

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

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

“OSHQOZON YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASI
BO`YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI

Toshkent – 2025

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



2025 yil

“OSHQOZON YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASI
BO`YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI

**“OSHQOZON YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA
TASHHISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

1. KIRISH QISMI

Annotasiya. Oshqozon yarasi-bu surunkali kasallik bo'lib, unda neyrogormonal tartibga solish va oshqozon hazm qilish buzilishi natijasida ushbu organlarning devorida oshqozon yarasi paydo bo'ladi. Oshqozon yarasi kasalligi keng tarqalgan va rivojlangan mamlakatlarda kattalar aholisining 3-5 foizida uchraydi. Erkaklarda oshqozon yarasi kasalligi ayollarga qaraganda tez-tez uchraydi. So'nggi paytlarda yangi diagnostika usullari va helicobakterial infeksiyani muvaffaqiyatli davolash ushbu kasallikning tarqalishini kamaytirishga imkon berdi.

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

1. ACG klinik ko'rsatmalari: Oshqozon *Helicobacter pylori* infeksiyasida oshqozon yarasi davolash. Mualliflar: Chey, Uilyam D. MD; Xovden, Kolin V. MD; Moss, Stiven F. MD; Morgan, Duglas R. MD; Greer, Katarina B. MD; Grover, Shilpa MD; Shah, SHAILJA C. MD. 2024 yil

Havola: https://journals.lww.com/ajg/fulltext/2024/09000/acg_clinical_guideline_treatment_of_helicobacter.13.aspx

2. Oshqozon yarasi uchun klinik amaliyotda ilmiy asoslangan tavsiyalar. 2020yil. (JSGE). Mualliflar: Tomoari Kamada, Kiichi Satoh, Toshiyuki Itoh, Masanori Ito, Junichi Ivamoto, Tadayoshi Okimoto, Takeshi Kanno, Mitsushige Sugimoto, Toshimi Chiba, Sachiyo Nomura, Mitsuyo Mieda, Hideyuki Hiraishi, Junji Yoshino, Atsushi Takagi, Sumio Vatanabe, Kazuxiko Koike.

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

3. Germaniya gastroenterologiya jamiyatining oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasida *H.pylori* infeksiyasida tavsiyalar, ovqat hazm qilish va metabolik kasalliklar yangilanishi (DGVS). Mualliflar: Wolfgang Fischbach, Jan Bornschein, Jörg C. Hoffmann, Sibylle Koletzko, Aleksandr Link, Lukas Macke, Butrus Malfertheiner, Kerstin Schütte, Dieter-Maykl Selgrad, Sebastian Suerbaum, Masihiy Schulz. 2024 yil fevral, gastroenterologiya jurnali 62 (02): 261-321. DOI: 10.1055 / a-2181-2225

Havola: 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

MKB-10 va MKB-11 kodi(lar) 1-jadvalda keltirilgan.

MKB-10 (K25)		MKB-11 (DA60)	
K25	Oshqozon yara kasalligi	Oshqozon yara kasalligi	DA60
K25.0	O`tkir yara qon ketish bilan	Oshqozon eroziyasi	(DA60.0)
K25.1	O`tkir yara perforatsiya bilan	Oshqozon yarasi, Helicobacter pylori bilan bog`liq	(DA60.1)
K25.2	O`tkir yara qon ketish va perforatsiya bilan	Oshqozon dori-darmon va Helicobacter pylori bilan bog`liq yarasi	(DA60.2)
K25.3	O`tkir yara qon ketish va perforatsiya belgilarisiz	Stress sababli paydo bo`lgan oshqozon yarasi	(DA60.3)
K25.4	Surunkali yoki aniqlanmagan yaradan qon ketish bilan	Oshqozon eozinofil sabab paydo bo`lgan yarasi	(DA60.4)
K25.5	Surunkali yoki aniqlanmagan yaradan perforatsiya bilan	Oshqozon limfositlar sabab paydo bo`lgan yarasi	(DA60.5)
K25.6	Surunkali yoki aniqlanmagan yaradan qon ketish va perforatsiya bilan	Tashqi sabablar tufayli vujudga kelgan oshqozon yarasi	(DA60.6)
K25.7	Surunkali yaradan qon ketish va perforatsiya belgilarisiz	Ikkilamchi infeksiya sababli paydo bo`lgan oshqozon yarasi	(DA60.7)
K25.9	Aniqlanmagan o`tkir yoki surunkali yaradan qon ketish va perforatsiya belgilarisiz	Boshqa aniqlashtirilgan oshqozon yarasi	(DA60.Y)
		Aniqlashtirilmagan oshqozon yarasi	(DA60.Z)
https://mkb-10.com/index.php?pid=10145		https://medznanie.ru/article/o-meditsine/yazva-jeludka-v-mkb-11-i-mkb-10-sravnitelnie-tablici	

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil 30 may, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lganda.

Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi. Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish bo'yicha mas'ul muassasa: "akademik V. Vohidov nomidagi RSNPMTX" davlat muassasasi. Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda akademik V. Vohidov nomidagi RSNPMTX davlat muassasasi o'z hissasini qo'shdi. Asosiy mualliflar ro'yxati, qo'shimcha mualliflar jamoasi:

Ishchi guruh rahbari	Ismoilov Saydimurod Ibragimovich - Akademik V. Vohidov nomidagi “RIXIATM” DK direktori, t.f.d., professor
Javobgarlar	Gulomov Olimjon Mizraxitovich - Akademik V.Vohidov nomidagi “RIXIATM” DK Torakoabdominal onkoxirurgiya bo`limi rahbari, t.f.d.
	Muxamedov Botir Zakirovich - Akademik V.Vohidov nomidagi “RIXIATM” DK Torakoabdominal onkoxirurgiya bo`limi mudiri.

Taqrizchilar:	Turakulov U.N. - TXKMPM №1-sonli Xirurgiya kafedrasida dosenti, t.f.d.
	Tulejanov Nurpeys Kudaybergenovich - X.A.Yasavi nomidagi "Xalqaro Qozoq – Turk universiteti" tibbiyot fakultetini “jarrohlik kasalliklari” kafedrasida dosenti, t.f.n.

Klinik protokolni muhokama qilish Akademik V.Vohidov nomidagi “RIXIATM” DM ilmiy kengash yig'ilishida 15.03.25 yildagi 3-sonli protokol o'tkazildi.

Texnik ekspertiza va tahrirlash:

- 1-sonli gepatobiliar jarrohlik va jigar transplantatsiyasi bo'limi boshlig'i, Sog'liqni saqlash vazirligi huzuridagi Bosh jarroh professor - Akbarov Mirshavkat Miralimovich.
2. Kattalar kardioxirurgiyasi bo'limi rahbari professor Aliyev Sherzod Mahmudovich.

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

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

Amaliyotchilar:

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

Ushbu nozologiya uchun protokol foydalanuvchilari:

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

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

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

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

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

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

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

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

UUR	Dekodlash
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va / yoki ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)
C	Zaif tavsiya (tegishli sifatli dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqish natijalari bo'yicha xulosalari izchil emas)

Protokolda ishlatiladigan qisqartmalar 2-jadvalda keltirilgan.

