола: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33620586/>

**3. Германия гастроэнтерология жамиятининг *Helicobacter pylori* ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яра касаллиги, овқат ҳазм қилиш тизими ва метаболизм касалликлари бўйича S2k тавсияларини**

**янгилиниши (DGVS).** Муаллифлар: Wolfgang Fischbach, Jan Bornschein, Jörg C. Hoffmann, Sibylle Koletzko, Александр Линк, Lukas Macke, Peter Malfertheiner, Kerstin Schütte, Дитер-Майкл Селград, Sebastian Suerbaum, Christian Schulz.

Февраль 2024й., Гастроэнтерология журналы 62(02):261-321.

**DOI:**10.1055/a-2181-2225

Хавола: [https://www.researchgate.net/publication/378278927\\_Update\\_S2k-Guideline\\_Helicobacter\\_pylori\\_and\\_gastroduodenal\\_ulcer\\_disease\\_of\\_the\\_German\\_Society\\_of\\_Gastroenterology\\_Digestive\\_and\\_Metabolic\\_Diseases\\_DGVS\\_August\\_2023\\_-\\_AWMF-Registernummer\\_021-001](https://www.researchgate.net/publication/378278927_Update_S2k-Guideline_Helicobacter_pylori_and_gastroduodenal_ulcer_disease_of_the_German_Society_of_Gastroenterology_Digestive_and_Metabolic_Diseases_DGVS_August_2023_-_AWMF-Registernummer_021-001)

### МКБ кодлари

МКБ-10 (K25)		МКБ-11 (DA60)	
<b>K25</b>	<b>Ошқозон яра касаллиги</b>	<b>Ошқозон яра касаллиги</b>	
K25.0	Ўткир қон кетиш асорати билан	Ошқозон эрозияси	(DA60.0)
K25.1	Ўткир перфорация асорати билан	Ошқозон яраси, <i>Helicobacter pylori</i> билан боғлиқ	(DA60.1)
K25.2	Ўткир қон кетиш ва перфорация асоратлари билан	Ошқозон дори-дармон ва <i>Helicobacter pylori</i> билан боғлиқ яраси	(DA60.2)
K25.3	Ўткир қон кетиш ва перфорация асоратларисиз	Стресс сабабли пайдо бўлган ошқозон яраси	(DA60.3)
K25.4	Сурункали ёки аниқ эмас қон кетиш асорати билан	Ошқозон эозинофил сабаб пайдо бўлган яраси	(DA60.4)
K25.5	Сурункали ёки аниқ эмас перфорация асорати билан	Ошқозон лимфоцитар сабаб пайдо бўлган яраси	(DA60.5)
K25.6	Сурункали ёки аниқ эмас қон кетиш ва перфорация асорати билан	Ташқи сабаблар туфайли вужудга келган ошқозон яраси	(DA60.6)
K25.7	Сурункали ёки аниқ эмас қон кетиш ва перфорация асоратларисиз	Иккиламчи инфекция сабабли пайдо бўлган ошқозон яраси	(DA60.7)
K25.9	Ўткир деб аниқлаштирилмаган ёки	Бошқа аниқлаштирилган ошқозон яраси	(DA60.Y)

	сурункали қон кетиш ва перфорация асоратларисиз		
		Аниқлаштирилмаган ошқозон яраси	(DA60.Z)
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=10145">https://mkb-10.com/index.php?pid=10145</a>	<a href="https://medznanie.ru/article/o-meditsine/yazva-jeludka-v-mkb-11-i-mkb-10-sravnitelnie-tablici">https://medznanie.ru/article/o-meditsine/yazva-jeludka-v-mkb-11-i-mkb-10-sravnitelnie-tablici</a>	

Жадвал №1 МКБ – 10 ва МКБ – 11 кодланиши.

**Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 30 май 2025 йил, қайта кўриб чиқиладиган сана 2028 йил, ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда ёшон қилинади.

**Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса** "академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ" ДМ ҳисобланади.

**Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга қуйидагилар ёрдам берди:** "академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ" ДМ.

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси:

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

#### Рецензентлар:

<b>Рецензентлар:</b>	Туракулов У.Н. – т.ф.д., ТХКМРМ №1-сонли Хирургия кафедраси доценти
	Тулежанов Нурпейс Кудайбергенович – Х.А. Ясави номидаги “Халқаро Қозоқ – Турк университети” тиббиёт факултети жаррохлик кафедраси доценти, т.ф.н.

Клиник протокол муҳокамаси “Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ” ДМ Илмий Кенгаши йиғилишида бўлиб ўтди - протокол №3 15.03.25й.

**Техник экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:**

1. “Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ” ДМ 1-сонли гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантацияси бўлими бошлиғи, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош жарроҳи, т.ф.д. профессор Акбаров Миршавкат Миралимович.

2. “Академик В.Вахидов номидаги РИХИАТМ” ДМ катталар юрак жарроҳлиги бўлим бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори, 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.

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

Амалиётчилар:

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

## Протокол фойдаланувчилари:

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

**Ушбу нозологияда беморлар тоифаси:** катталар ва болалардир.

### Тавсияларни синфлар бўйича баҳолаш шкаласи

Тавсия синфи	Таърифи	Тавсия
<b>I</b>	Даволаш/текшириш/аралашувларнинг ўзига хос усуллари фойдали ва самарали эканлиги ёки умумий қабул қилинганлиги исботланган ва потенциал фойда потенциал хавф билан солиштирганда аниқ ва ундан сезиларли даражада ошади.	Тавсия этилади
<b>II</b>	Муайян даволаниш/текширув/аралашувнинг афзалликлари/самарадорлигига ва/ёки қарама-қарши фикрга зид бўлган маълумотлар ёки фойда ҳақида ноаниқлик/хатарлар.	Тавсия этилиши мумкин
<b>IIa</b>	Маълумотлар/фикрларнинг аксарияти афзалликларни/самарадорликни кўрсатади.	
<b>IIb</b>	Маълумотлар/фикрлар фойда/самарадорликнинг камшончли далилларини беради.	Жуда эҳтиёткорлик билан
<b>III</b>	Муайян даволаш/текширув/муолажа/аралашув ҳақида маълумот, ёки фойдали/самарали бўлмаган бўлган ягона фикр, ёки потенциал хавф потенциал фойдадан устун бўлганлиги	Тавсия этилмайди

	хақида маълумот.	
--	------------------	--

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

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

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

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

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

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

## **МУНДАРИЖА**

"ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....4

"ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....70

"ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....93

## **2. АСОСИЙ ҚИСМ.**

### **2.1. Кириш**

Ошқозон яра касаллиги (ОЯК) сурункали қайталанувчи касаллик бўлиб, ўзгарувчан кузгалиш давлари ва ремиссия давлари билан юзага келади, унинг етакчи намоён бўлиши ошқозон деворида нуқсон (яра) шаклланиши ҳисобланади [5].

Ушбу муаммонинг аҳамияти асосан унинг кенг тарқалганлиги билан боғлиқ ва аҳоли орасида 5-10% одамларда учрайди. Хусусан, ОЯК дунё аҳолисининг 6-10 фоизида аниқланган. Касаллик эркакларда анча кенг тарқалган: эркаклар ва аёллар орасида ошқозон ярасида 2:1 нисбатда ва ошқозон ярасида 4: 1 нисбатда. 20 ёшдан кейин эркакларда юқори касалланиш ва 40 ёшга келиб сезиларли пасайиш билан ошқозон яраси касаллигининг аниқ жинсий диморфизми, худди шу ёшдаги аёлларда касалланиш даражасининг параллел равишда ошиши репродуктив тизимнинг гормонал боғланишининг унинг генезисида шубҳасиз иштирокини кўрсатиши мумкин [3, 11].

Ёш гуруҳларида 12б.и. яраси 25 ёшдан 50 ёшгача, ошқозон яраси эса 40 ёшдан 60 ёшгача учрайди. Натижада, ошқозон ярасининг клиник кечиши туфайли турли ёшдаги беморларда ошқозон яраси ташхисида баъзи ўзига хос хусусиятлар бўлиши мумкин. Сўнгги йилларда НЯҚД истеъмол қилишнинг кўпайиши туфайли ярали қон кетишини аниқлаш частотасининг ошиши билан асоратланмаган ошқозон яраси касаллиги учун касалхонага ётқизиш частотасини камайтириш тенденцияси кузатилмоқда [4,12].

### **2.2. Таърифи**

Ошқозон яра касаллиги (ОЯК) - бу ошқозон шиллиқ қавати деворида ярали нуқсонларнинг шаклланиши ва асоратларнинг ривожланиши билан намоён бўладиган сурункали такрорий мултифакториал касаллик [12]. Замонавий тушунчаларга кўра, умуман ЯК патогенези ошқозон таркиби ва элементларининг кислота-пептик тажовуз омиллари ўртасидаги мувозанатни

бузилишдан ошқозон шиллик қаватини ҳимоя қилиш вазифаси камаяди[1]. Яранинг агрессив бўғинига астар хужайралари массасининг кўпайиши (кўпинча ирсий), гастриннинг гиперпродукцияси, ошқозон кислотаси ишлаб чиқаришнинг асаб ва гуморал регуляциясининг бузилиши, пепсиноген ва пепсин ишлаб чиқаришнинг кўпайиши, гастродуоденал мотилликнинг бузилиши (кечкикиш ёки аксинча, ошқозондан эвакуация тезлашиши, ошқозоннинг ифлосланиши) киради. *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) микроорганизмлари билан шиллик қават. [4,12]

Тўхтатилган ярали қон кетиш - бу эндоскопик текширув ёки жарроҳлик аралашув ўтказилгунга қадар ўз-ўзидан тўхтаган ошқозон ярасидан қон кетиш.

Тешилиш ва қон кетиш билан ўткир яра-бу ошқозон яраси ҳудудида ошқозоннинг девори тешилиб вайрон бўлиши натижасида пайдо бўладиган ўткир жарроҳлик касаллиги бўлиб, унинг таркиби эркин қорин бўшлиғига тарқалади ва аррозланган томирдан қорин бўшлиғига ёки орган бўшлиғига қон кетади.

Яранинг пенетрацияси - чуқур нуқсон бўлиб ошқозон деворига таъсир қиладиган, қўшни органларга, кўпинча жигар ёки ошқозон ости безига кириб боради. Барқарор ярали гастродуоденал қон кетиш - бу беморнинг ошқозон яраси ёки ўн икки бармоқли ичак ярасидан ички қон кетишини бошдан кечирганлиги объектив тасдиқланган ҳақиқатни акс эттирувчи клиник атама. Бу атама кўпинча ташхис қўйиш вақтида ўз-ўзидан тўхтаган қон кетишини тавсифлаш учун ишлатилади. Ёпиқ ошқозон яраси тешилиши - бу тешилган тешикли, одатда кичик диаметрли (0,3-0,5 см гача), озик-овқат зарраси ёки фибрин, жигарнинг пастки юзаси, чарви ва йўғон ичак девори билан ёпилган яра. Давом этаётган ярали гастродуоденал қон кетиш - бу ошқозон яраси ёки ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетиши, бунда эндоскопик текширув ёки жарроҳлик пайтида ярадан қон чиқиб туради. Эндоваскуляр аралашув пайтида давом этаётган қон кетишининг белгиси қон томир йўлидан ташқарида контраст воситаларнинг оқими (экстравазация).

Ярадан такрорий қон кетиш (такрорий ярали гастродуоденал қон кетиш) - бу ўз-ўзидан ёки эндоскопик тўхташдан кейин ёки операциядан кейин бирламчи қон кетишининг манбаи бўлган бир хил ошқозон яраси ёки ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетишининг қайталаниши. Кўп ҳолларда беморнинг касалхонада ётиши пайтида қон кетишининг қайталаниши ривожланади.

Дуоденал стеноз - бу ўн икки бармоқли ичак бўшлиғининг тўлиқ ёки қисман торайиши, натижада унинг обструкцияси.

Тешилган ошқозон яраси - бу ошқозон яраси соҳасида ошқозоннинг девори тешилиб вайрон бўлиши натижасида, таркибнинг эркин қорин бўшлиғига кириб бориши натижасида юзага келадиган ўткир жарроҳлик касаллиги. Ярали гастродуоденал қон кетиш - бу ошқозон-ичак тракти бўшлиғига қон кетиши, унинг манбаи ошқозон яраси ёки ўн икки бармоқли ичак яраси. <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr277.pdf>

### **2.3. Клиник классификация:**

ОЯК нинг умумий қабул қилинган таснифи йўқ. Аввало, Н. pylori инфекциясининг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб, ЯК изоляция қилинади, боғланади ва Н. pylori инфекцияси билан боғлиқ эмас. Охирги шакл баъзан идиопатик деб ҳам аталади. ЯК, шунингдек, бошқа касалликлар фонида юзага келадиган ва махсус етиологик ва патогенетик омиллар билан боғлиқ бўлган мустақил касаллик (муҳим ошқозон яраси касаллиги) ва симптоматик ошқозон яраси (доривор, "стрессли", эндокрин патологияда, ички органларнинг бошқа сурункали касалликларида) сифатида ажралиб туради. уларнинг ривожланиши [7].

Локализацияга қараб, ошқозон яраси ажратилади - антрум, ошқозон танаси, шунингдек ошқозон ва 12б.и. бирлашган яралари. Бундай ҳолда, ошқозон яраси кичик ёки катта эгриликда, ошқозоннинг олд ва орқа деворларида жойлашган бўлиши мумкин [4,12].

Ярали шикастланишлар сонига кўра битта ва кўп яралар ажратилади ва

яралари нуқсоннинг катталигига қараб кичик (диаметри 0,5 см гача) ва ўрта (диаметри 0,6–1,9 см) ўлчамдаги яралар, катта (диаметри 2,0 - 3,0 см) ва гигант (диаметри 0,0 см) диаметри 3,0 см дан ортиқ) яралар. Ташхис касалликнинг босқичини кўрсатади: алевленме, чандиқ ("қизил" ва "оқ" чандиқнинг эндоскопик тасдиқланган босқичи) ва ремиссия, шунингдек, ошқозоннинг мавжуд сисатрициал яра деформацияси [8].

Ташхис қўйишда ОЯК асоратлари (шу жумладан анамнестик) мавжудлиги кўрсатилади: қон кетиш, тешилиш, пенетрация, пилоруснинг чандикли яралари стенози, шунингдек, агар улар бажарилган бўлса, жарроҳлик аралашувларнинг табиати [12]. 3-жадвалда ошқозон яраси турининг қисқача тавсифи берилган.

<b>Ярани тури</b>	<b>Сабаби</b>	<b>Клиник бегилари</b>
Стрессли (шиллик қаватнинг ишемияси туфайли) Ошқозонда жойлашади	Травма, шу жумладан травматик мия шикастланиши (Кушинг яралари), куйишлар (Курлинг яралари), шок, музлаш ва бошқалар.	Оғриқ синдроми кўпинча йўқ, биринчи белги ўткир қон кетиш, камроқ перфорация бўлиши.
Доривор (Простогландин ва шилимшиқ ишлаб чиқаришнинг бузилиши, регенерация ставкаларининг пасайиши туфайли)	Ностероидлар, тизимли кортикостероидлар, ўсмага қарши дорилар (ситостатиклар) ва бошқалар билан даволаш	Чаще протекают бессимптомно, проявляются внезапно возникшим кровотечением. Иногда сопровождаются изжогой, болями в эпигастрии, тошнотой
	Қандли диабет (субмукозал қатлам томирлари микроангиопатия турига қараб ўзгаради, трофик жараёнлар даражаси пасаяди)	Улар ошқозонда жойлашади, асимптоматикдир ва баъзида қон кетиш билан асоратланади

Эндокрин	Золлингер-Эллисон синдроми (аниқ гиперацидлик аниқланади, қон зардобиди гастрин кўпаяди)	Бу жуда оғир курсга эга, ошқозон ярасининг кўп жойда жойлашган, доимий диарея.
	Гиперпаратиреоз	Касаллик ўБИда кўпроқ аниқланади, тез-тез рецидив беради, кечиши қон кетиш ва тешилишга мойинлиги бор, паратироид беги функциясининг ошиши белгилари характерлидир: мушакларнинг кучсизлиги, суяк оғриғи, чанқоқлик, полиурия.
Гепатогенные (нарушение кровотока в воротной вене, нарушение инактивации гистамина в печени, трофические и микроциркуляторные расстройства)	Цирроз печени, хронический гепатит	Локализуются чаще в желудке, реже в ДПК. Клиническая картина обычно стерта и атипична, язвы плохо поддаются терапии, отличаются торпидностью течения
Панкреатоген (кининлар ва гастрин чиқарилишини кўпайтирганда бикарбонатларни ичакка қабул қилишнинг бузилиши)	Панкреатит	Улар одатда ўБИ-да жойлашган бўлади. Яралар озик-овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ аниқ оғриқ синдроми билан тавсифланади. Ярали жараённинг кечиши доимий, аммо асоратлар кам учрайди.
Гипоксик (узок муддатли ошқозон гипоксияси)	Ўпка ва юрак-қон томир тизимининг сурункали касалликлари	Клиник белгилари яққол бўлади, қон кетишга мойинлиги юқори
<a href="https://www.1spbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektsii/gastroenterology3.pdf?ysclid=lucl01dmpe823299172">https://www.1spbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektsii/gastroenterology3.pdf?ysclid=lucl01dmpe823299172</a>		

**Жад. №3 Яра турлари.**

## 2.4 Касаллик/ҳолатни ташхислаш мезонлари:

Ошқозон яраси касаллиги диагностикаси қуйидагилар асосида белгиланади:

1) анамнестик маълумотлар (характерли шикоятлар, олдин ошқозон яра касаллигини аниқлаш)

2) тўғридан-тўғри текширув (қорин девори мушакларининг палпация пайтида оғриқни ва қаршиликни аниқлаш)

3) инструментал текширув (ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакни эндоскопик ва рентгенологик текшириш пайтида ярали нуқсонни аниқлаш)

Қон кетиши билан мураккаблашган ОЯК учун **диагностика дастури**: 1) юқори ошқозон-ичак тракти бўшлиғига ўткир қон кетиш фактини аниқлаш; 2) қон кетиш манбасини аниқлаш; 3) қон йўқотишнинг оғирлигини аниқлаш. Ҳаёт учун хавfli қон кетиш ҳолатларида диагностика текширувлар шошилиш чоралар билан параллел равишда ўтказилиши керак. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>.

## 2.5 Этиология ва патогенез.

Ошқозон яраси ошқозон шиллиқ қавати асосан кислота билан зарарланганда пайдо бўлади. Одатда, 24 соат ичида ошқозоннинг париетал хужайралари тахминан икки литр хлорид кислота ажратади, бу эса овқат ҳазм қилишни яхшилади ва бактерияларни ўлдиради. Ошқозондаги озик-овқат оқсиллари гастрин ишлаб чиқаришни рағбатлантиради, бу эса ошқозондаги энтерохромоаффинга ўхшаш хужайралардан гистамин чиқарилишини кўзғатади. Гистамин, ўз навбатида, париетал хужайраларнинг H<sub>2</sub>-рецепторларини рағбатлантиради ва уларнинг кислота чиқаришига олиб келади. Бу салбий тесқари алоқа назорати бўлиб, натижада рН пасайиши гастрин ишлаб чиқаришни тўхтатувчи соматостатиннинг чиқарилишига олиб келади. Саратон касаллигида ҳимоя ва агрессив омилларнинг номуносиблиги яллиғланиш ва шиллиқ қават нуқсонларининг шаклланишига олиб келади. Заифлашган нормал ҳимоя ва

регенератив механизмлар ошқозон кислотаси билан ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватига зарар етказиш эҳтимолини оширади.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>.

Соғлом одамларда ошқозон-ичак трактининг шиллик қавати **бир неча омиллар** билан ҳимояланган:

- шиллик қават томонидан шилимшиқ ишлаб чиқариш (барьер для распространения кислоты и пепсина);
- шиллик қават томонидан бикарбонат ишлаб чиқариш (шилимшиқ ичида ва остида нейтрал рН даражасини ҳосил қилади);
- эпителий хужайраларининг каттик уланиши (водород ионларининг тескари тарқалишини олдини олади);
- эпителий хужайраларининг мембранани ташиш тизимлари орқали ортиқча  $H^+$  ионларини олиб ташлаш;
- шиллик қаватга етарли қон оқими (эпителий қатламига кирган хлорид кислотасини олиб ташлайди);
- ўсиш омиллари ва простагландинлар ёрдамида шиллик қаватни тиклаш ва унинг яхлитлигини сақлаш.

Шиллик қаватнинг ҳимоя механизмларини бузадиган агрессив омилларга қуйидагилар киради:

- ҳаддан ташқари кислота секрецияси;
- пепсиннинг юқори даражаси;
- инфекция *H. pylori*;
- НЯҚД;
- бошқа дорилар (глюкокортикоидлар, Бифосфонатлар).

ЯК улцерогенезнинг асосий этиологик омиллари *H. pylori* инфекцияси ва НЯҚД. Ўн икки бармоқли ичак ярасининг тахминан 95% ва ошқозон ярасининг 70% *H. pylori* сабаб бўлади. Дунё бўйлаб НЯҚДдан фойдаланиш билан боғлиқ ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси ҳолатларининг фоизи 14-25% га етади. *Helicobacter pylori* ҳимоя ва агрессив омиллар ўртасидаги нормал мувозанатни бузади, кислота ишлаб чиқаришни

кўпайтиради, ошқозон шиллиқ қаватига зарар етказди ва токсинлар ишлаб чиқаради. У нажас, тупурик ва тиш усти қоплами таркибида бўлиши мумкин ва одамдан одамга юқиши мумкин. *Helicobacter pylori* уреазаси ишлаб чиқаради, у карбамидни парчалайди, аммиакни чиқаради, бу уни ошқозоннинг хлорид кислотаси таъсиридан химоя қилади, шунингдек шиллиқ қаватни йўқ қилади ва унга киради. Бундан ташқари, микроорганизм томонидан ишлаб чиқарилган ферментлар шиллиқ қаватнинг шикастланишига ва ошқозон яраси шаклланишига ёрдам беради. Дастлаб, *H. pylori* препилорик зонада ўткир гастритга олиб келади, кейинчалик сурункали гастритга ўтади.

Ошқозон яраси бўлса, шиллиқ қаватнинг секретор фаоллиги чекланганига қарамай, химоя омилларининг сифат ёки миқдорий етишмаслиги (шилимшиқ шаклланиши, эпителий мустаҳкамлиги) туфайли иккиламчи ошқозон яраси мумкин. Шундай қилиб, кислота ишлаб чиқаришнинг пасайиши ошқозон ярасига олиб келади. *H. pylori* шунингдек, гипергастринемияга олиб келиши мумкин, бу эса хлорид кислота секрециясининг ошишига ва ўн икки бармоқли ичак ярасининг шаклланишига олиб келади. НЯҚДлар ЦОГ-1 ферментини бостириш орқали ошқозонда простагландинлар ишлаб чиқаришни бостириш орқали шиллиқ қаватнинг яллиғланиши ва ярасини рағбатлантиради. Селектив ЦОГ-2 ингибиторлари бўлган НЯҚДлар ошқозонга камроқ салбий таъсир кўрсатади.

Бундан ташқари, НЯҚДлар тромбоцитлар фаолиятини камайтириш ва мавжуд яралардан қон кетиш хавфини ошириши мумкин. Яраининг кам учрайдиган сабаби Золлингер-Эллисон синдроми бўлиб, ортиқча кислота ишлаб чиқарилади. Стресс яралари политравма, куйиш, жиддий жарроҳлик муолажалар ва буйрак етишмовчилиги каби жиддий касалликлар натижасида юзага келади. Кучли куйиш билан оғриган беморларда бурама турдаги стресс яраларининг патогенези ошқозон эпителийсининг гипоксик шикастланиши билан плазма ҳажмининг пасайиши ва ошқозон қон оқими

туфайли шиллик қаватнинг нормал тўсиғининг заифлашиши билан боғлиқ. Кушинг типигаги стресс яралари вагус нервининг стимуляциясининг кучайиши натижасида травматик мия шикастланиши бўлган беморларда пайдо бўлади, бу эса хлорид кислота ишлаб чиқаришнинг кўпайишига олиб келади. Сигарет чекиш ва оилада саратон касаллиги каби омиллар ҳам ошқозон яраси хавфини ошириши мумкин.

<https://rep.bsmu.by/bitstream/handle/BSMU/24802/Гастродуоденальные%20язвы%20англ.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=ETIOLOGY%20AND%20PATHOGENESIS.%20Peptic%20ulcers,digestion%20and%20to%20kill%20bacteria>

**2.6** Республикамизда ошқозон яраси **скрининги** ўтказилмайди. Шунинг таъкидлаш керакки, ЖК нинг билвосита белгилари шубҳа қилинган ёки аниқланган тақдирда, алгоритмда кўрсатилган қуйидаги тадбирларни амалга ошириш тавсия этилади. [https://www.vidal.ru/netcat\\_files/Image/jazvennaja.pdf](https://www.vidal.ru/netcat_files/Image/jazvennaja.pdf)

### **3. Текширув ва тадқиқот усуллари, тиббий муолажалар ва диагностика жараёнларига ёндашувлар**

#### **3.1 Шикоятлари ва анамнез**

ЖКнинг кучайишининг етакчи аломати эпигастрал минтақадаги оғриқ бўлиб, у кўкракнинг чап ярмига ва чап елка пичоғига, кўкрак ёки бел умуртқасига тарқалиши мумкин. Оғриқ овқатдан сўнг дарҳол пайдо бўлади (ошқозоннинг юрак ва субкардиал қисмлари яралари билан), овқатдан ярим соат ёки бир соат ўтгач (ошқозон танасининг яралари билан). Пилорик канал ва ўн икки бармоқли ичак лампочкасининг яралари одатда кеч оғриқни (овқатдан 2-3 соат ўтгач), оч қоринга пайдо бўладиган ва овқатдан кейин ўтиб кетадиган "оч" оғриқни, шунингдек тунги оғриқни келтириб чиқаради. Антисекретор ва антацид препаратларини қабул қилгандан кейин оғриқ йўқолади. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21494041/>

ЯКнинг кучайиши пайтида кислота етишмовчилиги, кўнгил айнаши ва ич қотиши ҳам кенг тарқалган. Ошқозон таркибидаги кислотали қусиш, бу энгиллик келтиради ва шунинг учун беморлар томонидан сунъий равишда кўзғатилади, ҳар доим ЯК белгиси ҳисобланган, аммо ҳозир у нисбатан кам учрайди. Касалликнинг кучайиши билан вазн йўқотиш тез-тез қайд этилади, чунки сақланиб қолган ва баъзан ҳатто иштаҳанинг ошишига қарамай, беморлар оғриқнинг кучайишидан қўрқиб, овқатланиш билан чекланишади. Ошқозон яраси касаллигининг кучайиши пайтида кузатилган клиник аломатлар патогномоник эмас ва бошқа касалликларда (масалан, сурункали гастрит ва функционал диспепсия синдроми бўлган дуоденит) пайдо бўлиши мумкин, шунинг учун ошқозон яраси ташхиси инструментал тадқиқот усуллари билан тасдиқланиши керак.