AOS	Abdominal og`riq sindromi
AB	Arterial bosim
ALT	Alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
KRT	Kislorodning reaktiv turlari
UTT	Ureazning tezkor testi
VNS	Vegetative nerv sistemasi
OITYB	Oshqozon ichak trakti yuqori bo`limi
O`BI	O`n ikki barmoqli ichak
OIT	Oshqozon-ichak trakti
NYaQD	Nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar
PPI	Proton ponpasi ingibitori

FT	Fizioterapiya
SBYQ	Steroid bo`lmagan yallig`lanishga qarshi dorilar
H. pylori	Helicobacter pylori
SHQ	Shilliq qavvat
UTT	Ultra-tovushli tekshiruv
EGDFS	Ezofagogastroduodenoskopiya
EKG	Elektrokardiografiya
ExoKG	Exokardiografiya
YaK	Yara kasalligi
O`BIYK	O`n ikki barmoqli ichak yara kasalligi
OYaK	Oshqozon yara kasalligi
SMV	Sitomegalovirus (gerpes virusi 5 tip)
EBV	Epshteyn-Barr virusi (gerpes virusi 4 tip)
OGV 1 tip	Odam gerpes virusi 1 tip
OGV 2 tip	Odam gerpes virusi 2 tip

MUNDARIJA

<u>"OSHQOZON YARA KASALLIGI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....</u>	4
<u>"OSHQOZON YARA KASALLIGI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....</u>	63
<u>"OSHQOZON YARA KASALLIGI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI... </u>	76

2. ASOSIY QISMI.

2.1. Kirish.

Oshqozon yarasi kasalligi – surunkali takrorlanuvchi kasallik bo'lib, alevlenme va remissiya davrlarining o'zgarishi bilan kechadi, uning etakchi namoyon bo'lishi oshqozon devorida nuqson (yara) hosil bo'lishi [5].

Ushbu muammoning ahamiyati asosan keng tarqalganligi bilan bog'liq va aholining 5-10 foizida uchraydi. Xususan, oshqozon yarasi dunyo aholisining 6-10 foizida aniqlanadi. Kasallik erkaklarda sezilarli darajada tez-tez uchraydi: erkaklar va ayollar o'rtasida oshqozon yarasi uchun 2:1 nisbatda va oshqozon yarasi uchun 4: 1 nisbatda. 20 yoshdan keyin erkaklarda tez-tez uchraydigan oshqozon yarasi kasalligining aniq jinsiy dimorfizmi va 40 yoshga kelib sezilarli pasayish, xuddi shu yosh davrida ayollarda kasallanish darajasining parallel o'sishi uning reproduktiv tizimning gormonal bog'lanishining genezisida shubhasiz ishtirok etishini ko'rsatishi mumkin [3, 11].

Yosh guruhlarida oshqozon yarasi 25 yoshdan 50 yoshgacha, oshqozon yarasi esa 40 yoshdan 60 yoshgacha tez - tez uchraydi. Natijada, oshqozon yarasining klinik kursi tufayli turli yoshdagi bemorlarda oshqozon yarasini tashxislashda ba'zi xususiyatlar mumkin. So'nggi yillarda NYaQDIlarni qabul qilishning ko'payishi natijasida kelib chiqqan yarali qon ketishini aniqlash tezligi oshishi bilan asoratlanmagan oshqozon yarasi kasalligi uchun kasalxonaga yotqizish tezligining pasayishi kuzatilmoqda [4,12].

2.2. Ta'rif

Oshqozon yarasi - surunkali takrorlanadigan multifaktorial kasallik bo'lib, oshqozon shilliq qavati devorida oshqozon yarasi nuqsonlari paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi, asoratlarning rivojlanishi va rivojlanishi mumkin [12]. Zamonaviy tushunchalarga ko'ra, YaK patogenezini umuman oshqozon tarkibidagi kislota-peptik tajovuz omillari va oshqozon shilliq qavatini himoya qilish elementlari o'rtasidagi muvozanatning buzilishiga olib keladi [1]. Agressiv bo'g'in shakllanish yarasi qoplama hujayralari massasining ko'payishi (ko'pincha irsiy),

gastrinning haddan tashqari ko'payishi, oshqozon kislotasi sekretsiasining asab va gumoral regulyatsiyasi buzilishi, pepsinogen va pepsin ishlab chiqarishning ko'payishi, gastroduodenal vosita mahoratining buzilishi (kechikish yoki aksincha, oshqozonni evakuatsiya qilishni tezlashtirish, oshqozon shilliq qavatining mikroorganizmlar bilan sepilishi) *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) [4,12].

To'xtatilgan yaradan qon ketish - endoskopik tekshiruv yoki jarrohlik aralashuv vaqtida o'z-o'zidan to'xtagan oshqozon yarasidan qon ketish.

Yarani o'tkir teshilish va qon ketish - oshqozon devorining oxir-oqibat yo'q qilinishi natijasida oshqozon yarasi hududida paydo bo'ladigan o'tkir jarrohlik kasalligi, tarkibning erkin qorin bo'shlig'iga kirib borishi va arrozlangan tomirdan qorin bo'shlig'iga yoki organ lümenine qon ketishi.

Oshqozon yarasi penetratsiyasi - bu oshqozon devoriga ta'sir qiladigan, qo'shni organlarga, ko'pincha jigarga yoki oshqozon osti beziga kirib boradigan chuqur nuqson.

O'tkazilgan gastroduodenal qon ketish – bu bemorda oshqozon yarasi yoki 12b.i.dan qon ketish sodir bo'lganligi (sodir bo'lganligi) ob'ektiv tasdiqlangan haqiqatni aks ettiruvchi klinik atama. Ushbu atama ko'pincha tashxis vaqtida o'z-o'zidan to'xtab qolgan qon ketishini tavsiflash uchun ishlatiladi.

Yaraning yopiq teshilishi - teshilgan yara, qoida tariqasida, kichik diametrli (0,3-0,5 sm gacha), oziq-ovqat zarralari yoki fibrin, jigarning pastki yuzasi, omentum ipi, yo'g'on ichak devori bilan qoplangan.

Davom etayotgan gastroduodenal qon ketish-oshqozon yarasidan qon ketish, unda endoskopik tekshiruv yoki jarrohlik aralashuv paytida yaradan qon oqimi qayd etiladi. Endovaskulyar aralashuv paytida davom etayotgan qon ketishining belgisi qon tomir to'shagidan tashqarida kontrastli vositalarni qabul qilishdir (ekstravazatsiya).

Yaradan qon ketishining qaytalanishi (takroriy gastroduodenal qon ketish) - o'z-o'zidan yoki endoskopik to'xtashdan keyin yoki operatsiyadan keyin birlamchi qon ketish manbai bo'lib xizmat qilgan bir xil oshqozon yarasidan qon ketishining

tiklanishi. Ko'pgina hollarda, bemorning kasalxonada qolish jarayonida qon ketishining qaytalanishi rivojlanadi.

O'n ikki barmoqli ichak stenozi - o'n ikki barmoqli ichak lümeninin to'liq yoki qisman torayishi, natijada uning obstruksiyasi paydo bo'ladi. Teshilish bilan oshqozon yarasi-oshqozon devorining oxir-oqibat yo'q qilinishi natijasida oshqozon yarasi zonasida paydo bo'ladigan o'tkir jarrohlik kasalligi, tarkibning erkin qorin bo'shlig'iga kirib borishi. <https://webmed.irkutsk.ru/doc/pdf/kr277.pdf>

2.3. Klinik tasniflash

Oshqozon yara kasalligi umumiy qabul qilingan tasnifi mavjud emas. Avvalo, H. pylori infeksiyasining mavjudligi yoki yo'qligiga qarab, H. pylori infeksiyasi bilan bog'liq va bog'liq bo'lmagan YaK ajratiladi.

Oxirgi shakl ba'zan idiopatik deb ham ataladi. Shuningdek, YaK boshqa kasalliklar fonida yuzaga keladigan va ularning rivojlanish mexanizmlari bilan bog'liq bo'lgan mustaqil kasallik (muhim oshqozon yarasi kasalligi) va oshqozonning simptomatik yaralari (dorivor, "stressli", endokrin patologiyada, ichki organlarning boshqa surunkali kasalliklarida) sifatida ajralib turadi maxsus etiologik va patogenetik omillar bilan bog'liq [7].

Lokalizatsiyaga qarab oshqozon yarasi – antral, oshqozon tanasi, shuningdek oshqozon va oshqozon yaralari ajralib turadi. Bunday holda, oshqozon yarasi kichik yoki katta egrilikda, oshqozonning old va orqa devorlarida joylashgan bo'lishi mumkin [4,12]. Yara soniga ko'ra bitta va bir nechta yaralar ajratiladi va yarali nuqson hajmiga qarab – kichik (diametri 0,5 sm gacha) va o'rta (diametri 0,6-1,9 sm) o'lchamdagi yaralar, katta (diametri 2,0 - 3,0 sm) va ulkan (diametri 3,0 sm dan ortiq) yaralar.

Tashxisda kasallikning rivojlanish bosqichi qayd etilgan: alevlenme, chandiq ("qizil" va "oq" chandiqning endoskopik tasdiqlangan bosqichi) va remissiya, shuningdek oshqozonning mavjud chandiq-yarali deformatsiyasi [8]. Tashxisni shakllantirishda oshqozon yara kasalligi asoratlari (shu jumladan anamnestic) mavjudligi ko'rsatiladi: qon ketish, teshilish, penetratsiya, pilorusning yarali

stenoz, shuningdek, agar ular amalga oshirilgan bo'lsa, jarrohlik aralashuvlarning tabiati [12].

3-jadvalda oshqozon yarasi turining qisqacha tavsifi keltirilgan.

Oshqozon yarasi	Sabablari	Klinik ko'rinishlar
Stressli (shilliq qavat ishemiyasi tufayli) Oshqozonda lokalizatsiya	Shikastlanish, shu jumladan miya shikastlanishi (Kushing yarasi), kuyish (Kurling yarasi), shok, muzlash va boshqalar.	Og'riq sindromi ko'pincha yo'q, birinchi belgi o'tkir qon ketish, kamdan-kam hollarda teshilish.
Dori vositalari (ishlab chiqarish buzilishi tufayli prostaglandinlar va shilimshiq, regeneratsiya tezligining pasayishi)	Nosteroid og'riq qolidiruvchi terapiyasi, tizimli kortikosteroidlar Antitumor dorilar (sitostatiklar) va boshqalar.	Ko'pincha ular asemptomatik bo'lib, to'satdan paydo bo'lgan qon ketish bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida oshqozon yonishi, epigastral og'riq, ko'ngil aynish bilan birga keladi
Endokrin	Qandli diabet (submukozal qatlamning tomirlari mikroangiopatiya turiga qarab o'zgaradi, trofik jarayonlar darajasi pasayadi)	Oshqozonda lokalizatsiya qilingan, kam simptomatik, ba'zida qon ketish bilan murakkablashadi.
	Zollinger - Ellison sindromi (giperatsidlik, qon zardobida gastrin ko'payishi aniqlanadi)	Bu juda og'ir kursga ega, oshqozon yarasining ko'p lokalizatsiyasi, doimiy diareya.

	Giperparatiroidizm	12b.i. tez-tez lokalizatsiya, tez-tez takrorlanish va qon ketish va teshilish tendentsiyasi bilan og'ir kurs, paratiroid bezlari funksiyasining kuchayishi belgilari bilan tavsiflanadi: mushakalar holsizligi, suyaklardagi og`riqlar, chanqoqlik, poliuriya.
Gepatogen (Portal Venada qon oqimining buzilishi, jigarda gistamin inaktivatsiyasining buzilishi, trofik va mikrosirkulyatsion kasalliklar)	Jigar sirrozi, surunkali gepatit	Ular oshqozonda tez-tez, kamdan-kam hollarda 12b.i.da lokalizatsiya qilinadi. Klinik ko'rinish odatda o'chiriladi va atipik bo'ladi, yaralar terapiyaga yaxshi javob bermaydi, kursning torpidligi bilan ajralib turadi
Pankreatogen (kininlar va gastrin chiqarilishini ko'paytirish bilan birga ichakdagi bikarbonatlarni qabul qilishning buzilishi)	Pankreatit	Odatda 12b.i. da lokalizatsiya qilinadi. Oshqozon yarasi aniq og'riq sindromi, ovqatlanish bilan bog'liqligi bilan tavsiflanadi. Ülseratif jarayonning borishi o'jar, ammo asoratlar kamdan-kam hollarda kuzatiladi.
Gipoksik (uzoq muddatli oshqozon gipoksiyasi)	O'pka va yurak-qon tomir tizimining surunkali kasalliklari	Og'ir klinik alomatlar, qon ketish tendentsiyasi
https://www.lspbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektsii/gastroenterology3.pdf?ysclid=lucl01dmpe823299172		

2.4 Kasallik tashxisini qo'yish mezonlari.

Oshqozon yarasi tashxisi quyidagilar asosida belgilanadi 1) anamnestik ma'lumotlar (xarakterli shikoyatlar, oshqozon yarasini aniqlash) 2) to'g'ridan-to'g'ri tekshirish (palpatsiya paytida qorin devori mushaklarining og'rig'i va qarshiligini aniqlash) 3) instrumental tekshiruv (oshqozon va 12b.i. ning endoskopik va rentgenologik tekshiruvda yarali nuqsonni aniqlash)

Qon ketishi bilan murakkablashgan OYAK uchun diagnostika dasturi: 1) yuqori oshqozon-ichak traktining lümenine o'tkir qon ketish faktini aniqlash; 2)

qon ketish manbasini aniqlash; 3) qon yo'qotishining og'irligini aniqlash. Hayot uchun xavfli qon ketish holatlarida diagnostik tadqiqotlar shoshilinch tibbiy choralar bilan parallel ravishda o'tkazilishi kerak.

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

2.5 Etiologiya va Patogenez.

Oshqozon yarasi oshqozon shilliq qavati asosan kislota bilan shikastlanganda paydo bo'ladi. Odatda, 24 soat ichida oshqozonning parietal hujayralari taxminan ikki litr xlorid kislotasini chiqaradi, bu ovqat hazm qilishni yaxshilaydi va bakteriyalarni o'ldiradi. Oshqozondagi oziq-ovqat oqsillari gastrin ishlab chiqarishni rag'batlantiradi, bu esa oshqozonning enterokromaffinga o'xshash hujayralaridan gistaminning chiqarilishini qo'zg'atadi. Gistamin, o'z navbatida, parietal hujayralarning H₂ retseptorlarini rag'batlantiradi va ularning kislota chiqarilishiga olib keladi. Bu salbiy teskari aloqa nazorati bo'lib, natijada pH pasayishi somatostatinning chiqarilishini keltirib chiqaradi, bu esa inhibe qiladi gastrin ishlab chiqarish. OYAK bilan himoya va tajovuz omillarining nomutanosibligi yallig'lanish va shilliq qavatdagi nuqsonlarning paydo bo'lishiga olib keladi. Zaiflashgan normal himoya va tiklanish mexanizmlari oshqozon kislotasi bilan oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatiga zarar etkazish ehtimolini oshiradi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12510460/>.