Ўткир ЯК даврида объектив текширув кўпинча қорин олд девори мушакларининг ўртача қаршилиги билан биргаликда палпация пайтида эпигастрал минтақада оғриқни аниқлайди. Худди шу соҳада маҳаллий перкуссия оғриғи ҳам бўлиши мумкин (Мендел аломати). Бироқ, бу белгилар убнинг кучайишига қатъий хос эмас. Оғриқ ва диспептик симптомларнинг мавсумий (баҳор ва куз) даврлари ЯК учун хосдир. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31921329/>

Асоратланмаган ҳолатларда ЯК одатда кўзиш даврлари (3-4 дан 6-8 ҳафтагача давом этади) ва ремиссия (бир неча ҳафтадан кўп йилгача давом этади) билан содир бўлади. Ноқулай омиллар таъсири остида (масалан, жисмоний ҳаддан ташқари кучланиш, НЯҚД ва/ ёки қон ивишини камайтирадиган дориларни қабул қилиш, спиртли ичимликларни суиистеъмол қилиш) асоратлар ривожланиши мумкин. Буларга қон кетиши, яранинг тешилиши ва кириб бориши, цикатрик ярали стеноз шаклланиши ва ошқозон яраси малигнитеси киради). Ярали гастродуоденал қон кетишининг (ГСС) клиник кўринишини икки аломатлар гуруҳига бўлиш мумкин: қон йўқотишнинг умумий белгилари (заифлик, бош айланиши, онгни йўқотиш, совуқ ёпишқоқ тер, қон босимининг пасайиши, тахикардия)

ва қоннинг ошқозон-ичак тракти бўшлиғига кириши натижасида юзага келадиган аломатлар. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30302383/>

НЯҚД ўзига хос оғриқ синдроми билан ошқозон яраси касаллигининг кучайиши фонида пайдо бўлиши билан тавсифланади. Қоида тариқасида, беморлар қон кетиш вақтида оғриқнинг тўсатдан йўқолишини пайқашади. Кам ўзгарган қонни қуйқалар ёки "кофе пўстлоғи" таркибидаги қусиш (гематемез) ошқозон ярасидан қон кетиш учун кўпроқ хосдир ва қора смолага ўхшаш нажас (мелена) ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетиш учун кўпроқ хосдир, гарчи баъзи белгиларнинг устунлиги асосан қон кетиш тезлиги билан боғлиқ.

Қон йўқотиш 100 мл қон йўқотиш қора, аммо безатилган нажас пайдо бўлишига олиб келиши мумкин. "Ҳақиқий" мелена (смолага ўхшаш, яъни қора ва суюқ нажас) катталарда бу тахминан 500 мл қон йўқотиш билан содир бўлади. Ичак бўшлиғига тез ва массив қон йўқотиш гематокезия билан намоён бўлиши мумкин, бу анус орқали қуйқалар билан қоннинг чиқиши. Объектив текширув қуйидагиларни аниқлайди: беморнинг хатти-ҳаракати ўзгарган (ташвиш, қўрқув ёки бефарқлик, уйқучанлик, оғир қон йўқотиш билан – психомотор кўзғалиш, делириум, галлюцинациялар); терининг оқариши, пулснинг ўзгариши (тез-тез, заиф тўлдириш); қон босими қон йўқотиш даражасига қараб камаяди; нафас олиш тез. Гастроинтестинал қонашга шубҳа қилинган тақдирда мажбурий бўлган ректумнинг бармоқ текшируви нажаснинг рангсизланишини аниқлашга ёрдам беради. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28053181/>

Ярагинг (тешилиш) характерли клиник белгилари:

1. Қорин оғриғи "ханжар" билан касалликнинг ўткир бошланиши (Дъелафуа симптоми).
2. Қорин бўшлиғи мушакларининг кучланиши ("тахтасимон ошқозон").
3. Қоринни палпация қилиш пайтида оғриқ.

Беморнинг позицияси мажбури, эгилган тиззалар билан, оғриқ ҳаракат билан кучаяди, оғриқли юз ифодаси, рангпар тери, цианотик лаблар, қуруқ

оғиз ва лаблар. Қон босими 5-10% га камаяди, пулс секинлашади (Греков симптоми), нафас олиш тез ва саёз. Қорин олд девори таранг ("тахта каби" кучланиш), касалликнинг биринчи соатда эпигастрий ва мезогастрийда ўткир оғриқ бор - 92% [18]. Касалликнинг биринчи соатида перитонеал тирнаш хусусияти ижобий белгилари пайдо бўлади: Щеткин-Блюмберг, Воскресенский, Раздольский- 98%. Қорин перкуссияси пайтида ўткир оғриқ бор ва жигар устида юқори тимпанит пайдо бўлишини (Спизхарний аломати) аниқлаш мумкин - 37%. Агар қориннинг пастки ва латерал қисмларида суяқлик бўлса, перкуссия товушининг хиралашиши ёки хиралашиши (Де Кервен симптоми) аниқланади. Физик текширув натижалари карама-қарши бўлиши мумкин, чунки ЯП билан оғриган беморларнинг 35-50 фоизида перитонит белгилари кузатилади. Бу кўпинча ёпиқ ошқозон яраси тешилиши ёки жараённинг атипик локализацияси бўлган беморларда содир бўлади. Қорин оғриғи ўн икки бармоқли ичакнинг орқа девори ва ошқозоннинг кардиал қисми яраси тешилиши билан камроқ аниқланади, ошқозонни таркиби ретроперитонеал клетчатка ёки чарви қопига етиб борганда [7,12].

Пенетрация деганда ошқозон яраси ёки ўн икки бармоқли ичак ярасининг атрофдаги тўқималарга кириб бориши тушунилади: ошқозон ости беши, кичик чарви, ўт пуфаги ва умумий ўт йўли. Ошқозон яраси кирганда, доимий оғриқ пайдо бўлади, бу озиқ-овқат истеъмол қилиш билан аввалги алоқасини йўқотади, тана ҳарорати кўтарилади ва қон тестларида ЭЧТ ортиши аниқланади. Яраининг пенетрацияси мавжудлиги радиологик ва эндоскопик усулда тасдиқланади. Пилорик стеноз одатда пилорик каналда ёки ўн икки бармоқли ичакнинг бошланғич қисмида жойлашган яралар чандиғидан кейин ҳосил бўлади. Кўпинча, бу соҳада тешилган ярани тикиш операцияси ушбу асоратнинг ривожланишига ёрдам беради. Пилорик стенознинг энг характерли клиник белгилари бир кун олдин истеъмол қилинган овқатни қусиш, шунингдек, водород сулфиди ҳиди билан қичишишдир. Эпигастрал минтақада қоринни палпация қилиш "кеч

чайқаладиган шовқин" ни (Василенко симптоми) кўрсатиши мумкин ва ошқозон перисталтикаси баъзида ингичка беморларда кўринади. Декомпенсацияланган пилорик стеноз билан беморларнинг чарчаши ривожланиши мумкин ва электролитлар бузилиши мумкин. [5,17]

Яхши ошқозон ярасининг малигнизацияси илгари ўйланганидек кенг тарқалган асорат эмас. Тан олинмаган инфилтратив ярали ошқозон саратони ҳолатлари кўпинча ошқозон яраси малигнитеси билан янглишади. Ошқозон яраси малигнизацияси ташхиси ҳар доим ҳам осон эмас. Клиник, баъзида даврийлиги ва мавсумий кўзишлиги йўқотилса ЖК табиатида ўзгариш қайд этиш баъзан мумкин. Қон тестлари анемияни, ЭЧТнинг ошишини кўрсатади. Якуний хулоса яраининг турли жойларидан олинган биопсияларни гистологик текшириш пайтида амалга оширилади.

<https://rus.logobook.ru/af/2329256/4940/Затевахин%20Неотл%20абдоминальная%20хир%202022.pdf>.

Клиник кўринишининг айрим хусусиятлари бошқа касалликлар фониди ёки дори-дармонларни қабул қилишда юзага келадиган симптоматик яраларга хосдир [17]. Шундай қилиб, "стрессли" гастродуоденал яраларга ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ўткир, одатда кўп сонли яралари киради, улар тарқалан куйишлар (Курлинг яралари), травматик мия жароҳатлари ва нейрохирургик операциялардан сўнг (Кушинг яралари), кенг қорин операцияларидан сўнг, айниқса орган трансплантацияси билан боғлиқ, ўткир миокард инфарктида, беморларда сурункали буйрак ва жигар етишмовчилиги ва бошқа муҳим шароитлар терминал босқичи билан. "Стресс" яралари одатда ўткир, кўп, кўпинча асимптоматик, ошқозон-ичакдан қон кетишига мойил ва асосий касалликнинг тез-тез оғир кечиши туфайли юқори ўлим билан тавсифланади.

[https://www.mrckb.ru/files/yazvennye\\_gastroduodenalnye\\_krovotecheniya.PDF](https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF)

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг доривор яралари орасида ошқозон деворида простагландинлар синтези учун масъул бўлган

сиклооксигеназа-1 ферментини блокировка қилувчи НЯҚД (НЯҚД-гастропатия) дан фойдаланиш билан боғлиқ ўткир эрозив ва ярали шикастланишлар катта аҳамиятга эга. Гастродуоденал яралар НЯҚДни узок вақт қабул қилган беморларнинг 20-25 фоизида, эрозив шикастланишлар беморларнинг 50% дан ортиғида учрайди. Уларнинг ривожланиши учун хавф омиллари орасида беморларнинг кекса ёши, ЯК тарихи, юрак-қон томир тизими ва жигар касалликлари, НЯҚДларнинг юқори дозаси ва антикоагулянтларни бир вақтда қўллаш киради. НЯҚДдан келиб чиққан Гастродуоденал яралар ва эрозиялар ҳам кўпинча табиатда кўп бўлади, кўпинча асимптоматик ва тўсатдан ошқозон-ичакдан қон кетиши билан намоён бўлади (мелена ёки "қаҳва майдончалари" таркибидаги қусиш). Бундай беморларда уларнинг ривожланиш хавфи 4-5 баробар ортади [19]. Ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетиш белгилари бўлган беморда касалхонага ётқизиш босқичида шикаятлар, касаллик тарихи ва ҳаёт тарихини таҳлил қилиш тавсия этилади, аммо бу шошилиш диагностика ва терапевтик тадбирларнинг кечикишига олиб келмаслиги керак. [12, 13, 14, 19, 21, 23].

Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). Изоҳ. Қон кетиш қанча вақт олдин бошланганини аниқлаш муҳим; хушидан кетиш ҳолати, онгни йўқотиш; қонли қусишнинг битта ёки такрорий эпизодлари, қусиш ҳажми ва табиати (қизил ёки қуюқ қон, куйқалар, "қаҳва майдончалари" каби таркиб) бор эди; қон кетишининг частотаси мелена эпизодлари. Кўпинча (беморларнинг 60-70% да) анамнез юқори ошқозон-ичак трактидан қон кетиши билан мураккаблашиши мумкин бўлган "ярасиз" касалликлар мавжудлигини кўрсатади (ошқозон ўсмалари, жигар циррози, Мэлори-Вэйс синдроми ва бошқалар). ЎБИЯК билан оғриган беморларнинг кўпчилигида қон кетиш ошқозон яраси касаллигининг кучайиши фониде ёки анамнезде содир бўлади, характерли "ярали" оғрик синдроми ва қўзиш мавсумийлиги билан ушбу касалликнинг типик белгиларини қайд этиш мумкин. Бир қатор беморларда янги пайдо бўлган

оғриқ синдроми биринчи навбатда ошқозон яраси шаклланиши билан боғлиқ бўлиши керак бўлган илгари амалга оширилган жарроҳлик даволашнинг самарасизлиги ҳақида кўрсатмалар топилиши мумкин. Ўткир ЎБИЯК ривожланишига олиб келиши мумкин бўлган шароитларни аниқлаш керак: оғир кўшма касалликлар (юрак томирлари касаллиги, миокард инфаркти, юрак етишмовчилиги, мия қон айланишининг бузилиши, буйрак ва жигар етишмовчилиги, онкологик ва гематологик касалликлар); антитромботик воситалар билан даволаш (АТХ коди: B01A).

Фавқулодда ёрдам бўлимига қабул қилинганда, ЯП гумон қилинган беморни ушбу ташхисни истисно қилиш ёки тасдиқлаш ва кейинги тактикани аниқлаш учун жарроҳ томонидан текширилиши тавсия этилади [18,21].

**Тавсиянинг** ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). Перфорацияга шубҳа қилинган бемор билан суҳбатлашаётганда, шифокорга Дъелафуа симптоми (ўткир "ханжар" қорин оғриғи) ва ошқозон яраси тарихига еътибор бериш тавсия этилади [18,21].

**Тавсиянинг** ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изоҳ.** Тўсатдан кучли "ханжар" оғриғи ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак таркибининг қорин бўшлиғига кириши ва қорин парданинг тирнаш хусусияти билан боғлиқ. <https://rus.logobook.ru/af/2329256/4940/Затевахин%20Неотл%20абдоминальная%20хир%202022.pdf>

### 3.2 Физикал текширув

#### Умумий кўрик:

- Етакчи клиник симптом: эпигастрал минтақада ва ўрта чизиқнинг ўнг томонида, киндикка яқинроқ оғриқ, кўпинча орқа, пастки орқа, ўнг елка, елка пичоғи, эпигастрал минтақага тарқалади.
- Оғриқ табиати: пароксизмал, санчувчи, кесувчи.

- Оғриқ овқатдан сўнг дарҳол пайдо бўлади (ошқозоннинг юрак ва субкардиал қисмлари яралари билан), овқатдан ярим соат ёки бир соат ўтгач (ошқозон танасининг яралари билан).
- Антацидлар, антисекретор ва антиспазмолитик дориларни қабул қилиш ва иссиқликни қўллашдан кейин оғриқ йўқолади.
- Диспептик синдром: ошқозон ёниши (энг эрта ва энг кенг тарқалган симптом), кекириш, кўнгил айниши, кабзият.
- Сурункали интоксикация ва астено-вегетатив касалликларнинг белгилари. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

### **Пальпация:**

- Мусбат Мендел симптоми;
- Қорин бўшлиғини юзаки палпация қилиш оғриқли, қорин олд девори мушакларининг ҳимоя кучланиши туфайли чуқур палпация қилиш қийин.
- Қорин олд деворининг мушакларни ҳимоя қилиш аломати.

Ошқозон-ичак трактининг юқори қисмидан қон кетиш белгилари бўлган беморга қабул қилинганидан кейин текширувдан ўтиш тавсия этилади, шу жумладан тананинг барча асосий тизимларини баҳолаш; трансректал бармоқ текшируви; агар керак бўлса, ошқозонни зондлаш [12, 13, 14, 15, 19, 21, 23].

**Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

**Изох.** Объектив текширув маълумотлари, шикоятлар ва касаллик тарихи билан биргаликда, беморни қабул қилиш босқичида, қон кетишининг оғирлиги ва шубҳали манбасини, бирга келадиган касалликларни аниқлашга имкон беради. Чалкаш онг, тери ва конъюнктиванинг кескин оқариши, заиф пломба ва кучланишнинг тез-тез пулси, артериал ва пулс босимининг пасайиши, ошқозонда кўп миқдорда қон ва қуйқалар мавжудлиги ва ректал текширувда қора суюқлик ёки қон аралаш таркиби ўткир массив белгиларидир қон кетиши. Тери ва кўринадиган шиллиқ пардаларни текшириш уларнинг субиктерик ёки сариқлигини, қон томир юлдузчаларининг мавжудлигини, одатда жигар касалликларида учрайдиган

антеролатерал қорин тери ости томирларининг кенгайишини аниқлаши мумкин; интрадермал ёки тери ости қон кетиши, қон томирлари касалликларида кўп телангиектазия ва қон ивиш тизимининг бузилиши. Клиник кузатувлар шуни кўрсатдики, нормал қон босими бўлган беморда қон босими 100 ммсимумт дан паст ва пулс тезлиги дақиқада 100 мартадан ортиқ оқаётган қон хажми нинг тахминан 20% қон йўқотишига тўғри келади. Перкуссия ва палпация баъзи ҳолларда ошқозон шиши, кенгайган жигар ва талоқ, асцит белгилари, кенгайган зич лимфа тугунлари аниқланиши мумкин. Беморни текшириш тўғри ичакни бармоқ билан текшириш билан, сўнгра ошқозонни текшириш билан яқунланиши керак. Бу ҳолда олинган объектив маълумотлар, қонли қусиш ва смолага ўхшаш ахлатнинг анамнестик кўрсаткичлари мавжудлиги ёки йўқлигидан қатъи назар, клиник ташхисни тасдиқловчи муҳим белгилар ҳисобланади. [12, 15, 19, 24]

### **3.3 Асосий лаборатория диагностика тадбирлари рўйхати.**

#### **Амбулатория шароитида ўтказиладиган асосий (мажбурий)**

#### **диагностик текширувлар.**

- Яширин ярали қон кетиш натижасида анемияни истисно қилиш учун ЯК билан оғриган барча беморларга умумий (клиник) қон текшируви тавсия этилади [19]. Анемия (гемоглобин, гематокрит, эритроцитлар, тромбоцитлар) кенг қамровли диагностикаси мақсадида жойлаштирилган ОЯК билан оғриган барча беморлар учун умумий (клиник)қон тестини ўтказиш тавсия этилади;

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 4).

**Изох:** ЯК нинг асоратланмаган курси билан клиник қон текшируви кўпинча ўзгаришсиз қолади, аммо анемия ҳам аниқланиши мумкин, бу аниқ ёки яширин қон кетишини кўрсатади.

- Яширин ярали қон кетишини истисно қилиш учун ЯК билан оғриган барча беморларга яширин қон учун нажас тестини ўтказиш тавсия этилади. [24].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

**Изоҳ.** Яширин қон учун нажасни таҳлил қилиш ЯК қўзишини ташхислашда маълум жойни эгаллайди. Унинг натижаларини талқин қилишда шуни эсда тутиш керакки, нажаснинг яширин қонга ижобий реакцияси бошқа кўплаб касалликларда учрайди, бу уларни мажбурий равишда чиқариб ташлашни талаб қилади.

- Рефрактер ошқозон яраси касаллиги бўлган беморларда Золлингер-Эллисон синдромини истисно қилиш учун қон зардобидаги гастрин даражасини ўрганиш тавсия этилади. [25].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

**Изоҳ.** Золлингер-Эллисон синдромидаги гастродуоденал яраларнинг патогенези беморларда (кўпинча ошқозон ости безида) гастрин ишлаб чиқарувчи ўсмалар мавжудлиги натижасида хлорид кислотанинг оғир гиперсекрецияси билан боғлиқ. Бу яралар одатда кўп бўлиб, нафақат ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда, балки жежунумда, баъзан эса қизилўнгачда ҳам кучли оғриқ ва доимий диарея билан локализация қилинади. Бундай беморларни текширишда ошқозон кислотаси ишлаб чиқариш даражаси кескин ошади (айниқса базал шароитда), сарум гастрин миқдори ортади (норма билан солиштирганда 3-4 мартта). Провокацион тестлар (секретин, глюкагон билан), ошқозон ости безининг ултратовуш ва КТ текшируви ва ошқозон эндосонографияси Золлингер-Эллисон синдромини аниқлашда ёрдам беради. ОИҚ билан оғриган беморларда лаборатория текширувлари, қоида тариқасида, АВ0 тизими, резус тизими (резус-фактори) ва Kell-мансублиги бўйича қон гуруҳларини фавқулодда аниқлашни ўз ичига олади; умумий (клиник) қон тестини ўтказиш; қондаги

натрий даражасини ўрганиш, қондаги калий даражасини ўрганиш, қондаги хлоридлар даражасини ўрганиш, қон газларининг кислота-асос ҳолатини ўрганиш, қондаги натрий даражасини ўрганиш, қоннинг осмолярлиги (осмоляллиги); қондаги карбамид даражасини ўрганиш, қондаги креатинин даражасини ўрганиш, қон ёки плазмадаги протромбин (тромбопластин) вақтини аниқлаш, халқаро нормаллаштирилган нисбатни аниқлаш, қондаги фибриноген даражасини ўрганиш; қон глюкоза даражасини ўрганиш, қондаги умумий оқсил даражасини ўрганиш, қондаги албумин даражасини ўрганиш, қондаги умумий билирубин даражасини ўрганиш, қондаги аланин аминотрансфераза фаоллигини аниқлаш, қондаги аспартат аминотрансфераза фаоллигини аниқлаш. [12, 13, 14, 15, 19, 21, 23].

Гемоглобин даражасининг пасайиши, қизил қон таначалари сонининг камайиши ва гематокритнинг камайиши, шубҳасиз, қон йўқотишнинг оғирлигини кўрсатади. Бироқ, ўткир қон кетиш бошланганидан кейинги дастлабки соатларда, ҳатто унинг кучли табиати билан ҳам, гемодилуциянинг ривожланишига вақт йўқ ва шунинг учун бу кўрсаткичларнинг барчаси сезиларли даражада ўзгармаслиги мумкин. Ўткир қон йўқотиш ва овқат ҳазм қилиш трактининг бўшлиғига оқиб тушадиган қоннинг таъсири натижасида камқонликдан ташқари, ўртача лейкоцитоз ва гипербилирубинемия (билвосита фракция туфайли), нормал креатинин даражасида карбамид даражасининг ошиши, бу ичак билан боғлиқ, қонни сингдириш синдроми, кўпинча қайд этилади. Беморнинг аҳволининг оғирлиги ва унинг қон йўқотишига бўлган индивидуал реакциялари Марказий гемодинамиканинг бир қатор кўрсаткичларини, кислород ташилишини, шунингдек метаболик касалликларни (қон карбамид, электролитлар, КЩС, плазма осмолярлиги ва бошқалар) аниқ тавсифлайди). Қон йўқотиш, айниқса оғир даражада, қон ивиш вақтини узайтириш, протромбин даражасининг пасайиши ва ўткир фибринолиз ривожланишигача фибриноген билан гипокоагуляцияга олиб келиши мумкин [14, 18, 19].

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

- УҚТ;
- УСТ;
- биокимёвий қон таҳлили (умумий билирубин, тўғридан-тўғри ва билвосита билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оксил, карбамид, креатинин, электролитлар, қон глюкоза);
- коагулограмма (АЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);
- қон гурухи ва резус фактор;
- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- Спирография;
- ИФА усули билан қонни ОИВ га текшириш;
- ИФА гепатит В ва С га;
- Вассерман реакцияси.
- Қоннинг кислота-асос ҳолати.

([https://gastro.ru/userfiles/R\\_Yaz\\_2020.pdf](https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf)) .

### **3.4 Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) ва қўшимча диагностик инструментал текширувлар.**

- эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС) ОЯКга шубҳа қилинган барча беморларга, қарши кўрсатмалар бўлмаса, ташхисни тасдиқлаш учун тавсия этилади. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>  
([https://gastro.ru/userfiles/R\\_Yaz\\_2020.pdf](https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf))

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изох.** Мунтазам эндоскопик текширув ярали нуқсон мавжудлигини тасдиқлайди, унинг локализациясини, шаклини, ҳажмини, чуқурлигини, яранинг пастки ва қирраларининг ҳолатини аниқлайди ва орган

бўшлиғининг кириб бориши, чандиқлари ва стеноз белгиларини аниқлайди. Мунтазам эндоскопик текширув шиллиқ қаватдаги бошқа бирга келадиган ўзгаришларни аниқлаш ва гастродуоденал мотилликнинг бузилишини аниқлаш имконини беради. Ярали жараённинг босқичини (ўткирлашиш, битиш, чандиқлашиш) баҳолаш учун дунёда одатда қабул қилинган Sakita-Miwa таснифидан фойдаланиш тавсия этилади. Ошқозон яраси локализация қилинганида, барча ҳолатларда ярали нуқсоннинг энг ўзгарган қирраларидан бир нечта (камида 6 бўлак) форсепс биопсиясини ўтказиш керак, сўнгра биопсия материални морфологик текшириш керак, бу эса ярали жароҳатни ёмонсифат характерини истисно қилиш ёки тасдиқлаш имконини беради. Ошқозон яраси бўлган беморлар консерватив даво курси охирида бир нечта (камида 6 та бўлак) мақсадли биопсияни такрорий олиб ташлаш билан назорат эндоскопик текширувидан ўтишлари керак. Бу, биринчи навбатда, дори терапиясининг тегишли курсига қарамай, ошқозон яраси касаллиги белгилари бўлган беморларга тегишли ёки яранинг этиологияси етарлича аниқ эмас.

- ЭГДФС ноаниқ клиник ва инструментал кўринишга эга бўлган ЯП гумон қилинган беморларга (перитонит белгиларининг йўқлиги, пневмоперитонеумнинг рентгенологик белгиларининг йўқлиги) ва ошқозон яраси касаллигининг бошқа асоратларини (қон кетиш, пилородуоденал стеноз) ташхислаш учун тавсия этилади. [24].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изох.** ЭГДФС 90% ҳолларда тешилган яра мавжудлигини аниқлашга имкон беради [30]. Ёпиқ тешилиш ҳолатларида, қорин бўшлиғида эркин ҳаво бўлмаса, радиация тадқиқот усулларига кўра, ЭГДС билан тешилиш билан ярали нуқсон аниқланиши мумкин ва ЭГДФСдан кейин такрорий рентген текшируви билан қорин бўшлиғида эркин ҳаво белгилари пайдо бўлиши мумкин. Бундан ташқари, эндоскопия сизга биопсия ўтказишга ва пилородуоденал зонанинг стенозини истисно қилишга имкон беради.

- Шошилинич ЭГДФС овқат ҳазм қилиш трактининг юқори 25 қисмидан ўткир қон кетиши бўлган барча беморларга, беҳушлик пайтида беморнинг ҳаётий фаолиятининг асосий параметрларини кузатиш билан процедуравий седация остида, инфузион-трансфузион терапия билан параллел равишда тавсия этилади. [15, 27, 28].