Sog'lom odamlarda oshqozon-ichak shilliq qavati bir necha omillar bilan himoyalangan:

- shilliq qavatning shilliq qavatini ishlab chiqarish (kislota va pepsin tarqalishi uchun to'siq);
- shilliq qavat tomonidan bikarbonat ishlab chiqarish (shilliq qavat ichida va ostida neytral pH hosil qiladi);

- epiteliya hujayralarining zich birikmasi (vodorod ionlarining teskari tarqalishini oldini oladi);

- epiteliya hujayralarining membrana tashish tizimlari tomonidan ortiqcha H⁺ ionlarini olib tashlash; - shilliq qavatga etarli qon oqimi (epiteliya qatlamiga kirgan xlorid kislotani olib tashlaydi);

- o'sish omillari va prostaglandinlar yordamida shilliq qavatni tiklash va uning yaxlitligini saqlash.

Shilliq qavatning himoya mexanizmlarini buzadigan agressiv omillarga quyidagilar kiradi:

- kislota ortiqcha sekresiyasi; - pepsinning yuqori darajasi;
- H. pylori infeksiyasi;
- NYAQD;
- boshqa dorilar (glyukokortikoidlar, Bifosfonatlar).

O'n ikki barmoqli ichak yarasining 95% va oshqozon yarasining 70% ga H. pylori sabab bo'ladi. NYaQDLarni qabul qilish bilan bog'liq oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi holatlarining ulushi butun dunyo bo'ylab 14-25% ga etadi. H. pylori kislota ishlab chiqarishni ko'paytirish, oshqozon shilliq qavatiga zarar etkazish va toksinlar ishlab chiqarish orqali himoya va tajovuzkor omillar o'rtasidagi normal muvozanatni buzadi. U najas, tupurik va blyashka tarkibida bo'lishi mumkin va odamdan odamga yuqishi mumkin. H. pylori karbamidni parchalaydigan, ammiakni chiqaradigan, uni oshqozon xlorid kislotasi ta'siridan himoya qiladigan, shuningdek shilliq qavatni yo'q qiladigan va unga kiradigan ureaz ishlab chiqaradi. Bundan tashqari, mikroorganizm tomonidan ishlab chiqarilgan fermentlar shilliq qavatning shikastlanishiga va oshqozon yarasi paydo bo'lishiga yordam beradi.

Dastlab, H. pylori prepilorik zonada o'tkir gastritga olib keladi, keyinchalik u surunkali gastritga aylanadi. Oshqozon yarasi bilan, shilliq qavatning sekretor faolligini cheklashiga qaramay, himoya omillarining sifat yoki miqdoriy etishmasligi (shilliq hosil bo'lishi, epiteliya tutarliligi) tufayli ikkilamchi yara paydo bo'lishi mumkin. Shunday qilib, kislota ishlab chiqarishning kamayishi oshqozon yarasiga olib keladi. H. pylori shuningdek, gipergastrinemiyaning keltirib chiqarishi mumkin, bu esa xlorid kislotasi sekresiyasini kuchayishiga va o'n ikki barmoqli ichak yarasini hosil bo'lishiga olib keladi.

NYAQDLAR Cox-1 fermentini inhibe qilish orqali oshqozonda prostaglandinlar ishlab chiqarishni inhibe qilish orqali shilliq qavatning

yallig'lanishi va yarasini rag'batlantiradi. Cox-2 ning selektiv inhibitörleri bo'lgan NYAQDLAR oshqozonga kamroq salbiy ta'sir ko'rsatadi. Bundan tashqari, NYAQDLAR trombositlar faoliyatini inhibe qiladi va mavjud yaralardan qon ketish xavfini oshirishi mumkin.

Oshqozon yarasi paydo bo'lishining kam uchraydigan sababi Zollinger-Ellison sindromi bo'lib, ortiqcha kislota ishlab chiqaradi. Stressli yaralar politravma, kuyish, jiddiy jarrohlik va buyrak etishmovchiligi kabi jiddiy kasalliklardan kelib chiqadi. Og'ir kuyish bilan og'riq bemorlarda buralib qolgan stressli yaralarning patogenezi oshqozon epiteliysining gipoksik shikastlanishida plazma hajmi va oshqozon qon oqimining pasayishi tufayli shilliq qavatning normal to'sig'ining zaiflashishi bilan bog'liq. Kushing tipidagi stress yaralari travmatik miya shikastlanishi bo'lgan bemorlarda vagus nervining stimulyatsiyasining kuchayishi natijasida yuzaga keladi, bu esa xlorid kislota ishlab chiqarishning ko'payishiga olib keladi. Sigaret chekish, oilada OYAK kasalligi kabi omillar ham oshqozon yarasi xavfini oshirishi mumkin.

<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 Respublikamizda oshqozon yarasi kasalligi bo'yicha skrining o'tkazilmaydi. Shuni ta'kidlash kerakki, agar YaKning bilvosita belgilari shubha qilingan yoki aniqlangan bo'lsa, algoritmda ko'rsatilgan quyidagi choralarni ko'rish tavsiya etiladi https://www.vidal.ru/netcat_files/Image/jazvennaja.pdf

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

3.1 Shikoyatlar va tarix

YaK alevlenmesinin etakchi alomati epigastral mintaqada og'riq bo'lib, u ko'krakning chap yarmiga va chap skapulaga, ko'krak yoki bel umurtqasiga

tarqalishi mumkin. Og'riq ovqatdan so'ng darhol paydo bo'ladi (yurak va subkardial oshqozon yarasi bilan), ovqatdan yarim soatdan bir soatgacha (oshqozon tanasi yarasi bilan). Pilorik kanal va 12B.I. yaralari odatda kech og'riqni (ovqatdan 2-3 soat o'tgach), och qoringa paydo bo'ladigan va ovqatdan keyin o'tadigan "och" og'riqni va tungi og'riqni ko'rsatadi. Og'riq antisekretor va antatsid preparatlarini qabul qilgandan keyin yo'qoladi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21494041/>

YaKning kuchayishi bilan ko'pincha nordon burping, ko'ngil aynish, ich qotishi ham uchraydi. Oshqozon kislotasi tarkibidagi qusish, yengillikni keltirib chiqaradi va shuning uchun bemorlar tomonidan sun'iy ravishda qo'zg'atiladi, har doim YaK belgisi deb hisoblangan, ammo hozirgi vaqtda bu nisbatan kam uchraydi. Kasallikning kuchayishi bilan vazn yo'qotish ko'pincha qayd etiladi, chunki ishtahaning saqlanib qolganiga va ba'zan hatto oshishiga qaramay, bemorlar og'riqning kuchayishidan qo'rqib, o'zlarini ovqat bilan cheklashadi. Oshqozon yarasining kuchayishi bilan kuzatiladigan klinik alomatlar patognomonik emas va boshqa kasalliklarda (masalan, surunkali gastrit va funktsional dispepsiya sindromi bilan duodenit) paydo bo'lishi mumkin, shuning uchun PD tashxisi instrumental tadqiqot usullari bilan tasdiqlanishi kerak.

YaKning kuchayishi davrida ob'ektiv tekshiruv bilan epigastral mintaqada palpatsiya paytida og'riqni aniqlash mumkin, bu qorin old devori mushaklarining o'rtacha qarshiligi bilan birlashtirilgan. Xuddi shu sohada mahalliy perkussiya og'rig'i ham aniqlanishi mumkin (Mendel alomati). Biroq, bu belgilar YaKning kuchayishi uchun aniq xos emas. Og'riq va dispeptik simptomlarning kuchayishining mavsumiy (bahor va kuz) davrlari YaKga xosdir.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31921329/>

Asoratlanmagan holatlarda, YaK odatda alevlenme davrlari (3-4 dan 6-8 haftagacha davom etadi) va remissiya (bir necha haftadan ko'p yilgacha davom etadi) bilan sodir bo'ladi. Noqulay omillar ta'sirida (masalan, jismoniy zo'riqish, NYAQD va/yoki qon ivishini kamaytiradigan dorilarni qabul qilish, spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish) asoratlar rivojlanishi mumkin. Bularga qon

ketish, oshqozon yarasining teshilishi va penetratsiyasi, oshqozon yarasi stenozining shakllanishi, oshqozon yarasining malignizatsiyasi kiradi). Gastroduodenal qon ketishining klinik ko'rinishini ikki guruhga bo'lish mumkin: qon yo'qotishning umumiy belgilari (zaiflik, bosh aylanishi, ongni yo'qotish, sovuq yopishqoq ter, qon bosimining pasayishi, taxikardiya) va qonning oshqozon-ichak traktining lümenine kirishi natijasida kelib chiqadigan alomatlar. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30302383/>

Gastroduodenal qon ketish (GDQK) o'ziga xos og'riq sindromi bilan oshqozon yarasining kuchayishi fonida paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Qoida tariqasida, bemorlar qon ketish paytida og'riqning to'satdan yo'qolishini qayd etadilar. Pihtilar yoki "qahva maydonchalari" (gematemez) kabi tarkib bilan ozgina o'zgargan qonning qusishi oshqozon yarasidan qon ketish uchun ko'proq xosdir, qora smolali najas (melena) esa 12B.I. yarasidan qon ketish uchun xosdir, garchi ba'zi belgilarning ustunligi ko'p jihatdan qon yo'qotish darajasi bilan bog'liq. 100 ml qon yo'qotish qora, ammo bezatilgan najasga olib kelishi mumkin.

Voyaga etgan odamda "haqiqiy" melena (qatron, ya'ni qora va bo'shashgan najas) taxminan 500 ml qon yo'qotish bilan yuzaga keladi. Ichak tez va massiv qon yo'qotish gematoxeziya bilan namoyon bo'lishi mumkin - anus orqali qon quyqalari bilan ajralib chiqishi. Ob'ektiv tekshiruvda quyidagilar aniqlanadi: bemorning o'zgargan xatti – harakati (tashvish, qo'rquv yoki befarqlik, uyquchanlik, og'ir qon yo'qotish bilan-psixomotor qo'zg'alish, deliryum, gallyutsinatsiyalar); terining oqarishi, pulsning o'zgarishi (tez-tez, zaif to'ldirish); qon yo'qotish darajasiga qarab qon bosimi pasayadi; nafas olish tezlashadi. Oshqozon-ichakdan qon ketishiga shubha qilingan taqdirda majburiy bo'lgan rektumni raqamli tekshirish najas rangining o'zgarishini aniqlashga yordam beradi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28053181/>

Yaraning teshilishi (teshilishi) (Perforativ yara PYa) ning xarakterli klinik belgilari: 1. "Xanjar" qorin og'rig'i bilan kasallikning o'tkir boshlanishi (dielafua

alovati). 2. Qorin bo'shlig'i mushaklarining kuchlanishi ("taxta shaklidagi qorin"). 3. Qorinni palpatsiya qilish paytida og'riq.

Bemorning tizzalarini bukishga majbur bo'lgan holati, harakat paytida og'riq kuchayadi, yuzning og'riqli ifodasi, terining rangi oqarib, lablar siyanotik, og'iz va lablar shilliq qavatining qurishi. Qon bosimi 5-10% ga kamayadi, puls sekinlashadi (Grekov alovati), nafas olish tez-tez, yuzaki. Qorin old devori tarang ("taxta shaklidagi" kuchlanish), kasallikning birinchi soatida epigastriya va mezogastriyada o'tkir og'riq qayd etiladi - 92% [18]. Kasallikning birinchi soatida peritonning tirnash xususiyati ijobiy belgilari paydo bo'ladi: Shchetkin-Blumberg, Voskresenskiy, Razdolskiy - 98%. Qorin bo'shlig'i perkussiyasi bilan o'tkir og'riq paydo bo'ladi. Jigar xiraligining yo'qolishi (Klark alovati) va jigar ustida yuqori timpanitning paydo bo'lishi (Spigar simptomi) - 37% ni aniqlash mumkin.

Qorinning pastki va lateral qismlarida suyuqlik mavjud bo'lganda, perkussiya tovushining xiralashishi yoki xiralashishi aniqlanadi (de Quervain alovati). Jismoniy tekshiruv natijalari bir-biriga zid bo'lishi mumkin, chunki peritonit belgilari PYA bilan og'riq bemorlarning 35-50 foizida kuzatiladi. Ko'pincha bu yaraning yopiq teshilishi yoki jarayonning atipik lokalizatsiyasi bo'lgan bemorlarda sodir bo'ladi. Qorin og'rig'i o'n ikki barmoqli ichakning orqa devori va oshqozonning yurak yarasi teshilganda, uning tarkibi retroperitoneal tolaga yoki omentum sumkasiga tushganda kamroq seziladi [7,12].

Penetratsiya deganda oshqozon yarasi yoki 12B.I. ning atrofdagi to'qimalarga kirib borishi tushuniladi: oshqozon osti bezi, kichik omentum, o't pufagi va umumiy o't yo'llari. Oshqozon yarasi penetratsiyasi bilan doimiy og'riq paydo bo'ladi, bu ovqatlanish bilan avvalgi aloqani yo'qotadi, tana harorati ko'tariladi, qon testlarida ESR ko'payishi aniqlanadi. Oshqozon yarasi penetratsiyasining mavjudligi rentgen va endoskopik usulda tasdiqlanadi. Pilorik stenoz odatda pilorik kanalda yoki 12B.I. ning boshlang'ich qismida joylashgan yaralar paydo bo'lgandan keyin hosil bo'ladi. Ko'pincha, ushbu asoratning rivojlanishi ushbu hududning teshilgan yarasini tikish operatsiyasi bilan osonlashadi. Pilorik stenozning eng xarakterli klinik belgilari-bu bir kun oldin

iste'mol qilingan ovqatni qusish, shuningdek vodorod sulfidi hidi bilan burping. Qorin bo'shlig'ini epigastral mintaqada palpatsiya qilishda "kech chayqalish shovqini" (Vasilenkning alomati) aniqlanishi mumkin, ingichka bemorlarda oshqozon peristaltikasi ba'zan ko'rinadigan bo'ladi.