**Тавсиянинг ишончилилик даражаси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси 5). **Изоҳ.** ЭГДС бемор қабул қилинганидан кейин 2 соат ичида бажарилиши керак. Эндоскопик усул қон кетишининг манбаи ва табиатини аниқлаш, эндоскоп орқали қон кетишини тўхтатиш/олдини олиш зарурати ва имкониятларини баҳолаш, шунингдек қон кетишининг қайталаниш хавфини башорат қилиш учун жуда муҳимдир.

- ЭГДСни амалга оширишдан олдин ярали гастродуоденал қон кетишига шубҳа қилинган беморларга ошқозон товушини, сўнгра ошқозонни ювиш тавсия этилади. [15].

**Тавсиянинг ишончилилик даражаси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси 5). **Изоҳ.** Европа гастроинтестинал эндоскопия жамияти (ESGE) бу мақсадда ошқозон-ичак моторикаси стимуляторлари ёки эритромицинни (қунига 100-200 мг в/и 2 мартта) қўллаш мумкин деб ҳисоблайди. Европа ошқозон-ичак эндоскопияси жамияти (ESGE), шунингдек, беморнинг нафас йўллари ошқозон таркибининг потенциал аспирациясидан ҳимоя қилиш учун давом этаётган фаол қонли қусиш, энцефалопатия, қўзғалиш билан оғриган беморларда ЭГДФСларни ўтказишдан олдин трахея интубацияси зарурлигини таъкидлайди. [12, 216].

- Агар ЭГДФСлар пайтида ошқозон бўшлиғида кўп миқдорда қон, қуйқалар ёки озиқ-овқат массалари топилса, ошқозон-ичак трактини текшириш учун мослашувчан тиббий эндоскопни олиб ташлаш ва ошқозон зонди орқали таркибини эвакуация қилиш тавсия этилади. [15].

**Тавсия ишончилилик даражаси С**(далилларнинг ишончилилик даражаси 5). J. F. Forrest (1974) таснифига кўра ярали қон кетиш манбасини табақалаштириш ГДЯҚ билан оғриган беморларда тавсия этилади [13, 23].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси 3). **Изоҳ.** Шошилишч эндоскопик текширув ярали нуқсоннинг жойлашишини - қон кетиш манбасини, унинг ҳажмини, чуқурлигини, пастки ва қирраларнинг ҳолатини аниқлашга, яралининг кириб бориши ёки ёпиқ тешилиши, чандикли деформация ва стеноз белгиларини аниқлашга имкон беради, ошқозоннинг қўшимча эрозив ва ярали жароҳатларини аниқлаш. Ошқозон яраси локализацияси бўлса, ГДЯҚ билан оғриган бемор эндоскопия ёрдамида кўп ошқозон биопсияси, сўнгра ошқозоннинг биопсия (жарроҳлик) материалини патоанатомик текшириш имкониятини кўриб чиқиши керак, бу эса ярали жароҳат ёмонсифат табиатини истисно қилиш имконини беради. Бирламчи эндоскопия пайтида биопсия қон кетишини давом эттириш нуқтаи назаридан хавфли бўлса, уни амалга оширишни кечиктириш ва уни назорат ЭГДФС билан бажариш керак. ГДЯҚ билан оғриган бемор учун яра ўн икки бармоқли ичакда локализация қилинганида, ярали нуқсоннинг четидан мунтазам биопсия амалий эмас. Ўн икки бармоқли ичак яхши яралар нейроэндокрин ва субэпителиал ўсмалари ярали шакллари фарқлаш керак, шунингдек ўн икки бармоқли ичакга қўшни органлар, энг кўпи ошқозон ости беши ўсмалари ўсиб ўтиши билан. Бундай ҳолларда биопсия ўтказиш оқланади. [12, 13, 14, 19, 21, 23].

- Юқори овқат ҳазм қилиш трактидан ўткир қон кетиши бўлган барча беморларга шошилишч эндоскопик текширув/аралашув (қон кетиш бошланганидан кейин 24 соат ичида ва касалхонага ётқизилганидан кейин дастлабки икки соат ичида) тавсия этилади [19, 20].

**Тавсияларнинг ишонтириш даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5). **Изоҳ.** Эндоскопик усул қон кетишининг манбаи ва табиатини аниқлаш, эндоскоп ёрдамида қон кетишини тўхтатиш/олдини олиш зарурати ва имкониятларини баҳолаш, шунингдек қон кетишининг қайталаниш хавфини башорат қилиш учун жуда муҳимдир. Шунинг учун фавқулодда ЭГДС юқори ошқозон-ичак трактидан қон кетиши бўлган барча беморларга кўрсатилади. Эндоскопияни юзаки оптикали ва кенг инструментла канали

билан ишлайдиган эндоскоп ёрдамида, қон ва қуйқаларни ювиш учун йўналтирилган суюқлик оқимини етказиб бериш ва биопсия канали орқали таркибни аспирация қилиш, унга киритилган асбобга параллел равишда, функционал столда амалга ошириш тавсия этилади, беморнинг позициясини ўзгартириш учун. Керакли ҳолатларда (қон кетиш манбасини тўлиқ текшириш ва тегишли асбобни қон кетиш жойига тўғри олиб келиш имконсиз бўлганда) кенг каналли жарроҳлик дуоденоскоплар қўлланилади. Замонавий видеоэндоскопик тизимлар операцион гуруҳнинг яхши мувофиқлаштирилган иши учун бебаҳо ёрдам беради, монитор экранда қон кетиш манбасининг юқори сифатли тасвирларини тақдим этади.

- Ташхисни тасдиқлаш учун эндоскопик текширувдан ўта олмайдиган ошқозон яраси гумон қилинган беморларга барий суспензияси билан ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг рентгенограммаси тавсия этилади. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2406629/>

- **Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2). **Изоҳ.** Рентген текширувида яранинг бевосита белгиси - шиллиқ қаватнинг контурида ёки рельефида "жой" ва касалликнинг билвосита белгилари (ошқозоннинг қарама-қарши деворидаги "ишора қилувчи бармоқ" кўринишидаги мушак толаларининг маҳаллий циркуляр спазми), шиллиқ қават бурмаларининг "ниша" томон конвергенцияси, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак пиёзча чандиқли-ярали деформацияси, бўш ошқозон гиперсекрецияси, гастродуоденал моторика бузилиши). Ҳозирги вақтда ЯК диагностикаси учун рентген текшируви аввалгидек кўп қўлланилмайди. У бирон сабабга кўра (масалан, қарши кўрсатмалар мавжудлиги) эндоскопик текширув ўтказиш мумкин бўлмаган ҳолларда қўлланилади, инфилтратив ярали саратон билан дифференциал ташхис қўйиш учун ошқозон девори перисталтикасини баҳолаш керак бўлганда, ошқозондан эвакуация қилиш табиатини аниқлаштириш керак бўлганда. [14,18,28]

- Ошқозон яраси тешилишига шубҳа қилинган барча беморларга эркин газни аниқлаш учун қорин бўшлиғи аъзоларини рентгенологик текширувдан

ўтказиш тавсия этилади. **Тавсиясининг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2). **Изох.** Рентген тасвирининг диагностик аниқлиги 30% дан 85% гача. Тадқиқот тик ҳолатда олиб борилади. Эркин қорин бўшлиғидаги газ рентгенограммада диафрагма ва жигар, диафрагма ва ошқозон ўртасида ярим ой шаклидаги қатлам шаклида аниқланади. Агар беморнинг аҳволи оғир бўлса, тадқиқот латерал ҳолатда ўтказилиши мумкин. Аммо салбий рентгенография мумкин бўлган тешилишни истисно қилмайди. Шу муносабат билан, бир қатор муаллифлар перитонитнинг аниқ белгилари бўлса, қорин бўшлиғининг компьютер томографияси биринчи рентген текшируви бўлиши керак, деб ҳисоблашади. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28258286/>

ЯПси шубҳа қилинган барча беморларга бошқа диагностика усуллари информатив бўлмаса ва агар тиббиёт мажмуасида техник жиҳатдан иложи бўлса қорин бўшлиғи органларининг компьютер томографияси (КТ) ўтказиш тавсия этилади. [12,13,15,18,23].

**Тавсиясининг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2). **Изох.** ЯПсида қорин бўшлиғи органларининг КТ текшируви юқори диагностик аниқликка эга 98% [12,13,18,19]. КТ текшируви шуни кўрсатадики: қорин бўшлиғидаги эркин газ, қорин бўшлиғидаги эркин суюқлик, ошқозон яраси соҳасидаги ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак деворларининг қалинлашиши, ошқозон яраси ва тешилган тешиқни аниқлаш.

- ЯПси шубҳа қилинган беморларда, қорин бўшлиғида эркин газ белгилари бўлмаса, радиацион тадқиқот усулларига кўра, сувда эрийдиган контраст моддани (ёд ўз ичига олган рентгенконтраст моддалар) рентген текшируви билан оғиз орқали ёки назогастрал зонд орқали юбориш (қорин бўшлиғи органларининг рентген текшируви ёки қорин бўшлиғи органлари КТси) ошқозон-ичак тракти ташқарисига контрастли восита чиқишини аниқлаш учун тавсия этилади [13,15,18,20]. **Тавсиясининг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 4).

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20384526/>

Салбий рентген текшируви ёки КТни амалга ошира олмаслик ҳолатларида қорин бўшлиғи аъзоларини (комплекс) ультратовуш текшируви (УТТ) яра пенетрацияси шубҳа қилинган барча беморларга қорин бўшлиғида эркин газ ва эркин суюқликни аниқлаш учун тавсия этилади. [21, 22, 23, 24].

**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Қорин бўшлиғи органларининг ультратовуш текшируви (комплекс) 91% юқори кумулятив диагностика аниқлигига эга. Ультратовуш текширув перфорация бўлган орган деворининг қалинлашган қисмини (камайтирилган экзогенлик) аниқлай олади. Ошқозон яраси тешилишининг ультратовушли аломати - бу юқори экзогеник таркиб билан тўлдирилган ва аниқ қалинлашув зонасида жойлашган ярали нуқсон соҳасидаги орган деворининг ташқи контуридаги танаффус. УТТда ярали нуқсон кўпинча конус ёки бир нотўғри конус шаклидаги шакллантириш "балиқ кўз" каби кўринади (Т. Yoschizumi га кўра) [25]. Агар яширин перфорация гумон қилинса, УТТнинг кумулятив қиймати: диагностик аниқлик - 80,0%, ўзига хослик - 85,7%, сезгирлик-66,7%. Бироқ, ЯП диагностикасида УТТ ролини аниқлаштириш керак [15]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

- Диагностик лапароскопия ЯП шубҳа қилинган беморларга қорин бўшлиғида эркин газ бўлмаганда, лекин ичи бўш органнинг перфорациясига шубҳа сақланиб турса тавсия этилади. [10,15,27,29].

**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Лапароскопия ошқозон таркибидаги ёки сафро аралашмаси билан характерли перитонеал экссудатни аниқлаши, тешилган тешиқни аниқлаши, унинг локализациясини, ҳажмини, ярали инфилтратнинг оғирлигини аниқлаши ва перитонитнинг мавжудлиги, тарқалиши ва оғирлигини баҳолаши мумкин. Диагностик лапароскопия терапевтик операцияга айлантирилиши мумкин.

- Операция давомида ЯП билан касалланган барча беморларга перитонеал суюқликни аэроб ва факултатив анаэроб оппортунистик патогенлар учун бактериологик текшириш, перитонеал суюқликни анаэроб

спора ҳосил қилмайдиган микроорганизмлар учун микробиологик (маданий) текшириш, перитонеал суюқликни замбуруғлар учун микробиологик (маданий) текшириш тавсия этилади. (хамиртуруш ва мицелиал) перитонеал суюқликни микроорганизмларнинг антимикробиял кимётерапевтик препаратларга сезгирлигини аниқлаш учун. [15,31].

**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 4). **Изох.** Қорин бўшлиғининг ошқозон-ичак тракти таркибидаги тешилган яра билан инфекцияси табиий равишда юқумли асоратларнинг ривожланишига олиб келади, уларнинг частотаси 17% дан 63% гача ўзгариб туради. Энг кўп учрайдиган бактериял асоратлар яра ва нафас олиш йўллари инфекциялари. ЯП билан оғриган беморларда замбуруғ инфекцияси оғир юқумли асоратлар хавфини оширади ва стационар даволаниш давомийлигининг ошиши билан боғлиқ.

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

Эрадикация терапияси учун кўрсатмаларни аниқлаш учун ЯК билан оғриган барча беморларга *H. pylori* учун 13С-уреаз нафас олиш тести ёки нажасда *H. pylori* антигенини аниқлаш ва бир вақтнинг ўзида ЭГДФС ёрдамида *H. pylori* инфекциясини текшириш тавсия этилади, тез уреаз тести ёрдамида. [29,30].

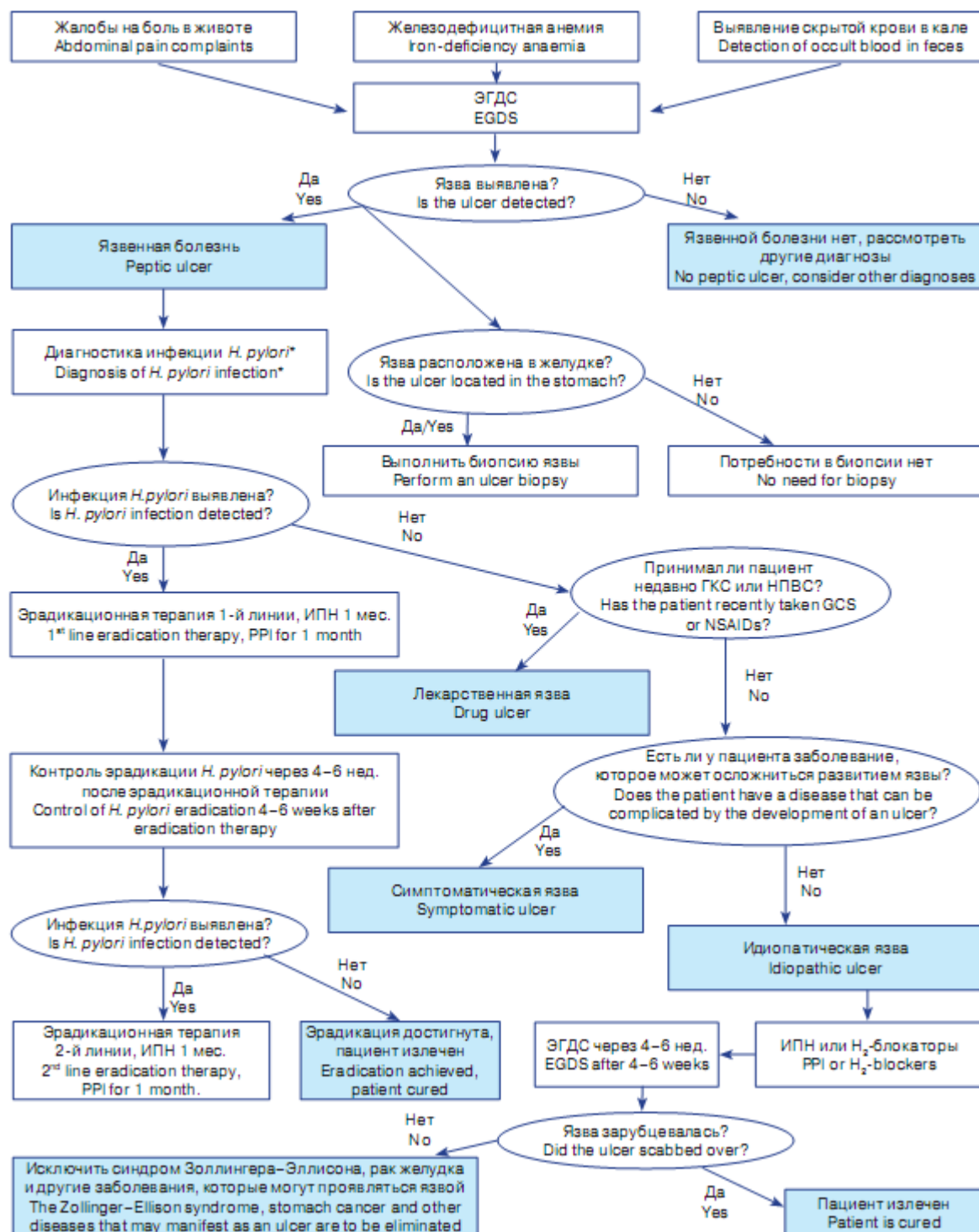
**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси В** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 2). 30 **Изох.** "МаастрихтVI" келишув йиғилишининг тавсияларига мувофиқ (2022) [29], *H. pylori* инфекциясининг бирламчи диагностикаси учун энг мақбул тестлар 13С нафас олиш уреазаси тести ва нажасдаги *H. pylori* антигенини аниқлашдир. Шундай қилиб, сўнгги Кохрейн кўриб чиқиш ва мета-таҳлилига кўра, сезувчанлик 13С нафас олиш уреазаси тести 94% (95% СИ: 0.89 - 0.97), ва нажас *H. pylori* антигени аниқлаш 83% (95% СИ: 0.73 - 0.90), фиксацияланган ўзига хослиги билан 90%.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543326/>

### 3.5 Ихтисослашган мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар:

- Мутахассис маслаҳатлари кўрсатмаларга мувофиқ бошқа бирга келадиган патология мавжуд бўлганда ўтказилади.

### 3.6 Қуйидаги 1-расмда ошқозон яраси касаллигида шифокор харакатларининг диагностик алгоритми кўрсатилган [12].



## Расм №1 ОЯК касаллигида шифокор ҳаракатларининг алгоритми

### 3.7 Дифференциал ташхислаш:

Ошқозон ярасини симптоматик ошқозон ярасидан фарқлаш керак. Семптоматик ўн икки бармоқли ичак яраларига стресс ва дори яралари, эндокрин касалликлардан яралар ва ички органларнинг бошқа касалликлари киради [7].

Стрессли ўн икки бармоқли ичак яраларига ўткир, одатда кўп ошқозон яраси куйишлар натижасида пайдо бўладиган (Курлинг яралари), травматик мия шикастланиши ва нейрохирургик операциялардан сўнг (Кушинг яралари), қорин бўшлиғидаги кенг кўламли операциялардан сўнг, айниқса орган трансплантацияси билан боғлиқ, ўткир миокард инфаркти, сурункали буйрак ва жигар етишмовчилиги ва бошқа критик холатларда пайдо бўладиган яралар. Стресс ошқозон яраси кўпинча асимптоматик кечади, ошқозон-ичак қонаши билан ажралиб туради (уларнинг частота 40-45%га етади) ва ўлимга олиб келиш хусусияти баландлиги билан ифодаланади, кўпинча фон касаллиги оғир кечиши сабабли [4].

Доривор ошқозон яралари орасида ошқозон деворида простагландинлар синтези учун масъул бўлган циклооксигеназа-1 ферментини блокировка қилувчи НЯҚД (НЯҚД-гастропатия) дан фойдаланиш билан боғлиқ ўткир эрозив-яралар жарохатлар катта аҳамиятга эга. Гастродуоденал яралар НЯҚДни узок вақт қабул қилган беморларнинг 20-25% учрайди, эрозив шикастланишлар беморларнинг 50% дан кўпроғида учрайди, уларнинг ривожланиши учун хавф омиллари беморларнинг кекса ёши, ошқозон яраси тарихи мавжудлиги, юрак-қон томир тизими ва жигар билан бирга келадиган касалликлар, НЯҚДларнинг юқори дозаси, антикоагулянтлардан фойдаланиш [6, 11]. НЯҚДдан фойдаланиш натижасида келиб чиққан ўн икки бармоқли ичак яраси ва эрозияси ҳам кўпинча табиатда кўп бўлади, кўпинча асимптоматик ва тўсатдан ошқозон-ичакдан қон кетиши билан намоён бўлади (мелена ёки "қаҳва куйкаси" таркибидаги қушиш).

Бундай беморларда уларнинг ривожланиш хавфи 4-5 баробар ортади.

Эндокрин касалликлар фонида юзага келадиган ошқозон яраларига Золлингер-Эллисон синдроми ва гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда ўн икки бармоқли ичак яраси киради. Золлингер-Эллисон синдромида ўн икки бармоқли ичак ярасининг патогенези беморларда (кўпинча ошқозон ости безида) гастрин ишлаб чиқарувчи ўсмалар мавжудлиги натижасида хлорид кислотанинг оғир гиперсекрецияси билан боғлиқ. Бу яралар одатда кўп бўлиб, нафақат ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда, балки ингичка ичакда, баъзан эса қизилўнгачда ҳам кучли оғриқ ва доимий диарея билан локализация қилинади. Бундай беморларни текширишда ошқозон кислотаси секрецияси даражаси кескин ошади (айниқса базал шароитда), сарум гастрин таркибининг кўпайиши аниқланади (норма билан солиштирганда 3-4 марта). (Секретин, глюкагон) билан провокацион тестлар, ошқозон ости бези ултратовуш текшируви ва КТси Золлингер-Эллисон синдромини аниқлашда ёрдам беради [5]. Гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда ўн икки бармоқли ичак яраси паратироид безлари функциясининг ошиши белгилари (мушакларнинг кучсизлиги, суяк оғриғи, чанқоқлик, полиурия) мавжудлиги билан ошқозон яраси касаллигидан (тез-тез қайталаниш, қон кетиш ва тешилиш тенденцияси билан оғир курсдан ташқари) фарқ қилади. Ташхис қон зардобидаги калций ва фосфор миқдорини аниқлаш, гиперпаратироид остеодистрофия белгиларини, буйрак шикастланишининг характерли белгилари ва неврологик касалликларни аниқлаш асосида амалга оширилади.

Бундан ташқари, симптоматик яралар ички органларнинг сурункали касалликларида ажралиб туради: жигар циррози (гепатоген яралар), сурункали панкреатит (панкреатоген), сурункали ноодатий ўпка касалликлари, кенг тарқалган атеросклероз, полицитемия, тизимли мастоцитоз, карциноид синдроми бўлган беморларда. Крон касаллигида ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак яраси, уларни баъзан симптоматик гастродуоденал яралар деб ҳам аташади [5]. Агар ўн икки бармоқли ичакда яралар шикастланишлар аниқланса, яхшисифатли яралар, яра малигнизацияси

ва ошқозон саратонининг инфилтратив ярали шакли ўртасида дифференциал ташхис кўйиш керак. Малигнизация ўн икки бармоқли ичак яраси ҳолатларида рентген ва эндоскопик текширувларда ярали нуқсоннинг тартибсиз шакли, унинг нотекис ва ўнқир-чўнқир қирралари, ошқозон шиллиқ қаватининг яра атрофида инфилтрацияси, яра жойида ўн икки бармоқли ичак деворининг қаттиқлиги аниқланади. Эндоскопик ултратовуш текшируви яра жойида ўн икки бармоқли ичак деворининг шикастланиш табиатини, шунингдек минтақавий лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолашда катта ёрдам бериши мумкин. Ярали жароҳатни табиати тўғрисида якуний хулоса яра биопсиясининг гистологик текширувидан сўнг амалга оширилади. Нотўғри салбий натижалар эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, биопсия ошқозон яраси тўлиқ тузалгунча такрорланиши керак, ҳар бир текширув давомида камида 3-4 дона тўқима олинади.

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

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

- \* Қорин оғриғи. ОЯКни одатий кечишида оғриқ жуда кучли, асосан эпигастрал ва параумбиликал минтақаларда локализация бўлади, мунтазам равишда пайдо бўлади. Оғриқ тунги, "оч" характерни олади. Оғриқ эрта (30-60 дақиқа овқатдан кейин пайдо бўлади) ва кеч (овқатдан 2-3 соат ўтгач) бўлиши мумкин. Оғриқнинг табиати кесувчи ва хуружли бўлиши мумкин ва кўпинча ижобий Мендел симптоми аниқланади. \* Касалликнинг атипик кечишида (кўпинча ёшроқ ёшда) Абснинг пайдо бўлиши ва ўзгариши аниқланмайди, диспептик шикоятлар бўлмаслиги мумкин ва Ова12ЯКнинг клиник кўриниши кўкрак оғриғи "ниқоби" остида содир бўлади, холецистит, панкреатит, жигар ёки буйрак коликаси. \* ОЯКда ичак диспепсияси қушиш, овқатдан кейин эпигастрал минтақада оғирлик ёки босим ҳисси, қичишиш, кўнгил айниши, эпигастриумда ёниш ва ошқозон ёниши шаклида намоён бўлади. \* Иштаҳанинг пасайиши, жисмоний ривожланишнинг кечикиши, шунингдек, ич қотиши ёки беқарор ахлатга мойиллик. Касалликнинг

ривожланиши, шунингдек, АБСнинг давом этиши ҳиссий лабилликнинг кучайиши, уйқу бузилиши, чарчоқнинг кучайиши ва астеник ва депрессив синдромларнинг бошқа кўринишлари билан бирга келади. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>).

<b>ЯКнинг дифференциал диагностикаси</b>			
<b>Диагноз</b>	<b>Текширув режаси</b>	<b>Клиник мезонлар</b>	<b>Лаборатор ва инструментал белгилар</b>
Сурункали юзаки (антрал) <i>H. pylori</i> билан боғлиқ гастрит	Умумий қон таҳлили, ФЭГДС, биоптатларнинг гистологик текшируви, <i>H. pylori</i> диагностикаси учун ТУТ, яширин қон учун нажас	Ошқозон диспепсиясининг белгилари	Ошқозон шиллик қаватининг яллиғланишининг эндоскопик ва морфологик белгилари; <i>H. pylori</i> 85-90% да аниқланади;
Функционал (яралли бўлмаган) диспепсия		Ярага ўхшаш вариант ёки диспепсик синдром	Ошқозон шиллик қаватининг яллиғланишининг эндоскопик ва морфологик белгиларининг йўқлиги
126.и. яра касаллиги		Пилородуоденал зонада кечки, "оч", тунги оғриқлар	ТДА нинг мумкин бўлган лаборатор белгилари; ЭГДФС - Яралли нуқсон, нажасдаги яширин қонга ижобий реакция
Ошқозон яра касаллиги	УҚТ, ФЭГДС, биоптатларнинг гистологик текширувлари, <i>H. pylori</i> диагностикаси учун ТУТ, пилоро стенозда рентгенограмма, яширин қон учун нажас	Ошқозон ва ичак диспепсиясининг симптомлари; эпигастрал оғриқлар "эрта" - овқатдан 1-1,5 соат ўтгач, ёмон иштаҳа, вазн йўқотиш	ТДАнинг мумкин бўлган лаборатор белгилари; ЭГДФС - яллиғланиш ўқи билан ўралган яралли нуқсон, нажасдаги яширин қонга + реакция, Интрагастрал рНметрия - гипо - ёки нормохлоргидрия
Ошқозон аденокарциномаси	УҚТ, ФЭГДС, гастробиоптатларнинг гистологик тадқиқотлари, <i>H. pylori</i> диагностикаси учун	Ошқозон ва ичак диспепсиясининг симптомлари; анорексия, гўштан нафратланиш, вазн	Анемия гипохром > ЭЧТ ЭГДФС - ўсимта. Гистология - дисплазия ва атипик хужайралар.

	ТУТ, яширин қонга нажас	йўқотиш (кахексиядан олдин)	Интрагастрал рН-метрия - ахлоргидрия; нажасдаги яширин қонга ижобий реакция
Сурункали панкреатит	Умумий қон тахлили, копрограмма, нажасдаги эластаза, қон амилазаси, қорин бўшлиғи органларининг УТТ ёки КТ ёки МРТ	Қориннинг чап томонида орқа томонга тарқаладиган "белбоғсимон" оғриғи; Мерфининг ижобий аломати.	УТТ – ошқозон ости безидаги катталаш, гиперэхогенлик, контурнинг нотекислиги, калцинатлар ва кисталар, копрограмма - стеаторея, креаторея, > қон амилазаси, нажасда > эластаза ва > трипсин, стеаторея, креаторея.

**Жадвал №4 ЯК дифференциал ташхислаш**

#### **4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ.**

ЯКни даволаш кенг қамровли бўлиши керак ва нафақат дори-дармонларни буюришни, балки турли хил тадбирларни ҳам ўз ичига олиши керак: парҳез овқатланиш, чекиш ва спиртли ичимликларни суиистеъмол қилишни тўхтатиш, ярали таъсирга эга дори-дармонларни қабул қилишдан бош тортиш, иш ва дам олишни нормаллаштириш, санаторийда даволаниш. ЯК асоратланмаган беморлар консерватив даво оладилар. Кўп ҳолларда, улар амбулатория шароитида амалга оширилади. Бироқ, кучли оғриқ синдроми, асоратларнинг юқори хавфи (масалан, катта ва улкан яралар), ташхисни текшириш учун қўшимча текшириш зарурати (масалан, ошқозон ярасининг табиати ноаниқ бўлса) ва оғир қўшма касалликлар билан, беморларни касалхонага ётқизиш тавсия этилади [10].

##### **4.1 Дори-дармонсиз даволаш**

Ошқозон ярасини даволашни тезлаштириш учун ошқозон яраси бўлган барча беморларга парҳез терапияси тавсия этилади.

**Тавсиясининг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). **Изох.** Кўп йиллар олдин ишлаб чиқилган ошқозон яраси

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

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

ЯК даги Диета стол:

- диета №1а 5-7 кун давомида: сут (муҳосаба бўлса), янги творог, желе, желе, дон ва сут шилимшиқ ва пюреси ош, балиқ суфле, чекланган туз билан.
- диета №1б 14 кун давомида: хун кенгайтириш билан – қотган нон, гўшт, балиқ, кашалар, сут билан дон ош, меъёрида туз.
- механик ва кимёвий тежамкорлик принципига асосланган 1-сонли парҳез.

Тежамкор парҳезнинг давомийлиги терапия самарадорлигига боғлиқ, аҳволнинг яхшиланиши билан парҳез кенгайтирилади, 1-жадвални диетани кенгайтириш билан алмаштириш мумкин ва 5-жадвалдан фойдаланиш мумкин. [4].

#### 4.2 Дори-дармон билан даволаш

Сурункали ёки ўткир ошқозон яраси касаллиги бўлса ва жарроҳлик учун кўрсатмалар бўлмаса, консерватив даво кўрсатилади.

\* Протон насос ингибиторлари (ПНИ) билан антисекретор терапия ўткир яраси бўлган беморларда яра битишига эришиш учун 4-6 ҳафта давомида тавсия этилади [2, 3].

**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Ҳозирги вақтда фақат антацидлар, H<sub>2</sub>-гистамин рецепторлари блокаторлари (H<sub>2</sub>-блокаторлари) ва ИПН асосий ярага қарши терапия сифатида қаралиши мумкин. 1990 йилда В. Бургет ва бошқ. [35] 300 қоғозлар бир ҳузур-таҳлил чоп этилган маълумотлар, улар деярли барча ҳолларда ошқозон яраси ва ДП к чандиқ у интрагастрал мазмунан рН сақлаб қолиш мумкин бўлса, деган хулосага қайси асосида >3 тахминан 18 соат кун давомида ("Бурже" қоидаси Burget). Яқинда ўтказилган мета-таҳлилга кўра, H<sub>2</sub> блокаторлари ва ИПН яранинг чандиқланишига эришишда плацебодан сезиларли даражада самаралироқ эди (ёки = 3.49, 95% СИ: 3.28-3.72;  $p < 0.0001$ ) ва касаллиқнинг мураккаб даврида такрорий қон кетиш хавфини камайтириш (ёки = 0.68, 95% СИ: 0.60-0.78;  $p < 0.0001$ ) [36]. Фақатгина ИПН гуруҳидаги дорилар, уларни қабул қилгандан сўнг, гастродуоденал яраларни даволаш учун зарур бўлган ошқозонда рН кўтарилишининг зарур давомийлиги шартларини бажариши мумкин. Ҳозирги вақтда ИПН ЯКнинг кучайишида асосий терапия воситасидир. Улар оғриқ ва диспептик касаллиқларни бартараф этиш, шунингдек, ярали нуқсоннинг чандиқланишига имкон қадар тезроқ эришиш учун буюрилади. Кўплаб рандомизацияланган қиёсий тадқиқотлар (шу жумладан мета-аналитик

тадқиқотлар) ипн нинг H2 блокаторларига нисбатан клиник симптомларни бартараф этиш ва ошқозон яраси чандиқларига эришишда сезиларли даражада юқори самарадорлигидан далолат беради [37, 38]. Яқинда ўтказилган мета-таҳлил шуни кўрсатдики, ипн ярали нуқсоннинг эпителизациясига нисбатан H2 блокаторларга қараганда деярли 1,5 барабар самарали (ёки = 5.22, 95% СИ: 4.00-6.80 ёки =3.80, 95% СИ: 3.44-4.20;  $p < 0.0001$ ) [36].

- Ҳозирги вақтда ЯК фармакотерапияси учун протокол мавжуд бўлиб, унда танланган препаратни маълум бир суткалик дозада тайинлаш кўзда тутилган: омепразол \*\* - 20 мг дозада, лансопризол-30 мг дозада , пантопризол - 40 мг дозада, рабепразол-20 мг дозада 20 мг дозаси, эзомепразол\* \* - 20 мг дозада. Даволашнинг давомийлиги 2-4 ҳафта оралиғида ўтказиладиган эндоскопик мониторинг натижалари билан белгиланади. ИПН ёрдамида асосий антисекретор терапия идиопатик гастродуоденал яраларни даволашнинг асосий усули ҳисобланади. Цитохром P450 тизими томонидан метаболизмга учраган ипн-лардан фойдаланганда, ушбу тизим ёрдамида метаболизмга учраган дорилар билан рақобатбардош ўзаро таъсир қилиш масалалари пайдо бўлиши мумкин. Барча Ипнлар орасида пантопризол ва рабепразол цитохром P450 тизимига энг паст яқинликни намойиш этади, уларнинг асосий метаболизми ушбу фермент тизимининг иштирокисиз амалга оширилади.

- Агар ИПН самарасиз бўлса ёки ўткир яраси бўлган беморларда улардан фойдаланишга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, ярани даволашга эришиш учун 4-6 ҳафта ичида H-гистамин рецепторлари блокерларини буюриш тавсия этилади [2].

**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изох.** H2-гистамин рецепторлари блокаторлари (ранитидин\*\*, фамотидин\*\*) гистаминни париетал хужайраларнинг H2-рецепторлари билан боғланишдан чиқариб, хлорид кислота секрециясини ингибировать қилади. Ушбу дорилар кун давомида интрагастрал pH>3 ни 8-10 соат давомида

сақлайди. Кўпгина тадқиқотлар шуни кўрсатдики, H2 блокаторларидан 4-6 hafta давомида фойдаланиш ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган беморларнинг 70-80% ва ошқозон яраси бўлган беморларнинг 55-60% ярали нуқсоннинг чандикланишига олиб келади [2]. Охирги мета-таҳлил шуни кўрсатдики, H2 блокаторлари ярали чандикларга эришишда плацебога караганда анча самарали ( $t = 3.80$ , 95% СИ: 3.44-4.20;  $p < 0.0001$ ) [36]. Шунга қарамай, ИПН клиник амалиётда асосий антисекретор терапия сифатида кенг қўлланилгандан сўнг, H2 блокаторлари ўз позицияларини йўқотдилар ва ҳозирда камдан-кам қўлланилади, асосан ипн ишлатилмаганда ёки улар билан биргаликда антисекретор таъсирини кучайтириш учун.

- Ребамипид ўткир яраси бўлган беморларга яраларни даволаш вақтини тезлаштириш ва ҳосил бўлган чандик сифатини яхшилаш учун тавсия этилади [39, 40].

**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси В** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 2). **Изох.** Ребамипид гастро- ва энтеропротектив таъсирга эга. Препаратнинг таъсир қилиш механизмлари ошқозон ва ичак шиллиқ қаватида простагландин E2 ва I2 синтезини индукциялашга асосланган бўлиб, бу унинг химоя хусусиятларини фаоллашишига олиб келади. Натижада ошқозон ва ичак деворида қон оқими яхшиланади, эпителий хужайраларининг кўпайиши кучаяди, шиллиқ қаватнинг ўтказувчанлиги нормаллашади, кислород радикаллари сўрилади, ошқозон шиллиқ қаватининг секрецияси ошади ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатилади. Тадқиқотлар ребамипиднинг ошқозон ярасини даволашда плацебо ва ребамипид ва омепразолнинг шунга ўхшаш самарадорлиги билан солиштирилганда юқори самарадорлигини кўрсатди\*\* [39,40]. \* \* H.pilory инфекцияси учун ижобий тест натижалари бўлган ўткир яраси бўлган барча беморларга яраларни даволаш учун эрадикация терапиясидан ўтиш тавсия этилади [41].

**Тавсиясининг ишончлилиқ даражаси А** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 1). **Изох.** Мета-таҳлилга кўра, ярани даволашга эришишда Н.

pylori эрадикация терапиясининг самарадорлиги антисекретор дориларни кўллашдан устун эди (34 та тадқиқот; яранинг турғунлигининг нисбий хавфи (ХР) 0,66 (95% ишонч оралиғи (СИ) 0,58 - 0,76)) [41].

- Эрадикация терапияси яранинг кейинги қайталанишини олдини олиш учун H.pylori инфекцияси учун ижобий тест натижалари бўлган яраси бўлган барча беморларга тавсия этилади [42, 43].

**Тавсияларнинг ишонтириш даражаси А** (далилларнинг ишончлилик даражаси 1). **Изоҳ.** Тешилиш билан мураккаб ошқозон яраси билан оғриган беморларнинг популяциясида 5 рандомизацияланган назорат остида ўтказилган синов натижаларини сарҳисоб қиладиган мета-таҳлилда эрадикация терапияси нуксонни тикгандан кейин бир йил ичида касалликнинг қайталаниш хавфини сезиларли даражада камайтириши кўрсатилди (ХР =1.49; 95% СИ: 1.10-2.03) [42]. Кохрейн мета-таҳлилига кўра, ЯК билан оғриган беморларда H. pylori эрадикация терапияси ўн икки бармоқли ичак яраси қайталанишини сезиларли даражада камайтирди (27 та тадқиқот; ХР = 0,20, 95% СИ: 0,15 - 0,26) ва ошқозон яраси қайталаниши (12 та тадқиқот; ХР = 0,31, 95% СИ: 0,22 - 0,45) [41]. H. pylori инфекцияси учун ижобий тест натижалари бўлган ЯК билан оғриган барча беморларга инфекцияни йўқ қилишнинг юқори фоизини таъминлайдиган биринчи даражали эрадикация терапиясини қуйидаги тарзда буюриш тавсия этилади: - стандарт уч томонлама терапия, шу жумладан ИПН (кунига 2 мартта стандарт дозада), кларитромицин \*\* (500 мг Кунига 2 мартта) ва амоксициллин\*\* (кунига икки мартта 1000 мг), 36 трикалсий висмут дицитрат билан кучайтирилган\*\* (кунига 120 мг 4 марта ёки кунига 240 мг 2 марта) 14 кун давомида [44, 45] ёки - висмут трикалсий дицитрат билан классик тўрт компонентли терапия\*\* (кунига 120 мг 4 марта) ИПН (кунига 2 марта стандарт дозада), тетрациклин (кунига 500 мг 4 марта) ва метронидазол\*\* (кунига 500 мг 3 марта) 10 ёки 14 учун кунлар [46, 47, 48, 49] ёки висмут препаратларисиз квадротерапия, унга стандарт уч марталик терапия (кунига 2 марта стандарт дозада ИПН), амоксициллин\* \* (кунига

1000 мг 2 марта дозада), кларитромицин\*\* (кунига 500 мг 2 марта), метронидазол\*\* (500 мг 3 марта, бир кун) билан кенгайтирилган 14 кун [48] учун.

**Тавсияларнинг ишонтириш даражаси А** (далилларнинг ишончлилики даражаси 1). **Изоҳ.** *H. pylori* нинг тизимли антибактериал дориларга сезгирлигини аниқлашдан, биринчи даражали эрадикация терапияси режимини эмпирик танлаш максимал тасдиқланган самарадорликка эга терапияга асосланган. Висмут трисалсиум дицитратнинг стандарт уч томонлама терапияга қўшилиши "Европа *H. pylori* даволаш регистри" [90] бўйича *H. pylori* инфекциясининг 45% дан юқори даражасини сезиларли даражада оширади.

- *H. pylori* инфекцияси учун ижобий тест натижалари бўлган ЯК билан оғриган беморларга унинг самарадорлиги тасдиқланган ҳудудларда биринчи даражали эрадикация терапияси сифатида 14 кун давомида стандарт уч томонлама терапияни олиш тавсия этилади [46, 48, 50].

**Тавсияларнинг ишонтириш даражаси А** (далилларнинг ишончлилики даражаси 1).

- *H. pylori* инфекциясига ижобий тест натижалари бўлган ЯК билан оғриган беморларга биринчи даражали эрадикацион терапияни ўтказишда унинг самарадорлигини ошириш учун протон насоси ингибиторининг икки барабар оширилган дозасини тайинлаш тавсия этилади [51, 52].

**Тавсияларнинг ишонтириш даражаси В** (далилларнинг ишончлилики даражаси 1). **Изоҳ.** Мета-таҳлил юқори дозадаги ИПН буюрилганда *H. pylori* эрадикацияси фоизининг ошишини кўрсатди [51]. Шу билан бирга, мета-таҳлил ёрдамида замонавий ИПН (рабепразол ва эзомепразол\*\*) учун дори дозасини ошириш билан даволаш самарадорлигини оширишни кўрсатишга уриниш тасдиқланмади, эҳтимол баъзи Осиё мамлакатларида қабул қилинган рабепразолнинг паст кунлик дозаси (кунига 20 мг) ёки *H. pylori* эрадикациясида ушбу ИПНларнинг самарадорлиги (85,3% "юқори" дозалар билан муваффақиятли терапия ва 84,2% "оддий" ИПН дозалари билан, ОШ =

1,09 (95% ДИ: 0,86-1,37),  $p = 0,47$ ) [52]. Қўлланиладиган асосий дори дармонлар №5 ва №6 жадвалда кўрсатилган.

**Жадвал №5 ОЯКда 100% қўлланиладиган асосий дори воситалари рўйхати**

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
В	Ошқозон секрециясини камайтириш воситаси ингибитор протон насос хисобланади	Омепразол Пантапризол Рабепразол Эзомепразол	Ичиш per os / в/и 20мг, 30мг, 40мг капсулалари. 40 мг вена ичига юбориш учун кукун.	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/</a> Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/</a>
А	Макролидлар гуруҳининг антибиотиклари	Кларитромицин (clarithromycin)	Внутрь per os. Таблетки по 500мг.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/</a>
А	Ярим синтетик пенициллин гуруҳининг антибиотиклари	Амоксициллин (amoxicillin)	Внутрь per os. Таблетки по 500мг.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/</a>

В	Гастропротект ив восита	Ребамипид Rebamipide- SZ	Внутрь per os. Таб., покр. пленочной оболочкой, 100 мг.	Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori- positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi- institutional comparative study. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/</a>
С	Блокатор гистаминовых H2-рецепторов	Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine)	Таб., покр. пленочной оболочкой, 150 мг, 300мг	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta- analysis of randomised trials. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/</a>
С	Антацид восита	Симальгель (Simalgel- VM) Альмагель Маалокс	Сусп. д/приема внутри 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл	Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia- London-Toronto-Montreal- Sydney-Tokyo. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/</a>

**Жадвал №6 ОЯК касаллигини даволашда ишлатиладиган қўшимча  
дорилар рўйхати (эхтимоллиги 100% дан кам).**

УУР	Фармакотера певтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
С	Допамин	Домперидон	Ичиш учун	Domperidone: review of

	рецепторларин и блокловчи марказий таъсирга эга қусишга қарши дори		таблеткалар, 10 мг	pharmacology and clinical applications in gastroenterology <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/</a>
С	Қусишга қарши марказий таъсирга эга дори	Метоклопра мид	Ичиш учун таблеткалар ёки инъекция учун ампулалар, 5 мг	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/</a>

### **4.3 Амбулатория шароитида жарроҳлик даволаш ёки аралашув ўтказилмайди.**

Бемор ошқозон яра касаллигининг асоратланган шакли белгилари билан қабул қилинганда, шошилиш равишида беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш зарур:

- Касалликнинг шикоятлари ва анамнезини аниқлаш
- Обьектив текширув ўтказиш, пулс ва қон босимини аниқлаш
- Амбулатория кўрсатмаларига кўра, яширин қон кетиш учун умумий қон тестини (қизил қисм) ва нажасни яширин қон кетишига текшириш.

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

## **5. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар.**

### **5.1 Шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:**

1. Жарроҳлик аралашувлар минтақавий тиббиёт бирлашмалари шароитида амалга оширилмайди.
2. Вилоят кўп тармоқли тиббиёт маркази ва/ёки Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази вилоят

филиалининг тез тиббий ёрдам ва/ёки реанимация ҳудудий бўлимига мурожаат қилиш учун кўрсатмалар - перфорация, қон кетиш, пенетрация билан асоратланган, яққол оғриқ синдроми билан кечувчи ошқозон яра касаллиги.

3. Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказига ёки олий таълим муассасалари клиникаларининг хирургия бўлимларига йўлланма - перфорация, қон кетиш, пенетрация, стенозланиш ва малигнизация билан асоратланган ошқозон яра касаллиги.

Асоратлар билан кечувчи ошқозон яраси шошилиш равишда касалхонага ётқизилиши керак:

- қон кетиши
- перфорация
- кучли оғриқ синдроми.

## **5.2 Режали касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар [12]**

### **Режали стационар даволанишга кўрсатмалар (операциясиз):**

1. Яра касаллиги билан оғриган беморларга кундузги стационар қўлланилмайди. Агар беморларда ошқозон яра касаллигининг асоратланган шакли тасдиқланган бўлса, у ҳолда уларни касалхонага ётқизиш керак.

2. Клиник шифохона ва/ёки туман тиббиёт бирлашмаси ва/ёки хусусий клиника жарроҳлик бўлимига ётқизиш учун кўрсатмалар - яра касаллигининг асоратланган шакли.

3. Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт марказининг вилоят филиаллари клиникаларига юбориш учун кўрсатмалар - яра касаллигининг қўшимча текшириш ва даволашга муҳтож бўлган асоратланган шакли.

4. Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий-амалий тиббиёт маркази клиникаларига ёки олий ўқув юртлари клиникаларининг хирургия бўлимларига юбориш учун кўрсатмалар - бемор ошқозон яраси касаллигининг қўшимча текшириш ва даволашга муҳтож бўлган

асоратланган шакли.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни режали равишда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар қўидагилардир: касалликнинг кескин ифодаланган клиник кўриниши, доимий (7 кундан ортиқ) оғриқ синдроми, ошқозонда хавфсиз яралар ва ошқозон саратони ўртасида дифференциал ташхисни талаб қиладиган яраларнинг мавжудлиги, анамнезда асоратлар билан яра касаллигининг кучайиши, ёндош касалликлар билан яра касаллиги [29]. Яра касаллиги кўзиган беморларни стационарда даволаш давомийлиги 21 кун бўлиши керак. Шошилич касалхонага ётқизиш учун кўрсатма - ошқозондан қон кетиш белгилари, яранинг тешилиши ва пенетратсияси. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кўзишининг асоратланмаган кечиши бўлган беморлар амбулатория шароитида даволаниши лозим. Яра касаллиги кўзиган беморларга амбулатория шароитида ҳам, стационар шароитида ҳам меъда, ўн икки бармоқ ичак яра касаллигида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам стандартига мувофиқ ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатилади.

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

Ўткир ошқозон-ичак қон кетиши белгилари бўлган ёки бунга асосли шубҳа бўлган барча беморлар зудлик билан ташкилий, кадрлар ва моддий-техник жиҳатдан ушбу профилдаги беморларни қабул қилиш ва даволашга тўлиқ тайёрланган стационарларга юборилиши керак. Йирик шаҳарларда ОИҚ билан оғриган беморларни кўп тармоқли стационарларга ёки ОИҚ ни даволаш бўйича ихтисослаштирилган марказларга юбориш мақсадга мувофиқдир. Ўткир ЯГДҚ билан оғриган беморларга ёрдам кўрсатадиган ҳар бир клиника бундай беморларни мултидисциплинар бошқариш протоколига эга бўлиши керак. Беморларни ташхислаш ва даволаш протоколи миллий клиник тавсияларга асосланиши ва шошилич ёрдам кўрсатиш тузилмаси ва муайян даволаш-профилактика муассасасини жиҳозлаш хусусиятларини ҳисобга олиши керак. Ўткир ЯГДҚ билан оғриган беморларга ёрдам кўрсатадиган клиникада куннинг исталган вақтида замонавий эндоскопик

видеоаппаратура, асбоб-ускуналар ва диагностика ва даволаш эндоскопиясининг асосий усулларини биладиган ходимлар; юқори малакали жарроҳлик, реаниматсион-анестезиологик ва иложи бўлса, рентген-интервенсион хизмат мавжуд бўлиши керак. Ўткир ошқозон-ичак тракти билан оғриган барча беморлар жарроҳлик стационарига ёки тез тиббий ёрдамга ётқизилиши керак. Ўрта ва оғир даражадаги ЯГДҚ, қон кетишнинг қайталаниш хавфи юқори бўлган, ёндош патология мавжуд бўлган беморлар ЯГДҚ қайталаниш хавфи бартараф этилгунга қадар, ўткир постгеморрагик бузилишлар тўлиқ тузатилгунга қадар ва ёндош касалликлар компенсациялангунга қадар, аммо камида 4 кун давомида стационар даволанишда бўлишлари керак. Енгил даражадаги ЯГДҚ, қон кетишнинг қайталаниш хавфи паст бўлган, ёндош патологиянинг йўқлиги бўлган комплаент беморлар касалхонага ётқизилгандан сўнг эрта муддатларда (1е - 2 ва суткалар) касалхонадан чиқарилиши мумкин.

<https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>

## **6. Стационар даражасида ОЯК билан оғриган беморларни олиб бориш тактикаси.**

### **6.1 Касалхонагача бўлган босқичда ва касалхонага ётқизиш босқичида ОЯК билан оғриган беморларни бошқариш.**

- Ошқозон-ичак трактининг юқори бўлимларидан қон кетиш белгилари бўлган барча беморларга касалхонагача бўлган босқичда ва/ёки касалхонага ётқизилганда зудлик билан интенсив терапияни бошлаш тавсия этилади [6, 20, 22, 27].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

- Ярали гастродуоденал қон кетиш клиникаси бўлган барча беморларга шифохонага ётқизилганда протон насоси ингибиторларини парентерал юбориш тавсия этилади [13, 19, 23, 81, 102].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ

даражаси 5). **Изоҳ.** Шифохонагача бўлган босқичда ва бирламчи ЭГДС бажарилишидан олдин ИПН тайинлаш эндоскопик гемостаз ўтказишга бўлган эҳтиёжни камайтиради, аммо эндоскопиянинг кечикишига олиб келмаслиги керак.

- Оғир қон кетиши бўлган беморларни касалхонага ётқизиш/РИТБга ўтказиш масаласини ҳал қилиш учун касалхонага ётқизиш босқичида қон кетишига шубҳа қилинган беморларни оғирлик даражаси ва ўлим эҳтимоли бўйича табақалаштириш тавсия этилади [19].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 4). **Изоҳ.** ЯГДҚ билан оғриган беморларни қон йўқотишнинг оғирлик даражаси ва ўлим эҳтимоли бўйича табақалаштириш учун Glasgow-Blatchford шкаласидан фойдаланиш мумкин [16,20].

**Массив қон йўқотган беморларни олиб бориш.** Интенсив терапиянинг асосий вазифалари хужайрага кислородни етарли даражада етказиб бериш ва унинг истеъмолини таъминлаш, гемостазни тузатишдир.

- ЯГДҚ билан оғриган беморларда беқарор гемодинамика мавжуд бўлганда, ЦҚХни тўлдиришни мувозанатли туз эритмаларини юборишдан бошлаш тавсия этилади [28].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). **Изоҳ.** Қон ўрнини босувчилар ва қон плазмаси препаратлари ҳам кўриб чиқилиши мумкин, аммо уларнинг гемостаз ва буйрак функциясига салбий таъсирини ҳисобга олган ҳолда.