Dekompensatsiyalangan pilorik stenoz bilan bemorlarning charchashi rivojlanishi mumkin, elektrolitlar buzilishi qo'shiladi. [5,17] Yaxshi oshqozon yarasining malignizatsiyasi (malignite) ilgari o'ylangandek tez-tez uchraydigan asorat emas. Oshqozon yarasini malignizatsiya qilish uchun ko'pincha o'z vaqtida tan olinmagan infiltrativ oshqozon yarasi holatlari noto'g'ri qabul qilinadi. Yaraning malignizatsiyasini tashxislash har doim ham oson emas. Klinik jihatdan, ba'zida alevlenmelerin davriyligi va mavsumiyligini yo'qotish bilan YaK oqimining tabiatidagi o'zgarishlarni qayd etish mumkin. Qon testlarida anemiya, esrning ko'payishi aniqlanadi. Yakuniy xulosa yaraning turli joylaridan olingan biopsiyalarni gistologik tekshirish orqali amalga oshiriladi. <https://rus.logobook.ru/af/2329256/4940/Затевахин%20Неотл%20абдоминальн ая%20хир%202022.pdf>

Klinik ko'rinishning ayrim xususiyatlari boshqa kasalliklar fonida yoki dori-darmonlarni qabul qilishda yuzaga keladigan simptomatik yaralarga xosdir [17]. Shunday qilib, "stressli" gastroduodenal yaralar orasida o'tkir, odatda bir nechta oshqozon yarasi va umumiy kuyish (Kurling yarasi), shikastlanadigan miya shikastlanishi va neyroxirurgik operatsiyalardan (Kushing yarasi) keyin, keng bo'shliq operatsiyalaridan so'ng, ayniqsa organ transplantatsiyasi bilan bog'liq, o'tkir miokard infarkti bilan og'rigan bemorlarda. terminal surunkali buyrak va jigar etishmovchiligi va boshqa muhim holatlar bosqichi. "Stressli" yaralar odatda o'tkir, ko'p sonli bo'lib, ko'pincha kam simptomatik bo'lib, oshqozon-ichakdan qon ketish tendentsiyasi bilan ajralib turadi va ko'pincha fon kasalligining og'ir kechishi tufayli yuqori o'lim bilan tavsiflanadi. https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qon ketish qancha vaqt oldin boshlanganini aniqlash muhimdir; hushidan

ketish, ongni yo'qotish qayd etilganmi; qonli qusishning bitta yoki takroriy epizodlari, qusishning hajmi va tabiati (qizil yoki quyuq qon, quyqalar, "qahva maydonchalari" kabi tarkib); melena epizodlarining chastotasi. Ko'pincha (bemorlarning 60-70 foizida) anamnez yuqori oshqozon-ichak traktidan qon ketishi bilan murakkablashishi mumkin bo'lgan "oshqozon yarasi bo'lmagan" kasalliklar mavjudligini ko'rsatadi (oshqozon o'smalari, jigar sirrozi, Mallori-Vayss sindromi va boshqalar).

GDQK bilan og'riqan bemorlarning ko'p qismida qon ketish oshqozon yarasi kasalligining kuchayishi fonida yoki anamnezda ushbu kasallikning o'ziga xos "oshqozon yarasi" og'rig'i va alevlenmelerin mavsumiyiligi bilan ajralib turadi. Bir qator bemorlarda yangi paydo bo'lgan og'riq sindromi, birinchi navbatda, oshqozon yarasi paydo bo'lishi bilan bog'liq bo'lishi kerak bo'lsa, ilgari o'tkazilgan jarrohlik davolashning samarasizligi to'g'risida ko'rsatmalar mavjud. O'tkir GDQK rivojlanishiga olib kelishi mumkin bo'lgan holatlarni aniqlash kerak: og'ir komorbid kasalliklar (SAPR, miokard infarkti, yurak etishmovchiligi, miya qon aylanishining buzilishi, buyrak va jigar etishmovchiligi, onkologik va gematologik kasalliklar); antitrombotik vositalar bilan davolash. PYA shubhasi bo'lgan bemorni qabul qilish bo'limiga qabul qilishda ushbu tashxisni istisno qilish yoki tasdiqlash va keyingi taktikani aniqlash uchun jarrohni tekshirish tavsiya etiladi [18,21].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). PYA shubha qilingan bemorni so'roq qilishda shifokorga Dielafua simptomi (o'tkir "xanjar" qorin og'rig'i) va oshqozon yarasi tarixiga e'tibor berish tavsiya etiladi [18,21].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. to'satdan paydo bo'lgan kuchli "xanjar" og'rig'i oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak tarkibining qorin bo'shlig'iga kirib borishi va qorin pardaning tirnash xususiyati bilan bog'liq.

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

3.2 Fizikal tekshiruv

Umumiy tekshirish. Yetakchi klinik simptom: epigastral mintaqada va o'rta chiziqning o'ng tomonida, kindikka yaqinroq og'riqlar ko'pincha orqa, pastki orqa, o'ng elka, elka pichog'i, epigastral mintaqaga tarqaladi. Tabiatdagi og'riqlar: paroksizmal, pichoqlash, kesish. * Og'riq ovqatdan so'ng darhol paydo bo'ladi (yurak va subkardial oshqozon yarasi bilan), ovqatdan yarim soatdan bir soatgacha (oshqozon yarasi bilan). * Og'riq antatsidlar, antisekretor va antispazmodik dorilarni qabul qilib, issiqlikni qo'llaganidan keyin yo'qoladi. * Dispeptik sindrom: oshqozon yonishi (erta va eng keng tarqalgan simptom), Belching, ko'ngil aynish, ich qotishi. * Surunkali intoksikatsiya belgilari va asteno-vegetativ kasalliklar. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

Palpatsiya: * Mendelning ijobiy alomati; * Qorin bo'shlig'ining yuzaki palpatsiyasi og'riqli, chuqur – qorin old devorining mushaklarining himoya kuchlanishi tufayli qiyin. * Qorin old devorining mushaklarni himoya qilish alomati. Yuqori oshqozon-ichak traktidan qon ketish belgilari bo'lgan bemorga barcha asosiy tana tizimlarini baholashni o'z ichiga olgan qabul paytida tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi; transrektal barmoq tekshiruvi; zarur hollarda-oshqozonni tekshirish[12, 13, 14, 15, 19, 21, 23].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Ob'ektiv tekshiruv ma'lumotlari shikoyatlar va anamnez bilan birgalikda, bemorni qabul qilish bosqichida, qon ketishining og'irligi va taxminiy manbasini, qo'shma kasalliklarni baholashga imkon beradi. Chalkash ong, terining va kon'yunktivaning keskin oqarishi, zaif to'ldirish va kuchlanishning tez - tez pulsi, arterial va puls bosimining pasayishi, oshqozonda ko'p miqdordagi qon va pıhtılar mavjudligi va rektal tekshiruvda-qora suyuqlik yoki qon aralashmasi bilan. Tarkibi o'tkir massiv qon ketish belgilari bo'lib xizmat qiladi. Teri va ko'rinadigan shilliq pardalarni tekshirish ularning subikterik yoki sarg'ishligini, o'rgimchak tomirlarining mavjudligini, qorin bo'shlig'ining anterolateral qismlarining teri osti tomirlarining kengayishini aniqlashi mumkin, bu odatda jigar kasalliklarida

uchraydi; intradermal yoki teri osti qon ketishi, qon tomirlari kasalliklarida va qon ivish tizimining buzilishlarida bir nechta telangiektaziyalar.

Klinik kuzatuvlar qon bosimi 100 mm HG dan past ekanligini tasdiqladi. va normal normal bosimi bo'lgan bemorda daqiqada 100 martadan ortiq yurak urish tezligi BCC ning taxminan 20% qon yo'qotishiga to'g'ri keladi. Perkussiya va palpatsiya ba'zi hollarda oshqozon shishi, jigar va taloqning kattalashishi, astsit belgilari, kengaygan zich limfa tugunlarini aniqlashga imkon beradi. Bemorni tekshirish rektumni raqamli tekshirish, so'ngra oshqozonni tekshirish bilan yakunlanishi kerak. Olingan ob'ektiv ma'lumotlar, qonli qusish va tar najasining anamnestic ko'rsatkichlari mavjud yoki yo'qligidan qat'i nazar, klinik tashxisni asoslaydigan muhim belgilar hisoblanadi. [12, 15, 19, 24].