- ЯГДҚ билан оғриган беморларга массив қон йўқотиш аниқланганда, уни даволаш протоколини зудлик билан фаоллаштириш тавсия этилади [28].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

- ЯГДҚ билан оғриган беморларга массив бўлмаган қон йўқотишда рестриктив хусусиятга эга инфузион-трансфузион терапия ўтказиш тавсия этилади [27].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ

даражаси - 5). **Изоҳ.** ЯГДҚ билан оғриган беморларда "жарроҳлик" гемостази амалга оширилгандан сўнг перфузия адекватлигининг мақсадли кўрсаткичларига эришиш керак. Либерал инфузион-трансфузион терапия, гемодинамиканинг мақсадли кўрсаткичларига эрта эришиш (жарроҳлик гемостазидан олдин) гемодилютсияга, юқори перфузион босимга олиб келиши мумкин, бу эса қон йўқотишнинг кўпайишига олиб келади [32].

- ЯГДҚ билан оғриган беморларга гемотрансфузияни гемоглобин даражаси 70 г/л дан кам бўлганда амалга ошириш тавсия этилади; юрак-қон томир касалликлари билан оғриган беморларга гемотрансфузиянинг бошланиш чегараси юқори бўлиши мумкин - 90 г/л [13, 27, 28].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** ЯГДҚ билан оғриган беморларга гипокоагуляция ва давом этаётган қон кетиш ёки унинг қайта тикланиш хавфи юқори бўлганда янги музлатилган плазма қуйиш мақсадга мувофиқдир.

- ЯГДҚ билан оғриган беморларда массив қон йўқотишда тромботситлар даражасини  $50 \times 10^9$ /л дан юқори ушлаб туриш тавсия этилади [27].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5)

**Изоҳ.** Адекват перфузияни тиклаш мезонлари бўлиб қуйидагилар хизмат қилади: тери қопламаларининг ҳолати (мозаика, капиллярларнинг тўлиш вақти, ҳарорат); онг даражаси; диурез миқдори; КЩС, лактатнинг меъёрлашуви; гемодинамиканинг мақсадли даражасига эришиш [13,16]. Трансфузион терапиянинг адекватлиги мезонлари қуйидагилардир: патологик қон кетишининг йўқлиги (жарроҳлик гемостази бажарилган бўлса); глобал коагулологик тестлар ва/ёки ёпишқоқ-эластик усуллар билан гемостазни текшириш орқали гемостазни нормаллаштириш [16,27,28].

## **6.2 Дори-дармонсиз даволаш.**

ЯК билан оғриган барча беморларга яраларнинг битишини тезлаштириш учун парҳез терапияси тавсия этилади.

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ

даражаси - 5). **Изоҳ.** Яра касаллиги билан оғриган беморларни парҳез овқатлантиришнинг кўп йиллар илгари ишлаб чиқилган асосий қоидалари ҳозирги вақтда ҳам ўз аҳамиятини йўқотгани йўқ.

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

#### **ЯК даги Диет стол:**

- 5-7 кунга мўлжалланган №1А парҳез: сут (кўтара олганда), янги творог, кисель, желе, ёрма ва сутдан тайёрланган шиллик ва майдаланган шўрвалар, балиқ суфлеси, туз чекланган ҳолда.
- 14 кунлик №1Б парҳез: парҳезни кенгайтириш билан - сухари, гўшт, балиқ, майдаланган бўтқалар, сутли ёрма шўрвалари, ўртача микдорда туз.
- механик ва кимёвий эҳтиёткорлик тамойилига риоя қилган ҳолда №1 парҳез.

Юмшоқ парҳезнинг давомийлиги терапия самарадорлигига боғлиқ, аҳвол яхшиланганда парҳез кенгайтирилади, №1 столни парҳезни кенгайтириш билан алмаштириш мумкин, №5 столдан ҳам фойдаланиш мумкин [4].

### **6.3 Доридармон билан даволаш**

Сурункали ёки ўткир яра касаллигида ва жарроҳлик аралашувига кўрсатма бўлмаганда консерватив даволаш кўрсатилган.

- Яра касаллигининг зўрайиши билан оғриган беморларга яраларнинг битишига эришиш учун 4-6 ҳафта давомида протон насоси ингибиторлари (ИПН) билан антисекретор терапия ўтказиш тавсия этилади [2, 3].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5).

- ИПН самарасиз бўлганда ёки уларни қўллашга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда, яраларнинг битишига эришиш учун яра касаллиги зўрайган беморларга 4-6 ҳафта давомида Н-гистамин ретсепторлари блокаторларини буюриш тавсия этилади [2].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5).

- Яранинг зўрайиши билан оғриган беморларга яраларнинг битиш муддатини тезлаштириш ва ҳосил бўладиган чандиқ сифатини яхшилаш учун ребамипид қўллаш тавсия этилади [39, 40].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2).

- Яра касаллиги зўрайган ва *H. pilory* инфекциясига ижобий тест натижалари бўлган барча беморларга ярани даволаш мақсадида эрадикатсион терапия ўтказиш тавсия этилади [41].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1).

- *H. pilory* инфекциясига ижобий тест натижалари бўлган ЯК билан оғриган барча беморларга ЯКнинг кейинги қайталанишини олдини олиш мақсадида эрадикатсион терапия ўтказиш тавсия этилади [42, 43].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1).

- *H. pilory* инфекциясига ижобий тест натижалари бўлган ЯК билан оғриган беморларга биринчи навбатдаги эрадикатсион терапия сифатида унинг самарадорлиги тасдиқланган худудларда 14 кунлик стандарт учлик терапияни тайинлаш тавсия этилади [46, 48, 50].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1).

- *H. pilory* инфекциясига ижобий тест натижалари бўлган ЯК билан оғриган беморларга биринчи қатор эрадикатсион терапиясини ўтказишда унинг самарадорлигини ошириш учун протон насоси ингибиторининг икки барабар оширилган дозасини тайинлаш тавсия этилади [51, 52].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1). **Изоҳ.** Мета-таҳлил юқори дозадаги ИПН буюрилганда *H. pilory* эрадикацияси фоизининг ошишини кўрсатди [51]. ОЯКда ишлатиладиган асосий ва қўшимча дори дармонлар №7 ва №8 жадвалда келтирилган.

**Жадвал №7 ОЯКда 100% қўлланиладиган асосий дори воситалари  
рўйхати**

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
В	Ошқозон секрециясини камайтириш воситаси ингибитор протон насос ҳисобланади	Омепразол Пантапрозол Рабепразол Эзомепразол	Ичиш per os / в/и 20мг, 30мг, 40мг капсулалари. 40 мг вена ичига юбориш учун кукун.	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/</a> Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/</a>
А	Макролидлар гуруҳининг антибиотиклари	Кларитромицин (clarithromycin)	Внутрь per os. Таблетки по 500мг.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/</a>
А	Ярим синтетик пенициллин гуруҳининг антибиотиклари	Амоксициллин (amoxicillin)	Внутрь per os. Таблетки по 500мг.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/</a>
В	Гастропротектив восита	Ребамипид Rebamipide-	Внутрь per os. Таб., покр.	Healing effects of rebamipide and omeprazole

		SZ	пленочной оболочкой, 100 мг.	in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/</a>
C	H2-гистамин рецепторлари блокатори	Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine)	Таб., плёнкали қобик билан қопланган, 150 мг, 300мг	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/</a>
C	Антацид восита	Симальгель (Simalgel-VM) Альмагель Маалокс	Сусп. д/приема внутрь 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл	Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/</a>

**Жадвал №8 ОЯКда қўлланиладиган қўшимча дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100% дан кам).**

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
C	Допамин рецепторларини и блокловчи	Домперидон	Ичиш учун таблеткалар, 10 мг	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in

	марказий таъсирга эга қусишга қарши дори			gastroenterology <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/</a>
С	Қусишга қарши марказий таъсирга эга дори	Метоклопра мид	Ичиш учун таблеткалар ёки инъекция учун ампулалар, 5мг	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/</a>

#### 6.4 Оператив даволаш

##### Эндоскопик даволаш.

- ЯГДҚ билан оғриган беморларда ярадан давом этаётган қон кетишида (F1a, F1b) тиббий мослашувчан эндоскоп орқали гемостаз ўтказиш тавсия этилади [13, 19, 23, 31].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

- F2A ва F2B қон кетишида ЯГДҚ билан оғриган беморларда қон кетиш рецидивининг эндоскопик профилактикасини ўтказиш тавсия этилади [13, 19, 23, 31, 201].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Яра ўрнида қон лахтаси топилса, уни мўлжалга олиб ювиш йўли билан олиб ташлаш керак. Агар беморда ювилмайдиган, ярага маҳкамланган тромб-уюм (FIIb) мавжуд бўлса, уни полипектомик ҳалқа билан тубидан кесиш орқали олиб ташлаш мумкин [13, 19, 23, 31].

- FIIС ва FIII қон кетиши тўхтаган ЯГДҚ билан оғриган беморларда қон кетиш рецидивининг эндоскопик профилактикаси тавсия этилмайди [13, 19, 23, 31].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Бундай ҳолатларда қон кетиш рецидивининг адекват медикаментоз профилактикасини таъминлаш муҳим ҳисобланади.

- ЯГДҚ билан оғриган беморларда эндоскопик тўхтатиш (F1А-Б,) ёки қон кетишининг қайталанишини олдини олиш (F2А-Б) тавсия этилади [13, 14, 19, 23, 31].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Қон кетишини эндоскопик тўхтатиш (рецидивнинг олдини олиш) бемор касалхонага ётқизилган пайдан бошлаб 2 соат ичида амалга оширилиши керак. ЯГДҚ билан оғриган беморларда ярадан қон кетишини эндоскопик тўхтатиш ва унинг қайталанишини олдини олиш учун гемостазнинг инексион усулини термик (диатермокоагуляция ёки қон кетаётган томирнинг аргоноплазмали коагуляцияси) гемостаз усуллари ёки клипслаш билан биргаликда қўллаш мақсадга мувофиқ [13, 14, 19, 23, 31]. Инъекцион гемостаз монотерапия сифатида етарли самара бермайди ва фақат эндоскопик гемостазнинг бошқа усуллари билан биргаликда қўлланилиши керак. Комбинацияланган эндоскопик гемостазга қўшимча сифатида эндоскопик гемостазнинг бошқа маҳаллий усулларида хам фойдаланиш мумкин [13, 14, 19, 23, 31].

- ЯГДҚ билан оғриган беморларда такрорий назорат эндоскопик текширув/аралашувни бирламчи текширув/гемостаз тўлиқ бўлмаганда ва қон кетишининг қайталаниш хавфи юқори бўлганда ўтказиш тавсия этилади [35].

[https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls\\_10th\\_edition\\_student\\_manual.pdf](https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls_10th_edition_student_manual.pdf)

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси В** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 1). **Изоҳ.** ЯГДҚ билан оғриган барча беморларда назорат эндоскопик текширувини мунтазам равишда ўтказиш мақсадга мувофиқ эмас. Бирламчи текширув/гемостаз тўлиқ бўлмаганда, такрорий эндоскопик текширув биринчи ЭГДСдан кейинги энг яқин соатларда амалга оширилиши керак. Қон кетишнинг қайталаниш хавфи юқори бўлганда, биринчи эндоскопиядан кейин 12 соат ичида такрорий ЭГДС ўтказиш мақсадга мувофиқдир [33, 35].

[https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls\\_10th\\_edition\\_student\\_manual.pdf](https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls_10th_edition_student_manual.pdf)

- ЯГДҚ билан оғриган беморларда шифохонада қон кетиш рецидивининг биринчи эпизодида такрорий эндоскопик гемостазни амалга ошириш тавсия этилади [12, 14, 19].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

- Ошқозон яраси билан оғриган беморларга қон кетишини муваффақиятли нооператив тўхтатгандан сўнг, консерватив даволаш курси тугагандан сўнг, эндоскопия ёрдамида ошқозон биопсиясини олиш билан назорат эндоскопик текширувини ўтказиш тавсия этилади [35].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Ушбу тавсия, биринчи навбатда, тегишли дори-дармон терапияси курсига қарамай, яра белгилари сақланиб қолган ёки яранинг этиологияси тушунарсиз бўлиб қолган беморларга тааллуқлидир. Ярали қон кетишни бошдан кечирган беморларда анемияни даволашни давом эттириш гемоглобин даражаси тўлиқ нормаллашгунга қадар амбулатория босқичида амалга оширилади. Организмдаги темир танқислигини қоплаш учун темир препаратларини дори шаклида ичишга буюриш мақсадга мувофиқдир [39].

Ярали гастродуоденал қон кетиши билан оғриган беморларнинг диетаси ва медикаментоз терапияси

- Эндоскопик тўхтатиш/профилактикадан сўнг қон кетишининг қайталаниш хавфи юқори бўлган беморларга эндоскопик гемостаз бажарилгандан сўнг дарҳол ИПН юбориш тавсия этилади [13, 19, 23, 41].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** ИПН, масалан, омепразол\*\* ёки эзомепразол\*\*ни 80 мг дозада болюсли ва кейин 72 соат давомида соатига 8 мг дан узлуксиз равишда вена ичига юбориш зарур, бу қон кетишининг қайталаниши ва ўлим ҳолатларини камайтиради [19]. Терапия бошланганидан 72 соат ўтгач, оғиз

орқали қабул қилинадиган шаклларга ўтказиш мақсадга мувофиқ [13, 19, 23]. Шу билан бирга, эзомепразол\*\*дан ташқари, ярали қон кетишини тўхтатиш учун лансопразол қўлланилиши мумкин, у гастродуоденал яралар туфайли қон кетишини даволашда вена ичига юборилганда юқори самарадорлик ва яхши чидамлилиқни кўрсатди [82].

- Қон кетиш рецидиви хавфи паст бўлган ЯГДҚ билан оғриган беморларга 72 соат давомида эндоскопия ўтказилгандан сўнг, кейинчалиқ касалхонадан чиққунга қадар ва яра нуқсони - ўтказилган қон кетиш манбаи тўлиқ битгунга қадар оғиз орқали юбориладиган шаклларга ўтиш билан ИПНни парентерал юбориш тавсия этилади [13, 19, 23].

**Тавсияларнинг ишончилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Қон кетишининг қайталаниш хавфи паст бўлган беморлар эндоскопик аралашув тугагандан сўнг яқин соатларда энтерал озикланишга ўтишлари мумкин [13, 19, 23]. Қайта қон кетиш хавфи юқори бўлган беморларга қон кетиши тўхтаганидан кейин дастлабки 24 соат ичида суюқ овқат ичиш ва истеъмол қилишга рухсат берилади [37].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

- Қайталанувчи ЯГДҚ бўлган ва қон кетишнинг қайталаниш хавфи юқори бўлган беморларга даволашда соматостатин ва унинг аналогларидан фойдаланиш тавсия этилади [13, 21, 39, 43].

**Тавсияларнинг ишончилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Шунингдек, соматостатин ва унинг аналогларидан қон кетаётган яранинг ошқозон ости безига пенетратсиясида, шунингдек, қон кетаётган яра ва портал гипертензия билан оғриган беморларда фойдаланиш мақсадга мувофиқдир [33].

- ЯГДҚ билан оғриган беморларга даволашда Н2-гистамин рецепторлари блокаторларини қўллаш тавсия этилмайди [13, 19, 23, 33, 42].

**Тавсияларнинг ишончилиқ даражаси В** (далилларнинг ишончилиқ даражаси - 2).

- ЯГДҚ билан оғриган барча беморларда *H. pylori* инфекцияси

мавжудлиги тасдиқланганда, ўтказилган эрадикацияни тасдиқлаш билан эрадикацион терапия ўтказиш тавсия этилади [1, 2, 3].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Эрадикацион терапия беморлар ИПН ни оғиз орқали қабул қилишга ўтказилгандан сўнг бошланади [45]. Муваффақиятли эрадикация ЯГДҚнинг қайталаниш хавфини сезиларли даражада қамайтиради [42,45].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

### **ОЯҚда ўтказиладиган жарроҳлик аралашув турлари**

#### **"Очиқ" жарроҳлик:**

- ошқозон ярасидан қон кетишида операциялар;
- Оппел-Пилокарпов бўйича перфоратив тешикни тикиш;
- пилоропластика (Финней, Гейнеке-Микулич, Жабул);
- Билрот бўйича ошқозоннинг 2/3 қисми резекцияси;
- Ру бўйича ўчирилган қовузлоқда меъданинг 2/3 қисми резекцияси;
- операция қилинган ошқозон касаллигида реконструктив аралашувлар;
- тотал гастрэктомия.

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

#### **«Лапароскопик» хирургия:**

- Билрот бўйича меъданинг 2/3 қисми лапароскопик резекцияси;
- Ру бўйича ўчирилган қовузлоқда меъданинг 2/3 қисми лапароскопик резекцияси;
- Лапароскопик гастрэктомия.

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

#### **«Эндоскопик» хирургия:**

- қон оқувчи томирни клипслаш;
- аргон-плазма коагуляцияси;
- қонаётган томирни адреналин эритмаси билан санчиш.

## **7. Даволаш мақсадлари:**

- ошқозон шиллиқ қаватидаги фаол яллиғланишни тўхтатиш;
- оғриқ ва диспептик синдромларни бартараф этиш;
- *H. pylori* эрадикацияси
- меъда ширасининг кислота-протеолитик агрессиясини пасайиши;
- репарация жараёнларининг тезлашиши ва яра нуқсонининг битиши;
- касаллик асоратлари ва қайталанишининг олдини олиш;
- ҳаёт сифатини ошириш;

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

**"МЕЪДА ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

**Тошкент – 2025**

## 1. АСОСИЙ ҚИСМ.

### 1.1 Жарроҳлик йўли билан даволаш.

Ошқозон ярасининг асоратланган шакллари (қон кетиш, перфоратсия ва бошқалар) бўлган беморларни жарроҳлик даволаш масаласини ҳал қилиш учун жарроҳлик ихтисослигидаги шифохонага ётқизиш тавсия этилади.

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). **Изоҳлар:** Яра касаллигининг асоратли кечиши билан оғриган беморларни, одатда, шошилиш равишда касалхонага ётқизиш зарур. Яралардан қон кетишини даволашни интенсив терапия бўлимида бошлаш мақсадга мувофиқдир. Интенсив терапия бўлимида даволашнинг асосий вазифаси беморнинг аҳволини барқарорлаштириш - айланаётган қон ҳажмини тўлдириш, гиповолемик шок кўринишларига қарши курашиш, адекват оғриқсизлантириш, декомпенсацияланган ёндош касалликлар ва тизимли яллиғланиш реакцияси синдромини даволашдир, шундан сўнг жарроҳлик ва/ёки эндоскопик даволаш усуллари қўлланилиши мумкин [10].

Шуни таъкидлаш керакки, ярали қон кетишида коморбид беморнинг ўлим хавфи ёндош касалликлар сони билан бевосита боғлиқдир [14]. Бу, ўз навбатида, шифокордан коморбид беморлар билан ишлашда жуда катта эътиборни ва яра касаллиги асоратлари ривожланишининг барча хавф омилларини уларни амалга ошириш вақтига қадар таҳлил қилишни талаб этади [5]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26430191/>

Ярали қон кетиши бўлган беморларга қон кетиш манбасини аниқлаш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш мақсадида эзофагогастроуденоскопия текширувини шифохонага ётқизилгандан сўнг дастлабки 2 соат ичида ўтказиш тавсия этилади [3,9].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5).

Ярали қон кетиши бўлган беморларга қон кетиш манбасини динамик назорат қилиш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш мақсадида

такрорий эзофагогастро-дуоденоскопияни фақат қон кетишнинг қайталаниши ва унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган ҳолларда ўтказиш тавсия этилади [6,7]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1).

ЯГДҚда жарроҳлик аралашувининг асосий вазифалари қуйидагилардан иборат: ишончли гемостазни таъминлаш, имкон қадар геморрагия манбасини бартараф этиш ва яра ҳосил бўлишининг қайталанишини олдини олиш [38, 45, 49].

- Қон кетиши давом этаётган беморларга эндоскопик гемостаз самарасиз бўлганда (ёки иложи бўлмаганда), шунингдек, қон кетиш ва яра тешилиши биргаликда кузатилганда, шошилиш операция тавсия этилади [39, 45, 49].

[https://www.mrckb.ru/files/yazvennye\\_gastroduodenalnye\\_krovotcheniya.PDF](https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotcheniya.PDF)

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). **Изоҳ.** Эндоскопик, медикаментоз ва эндоваскуляр гемостазга рефрактер бўлган қон кетиш рецидивларида жарроҳлик даволаш кўрсатилган. Жарроҳлик аралашувининг ҳажми яранинг жойлашуви ва ўлчамлари, яра касаллигининг бошқа асоратлари мавжудлиги, шунингдек, беморнинг аҳволининг оғирлиги билан белгиланади. Оғир аҳволдаги беморларда гастродуоденотомия жарроҳлик амалиёти бажарилиб, ярада қонаётган томир тикилиши мумкин [15].

Қайталанувчи ярали гастродуоденал қон кетиш билан оғирган беморларни даволаш Қон кетишининг қайталаниши маълум клиник, лаборатория ва эндоскопик маълумотларга кўра ташхис қўйилади.

- Ярали қон кетиш рецидивининг биринчи эпизодида такрорий эндоскопик гемостаз тавсия этилади [11, 13, 15, 19, 21, 23].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). **Изоҳ.** Бундай ҳолларда такрорий қон кетишининг олдини олиш мақсадида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак артерияларининг эндоваскуляр эмболизатсиясини ҳам амалга ошириш мақсадга мувофиқдир. Ярали қон кетишнинг қайталаниш хавфи юқори бўлган беморларда

эндоскопик, медикаментоз ва эндоваскуляр гемостазни тўлик хажмда бажариш имкони бўлмаганда, такрорий геморрагияларнинг олдини олиш мақсадида шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказилиши мумкин [11, 13, 15, 19, 23].

- ЯГДҚни доимий қабул қилишга муҳтож бўлган барча беморларга геморрагик асоратлар хавфига қараб табақалаш тавсия этилади [36, 37].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси Б** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 2).

- Қон кетиш хавфи юқори бўлганда, беморларни коксибларга ўтказиш ва доимий равишда ИПН қабул қилиш тавсия этилади [36, 37, 29].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). Қон кетиши ривожланганда ЯГДҚ қабул қилиш тўхтатилиши керак (бошқа гуруҳ препаратлари билан алмаштирилади).

- Эндоскопик ва медикаментоз (МКИ) гемостазни биргаликда қўллаш тавсия этилади [96, 97].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). Антитромботик воситаларни доимий қабул қиладиган беморларни даволаш

- Антитромботик воситаларни доимий қабул қилувчи беморларда ярали қон кетиши пайдо бўлганда, ушбу дориларни қабул қилишни тўхтатиш тавсия этилади, бироқ бунда ҳар бир муайян ҳолатда юрак-қон томир асоратлари ривожланиш хавфининг қон кетишининг қайталаниш хавфи билан нисбатини ҳисобга олиш зарур [35, 43, 48]. (УЮР - А, УДД - 1)

- ЯГДҚ билан оғриган беморларга антитромботик воситаларни қабул қилишни барқарор гемостазга эришилгандан сўнг давом эттириш тавсия этилади [35, 43, 48].

**Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 1).

- Ошқозон ва/ёки ўн икки бармоқли ичак яраси тешилган беморларга перфорацион тешикни бартараф этиш мақсадида шошилиш операция ўтказиш тавсия этилади [38, 40,42].

**Тавсияларнинг ишончилилик даражаси В** (далилларнинг ишончилилик даражаси - 2).

- ЯП билан оғриган беморларни даволашда тешилган тешикни иложи борича эрта тикиш ёки тешилган тешикли ярани олиб ташлаш, яранинг қайталанишини олдини олиш ва операциянинг мумкин бўлган асоратларини олдини олиш тавсия этилади. Даволашнинг жарроҳлик усулини танлаш масаласи муайян беморда касаллик кечишининг индивидуал хусусиятларига боғлиқ [14, 15, 18, 24, 25, 36, 38, 43].

**Тавсиянинг ишончилилик даражаси В** (далилларнинг ишончилилик даражаси - 3). **Изоҳлар.** Яра перфоратсияси кенг тарқалган асорат бўлиб, муқаррар равишда перитонит ривожланишига олиб келади ва беморлар орасида ўлим даражаси юқори бўлиб, 30% га етади. Энг юқори ўлим кўрсаткичи кекса ёшдаги беморлар орасида, шунингдек, касалхонага кеч ётқизилган беморлар гуруҳида (ушбу асорат ривожланган пайтдан бошлаб 24 соатдан кўпроқ) кузатилади. Лапаротомик киришнинг лапароскопик киришдан устунлиги йўқ. Лапароскопик аралашувни амалга ошириш афзалроқ - қорин бўшлиғини санация қилиш ва дренажлаш билан перфоратив тешикни тикиш. Бироқ, бундай даҳшатли асоратнинг клиник кўриниши жуда хилма-хил бўлиши мумкин ва мутахассислар операция ҳажми биринчи навбатда беморнинг аҳволига боғлиқлигини тан олишади. Перфоратив ярани даволаш бўйича маҳаллий клиник тавсияларда жарроҳлик даволаш усуллари батафсил кўриб чиқилган [53].

- ЯП билан оғриган беморларни консерватив даволаш асоратлар ва ўлим хавфининг юқорилиги сабабли тавсия этилмайди [34, 35, 32, 43, 44].

**Тавсиянинг ишончилилик даражаси**

**аси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси - 4). **Изоҳ.** Тиббий адабиётларда Тейлор усули (1946) номи билан маълум бўлган ЯП ни

консерватив даволаш маҳаллий жарроҳлар орасида кенг эътироф этилмади. Шу билан бирга, чет элда Тейлор усули даволаш протоколларига киритилган ва оғиз контрасти билан КТ маълумотлари билан тасдиқланган ёпик перфоратсиянинг истисно ҳолатларида қўлланилади. Россияда ЯП ни консерватив даволаш усули фақат бемор ва қариндошлари операциядан катъий бош тортганда ёки беморнинг аҳволи ўта оғирлиги сабабли операция қилишнинг иложи бўлмаганда, жарроҳлик йўли билан даволашга мутлак қарши кўрсатмалар мавжуд бўлганда қўлланилади. Тейлор усули - ошқозон таркибининг фаол назогастрал аспирацияси, антибактериал, антисекретор, дезинтоксикатсион терапия ва аналгезия. Аниқланишича, беморни қабул қилишдан операциягача бўлган ҳар бир кечиктирилган соат олдинги соатга нисбатан омон қолиш эҳтимолини 2,4% га камайтиради [54].

## **2.1 Операциядан олдинги тайёргарлик**

- ЯП билан оғриган беморларга тизимли таъсирга эга антибактериал препаратларни эмпирик тайинлаш, ёндош касалликлар туфайли юзага келган аъзолар дисфункциясини тузатиш, ошқозон таркибини эвакуация қилиш учун назогастрал зонд ўрнатиш, жарроҳлик аралашуви соҳасини гигиеник тайёрлашни ўз ичига олган операциядан олдинги тайёргарликни ўтказиш тавсия этилади. Тизимли таъсирга эга антибактериал препаратларнинг биринчи инъекцияси операция бошланишидан олдин амалга оширилиши керак [48, 50, 52, 55, 66, 67, 70].

**Тавсиянинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 3).

- Органлар дисфункциясининг ривожланишининг олдини олиш ва ўлимни камайтириш учун сепсисни ўз вақтида аниқлаш учун ОЖ билан оғриган беморларнинг аҳволини баҳолаш тавсия этилади.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

**Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси 5).

- ОЖ [115,183] билан оғриган беморларнинг аҳволи оғирлигини баҳолаш учун тарозидан (qSOFA, SOFA) фойдаланиш тавсия этилади. **Тавсиянинг ишонувчанлик даражаси С** (далилларнинг ишончлилики даражаси 5).

- Реанимация бўлимида операциядан олдинги тайёргарлик сепсиснинг клиник ва лаборатория белгилари бўлган ва ўлимни камайтириш учун бирга келадиган касалликларнинг декомпенсацияси ҳолатида бўлган ЯП билан оғриган беморларга тавсия этилади. Мақсадли физиологик кўрсаткичлар: СБП > 65 ммХг, диурез даражаси >0,5 мл/кг/соат, лактат даражасини нормаллаштириш [45, 46, 47, 48, 50, 53].

**Тавсиянинг ишончлилики даражаси С** (далилларнинг ишончлилики даражаси - 5). **Изоҳ.** Сепсис белгилари бўлган, декомпенсация ҳолатида бўлган, ҳаёт фаолияти кўрсаткичлари беқарор бўлган беморлар реанимация ва интенсив терапия бўлимида операцияга тайёргарлик билан параллел равишда тезда даволаш чораларини кўришга муҳтож. Кўрсатилган беморлар гуруҳини даволаш сепсис, ҳаётий функцияларнинг декомпенсацияси бўлган беморларни бошқаришнинг умумий тамойилига мос келади [55, 56, 57, 58, 59].

- ЯП билан оғриган беморларга операциядан кейинги йирингли-септик асоратлар ривожланиш хавфини камайтириш мақсадида микроорганизмларнинг антимикроб кимётерапевтик препаратларга сезгирлигини аниқлаш билан перитонеал суюқликнинг микробиологик текшируви натижаларини олгандан сўнг кенг спектрли (Грам+, Грам- ва анаэроб бактерияларга қарши) эмпирик антибиотикотерапияни тезроқ бошлаш ва кейинчалик деэскалатсия қилиш тавсия этилади [55].

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

**Тавсиянинг ишончлилики даражаси С** (далилларнинг ишончлилики даражаси - 5). **Изоҳ.** Септик асоратлар бўлмаганда, антибиотик терапия операциядан олдинги тайёргарлик доирасида (терини кесишдан 30-60 дақиқа

олдин), септик асоратлар ривожланганда - иложи борича қисқа вақт ичида бошланиши керак.

- Жарроҳлик амалиётидан сўнг ЯП билан оғриган беморларга бактериал штаммларнинг антибиотикларга чидамлилиги ривожланишининг олдини олиш мақсадида антибиотикотерапиянинг қисқа курси (3-5 кун давомида ёки яллиғланиш белгилари меъёрлашгунга қадар) тавсия этилади [52].

**Тавсиянинг ишончилилик даражаси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси - 5).

- ЯП билан оғриган беморларга замбуруғларга қарши эмпирик терапияни мунтазам тайинлаш тавсия этилмайди [55].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>

**Тавсиянинг ишончилилик даражаси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси - 5). **Изоҳ.** Эмпирик замбуруққа қарши терапияни мунтазам тайинлашнинг самарадорлиги рад этилди. Тизимли таъсирга эга замбуруққа қарши дориларни эмпирик тайинлаш замбуруғли инфекция хавфи юқори бўлган беморларга (иммунитет танқислиги ҳолатида, кекса ёшда, оғир ёндош касалликлар билан оғриган, узоқ вақт давомида реанимация бўлимида бўлган) амалга оширилади [41].

- ЯП билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда жарроҳ-шифокорга уч турдаги жарроҳлик аралашувларидан бирини танлаш тавсия этилади: тешилган тешикни тикиш, тешилган ярани кесиш ёки ошқозон резекцияси. Шу билан бирга, минимал ҳажмдаги аралашувга интилиш керак [50, 55, 57].

**Тавсиянинг ишончилилик даражаси С** (далилларнинг ишончилилик даражаси - 5).

- Катталиги 2 см дан кичик бўлган ЯП билан оғриган беморларда яра нуқсонини тугунли ёки П-симон чоклар билан тикиш тавсия этилади. Бунда катта чарви тутамини аппликация қилиш мажбурий муолажа ҳисобланмайди [55, 47, 48, 50]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** ЯПни тикишда яра нуқсонига чарвини аппликация қилиш зарурати жарроҳнинг ихтиёрига боғлиқ. Чоп этилган ретроспектив тадқиқотлар ярани тикишда чарви аппликациясининг афзаллигини исботлай олмайди. Кўрсатилган усул асоратлар частотаси, операция давомийлиги ва стационар даволаниш вақти бўйича устунликка эга эмас эди [55, 47, 48, 50].

- Диаметри 2 см дан ортиқ бўлган ярали беморларни даволашда яранинг жойлашувига қараб индивидуал ёндашув тавсия этилади [55, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56]. Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

- Ошқозоннинг катта яраларида, малигнизатсияга шубҳа бўлганда, операция материални зудлик билан патологоанатомик текшириш билан резекция қилиш тавсия этилади (имконият бўлса) [55, 49, 67, 68, 70].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

- Ўн икки бармоқли ичакнинг катта яраларида пилоропластика ва ўт йўллари ташқи дренажлаш билан резекция ёки тикиш тавсия этилади [55, 49, 50, 51, 52, 53].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

- Гастростомия ва дуоденостомия фақат истисно ҳолатларда, жарроҳ-шифокор юқорида кўрсатилган усуллардан бири билан перфоратсияни бартараф эта олмаганда тавсия этилади [49, 50, 55, 59, 64].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Тешилган тешиқни тикиш кўп ҳолларда амалга оширилиши мумкин. Қуйидаги ҳолатлар бундан мустасно:

1. Тикилган тўқималар чокларининг ёрилиши, яра нуқсони атрофидаги тўқималарнинг инфильтрацияси туфайли тикилган тешилган тешиқнинг герметиклигига шубҳа;

2. Пилородуоденал зона стенози;

3. Гигант ёки пенетратсияланувчи ярагинг тешилиши;

4. Ярагинг малигнизатсиясига шубҳа.

**Тешилган тешикни тикиш усуллари:**

1. Тугунли ёки П-симон чоклар билан тикиш;

2. Салник ипини плаш кўринишида чок чизиғига тикиб, тугунли бир қаторли чоклар билан тикиш;

3. Перфоратсия тешигини оёқчадаги чарви тутами билан тампонлаб, тугунли бир қаторли чоклар билан тикиш (Оппел-Поликарпов операцияси).

Ўн икки бармоқли ичак тешилган ярасини тикиш жарроҳ-шифокорнинг ихтиёрига кўра ваготомия билан тўлдирилиши мумкин [54, 55, 56, 57, 58, 59]. Шунинг ҳисобга олиш керакки, операциядан кейинги 1-кунини *Helicobacter* пйлори эрадикациясини протон насоси ингибиторларининг инексион шакли билан биргаликда қўллаш ваготомияни қўллаш билан таққосланадиган самара беради ва уни алмаштириши мумкин [60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67]. Оптимал тактикани танлашда яра нуқсонини, инфильтратнинг жойлашуви, ўлчамлари, ўн икки бармоқли ичак стенозининг мавжудлиги, жарроҳ-шифокорнинг аралашувни амалга ошириш кўникмаларига эътибор қаратиш лозим. Диаметри 2 см дан ортиқ бўлган тешилган ошқозон ярасида инфильтрация зонаси бўлган тешилган ошқозон ярасини кесиб ташлаш ва унинг деворидаги нуқсонни ошқозон бўшлиғини торайтирмасдан тугунли чоклар билан тикиш керак [53, 57].

Ўн икки бармоқли ичакнинг олдинги ва орқа деворларининг тешилган қаллёз яраларида ошқозон резекциясини амалга ошириш имкониятини кўриб чиқиш керак. Ошқозон резекциясини амалга оширишнинг иложи бўлмаса, яра тежамкорлик билан кесилади, орқа девор яраси тортилмасдан тикилади ва олд деворда ҳар қандай модификациядаги пилоропластика амалга оширилади. Ошқозон ярасини кичик эгриликда ёки катта эгриликда кесиш, кўпинча, уни резекция қилишда бўлгани каби, ошқозон мобилизациясини талаб қилади. Ўн икки бармоқли ичак яраси инфильтрация зонаси билан бирга кесиб ташланиши керак.

Кенг зич инфильтрат билан асоратланган улкан тешилган яраларни (2 см дан ортик) битта аралашув доирасида бартараф этишнинг иложи бўлмаса, операцияни 2 босқичга бўлиш керак:

**1-босқич** - шошилинич, локализациясидан катъий назар тешилган тешик тикилади;

**2-босқич** - режали, ошқозон резекцияси ёки гастректомия бажарилади, яллиғланиш жараёнига жалб этилган аъзолар резекцияси амалга оширилиши мумкин [52, 55, 68, 69, 70]. Ошқозон кислота ишлаб чиқарилишини бостириш нуқтаи назаридан радикал операцияларга ошқозоннинг 2/3 қисмидан кам бўлмаган хажмда дистал резекция ва ваготомиянинг турли вариантлари билан антрумектомия киради.

Visick шкаласи бўйича операцияларнинг узок муддатли натижаларини таҳлил қилганда, даволашнинг энг яхши натижалари Билрот-І бўйича ошқозоннинг 2/3 қисми бирламчи резекциясидан (95,2% беморлар) ва олдинги селектив ва орқа магистраль ваготомия билан антрумектомиядан (95%) кейин, Билрот- II бўйича ошқозон резекциясидан кейин 78,1% беморларда ижобий натижалар олинганлиги аниқланди [70]. Ошқозон резекцияси учун шароитлар: беморнинг компенсацияланган ҳолати ва шифокор-жарроҳнинг ошқозон резекцияси усулини билиши [55,70]. Ўн икки бармоқли ичакнинг стеноз билан асоратланган ЯП мавжуд бўлса, юқорида кўрсатилган усуллардан бирига мурожаат қилиш лозим: тешилган тешикни тикиб, узун қовузлокда ичаклараро анастомоз билан айланиб ўтувчи гастроэнтероанастомоз қўйиш; ярани кесиб олиб, Финней бўйича пилоропластика қилиш ёки ошқозон резекциясини амалга ошириш [53, 45, 68, 69, 70]. Ўн икки бармоқли ичак стенози фонида унинг ярасини алоҳида тикиш гастростаз ривожланишига ва тикилган перфоратив тешикнинг этишмовчилигига олиб келади.

Яра касаллигининг иккита асорати - қон кетиши ва ўн икки бармоқли ичакнинг олд девори ярасининг тешилиши бирга келганда, уни тикиш, тикишнинг иложи бўлмаганда кесиб олиш, пилоропластика қилиш зарур [55,

45, 56, 57, 58, 59]. Ўн икки бармоқли ичакнинг олд девори яраси тешилганда ва унинг орқа девори ярасидан қон кетганда, биринчи навбатда, кам инвазив даволаш усулларига (эндоскопик гемостаз, интраоператсион эндоскопик назорат билан ошқозоннинг орқа девори ярасини тикиш), олд девор ярасини тикиш ёки кесишга интилиш керак. Кам инвазив даволаш усуллари самара бермаганда ёки иложи бўлмаганда меъда резекцияси мақсадга мувофиқдир [33, 55, 59,65].

Орқа девор яраси тубидаги қонаётган томир верификацияланади, тикилади ва боғланади. Орқа девор ярасининг четлари яра периметри бўйлаб 1-2 мм масофада шиллиқ ва шиллиқ ости қаватлари чуқурлигида кесилади. Шундан сўнг, одатда, уларнинг ҳаракатчанлиги ва дифференциацияси тикланади. Бу яра туби устидаги девор нуқсонини ва тикилган томирларни ошқозон ости беzi, ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичи, холедох ва гепатодуоденал боғламнинг бошқа тузилмаларини таранглаштирмасдан ва шикастлаш хавфсиз тикиш имконини беради. Тешилган ярани тикиш ёки кесиш, шунингдек, ошқозон резекциясини амалга оширишнинг иложи бўлмаганда, тешилган тешикка дренаж найчаси ёки ўз-ўзини ушлаб турувчи йирик бошли латекс Пеццер туридаги катетер (Шарер шкаласи бўйича 18-20 рақамли) киритилади, дренаж канали чарви билан герметизация қилинади, найчанинг ташқи учи контрапертура орқали қорин олд деворига чиқарилади, экссудат эвакуация қилинади ва қорин олд деворининг яраси тикилади ёки лапаростома ҳосил қилинади [55, 68, 70]. Операциядан кейинги яқин даврда беморга ҳудудий жарроҳлик марказида маслаҳат бериш.

## **2.2 ЯП да лапароскопик аралашувлар**

- ЯП ва ҳаётинг функцияларнинг барқарор кўрсаткичлари бўлган беморларда лапароскопик кириш орқали жарроҳлик аралашувини ўтказиш тавсия этилади [55, 58, 59, 52, 64, 71]

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

**Тавсиянинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1).

- Очiq операция лапароскопик ускуналар ёки шифокор-жарроҳда тегишли кўникмалар бўлмаганда тавсия этилади [55, 58, 69, 70].

**Тавсиянинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1). Изоҳ. Хорижий нашрларда ЁАни лапароскопик тикиш усулини кўллаш частотаси 23% га етади [71, 74]. Лапароскопик киришнинг афзалликларига оғриқ синдромининг ифодаланишини, операциядан кейинги асоратлар частотасини, касалхонада даволаниш муддатини камайтириш киради.

Тешилган ярани лапароскопик тикишга кўрсатмалар:

1. Беморнинг барқарор ҳолати;
2. Тешилган тешикнинг меъда ёки ўн икки бармоқ ичакнинг олдинги деворида жойлашиши;
3. Тешилган тешикнинг кичик ўлчамлари (ошқозон ярасида 10 мм дан кам ва ўн икки бармоқ ичак ярасида 6 мм дан кам).

### **2.3 Қарши кўрсатмалар:**

1. Кеч госпитализация (касаллик бошлангандан сўнг 24 соатдан ортиқ) [58, 59];
2. Беморнинг беқарор ҳолати;
3. Яранинг бориш қийин бўлган жойлашуви;
4. Яранинг малигнизатсиясига шубҳа;
5. Тошмали яра;
6. Орган деворининг 10 мм гача бўлган перифокал яллиғланиши;
7. Иккиламчи тарқалган йирингли перитонит, оғир сепсис;
8. Карбоксиперитонеум кўйишга тўсқинлик қилувчи йўлдош касалликлар ва ҳолатларнинг мавжудлиги.

Тешилган тешикни тикиш билан бир қаторда лапароскопик усулда қуйидагилар бажарилиши мумкин: тешилган тешикни кесиб олиш, пилоропластика, икки томонлама стволли, селектив ва селектив проксимал

ваготомия, ошқозон резекцияси. Тешилган ярани лапароскопик тикишнинг муқобил варианты тешилган ярани лапароскопик ёрдам билан тикиш бўлиб, у қуйидагиларни ўз ичига олади: диагностик лапароскопия, суюқликни олиб ташлаш ва қорин бўшлиғини санация қилиш; минилапаротомия босқичи ва тешилган тешиқни тикиш, мини кириш йўлини тикиш; лапароскопик санация босқичи [35,55,60]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

- ТЯ ва хаётий функцияларнинг беқарор кўрсаткичлари бўлган беморларга лапаротомик кириш орқали аралашувни амалга ошириш тавсия этилади [55].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси Б** (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 1).

- ТП билан оғриган беморларда хавф даражасини табақалаштириш ва натижани башорат қилиш учун Ж. Бозей, ПУЛП, АСА шкалаларини ўз ичига олган прогностик тизимлардан фойдаланиш тавсия этилади [78, 79].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (Далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 4). **Изоҳ.** Прогнознинг юқори даражадаги ишончлилиги (93,8%) туфайли Ж. Бозей шкаласи хорижий жарроҳлар орасида энг кенг тарқалган. У 3 та хавф омилларидан иборат бўлиб, уларнинг ҳар бири 1 балл билан баҳоланади: касалхонага ётқизилганда гемодинамик беқарорлик (систолик қон босими 100 мм.сим.уст. дан кам), касалхонага кеч ётқизиш (24 соатдан ортиқ), ёндош касалликларнинг мавжудлиги (АСА>3). 23 та омил мавжуд бўлганда (Ж. Бозей шкаласи бўйича 2-3 балл) Европа эндоскопик жарроҳлар жамияти (ЭАЭС) ушбу беморларда лапароскопик жарроҳликдан фойдаланишни тавсия қилмайди, балки очиқ усулда дарҳол аралашувни амалга оширишни таклиф қилади. Юқорида кўрсатилган шкалалардан ташқари, Тҳорсен А.Л. ТЯ салбий оқибатининг предикторлари бўлган бир қатор кўрсаткичларни қайд этди. Буларга қуйидагилар киради: кексалик, ёндош онкологик касаллик, гипоалбуминемия, гипербилирубинемия, креатинин миқдорининг ошиши ва касалликнинг давомийлиги 1 кунда кўп.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24610235/>

- ЯП билан оғриган беморларда клипслаш, фибрин елими билан герметизациялаш ёки стентлаш кўринишидаги эндоскопик даволаш тавсия этилмайди [55, 62]. **Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Ўткир ятроген перфоратсияларни эндоскопик клипсалар билан ёпиш тавсифланган [70], аммо фиброз тўқимали перфоратив яраларда клипсалар самарасиз бўлиши мумкин. Перфоратив яраларни ёпиш учун комбинацияланган лапароскопик ва эндоскопик ёндашувлар қўлланилади [63]. Оғир ёндош патологияси бўлган беморларда гастроскопия ва стент ўрнатиш, сўнгра рентгенологик йўналтирилган дренажлаш стандарт даволашга муқобил бўлиши мумкин [63].

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

Ўн икки бармоқли ичакни пломбалаш билан бир қаторда, чарвини эндоскопик маҳкамлаш ва уни перфоратив тешикка тортиш ҳам самарали кўшимча сифатида тавсифланади. Бироқ, юқорида санаб ўтилган барча даволаш усуллари ЯПни даволашда стандарт ёндашувлар сифатида тан олинмаган ва янада такомиллаштиришга муҳтож [56].

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

### **3. ЯП билан оғриган беморларни операциядан кейинги олиб бориш.**

- Операциядан кейинги даврда ЯП билан оғриган беморларга тизимли таъсирга эга антибактериал дорилар, оғриқ қолдирувчи воситалар, протон насоси ингибиторлари ва вена ичига инфузияларни ўз ичига олган доридармонли даволаш тавсия этилади [18, 50, 55, 66, 67].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси В** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 1). **Изоҳ.** Антибиотикотерапия операциядан олдинги тайёргарлик доирасида белгиланган стандарт схемалардан бири бўйича эмпирик антибиотикотерапияни давом эттиришни назарда тутати. Микроорганизмларнинг тизимли таъсирга эга антибактериал препаратларга сезгирлигини аниқлаш билан перитонеал суюқликнинг микробиологик текшируви натижалари олинганда антибиотикотерапия коррекцияси ўтказилади.

Антисекретор терапия протон насоси ингибиторларини буюришдан иборат (масалан, пантопризол 40 мг в/и х суткасига 2 марта кўпи билан 7 кун давомида, кейинчалик касалхонага ётқизишнинг бутун даври давомида таблетка шаклларига ўтиш). Ҳаётий функциялари бузилган беморларни операциядан кейинги олиб бориш сепсис билан оғриган беморларни олиб боришнинг асосий тамойилларига мос келади [61, 65, 67]. Чет элда ТЯ билан оғриган беморларни операциядан кейинги даволашда FTS (Fast track surgery) ёки ERAS (Enhanced recovery after surgery) дастури амалга оширилади, уларнинг асосий бандлари қуйидагилардан иборат: операциядан кейинги эрта даврда қисқа муддатли анестетиклар, беморни эрта реабилитация қилиш, операциядан кейинги суюқлик ва овқатни оғиз орқали қабул қилишни эрта бошлаш, сийдик катетерини эрта олиб ташлаш, назогастрал зонддан фойдаланишни рад этиш [66, 67, 68]. Кўпинча бундай дастур маҳаллий перитонит билан оғриган беморларга буюрилади [67]. Дастурнинг бажарилиши динамикада назорат қилинади, уни қўллашнинг асосий мезони ичак перистальтикасининг эрта тикланиши ҳисобланади. Операциядан кейинги даврнинг асоратли кечишининг дастлабки белгиларида ёки ичак перистальтикаси бўлмаганда дастур тўхтатилади.

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

- Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда ЯП жарроҳлик йўли билан даволанган беморга ҳолатнинг оғирлигини ҳар куни баҳолаш тавсия этилади [18, 54]. **Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

- Жарроҳлик амалиётидан кейинги даврда ЯП жарроҳлик йўли билан даволанган беморга асосий лаборатория кўрсаткичларини динамикада аниқлаш тавсия этилади [18, 54, 55, 70]

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

- Операциядан кейинги даврда ЯП туфайли аралашувни бошдан кечирган беморларда қорин бўшлиғи дренажларини, назогастрал ёки

назоинтестинал зондни назорат қилиш ва парваришлаш, шунингдек уларни ўз вақтида олиб ташлаш тавсия этилади [18, 54, 62, 64].

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5). **Изоҳ.** Дренажларни назорат қилиш унинг функционал қобилиятини, ажралма характери ва ҳажмини аниқлаш, экссудат бўлмаганда олиб ташлашни назарда тутати. Ажралма ҳажми 50,0 мл дан ортиқ бўлса, қорин бўшлиғи абсцесси шаклланишининг олдини олиш учун дренажни олиб ташлаш мақсадга мувофиқ эмас.

- ЁА бўйича операциядан сўнг тарқалган перитонит ва сепсиснинг оғир шакллари мавжуд бўлганда беморларни реанимация бўлимида даволаш тавсия этилади [61,65,66].

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

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси В** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 2).

- Операциядан кейинги даврда беморларда асоратлар ривожланишига шубҳа бўлса, қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви (комплекс) ёки қорин бўшлиғи аъзоларининг **КТ текшируви тавсия этилади [65, 66].**

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

**Тавсиянинг ишончлилиқ даражаси С** (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 4).

#### **4. Оператив аралашув усулини танлаш.**

Ўн икки бармоқли ичак яраларидан қон кетиши ва уларнинг перфоратсияси яра касаллигининг асорати бўлиб, яра анамнезининг давомийлигидан қатъи назар, такрорий геморрагия пайдо бўлишидан олдин радикал жарроҳлик аралашувини ўтказишга кўрсатма сифатида қаралиши керак. Қонаётган симптоматик яраларни жарроҳлик йўли билан даволаш патогенетик жиҳатдан асосланмаган ва фақат эндогемостаз ва фармакотерапия самарасиз бўлганда якуний гемостазга эришишга қаратилган

мажбурий чора сифатида қаралиши керак. Қон кетиши билан асоратланган дуоденал яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг патогенетик асосланганлиги ва радикаллиги нуктаи назаридан энг адекват усули яра касаллигида  $2/3$  дан кам бўлмаган ҳажмда ошқозоннинг дистал резекцияси ҳисобланади. Шу билан бирга, ошқозоннинг кислота ишлаб чиқариш функциясини адекват бостириш учун ошқозон яраси касаллигида камида  $3/4$  ошқозоннинг дистал резекцияси кўрсатилган; ошқозон яраси касаллигида - камида  $2/3$  ошқозоннинг дистал резекцияси.

Жарроҳлик аралашувларининг бевосита натижалари беморларнинг ёшига, операциянинг шошилишчилигига ва уни бажариш усулига боғлиқ. Операциядан кейинги эрта асоратлар ва ўлим ҳолатларининг максимал сони кекса ва қари ёшдаги беморларда, ярали қон кетишнинг қайталаниши фонида амалга ошириладиган шошилишч жарроҳлик аралашувларда, қон кетаётган ярани стволли ваготомия билан тикишда, "ўчириш учун" ошқозон резекциясида кузатилади. Шошилишч равишда ва биринчи навбатда гастродуоденал ярали қон кетишнинг қайталаниши фонида, шунингдек кекса ва қари ёшдаги беморларда жарроҳлик аралашувларини ўтказишдан қочиш керак. Қонаётган ярани тикиш, шу жумладан ваготомия билан тўлдирилган ва "ўчириш учун" ошқозон резекцияси каби жарроҳлик аралашув усулларини клиник амалиётда қўллашдан тийилиш керак, чунки қонаётган ярани қолдириш билан операциялар якуний гемостазга эришишнинг етарли эмаслиги ва операциядан кейинги ярали қон кетишнинг қайталаниши эҳтимоли туфайли қабул қилиниши мумкин эмас.