3.3 Asosiy laboratoriya diagnostika tadbirlari ro'yxati. Ambulatoriya darajasida o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari. - YaK bilan og'rigan barcha bemorlarga anemiyani yashirin yarali qon ketishining natijasi sifatida istisno qilish uchun umumiy (klinik) qon testini o'tkazish tavsiya etiladi [19].

Anemiya (gemoglobin, gematokrit, qizil qon tanachalari, trombotsitlar) kompleks diagnostikasi uchun joylashtirilgan OYAK bilan og'rigan barcha bemorlarga umumiy (klinik)qon testini o'tkazish tavsiya etiladi.;

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C(dalillarning ishonchlilik darajasi - 4). **Izohlar:** asoratlanmagan YaK kursi bilan klinik qon tekshiruvi ko'pincha sezilarli o'zgarishsiz qoladi, ammo anemiya ham aniqlanishi mumkin, bu aniq yoki yashirin qon ketishini ko'rsatadi. - YaK bilan og'rigan barcha bemorlarga yashirin yarali qon ketishini istisno qilish uchun najasni yashirin qon uchun tekshirish tavsiya etiladi [24].

Tavsiyalarining ishonchliligi darajasi C(dalillarning ishonchliligi darajasi 2). **Sharh.** YaK alevlenmelerini tashxislashda yashirin qon uchun najasni tahlil qilish ma'lum bir o'rinni egallaydi. Uning natijalarini talqin qilishda, najasning yashirin qonga ijobiy reaksiyasi boshqa ko'plab kasalliklarda ham mavjudligini

yodda tutish kerak, bu ularni majburiy ravishda chiqarib tashlashni talab qiladi. - Zollinger-Ellison sindromini istisno qilish uchun oshqozon yarasining refrakter kursi bo'lgan bemorlarda sarum gastrin darajasini tekshirish tavsiya etiladi [25].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5). Sharh. Zollinger-Ellison sindromidagi gastroduodenal yaralarning patogenezi bemorlarda gastrin ishlab chiqaruvchi o'sma (ko'pincha oshqozon osti bezida) mavjudligi natijasida xlorid kislotaning keskin gipersekretsiyasi bilan bog'liq. Ushbu yaralar odatda ko'p bo'lib, nafaqat oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakda, balki jejunumda va ba'zan qizilo'ngachda ham lokalizatsiya qilinadi, ular og'ir og'riq sindromi, doimiy diareya bilan kechadi. Bunday bemorlarni tekshirishda oshqozon kislotasi ishlab chiqarish darajasi keskin oshadi (ayniqsa bazal sharoitda), zardob gastrinining ko'payishi aniqlanadi (normaga nisbatan 3-4 baravar). Zollinger-Ellison sindromini aniqlashda provokatsion testlar (sekretin, glyukagon bilan), ultratovush tekshiruvi va oshqozon osti bezi KT, oshqozon endosonografiyasi yordam beradi.

Uy-joy kommunal xo'jaligi bilan og'rigan bemorlarda laboratoriya tadqiqotlari, qoida tariqasida, AB0 tizimi, Rh (RH faktor) tizimi, Kell-ga tegishli qon guruhlarini favqulodda aniqlashni o'z ichiga oladi; umumiy (klinik) qon testini o'tkazish; qondagi natriy darajasini tekshirish, qondagi kaliy darajasini tekshirish, qondagi xlorid darajasini tekshirish, qon gazlarining kislota-asos holatini tekshirish, qonning osmolyarligi (osmolyarligi) darajasini tekshirish; qondagi karbamid darajasini tekshirish, qondagi kreatinin darajasini tekshirish, protrombin (tromboplastin) vaqtini aniqlash qonda yoki plazmada, xalqaro normallashtirilgan munosabatni aniqlash, qondagi fibrinogen darajasini tekshirish; qonda glyukoza miqdorini o'rganish, qondagi umumiy oqsil miqdorini o'rganish, qondagi albumin miqdorini o'rganish, qondagi umumiy bilirubin miqdorini o'rganish, qondagi alanin aminotransferaza faolligini aniqlash, qondagi aspartat aminotransferaza faolligini aniqlash) [12, 13, 14, 15, 19, 21, 23].

Gemoglobin darajasining pasayishi, qizil qon tanachalari sonining kamayishi, gematokritning pasayishi, shubhasiz, qon yo'qotishining og'irligiga bog'liq. Biroq,

o'tkir qon ketishining dastlabki soatlarida, hatto uning intensiv tabiati bilan ham, gemodilyutsiya rivojlanish uchun vaqt topolmaydi va shuning uchun bu ko'rsatkichlarning barchasi ahamiyatsiz o'zgarishi mumkin. O'tkir qon yo'qotish va ovqat hazm qilish traktining lümenine to'kilgan qonning ta'siri natijasida kamqonlikdan tashqari, ko'pincha mo " tadil leykotsitoz va giperbilirubinemiya (bilvosita fraktsiya tufayli), kreatinning normal qiymatlarida karbamid darajasining oshishi kuzatiladi, bu ichakdagi qonning so'rilish sindromi bilan bog'liq. BCC va uning tarkibiy qismlarini bo'yoqlar va radioizotoplar yordamida o'rganish hozirda deyarli qo'llanilmaydi. Bemorning ahvoli og'irligi va uning qon yo'qotishiga individual reaksiyalari Markaziy gemodinamikaning bir qator ko'rsatkichlarini, kislorod tashilishini, shuningdek metabolik kasalliklarni (qon karbamid, elektrolitlar, KSCS, plazma osmolyarligi va boshqalar) aniq tavsiflaydi. Qon yo'qotish, ayniqsa og'ir darajada, qon ivish vaqtining uzayishi, protrombin va fibrinogen darajasining pasayishi, o'tkir fibrinoliz rivojlanishiga qadar gipokoagulyatsiyaga olib kelishi mumkin [14, 18, 19].

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

- * UQT;
- * UST;
- * biokimyoviy qon tekshiruvi (umumiy bilirubin, to'g'ridan-to'g'ri va bilvosita bilirubin, Alt, ast, umumiy protein, karbamid, kreatinin, elektrolitlar, qon glyukoza);
- * koagulogramma (APTT, INR, fibrinogen, PV, pti);
- * qon guruhi va RW faktori;
- * EKG;
- * ExoKG;
- * Spirografiya;
- * OIV qonini tekshirish;
- * Gepatit B va C;

* Vasserman Reaktsiyasi.

* Qonning kislota-asos holati (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf)

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

* UQT kasalligiga shubha qilingan barcha bemorlarga, kontrendikatsiyalar bo'lmasa, tashxisni tasdiqlash uchun ezofagogastroduodenofibroskopiya (EGDFS) tavsiya etiladi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>
https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf

Tavsiyalarining ishonchliligi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5). **Sharh.** Rejalashtirilgan endoskopik tekshiruv yarali nuqson mavjudligini tasdiqlaydi, uning lokalizatsiyasi, shakli, kattaligi, chuqurligi, yaraning pastki va qirralarining holatini aniqlaydi, penetratsiya, chandiq deformatsiyasi va organ lümeninin stenozi belgilarini aniqlashga imkon beradi. Rejalashtirilgan endoskopik tekshiruv shilliq qavatdagi boshqa bog'liq o'zgarishlarni aniqlash va gastroduodenal vosita mahoratining buzilishini aniqlash imkonini beradi. Ülseratif jarayonning bosqichini (alevlenme, shifo, chandiq) baholash uchun dunyoda qabul qilingan Sakita-Miwa tasnifidan foydalanish tavsiya etiladi. Oshqozon yarasi barcha holatlarda lokalizatsiya qilinganida, yarali nuqsonning eng o'zgargan qirralaridan bir nechta (kamida 6 bo'lak) forseps biopsiyasini o'tkazish kerak, so'ngra biopsiya materialini morfologik tekshirish, bu yarali lezyonning malign xususiyatini istisno qilish yoki tasdiqlash imkonini beradi.