Перфоратив гастродуоденал яралар билан оғриган беморларнинг аҳволининг оғирлигини объективлаштириш учун Маннгейм перитонит индексидан (МИП) фойдаланиш ва яра касаллигида бирламчи радикал жарроҳлик амалиётига кўрсатмалар мавжуд бўлган барча беморларнинг 97% да ХҚАР бўйича жарроҳлик хавфини баҳолаш яра касаллигига нисбатан радикал жарроҳлик аралашувини ўтказиш имконини беради. Шу билан бирга, меъда резекциясини амалга ошириш имкониятини истисно қилувчи

омиллар МИП > 20 балл ва ХҚАРМ бўйича жарроҳлик-анестезиологик хавфнинг ИВ-В даражалари ҳисобланади. Кўрсатмаларни объектив баҳолашга ва бирламчи-радикал аралашувларга қарши кўрсатмаларни босқичма-босқич истисно қилишга асосланган ТДЯда алгоритмлаштирилган тактик ёндашувни жорий этиш бирламчи-радикал операциялар улушини 27,9% гача ошириш, операциядан кейинги асоратлар ва ўн икки бармоқли ичак перфоратив яраларида ўлим даражасини мос равишда 5,2% ва 2,9% гача камайтириш имконини беради. [7,9]

Шошилич ва шошилич аралашувларда ошқозон резекцияси усулини танлаш пилоро-булбар сегмент ҳолатини интраоператсион баҳолаш ва дуоденал ўтказувчанликнинг сурункали бузилиши мавжудлиги ва босқичини аниқлашга асосланган бўлиши керак. Пилор-булбар сегментни мобилизация қилишда объектив қийинчиликлар мавжуд бўлган ҳолларда (шу жумладан, ўн икки бармоқли ичакнинг "қийин" чўлтоғи мавжуд бўлганда) ва (ёки) дуоденал ўтказувчанликнинг суб- ёки декомпенсацияланган сурункали бузилиши белгилари мавжуд бўлганда, Ру (Роух-Юдин-Витебский) модификациясида Билрот-ИИ усули бўйича ошқозоннинг дистал резекциясини амалга ошириш лозим. Компенсация ва субкомпенсация босқичида интраоператсион аниқланган дуоденал ўтказувчанликнинг бузилишида, пилоро-булбар сегментни мобилизация қилишда қийинчиликлар бўлмаганда, дуодено-эюнал ўтишни мобилизация қилиш билан Билрот-И бўйича ошқозоннинг дистал резекциясини амалга ошириш керак. Дуоденал ўтказувчанликнинг компенсацияланган бузилишларида дуоденоэюнал эгриликни мобилизация қилиш дуоденостазни тузатиш учун етарли чора ҳисобланади, дуоденал ўтказувчанлик бузилишининг декомпенсацияси ҳолатларида ўн икки бармоқли ичакнинг ички дренажини таъминлашга қаратилган Ру усули бўйича ошқозон резекциясининг реконструктив босқичини ўтказиш зарур. Ушбу турдаги аралашув ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи етишмовчилигининг олдини олиш чораси бўлиб, III-IV мураккаблик тоифасидаги пилоро-булбар сегмент мобилизациясида

кўрсатилган. Ру бўйича овқат ҳазм қилиш найини реконструкция қилишга кўрсатмалар бўлмаганда ва бир вақтнинг ўзида уни Билрот-И бўйича тиклаш имкони бўлмаганда, Витебский бўйича қисқа қовузлоқда кўндаланг гастро-энтероанастомоз қўйиш билан реконструкция қилиш вариантыни афзал кўриш лозим [6,7].

Юқорида айтилганларни умумлаштириб, шуни яна бир бор таъкидламоқчимизки, замонавий ошқозон жарроҳлиги арсеналида жарроҳлик аралашувларининг турли хил вариантлари кўплигига қарамай, айнан Билрот-И усули ёки Ру ёки Витебский модификациясидаги Билрот-ИИ усули бўйича ошқозоннинг дистал резекцияси қон кетиш ёки перфоратсия билан асоратланган гастродуоденал яралари бўлган беморларни кўрсатилган ва мумкин бўлган бирламчи-радикал даволашда танлов операциялари бўлиши керак. Шу билан бирга, у ёки бу операция усулини танлашга дифференциал ёндашув бундай беморларни муваффақиятли жарроҳлик даволашнинг ажралмас шарти бўлиб хизмат қилади.

### **ЯКда ўтказиладиган жарроҳлик аралашув турлари**

#### **"Очиқ" жарроҳлик:**

- ошқозон ярасидан қон кетишида операциялар;
- Оппел-Пилокарпов бўйича перфоратив тешикни тикиш;
- пилоропластика (Финней, Гейнеке-Микулич, Жабул);
- Билрот бўйича ошқозоннинг 2/3 қисми резекцияси;
- Ру бўйича ўчирилган қовузлоқда меъданинг 2/3 қисми резекцияси;
- операция қилинган ошқозон касаллигида реконструктив аралашувлар;
- тотал гастректомия.

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

#### **«Лапароскопик» хирургия:**

- Билрот бўйича меъданинг 2/3 қисми лапароскопик резекцияси;
- Ру бўйича ўчирилган қовузлоқда меъданинг 2/3 қисми лапароскопик резекцияси;
- Лапароскопик гастректомия.

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

### «Эндоскопик» хирургия:

- қон оқувчи томирни клипслаш;
- аргон-плазма коагуляцияси;
- қонаётган томирни адреналин эритмаси билан санчиш.

Қон кетишини эндоскопик тўхтатиш ярали қон кетиши билан оғриган беморларни даволашда "олтин стандарт" бўлиб, 82-92% ҳолларда барқарор гемостазга эришиш имконини беради. Қон кетишини тўхтатишнинг энг самарали эндоскопик усули қонаётган томирни клипслаш ва аргон-плазма коагуляцияси ҳисобланади. Қон кетишини эндоскопик тўхтатишнинг бошқа усуллари, масалан, ошқозон яраси ва гастроэзофагеал рефлюкс касаллигини даволаш учун препаратлар - плёнка ҳосил қилувчи препаратларни қўллаш, полисахаридли гемостатик тизимдан фойдаланиш, электрокоагуляция, ярани санчиш асосий усуллар билан биргаликда қўлланилиши керак.

Болаларда ярали қон кетиш ҳолатлари кам учрайди. Катталар популяциясига асосланган маълумотларга кўра, ярали қон кетишнинг қайталаниши учун хавф омиллари куйидагилардир:

- яранинг ўлчами 1 см дан катта;
- яранинг ошқозон орқа деворида жойлашиши;
- беқарор гемодинамика (қон кетиш пайтида артериал босимнинг пасайиши ва кейинчалик айланаётган қон ҳажмининг тўлдирилиши фониде кўтарилиши). [9,14].
- эндоскопик гемостаз самарасиз бўлса, яра тешилиши ва пенетратсияси ривожланса, шошилиш жарроҳлик амалиёти ўтказиш зарур. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси - 5).

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

Инексион эндоскопик гемостаз ёки термокоагулятсия етарлича самарали, аммо бу усулларнинг комбинацияси яхши натижаларни таъминлайди. Қон кетишнинг қайталаниш хавфи юқори бўлганда эндоскопик профилактика ва гемостазнинг истиқболли усули томирларни клипслаш ҳисобланади. Қон

кетиши қайталанадиган бўлса, эндоскопик гемостазни такрорлашга ҳаракат қилиш тавсия этилади. Эндоскопик гемостаз муваффақиятсиз бўлса, жарроҳлик аралашуви масаласини ҳал қилиш учун жарроҳ маслаҳати зарур [13,14].

### **Жарроҳлик аралашувиغا кўрсатмалар:**

- Перфоратив яралар;
- Консерватив усул билан тўхтатиб бўлмайдиган қонаётган яралар;
- Кучли оғриқ синдроми ва консерватив даволаш мумкин бўлмаган катта каллёз яралар;
- Эвакуатор функциянинг яққол бузилиши билан кечувчи пилорус стенози;
- Яраинг яқин аъзолардан пенетратсияси;
- Яраинг малигнизатсияси [1,4].

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

### **Мутлақ қарши кўрсатмалар:**

- геморрагик шок;
- қон айланишининг яққол етишмовчилиги билан кечадиган юрак касалликлари;
- йирингли перитонит;
- қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказилган кўп сонли операциялар;
- нафас етишмовчилиги билан кечувчи ўпка касалликлари;
- қон ивишининг бузилиши.
- Нисбий қарши кўрсатмалар:
- маҳаллий диффуз перитонит;
- диафрагма чурралари;
- семизликнинг оғир даражаси;
- ошқозон-ичак тракти аъзоларининг ривожланган саратони;
- умумий наркозга қарши кўрсатмалар.

**Операциядан кейинги мумкин бўлган асоратлар.**

Эҳтимолий асоратлар бўйича статистик маълумотлар:

16% - чокларнинг ажралиши;

11% ҳолларда - ичак тутилиши;

8% - эвакуациянинг бузилиши;

6% - перитонит;

5% - ютишдаги қийинчиликлар;

4% - ошқозон бўшлиғига ёки қорин бўшлиғига қон кетиши;

3% - инфилтратлар;

3% - йиринглаш ва абсцесслар.

Бу оқибатларнинг олдини олиш қийин, чунки кўп нарса жарроҳнинг профессионаллигига ва бемор организмнинг умумий ҳолатига боғлиқ. Энг хавфли асоратлар ички қон кетишлар ва перитонитлардир, чунки ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин. Агар чоклар очилиб кетса, йиринглаш ёки инфилтратлар пайдо бўлса, операция қайта ўтказилади. Ютишдаги қийинчиликлар ва эвакуациянинг бузилиши маълум дориларни қабул қилиш орқали бартараф этилиши мумкин [56, 60].

**"ОШҚОЗОН ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ  
ҚИЛИШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

**Тошкент – 2025**

## **I. АСОСИЙ ҚИСМ.**

### **1.1. Кириш**

Ремиссия босқичидаги ошқозон яраси билан оғриган беморларга уни сақлаб қолиш учун бемор яшайдиган иқлим зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида профилактика ва реабилитация тадбирларини ўтказиш, санаторий-курортда даволаниш тавсия этилади [5].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). Яра касаллиги билан оғриган беморларга касаллик хуружи тўхтаганидан 2-3 ой ўтгач, санаторий-курортда 14-21 кун давомида даволаниш тавсия этилади. Санаторий-курорт даволаш санаторияларда амалга оширилади, бу лой ва торф билан даволаш, игнабаргли денгиз ванналари, ишқорий минерал сувларни ичишни ўз ичига олади [5].

Н. рylogi инфекцияси бўлган барча шахсларга, қарши кўрсатмалар бўлмаганда, яра касаллиги ва унинг зўрайишининг олдини олиш мақсадида эрадикацион терапия ўтказиш тавсия этилади [52].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). **Изох.** Яра касаллигининг ривожланишида Н. рylogi инфекциясининг етакчи ролини тасдиқлаш эрадикацион терапияни ушбу касалликнинг олдини олишнинг асосий усулига айлантирди.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги билан оғриган беморларни диспансер назорати охириги кўзиш давридан бошлаб 5 йил давомида ҳар йили ўтказилиши тавсия этилади [5]. **Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5).

### **Беморларни келгусида олиб бориш**

Ошқозон яраси касаллиги билан оғриган беморлар қуйидаги ҳолларда диспансер кузатувиغا олинади:

УОШ/оилавий шифокор кўриги - диспансер кузатувининг биринчи йилида ҳар чоракда 1 марта, кейинчалик ремиссия ҳолатида - йилига 2 марта.

- Гастроэнтеролог кўриги - куз-баҳор мавсумида йилига 2 марта ва касалликнинг у ёки бу аломатлари пайдо бўлганда "талабга кўра" рецидивга қарши даволаш.
- Отоларинголог, стоматолог кўриги - йилига 2 марта.
- УҚТ топшириш, қоннинг биокимёвий таҳлили (билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, амилаза) - йилига 2 марта.
- Биопсия билан ЭГДФС - дастлабки 3 йилда йилига 2 марта, кейинчалик йилига 1 марта.
- ЭКГ, қорин бўшлиғи аъзоларининг ультратовуш текшируви - тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда.

**Тавсиянинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2). (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>).

#### ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Диспансер фаолияти	Тиббий хизматлар номи	ҚВП/ОП	МПЦП	Тадбирлар минимал сони	Диспансер назорати даври
<b>Эксперт (врач) Консултацияси</b>	1. Хамшира	+	+	Режали равишда 1 йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Ойлавий шифокор/УАШ	+	+		
	3. Гастроэнтеролог		+		
	4. Жаррох		+		
<b>Лаборатор текширувлар</b>	1. Умумий қон таҳлили	+	+	Режали равишда 1 йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Умумий сийдик таҳлили	+	+		
	3. Қоннинг биокимёвий таҳлили	+	+		
Изоҳ. *Йўриқномага мувофиқ даврий текширувларда қўшимча лаборатория текширувлари тавсия этилади. Агар беморни кўздан кечиришда йўлдош касалликлар аниқланса, даволаш муассасаларининг даражасига қараб йўриқномага мувофиқ қўшимча текширувлар ўтказилади. Ушбу беморлар ойлавий шифокор/гастроэнтеролог тавсияси асосида вилоят/республика даражасида кўрикдан ўтказилади. Муассасанинг моддий-техник имкониятларидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.					
<b>Инструментал текширувлар</b>	1. ЭГДФС		+	Режали равишда 1 йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Қорин бўшлиғи аъзолари УТТ		+		
	3. Кўкрак қафаси/қорин бўшлиғи рентгени		+		

Изоҳ. Жарроҳлик амалиётидан сўнг йилига 2 марта режали ЭГДФС ўтказиш керак. Даврий кўриклар давомида кўшимча инструментал текширувлар ўтказиш тавсия этилади. Ушбу текширувларни ўтказиш учун бемор оилавий шифокор ёки гастроэнтеролог тавсиясига кўра мунтазам равишда ҳудудий/кўп тармоқли марказларга юборилади.

## **2.1 ПРОФИЛАКТИКА УСУЛЛАРИ ВА МУОЛАЖАЛАРИ.**

Профилактика - тиббиётнинг асосий йўналиши бўлиб, соғлиқнинг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликлар пайдо бўлишининг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий-иқтисодий, гигиеник ва даволаш-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Яра ривожланишининг олдини олиш одатда бирламчи, иккиламчи ва учламчи турларга бўлинади.

ОЯКда бирламчи профилактика касалликнинг олдини олишга қаратилган:

- Оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш, тиш ва милкларни ўз вақтида даволаш. Касал тишлар инфекция учун кириш дарвозасидир, бундан ташқари, касал тишлар овқатни тўғри чайнашга имкон бермайди, бу эса ошқозонга кўпроқ юк тушишига олиб келади.

- Тўғри режим ва овқатланиш рационини ташкил этиш. Ҳар куни бир вақтда овқатланишга одатланиш керак. Бундан ташқари, дудланган, ҳаддан ташқари аччиқ, зираворли ва шўр овқатларни истеъмол қилишни рациондан чиқариб ташлаш ёки чеклаш тавсия этилади. Таомларга пазандалик ишлови бериш юмшоқ бўлиши керак - таомларни қаттиқ қовурмасдан. Газланган ичимликлар, жуда иссиқ ёки аксинча, жуда совуқ таомлар ҳам чиқариб ташланиши керак.

- Авитаминознинг олдини олиш.
- Зарарли одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликлар истеъмол қилиш).
- Гормонал бузилишларнинг олдини олиш ва даволаш.
- Меъёрланган жисмоний юкламалар, кун тартибини оқилона ташкил этиш.
- Дори воситаларини тез-тез қабул қилишдан (иложи борича) воз кечиш, айниқса дориларни тизимсиз қабул қилиш ва ўз-ўзини тайинлаш.

- *Helicobacter pylori* юқишининг олдини олиш - шахсий идиш-товоклар, сочиклардан фойдаланиш. [12,13,15]

**ОЯКда иккиламчи профилактика** яра касаллиги ташхиси қўйилган беморларга қаратилган бўлиб, рецидивлар ва асоратлар эҳтимолини камайтиришга, яранинг прогрессив ривожланишининг олдини олишга ёки секинлаштиришга қаратилган. Иккиламчи профилактика давомида вақти-вақти билан юзага келадиган "меъёрдан" четга чиқишларни тузатиш муҳимдир. Шу сабабли, ушбу босқичда аҳолини мажбурий диспансеризация қилиш, хавф гуруҳидаги беморларни мунтазам тиббий кўриқдан ўтказишнинг аҳамияти ортиб бормоқда:

- Санаторий-курортда даволаниш.
- Куз ва баҳор мавсумида рецидивга қарши давонинг мунтазам курслари.
- Ярага қарши парҳезга қатъий риоя қилиш.
- Рецидивни келтириб чиқариши мумкин бўлган касалликлар ва сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш.
- Даволаш муассасасида яранинг ҳолатини мунтазам назорат қилиш.
- Психологик қулайлик жуда муҳим: баъзида стресслар ва асабий бузилишлар ҳам касалликнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

**Скрининг (screening)** - анамнез йиғиш, жисмоний ва лаборатория текшируви орқали беморда илгари аниқланмаган касаллик ёки хавф омилини аниқлаш. Скрининг бирламчи профилактика бўйича кўпгина тадбирлар ва иккиламчи профилактика бўйича барча тадбирлар мажмуига киради. Яра касаллигига келсак, скрининг касаллик ривожланишининг дастлабки (клиникадан олдинги) босқичларида (иккиламчи профилактика) касалликни аниқлаш учун аҳолини оммавий текшириш учун ишлатилади.

*Helicobacter pylori* - НР ни бирламчи ташхислаш учун уреаз, серологик ва гистологик диагностика усулларидадан фойдаланиш мумкин. Ўзбекистонда НР инфекциясининг тарқалиши юқори бўлганлиги сабабли, серологик усул *Helicobacter pylori* - НР ни бирламчи ташхислаш учун скрининг сифатида хизмат қилиши мумкин.

Яра билан оғриган беморларда аллақачон юзага келган асоратларни камайтиришга қаратилган **учламчи профилактика** шакли ва мазмуни бўйича иккиламчига жуда яқин. Ушбу тиббий профилактика беморнинг меҳнатга лаёқатсизлигини реабилитация қилиш ва олдини олиш бўйича чора-тадбирлар мажмуини ўз ичига олади ва илмий йўналиш сифатида фаол ҳаёт давомийлигини ошириш усуллари излаш билан шуғулланади. [12,15].

([https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod\\_resource/content/1/ПРОФИЛАКТИКА.pdf](https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod_resource/content/1/ПРОФИЛАКТИКА.pdf)).

Бирламчи профилактика яра касаллигига нисбатан хавф остида бўлган беморларни фаол равишда эрта аниқлаш ва даволашни, этиологик омилларни бартараф этишни назарда тутди.

Бирламчи профилактика овқат ҳазм қилиш тизими ва умуман организм функцияларини нормаллаштиришга қаратилган тадбирларни ўз ичига олади: режим ва даволовчи овқатланиш, зарарли одатлардан воз кечиш, гельминтозларга текшириш, оғиз бўшлиғини санация қилиш.

Иккиламчи профилактика рецидив терапияга қарши чораларни кўзда тутди. Тахмин қилинаётган қўзғалишдан олдинги даврларда ўтказилади ва ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг клиник-эндоскопик босқичига мувофиқ парҳез овқатланишни, даволаш жисмоний тарбиясини, сув муолажаларини, жисмоний фаолликни оширишни, чиниқтиришни, руҳиятга ижобий таъсир кўрсатадиган муҳитни соғломлаштиришни ўз ичига олади [9].

## **2.2 Реабилитация тадбирлари.**

**Реабилитация** "соғлиғида нуқсони бўлган шахсларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда инсоннинг функционал имкониятларини тиклаш ва ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" сифатида таърифланади. Бошқача қилиб айтганда, реабилитация болалар, катталар ёки қарияларга кундалик ҳаётда иложи борича мустақил бўлишга ёрдам бериш ва уларга таълим олиш, ишлаш ва дам олиш,

шунингдек, оилага ғамхўрлик қилиш каби муҳим ижтимоий функцияларни бажаришга имкон беришга қаратилган. Шу мақсадда инсон ва унинг оиласи билан бирга келадиган касалликларни даволаш ва уларнинг аломатларини бартараф этиш, ёрдамчи технологиялардан фойдаланган ҳолда уларнинг эҳтиёжларини тўлиқроқ қондириш учун яшаш шароитларини ўзгартириш, ўз-ўзига ёрдам бериш кўникмаларига ўргатиш ва вазифаларни хавфсизроқ ва бошқаларнинг ёрдамсиз бажариш учун мослаштириш ишлари олиб борилади. Ушбу стратегиялар биргаликда амалга оширилиб, беморга когнитив бузилишлар, кўриш ва эшитиш қобилиятининг бузилиши, мулоқот қилиш, овқатланиш ёки ҳаракатланишдаги қийинчиликларни енгишга ёрдам беради."

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

#### **Мақсадлар:**

- яра ва асоратлар ривожланишининг олдини олиш;
- ЎБИ функциясини сақлаш/тиклаш;
- оғриқ синдромини бартараф этиш;
- ҳаёт сифатини ошириш;

Операциядан кейинги даврда эрта энтерал озиқлантириш, қабул қилинадиган суюқлик ва овқат миқдорини аста-секин ошириш тавсия этилади [11, 18, 19].

**Тавсиянинг ишончлилик даражаси В** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2). **Изоҳ.** Суюқликни чекланган миқдорда (500 мл гача) қабул қилиш, қоида тариқасида, операциядан кейинги кун, 2-3 кундан бошлаб ичимлик режими чекловларсиз рухсат этилади. Овқатланишнинг бошланиши, қоида тариқасида, операциядан кейинги 2-3 кунга тўғри келади, ҳар 2-3 соатда 0а ва 0б парҳез стол маҳсулотлари тўпламидан чекланган миқдорда овқатланишга рухсат берилади, аста-секин стол 6-7 кунга қадар кенгайтирилиб, кунига 6 марта №1а парҳез асосида қаймоғи олинмаган сутдан тайёрланган таомлар истисно қилинади [11, 18].

Юмшоқ парҳезнинг давомийлиги терапия самарадорлигига боғлиқ,

аҳвол яхшиланганда парҳез кенгайтирилади, Но1 столни парҳезни кенгайтириш билан алмаштириш мумкин, №5 столдан ҳам фойдаланиш мумкин.

Яра касаллиги билан оғриган беморларга жарроҳлик даволашдан сўнг Н. рурологи ни аниқлашга қаратилган диагностик текширувларни ўтказиш (ташхис бўлимига қаранг) ҳамда яра касаллиги қайталаниши ва унинг асоратларининг олдини олиш мақсадида эрадикацион ва қўллаб-қувватловчи терапия ўтказиш тавсия этилади [19, 21, 24].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1). **Изоҳ.** Жарроҳлик даволашнинг амалга оширилган босқичи яра касаллигининг янги жарроҳлик асоратлари, биринчи навбатда қон кетиши ривожланиш хавфини камайтирмайди, шунинг учун бемор тўлиқ тузалгунга қадар касалликни консерватив даволаш курсини давом эттириш муҳимдир.

- Перфорация/пенетрация белгиларисиз пилородуоденал стеноз ва яра билан оғриган беморларга уни бартараф этиш учун эндоскопик баллонли дилатация ўтказиш тавсия этилади [26].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5).

- Эндоскопик баллонли дилатация самарасиз бўлса, пилоропластика ва дренажлаш операцияларини ўтказиш тавсия этилади [26].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). **Изоҳлар:** Пилородуоденал стеноз билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмалар унинг компенсация даражаси, шунингдек беморларнинг аҳволи билан белгиланади. Эндоскопик баллонли дилатация фақат субкомпенсацияланган стенози бўлган ва чандиқ ўн икки бармоқли ичакнинг олдинги деворида жойлашган беморларда мумкин. Ушбу эндоскопик қўлланма кўпинча вақтинчалик муваффақият келтиради ва стенознинг такрорланишининг юқори частотаси билан бирга келади.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ремиссия босқичида бўлган беморларга уни сақлаб қолиш мақсадида бемор яшайдиган иқлим

зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида санаторий-курорт даволаниши тавсия этилади [5].

**Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С** (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5). **Изоҳ.** Яра касаллиги билан оғриган беморларга касаллик хуружи тўхтаганидан 2-3 ой ўтгач, 14-21 кун давомида санаторий-курортда даволаниш мақсадга мувофиқдир. 61 Санатория-курорт даволаш Дорохово, Ессентуки, Железноводск ва бошқа санаторияларда амалга оширилади ва балчиқ ва торф билан даволаш, игнабаргли денгиз ванналари, ишқорий минерал сувларни ичишни ўз ичига олади [5].

Ошқозон яраси билан оғриган беморларда даволовчи овқатланишни жараённинг босқичи, унинг клиник кўриниши ва ёндош асоратларига қараб қатъий фарқлаш керак. Ошқозон яраси касаллиги билан оғриган беморларда парҳез овқатланиш асосида эҳтиёткорлик тамойили ётади, яъни ярали шиллик қаватни максимал тинч ҳолатга келтириш. Шира ажралишининг кучсиз кўзгатувчиси бўлган, меъдани тез тарқ этадиган ва унинг шиллик қаватини кам таъсирлантирадиган маҳсулотларни истеъмол қилиш мақсадга мувофиқдир. Ҳозирги вақтда яраларга қарши махсус шифобахш овқатланиш рационлари ишлаб чиқилган. Парҳезга узоқ вақт ва касалхонадан чиққандан сўнг риоя қилиш керак. Касаллик кўзиган даврда хлорид кислотани нейтралловчи маҳсулотлар буюрилади. Шунинг учун даволашнинг бошида оксил-ёғли парҳез, углеводларни чеклаш керак. Овқатланиш бўлиб-бўлиб, тез-тез (суткасига 5-6 марта) берилади; парҳез тўла қимматли, мувозанатли, кимёвий ва механик жиҳатдан тежамли бўлиши керак. Парҳез овқатланиш кетма-кет учта циклдан иборат бўлиб, 10-12 кун давом этади (парҳезлар №1а, 1б, 1). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Яққол ифодаланган нерв-вегетатив бузилишларда, гипо- ва гипергликемик синдромларда парҳезда углеводлар миқдори чекланади (250-300 г гача), трофик бузилишларда, ёндош панкреатитларда оксил миқдори 150-160 г гача кўпаяди, яққол ифодаланган атсидизмда антатсид хусусиятларга эга бўлган маҳсулотлар: сут, қаймоқ, илитилган тухум ва

бошқалар афзал кўрилади. Парҳез №1а - энг авайловчи, сутга бой. 1а-сонли парҳезга қуйидагилар киради: қаймоғи олинмаган сут, қаймоқ, творогли буғли суфле, тухумли таомлар, сариеғ. Шунингдек, мевалар, резаворлар, ширинликлар, ширин резаворлар ва мевалардан тайёрланган кисель ва желе, шакар, асал, ширин резаворлар ва мева шарбатлари сув ва шакар билан иккига бўлинган. Соуслар, зираворлар ва газаклар бундан мустасно. Ичимликлар - наъматак қайнатмаси. Бемор №1а парҳезда бўлганида ётоқ режимига риоя қилиши керак. У 10-12 кун давомида ушлаб турилади, сўнгра кучлироқ парҳез №1б га ўтилади. Бу парҳезда барча таомлар эзилган ҳолда тайёрланади, сувда ёки буғда қайнатилади. Овқат суюқ ёки бўтқасимон бўлади. Унинг таркибида ҳар хил ёғлар бўлади, меъда шиллик пардасининг кимёвий ва механик таъсирловчилари анча чекланган бўлади. №1б парҳез 10-12 кунга буюрилади ва бемор оқсиллар, ёғлар ва углеводлар сақловчи №1 парҳезга ўтказилади. Ошқозон секрециясини рағбатлантирадиган ва ошқозон шиллик қаватини кимёвий таъсирлантирадиган овқатлар истисно қилинади. Барча таомлар қайнатиб, эзиб ва буғда пиширилади. Ошқозон яраси билан оғриган бемор 1-сонли парҳезни узоқ вақт қабул қилиши керак. Турли хил овқатланишга фақат шифокор руҳсати билан ўтиш мумкин.

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

Овқат ҳазм қилиш аъзолари касалликларини, шу жумладан яра касаллигини комплекс даволашда **минерал сувларни** қўллаш етакчи ўринни эгаллайди. Яра касаллигининг ремиссия ёки турғун бўлмаган ремиссия босқичида, кескин оғриқ синдромисиз, қон кетишга мойиллик бўлмаганда ва пилоруснинг турғун торайиши бўлмаганда ичимлик билан даволаш деярли барча беморларга кўрсатилади. Таркибида кўпи билан 2,5 г/л карбонат кислота, натрий гидрокарбонатли, натрий гидрокарбонат-сульфатли сувлар, шунингдек, кўрсатиб ўтилган ингредиентлар кўп бўлган, лекин анча мураккаб катион таркибли, рН 6 дан 7,5 гача бўлган сувлар бўлган (лекин 10-12 г/л дан юқори бўлмаган) кам ва ўртача минераллашган минерал сувлар буюрилади. Ичимлик билан даволашни бемор стационарга келган биринчи

кунларданок бошлаш керак, аммо биринчи 2-3 кун давомида қабул қилиш учун минерал сув миқдори 100 мл дан ошмаслиги керак.

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

Кейинчалик, яхши кўтарилганда, дозани кунига 3 марта 200 мл гача ошириш мумкин. Меъданинг секретор ва эвакуатор функцияси ошган ёки меъёрида бўлса, сув овқатдан 1,5 соат олдин, секрецияси пасайган бўлса, овқатдан 40 дақиқа - 1 соат олдин, ўн икки бармоқ ичакдан эвакуация секинлашган бўлса, овқатдан 1 соат 45 дақиқа - 2 соат олдин илиқ ҳолда ичилади. Сезиларли диспептик ҳодисалар бўлганида минерал сувни, айниқса гидрокарбонатли сувни кўпроқ ишлатиш мумкин, масалан, кунига 6-8 маҳал: кунига 3 маҳал овқатдан 1 соат-у 30 минут олдин, сўнгра овқатдан кейин (тахминан 45 минутдан кейин) диспептик ҳодисалар авж олган маҳалда ва, ниҳоят, уйку олдидан. Айрим ҳолларда овқатдан олдин минерал сув ичилганда беморларда жиғилдон қайнаши кучаяди, оғриқ сезгилари пайдо бўлади. Бундай беморлар баъзан овқатдан 45 дақиқа кейин минерал сув ичишни яхши кўтарадилар. Кўпинча ичимлик билан даволашнинг бу усулидан бемор қабул қилинган дастлабки кунлардаёқ фойдаланишга тўғри келади, кейинчалик кўпчилик беморлар овқатдан олдин минерал сув ичишга ўтадилар. Яра касаллиги ремиссия босқичида ёки касалликнинг беқарор ремиссиясида бўлган шахсларга, дискинезия ва йўғон ичак томонидан ёндош яллиғланиш ҳодисалари мавжуд бўлса, қуйидагилар кўрсатилади: микроҳуқналар ва минерал сувдан тозалаш ҳуқналари, ичак душлари, ичакни сифонли ювиш. Ўн икки бармоқ ичакни ювиш фақат кўрсатмалар бўйича, масалан, ёндош гастритнинг яққол белгилари мавжуд бўлганда буюрилади. Яра касаллиги билан оғриган беморларни даволашда турли хил минерал ва газ ванналари кенг қўлланилади. Танлаш усули кислородли, ёд-бромли ва минерал ванналардир. Вегетатив дискинезия яққол намоён бўлган яра касаллиги билан оғриган беморларга карбонат ангидридли ванналар буюрилмайди.

Яра касаллигининг ремиссия босқичидаги беморларни даволаш

усулларидан бири пелоидотерапия ҳисобланади. Балчиқ билан даволашнинг энг самарали турларига қориннинг олдинги девори ва бел соҳасига (харорат 40°C, экспозиция 20 дақиқа) ҳар куни ванналар билан алмаштириладиган балчиқ аппликацияларини киритиш лозим. 10-12 та балчиқли аппликацияни даволаш курси. Балчиқли аппликацияларга қарши кўрсатма бўлганда қорин усти соҳасига диатермобалчиқ ёки гальванобалчиқ тавсия этилади.

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

### **Санаторий-курортда даволаниш.**

Санаторий-курортда даволаниш муддати 14-21 кун. Реабилитациянинг дастлабки даврида маҳаллий санаторийларга устунлик бериш керак. Турғун клиник ремиссия шаклланганда яшаш жойидан узоқдаги санаторийларда курортда даволанишга юбориш мумкин.

Даволаш жисмоний тарбиясини (ДЖТ) ўтказишни кўриб чиқиш тавсия этилади. Қорин бўшлиғида қон ва лимфа айланишини яхшилаш учун қизилўнгач, ошқозон, ўн икки бармоқли ичак касалликларида даволаш жисмоний тарбияси; ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак моторикасини нормаллаштириш, овқат ҳазм қилиш жараёнларини секретор ва нейрогуморал тартибга солиш; қарши кўрсатмалар бўлмаганда ошқозон шиллик қаватидаги репаратив жараёнлар учун қулай шароит яратиш [13].

ТЖТ вазифаси: - МНС тонусини ва кортико-виссерал муносабатларни нормаллаштириш, психоэмоционал ҳолатни яхшилаш; қон ва лимфа айланишини, ўн икки бармоқли ичак ва бошқа ҳазм аъзоларида алмашинув ва трофик жараёнларни фаоллаштириш; регенератив жараёнларни рағбатлантириш ва яранинг битишини тезлаштириш; ошқозон мушаклари спазминини камайтириш; ичакнинг секретор ва мотор функцияларини нормаллаштириш; қорин бўшлиғида димланиш ҳодисалари ва битишма жараёнларининг олдини олиш. Даволаш массажи МНС кўзғалишини камайтириш, вегетатив асаб тизими фаолиятини яхшилаш, ошқозон ва ошқозон-ичак трактининг бошқа бўлимларининг мотор ва секретор

фаолиятини нормаллаштириш; қорин мушакларини мустаҳкамлаш, организмни мустаҳкамлаш учун буюрилади. Сегментар-рефлектор ва классик массаж қўлланилади. D9-D5, C7-C3 паравертебрал соҳаларга таъсир қилади. Шу билан бирга, ошқозон яраси билан оғриган беморларда юқорида кўрсатилган соҳалар фақат чап томонда, ошқозон яраси билан оғриган беморларда эса иккала томонда массаж қилинади. Ёқа соҳасининг D2-C4 қисми, қорин ҳам массаж қилинади.

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

ТЖТ самарадорлигини аниқлаш учун беморнинг ҳолатини, қўлланиладиган машқларнинг таъсирини, алоҳида машғулоти, даволанишнинг маълум даврини аниқлайдиган доимий кузатувлар олиб борилади. Беморнинг функционал ҳолатини, унинг индивидуал хусусиятларини, жисмоний зўриқишга мослашувини объектив баҳолайдиган махсус тадқиқотлар ҳам муҳим аҳамиятга эга [6,9]. Яра касаллигида ТЖТ самарадорлигини ҳисобга олиш учун қуйидагилардан фойдаланиш мумкин:

- мавжуд субъектив сезгиларга нисбатан сўров: жиғилдон қайнаши, кекириш, қорин дам бўлиши, қориндаги оғриқлар, нажас характери (қабзият, ич кетиши).

- пульс ва АБ назорати;

- Штанге ва Генчи нафас синамалари;

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

Жисмоний машқларнинг ижобий таъсирида субъектив сезгилар йўқолади, иштаҳа ва ич келиши меъёрлашади, пульс сийраклашишга моил бўлади, Штанге синамасининг вақти узаяди, беморларнинг тана вазни барқарорлашади.

ЛГ самарадорлигини баҳолашда беморнинг аҳволи жуда муҳим роль ўйнайди. Уйқусизлик пайдо бўлганда, иштаҳа ёмонлашганда, қорин соҳасида оғриқ пайдо бўлганда, ичак функцияси бузилганда ТЖТ воситалари ва шакллари янада тўғри табақалаштирилган ҳолда танлаш учун беморни

синчковлик билан текшириш зарур.

Алоҳида машғулотнинг самарадорлигини аниқлаш учун тиббий-педагогик кузатувлар ўтказилади. Энг муҳими, ушбу машғулотда даволаш вазибалари қандай ҳал қилинганлигини, жисмоний юклама беморнинг имкониятларига мос келишини, унинг ДЖТ машғулотларига индивидуал реакцияларини аниқлашдир.

Бу саволларга аниқлик киритиш учун ДЖТ машғулотида пульс частотасининг ўзгариши бўйича физиологик эгри чизик ва машғулот зичлиги аниқланади.

Кузатишлар пайтида чарчашнинг ташқи белгиларига, оғриқларнинг пайдо бўлишига, машқларни бажариш қобилиятига эътибор берилади. Кузатишларга асосланиб, машғулот методикасини ўзгартириш, масалан, жисмоний юкламанинг дозасини камайтириш керак. Аксарият ҳолларда жисмоний машқлар бироз толиқишни келтириб чиқариши керак, бу терининг тер билан қизариши, нафас олишнинг тезлашиши билан тавсифланади. Шовқинли нафас қисилиши, кескин ҳолсизлик, координация ва мувозанатнинг бузилиши, бош айланиши, жисмоний машқни бажариш тузилмасининг ўзгариши билан кечадиган оғриқлар ва ортиқча толиқишнинг пайдо бўлишига йўл қўймаслик керак.

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

## **6. Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари**

- Беморнинг умумий аҳволини яхшилаш;
- Овқат ҳазм қилиш функциясини яхшилаш
- Оғриқ хуружларини камайтириш

**6.1. Реабилитация муолажалари босқичи ва ҳажмини аниқлаш мезонлари** (фаолият, ҳаёт фаолияти ва саломатлик чекловларининг халқаро таснифига мувофиқ халқаро шкалалар) - кўрсатмалар бўйича.

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

## **7. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари**

Реабилитациянинг I босқичи - авайловчи ҳаракат режими (2-4 кун)  
бошланиши - стационар бўғинда

Реабилитациянинг II босқичи - авайловчи-машқ режими (6-9 кун) -  
амбулатор.

III босқич - машғулот даври (15-20 машғулот ва ундан ортиқ) - реабилитация  
маркази - санаторий

## **8. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда диагностика тадбирлари:**

- Беморни физикал текшириш
- ЭГДФС;

## **9. Профилактика тадбирлари самарадорлиги индикаторлари**

Фаолият, ҳаёт фаолияти ва саломатлик чекловларининг халқаро таснифига мувофиқ, халқаро шкалаларга мувофиқ, профилактика чора-тадбирларининг самарадорлиги ремиссия давомийлиги, беморларда оғриқнинг йўқлиги, шунингдек, 6 ойда бир марта профилактик ЭГДФС билан белгиланади.

<https://ergotherapy.ru/wp-content/uploads/2017/05/Mezhdunarodnaya-klassifikatsiya.pdf>

## **10. Баённоманинг ташкилий жиҳатлари:**

- 1) манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисида маълумот: йўқ.
- 2) экспертлар (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари) маълумотлари;
- 3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш: баённома ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки исботлаш даражасига эга бўлган янги усуллар мавжуд бўлганда.

## **Фойдаланилган адабиётлар:**

1. Shay H, Sun DCH. Etiology and pathology of gastric and duodenal ulcer. In: Bockus H.L. Gastroenterology, Philadelphia-London: Saunders Elsevier, 1968: 420-465.
2. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; 390 (10094): 613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
3. Chan FKL., Lau JYW. Peptic ulcer disease. In: Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier, 2015
4. Ramakrishnan K, Salinas RC. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician 2007; 76 (7): 1005-1012.
5. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. Lancet 2017; vol. 390 (10094): 613-624.
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 (2): 102-113. doi: 10.1159/000323958.
7. Ramakrishnan K., Salinas R.C. Peptic ulcer disease. Am Fam Physician 2017; vol. 76: 1005-1012
8. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.: МЕД-пресс-информ; 2019:
9. Hawkey CJ, Wight NJ. Clinician's manual on NSAIDS and gastrointestinal complications. London: Life Science Communications, 2001.
10. Хирургическая помощь в Российской Федерации. М., 2022. - 132 с.
11. 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.
12. Karstensen JG, Ebigbo A, Aabakken L, et al. Nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy

- (ESGE) Cascade Guideline. *Endosc Int Open*. 2018;6(10):E1256-E1263. doi:10.1055/a-0677-2084.
13. Barkun AN, Almadi M, Kuipers EJ, et al. Management of Nonvariceal Upper Gastrointestinal Bleeding: Guideline Recommendations From the International Consensus Group. *Ann Intern Med*. 2019;171(11):805-822. doi:10.7326/M19-1795
14. Acute upper gastrointestinal bleeding overview. UK National Institute for Health and Care Excellence, 2019.
15. Гринберг А.А., Затевахин И.И., Щеголев А.А. Хирургическая тактика при язвенных гастродуоденальных кровотечениях. М.: Медицина, 1996. - 149 с.
16. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери. Л. : Медицина, 1982. - 224 с.
17. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. Болезни пищевода, желудка и кишечника. М.:МЕД пресс-информ, 2009. — 176 с. ISBN 5-98322-547-2.
18. Tomizawa M, Shinozaki F, Hasegawa R, et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep*. 2016;5(3):349-352. doi:10.3892/br.2016.727
19. Tarasconi A, Coccolini F, Biffl WL, et al. Perforated and bleeding peptic ulcer: WSES guidelines. *World J Emerg Surg*. 2020;15:3. Published 2020 Jan 7. doi:10.1186/s13017-019-0283-9.
20. Rassameehiran S, Teerakanok J, Suchartlikitwong S, Nugent K. Utility of the Shock Index for Risk Stratification in Patients with Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *South Med J*. 2017;110(11):738-743. doi:10.14423/SMJ.0000000000000729.
21. Saltzman JR. Approach to acute upper gastrointestinal bleeding in adults. 2024 UpToDate.
22. Stanley AJ, Laine L, Dalton HR, et al. Comparison of risk scoring systems for patients presenting with upper gastrointestinal bleeding: international multicentre

prospective study. *BMJ*. 2017;356:i6432. Published 2017 Jan 4. doi:10.1136/bmj.i6432.

23. Sung JJ, Chiu PW, Chan FKL, et al. Asia-Pacific working group consensus on non-variceal upper gastrointestinal bleeding: an update 2018 [published correction appears in *Gut*. 2019 Feb;68(2):380. doi: 10.1136/gutjnl-2018-316276corr1]. *Gut*. 2018;67(10):1757-1768. doi:10.1136/gutjnl-2018-316276.

24. Harewood GC, McConnell JP, Harrington JJ, Mahoney DW, Ahlquist DA. Detection of occult upper gastrointestinal tract bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc*. 2002;77(1):23-28. doi:10.4065/77.1.23.

25. Kim HU. Diagnostic and Treatment Approaches for Refractory Peptic Ulcers. *Clin Endosc*. 2015;48(4):285-290. doi:10.5946/ce.2015.48.4.285.

26. Harewood G.C., McConnel J.P., Harrington J.J. et al. Detection of occult upper gastrointestinal bleeding: performance differences in fecal occult blood tests. *Mayo Clin Proc* 2022; vol.77 (1): 23-28.

27. Hunt BJ, Allard S, Keeling D, et al. A practical guideline for the haematological management of major haemorrhage. *Br J Haematol*. 2015;170(6):788-803. doi: 10.1111/bjh.13580.

28. Gralnek IM, Dumonceau JM, Kuipers EJ, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2015;47(10):a1-a46. doi:10.1055/s-0034-1393172.

29. Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T, et al. Management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht VI/Florence consensus report. *Gut*. Published online August 8, 2022. doi:10.1136/gutjnl-2022-327745.

30. Best LM, Takwoingi Y, Siddique S, et al. Non-invasive diagnostic tests for *Helicobacter pylori* infection. *Cochrane Database Syst Rev*.

- 2018;3(3):CD012080. Published 2018 Mar 15.  
doi:10.1002/14651858.CD012080.pub2.
31. Jiang M, Chen P, Gao Q. Systematic Review and Net-Work Meta-Analysis of Upper Gastrointestinal Hemorrhage Interventions. *Cell Physiol Biochem*. 2016;39(6):2477-2491. doi:10.1159/000452515.
32. Gisbert JP, Khorrami S, Carballo F, Calvet X, Gene E, Dominguez-Munoz JE. H. pylori eradication therapy vs. antisecretory non-eradication therapy (with or without long-term maintenance antisecretory therapy) for the prevention of recurrent bleeding from peptic ulcer. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(2):CD004062. doi:10.1002/14651858.CD004062.pub2.
33. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, et al. Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut*. 2017;66(1):6-30. doi:10.1136/gutjnl2016-312288.
34. Vomero ND, Colpo E. Nutritional care in peptic ulcer. *Arq Bras Cir Dig*. 2014;27(4):298-302. doi:10.1590/S0102-67202014000400017.
35. Burget DW, Chiverton SG, Hunt RH. Is there an optimal degree of acid suppression for healing of duodenal ulcers? A model of the relationship between ulcer healing and acid suppression. *Gastroenterology*. 1990;99(2):345-351. doi:10.1016/0016-5085(90)91015-x.
36. Scally B, Emberson JR, Spata E, et al. Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2018;3(4):231-241. doi:10.1016/S2468-1253(18)30037-2.
37. Poynard T, Lemaire M, Agostini H. Meta-analysis of randomized clinical trials comparing lansoprazole with ranitidine or famotidine in the treatment of acute duodenal ulcer. *EurGastroenterol Hepatol*. 1995;7(7):661-665.
38. Hu ZH, Shi AM, Hu DM, Bao JJ. Efficacy of proton pump inhibitors for patients with duodenal ulcers: A pairwise and network meta-analysis of randomized controlled trials [published correction appears in *Saudi J*

- Gastroenterol. 2017 Mar-Apr;23(2):130. doi: 10.4103/1319-3767.203367]. Saudi J Gastroenterol. 2017;23(1): 11-19. doi:10.4103/1319-3767.199117.
39. Terano A, Arakawa T, Sugiyama T, et al. Rebamipide, a gastro-protective and antiinflammatory drug, promotes gastric ulcer healing following eradication therapy for *Helicobacter pylori* in a Japanese population: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. J Gastroenterol. 2007;42(8):690-693. doi:10.1007/s00535-007-2076-2.
40. Song KH, Lee YC, Fan DM, et al. Healing effects of rebamipide and omeprazole in *Helicobacter pylori*-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. Digestion. 2011;84(3):221-229. doi:10.1159/000329353.
41. Ford AC, Gurusamy KS, Delaney B, Forman D, Moayyedi P. Eradication therapy for peptic ulcer disease in *Helicobacter pylori*-positive people. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4(4):CD003840. Published 2016 Apr 19. doi:10.1002/14651858.CD003840.pub5.
42. Евсеев М. А., Клишин И.М. Эффективность антисекреторной терапии ингибиторами протонной помпы при гастродуоденальных язвенных кровотечениях. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010; 20 (3): 55-62.
43. Клинические рекомендации «Прободная язва». ООО «Российское общество хирургов», утвержденные Минздравом России. Рубрикатор клинических рекомендаций Минздрава РФ, 2021 г.
44. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. Lancet. 2017;390(10094):613-624. doi:10.1016/S0140-6736(16)32404-7.
45. S0reide K, Thorsen K, Harrison EM, et al. Perforated peptic ulcer. Lancet. 2015;386(10000):1288-1298. doi:10.1016/S0140-6736(15)00276-7.
46. Тимербулатов В.М., Кунафин М.С., Тимербулатов М.В. Экстренная абдоминальная хирургия в регионе Российской Федерации: анализ за 40 лет. Вестник хирургии им. И.И.Грекова. 2014; 6: 89-92.

47. Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Нечаев О.И., Захарова М.А., Шелина Н.В., Миронова Н.Л. Хирургическая помощь в Российской Федерации. - М., 2019. - 136 с. ISBN 9785-6043874-0-5.
48. Неотложная абдоминальная хирургия. Методическое руководство для практикующего врача. / Под редакцией акад. РАН Затевахина И.И., акад. РАН Кириенко А.И., член- корр. РАН Сажина А.В. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. - 488с. ISBN 978-5-6040008-5-4.
49. Лобанков В.М. «Хирургическая эпидемиология» язвенной болезни в Беларуси в период с 1990 по 2004 год // Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2007; 1: 50-55.
50. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.: Издательство «ТриадаХ», 2005. - 640с.
51. Панцырев Ю. М., Михалев А. И., Федоров Е. Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв. Хирургия. 2003;
52. Møller MH, Adamsen S, Thomsen RW, Møller AM. Preoperative prognostic factors for mortality in peptic ulcer perforation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol.* 2010;45(7-8):785-805. doi:10.3109/00365521003783320.
53. Grassi R, Romano S, Pinto A, Romano L. Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol.* 2004;50:30-36. doi:10.1016/j.ejrad.2003.11.012.
54. Søreide K, Thorsen K, Søreide JA. Strategies to improve the outcome of emergency surgery for perforated peptic ulcer. *Br J Surg.* 2014;101(1):e51-e64. doi:10.1002/bjs.9368.
55. Varcus F, Paun I, Duta C, Dobrescu A, Frandes M, Tarta C. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer. *Minerva Chir.* 2018;73(2):188-193. doi:10.23736/S0026-4733.18.07603-4
56. Sivaram P, Sreekumar A. Preoperative factors influencing mortality and morbidity in peptic ulcer perforation. *Eur J Trauma Emerg Surg.* 2018;44(2):251-257. doi:10.1007/s00068-017-0777-7.

57. Bertleff MJ, Lange JF. Perforated peptic ulcer disease: a review of history and treatment. *Dig Surg*. 2010;27(3):161-169. doi:10.1159/000264653.
58. Furukawa A, Sakoda M, Yamasaki M, et al. Gastrointestinal tract perforation: CT diagnosis of presence, site, and cause. *Abdom Imaging*. 2005;30(5):524-534. doi:10.1007/s00261-004-0289-x
59. 127. Siu WT, Leong HT, Law BK, et al. Laparoscopic repair for perforated peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Ann Surg*. 2002;235(3):313-319. doi:10.1097/00000658-200203000-00001.
60. Khatri K.M., Sajid S., Baig K., Sayegh M., Singh K. Laparoscopic versus open perforated peptic ulcer suture repair: an updated meta-analysis. *Surg Endosc*. 2011. 25: 54-148.
61. Antoniou SA, Antoniou GA, Koch OO, Pointner R, Granderath FA. Meta-analysis of laparoscopic versus open repair of perforated peptic ulcer. *JLS*. 2013;17(1):15-22. doi:10.4293/108680812X13517013317752.
62. ASGE Standards of Practice Committee, Banerjee S, Cash BD, et al. The role of endoscopy in the management of patients with peptic ulcer disease. *Gastrointest Endosc*. 2010;71(4):663-668. doi:10.1016/j.gie.2009.11.026.
63. Shan YS, Hsu HP, Hsieh YH, Sy ED, Lee JC, Lin PW. Significance of intraoperative peritoneal culture of fungus in perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2003;90(10):1215-1219. doi:10.1002/bjs.4267.
64. Songne B, Jean F, Foulatier O, Khalil H, Scotte M. Traitement non operatoire des perforations d'ulcere gastroduodenal. Resultats d'une etude prospective [Non operative treatment for perforated peptic ulcer: results of a prospective study]. *Ann Chir*. 2004;129(10):578-582. doi:10.1016/j.anchir.2004.06.012
65. Hanumanthappa M.B., Gopinathan S., Guruprasad Rai D., Neil Dsouza. A Non-operative Treatment of Perforated Peptic Ulcer: A Prospective Study with 50 Cases. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2012; 6(4): 696-699.
66. Buck DL, Vester-Andersen M, Møller MH; Danish Clinical Register of Emergency Surgery. Surgical delay is a critical determinant of survival in perforated peptic ulcer. *Br J Surg*. 2013;100(8):1045-1049. doi:10.1002/bjs.9175.

67. Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ*. 2018;361:k1407. Published 2018 Jun 18. doi:10.1136/bmj.k1407.
68. Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). *JAMA*. 2016;315(8):801-810. doi:10.1001/jama.2016.0287.
69. Sartelli M, Kluger Y, Ansaloni L, et al. Raising concerns about the Sepsis-3 definitions. *World J Emerg Surg*. 2018;13:6. Published 2018 Jan 25. doi:10.1186/s13017-018-0165-6.
70. Seymour CW, Gesten F, Prescott HC, et al. Time to Treatment and Mortality during Mandated Emergency Care for Sepsis. *N Engl J Med*. 2017;376(23):2235-2244. doi:10.1056/NEJMoa1703058.
71. Cecconi M, Evans L, Levy M, Rhodes A. Sepsis and septic shock. *Lancet*. 2018;392(10141):75-87. doi:10.1016/S0140-6736(18)30696-2.
72. Rhodes A, Evans LE, Alhazzani W, et al. Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Sepsis and Septic Shock: 2016. *Crit Care Med*. 2017;45(3):486-552. doi:10.1097/CCM.0000000000002255.
73. Horn CB, Coleoglou Centeno AA, Rasane RK, et al. Pre-Operative Anti-Fungal Therapy Does Not Improve Outcomes in Perforated Peptic Ulcers. *Surg Infect (Larchmt)*. 2018;19(6):587-592. doi:10.1089/sur.2018.058.
75. Prakash A, Sharma D, Saxena A, et al. Effect of Candida infection on outcome in patients with perforation peritonitis. *Indian J Gastroenterol*. 2008;27(3):107-109.
76. Zedan AS, Lolah MA, Badr ML, Ammar MS. Laparoscopic versus open repair of perforated duodenal peptic ulcer: a randomized controlled trial. *Menoufia Med J*. 2015; 28: 62-68. doi: 10.4103/1110-2098.155945