Oshqozon yarasi bo'lgan bemorlar konservativ davo kursi oxirida bir nechta (kamida 6 dona) maqsadli biopsiyani qayta olish bilan nazorat endoskopik tekshiruvini o'tkazishlari kerak. Bu, birinchi navbatda, tegishli dori terapiyasi kursiga qaramay, oshqozon yarasi belgilari saqlanib qolgan bemorlarga tegishli yoki oshqozon yarasi etiologiyasi etarlicha aniq emas.

* EGDFS noaniq klinik va instrumental rasmda (peritonit belgilari yo'qligi, pnevmoperitoneumning rentgenologik belgilari yo'qligi) va oshqozon yarasining boshqa asoratlarini (qon ketish, piloroduodenal zonaning stenozi) tashxislashda

PYA shubha qilingan bemorlarga tavsiya etiladi [24].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
Sharh. EGDFS 90% hollarda teshik yarasi mavjudligini aniqlashga imkon beradi [30]. Yopiq teshilish holatlarida, qorin bo'shlig'ida erkin havo bo'lmasa, radiatsion tadqiqot usullariga ko'ra, EGD bilan teshilgan yarali nuqson aniqlanishi mumkin va EGDFSdan keyin takroriy rentgen tekshiruvi bilan qorin bo'shlig'ida erkin havo belgilari paydo bo'lishi mumkin. Bundan tashqari, endoskopiya biopsiya qilish va piloroduodenal zonaning stenozini istisno qilish imkonini beradi.

* Shoshilinch EGDFSni ovqat hazm qilish traktining yuqori 25 qismidan o'tkir qon ketishi bo'lgan barcha bemorlarga, behushlik paytida bemorning hayotiy faoliyatining asosiy parametrlarini kuzatish bilan protsessual sedasyon ostida, infuzion-transfüzyon terapiyasi bilan parallel ravishda bajarish tavsiya etiladi [15, 27, 28].

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

* EGDNI amalga oshirishdan oldin oshqozon yarasi gastroduodenal qon ketishiga shubha qilingan bemorlarga oshqozonni tekshirish, so'ngra oshqozonni yuvish tavsiya etiladi [15].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5).
Sharh. Evropa oshqozon-ichak endoskopiyasi jamiyati (ESGE) bu maqsadda oshqozon-ichak trakti yoki eritromitsin (kuniga 2 marta 100-200 mg/kuniga 2 marta) stimulyatorlaridan foydalanish mumkin deb hisoblaydi. Evropa oshqozon-ichak endoskopiyasi jamiyati (ESGE), shuningdek, bemorning nafas yo'llarini oshqozon tarkibining potentsial aspiratsiyasidan himoya qilish uchun davom etayotgan faol qonli qusish, ensefalopatiya, qo'zg'alish bilan og'rigan bemorlarda EGDFS o'tkazilishidan oldin traxeya intubatsiyasi zarurligini ko'rsatadi [12, 216].

* Agar EGDFS paytida oshqozon lümeninde ko'p miqdordagi qon, quyqalar, oziq-ovqat massalari topilsa, oshqozon-ichak traktini tekshirish uchun tibbiy moslashuvchan endoskopni olib tashlash va oshqozon naychasi orqali tarkibni evakuatsiya qilish tavsiya etiladi [15].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5). * GDQK bilan og'rigan bemorlarda J. F. Forrest (1974) tasnifi bo'yicha yarali qon ketish manbasini tabaqalashtirish tavsiya etiladi [13,23].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi-3). Sharh. Shoshilinch endoskopik tekshiruv yarali nuqsonning lokalizatsiyasini aniqlashga imkon beradi-qon ketish manbai, uning kattaligi, chuqurligi, pastki va qirralarning holati, yaraning penetratsiyasi yoki yopiq teshilishi, chandiq deformatsiyasi va stenoz belgilarini aniqlash, oshqozonning qo'shimcha eroziv va ülseratif shikastlanishlarini aniqlash. 12b.i. yarasi bilan og'rigan bemor, oshqozon yarasini lokalizatsiya qilganda, endoskopiya yordamida bir nechta oshqozon biopsiyasini, so'ngra oshqozon biopsiyasi (jarrohlik) materialini patologik tekshirishni ko'rib chiqishi kerak, bu esa yarali shikastlanishning xavfli xususiyatini istisno qiladi. Agar birlamchi endoskopiya paytida biopsiya qon ketishini tiklash nuqtai nazaridan xavfli bo'lsa, uni kechiktirish va EGDFS nazorati ostida bajarish kerak. 12b.i. yarasi bilan og'rigan bemor, o'n ikki barmoqli ichakda yara lokalizatsiyasi bilan, yarali nuqsonning chetidan muntazam ravishda biopsiya qilish maqsadga muvofiq emas. Yaxshi xulqli 12B.I. yaralari neyroendokrin va subepitelial o'smalarning yarali shakllari bilan, shuningdek qo'shni organlarning, ko'pincha oshqozon osti bezi o'simtasining 12B.I. ichida unib chiqishi bilan farqlanishi kerak. Bunday hollarda biopsiya qilish oqlanadi [12, 13, 14, 19, 21, 23].

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

va qon ketishining qaytalanish xavfini bashorat qilish uchun hal qiluvchi ahamiyatga ega endoskopik usulga tegishli. Shuning uchun yuqori oshqozon-ichak traktidan qon ketishi bo'lgan barcha bemorlarga shoshilinch EGD ko'rsatiladi.

Endoskopiyani so'nggi optikasi va keng instrumental kanali bo'lgan operatsion endoskop yordamida, qon va quyqalarni yuvish uchun yo'naltirilgan suyuqlik oqimini etkazib berish va unga kiritilgan asbobga parallel ravishda biopsiya kanali orqali tarkibni aspiratsiya qilish maqsadga muvofiqdir. Bemorning holatini o'zgartirishga imkon beradigan funktsional stol. Zarur hollarda (qon ketish manbasini to'liq tekshirish va tegishli asbobni qon ketadigan joyga to'g'ri olib kelish imkoni bo'lmaganda) keng kanalli operatsion duodenoskoplar qo'llaniladi. Operatsion guruhning muvofiqlashtirilgan ishlashi uchun zamonaviy video endoskopik tizimlar bebaho yordam beradi, bu monitor ekranida qon ketish manbasining yuqori sifatli tasvirini namoyish etishni ta'minlaydi.

* Endoskopik tekshiruvni amalga oshira olmaydigan YaKga shubha qilingan bemorlarga tashxisni tasdiqlash uchun oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning bariy suspenziyasi bilan rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2406629/>

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

Oshqozon yarasi teshilishiga shubha qilingan barcha bemorlarga erkin gazni aniqlash uchun qorin bo'shlig'i organlarining rentgenografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchliligi darajasi-2).
Sharh. Tekshiruv rentgenografiyasining diagnostik aniqligi 30% dan 85% gacha. Tadqiqot vertikal holatda amalga oshiriladi. Erkin qorin bo'shlig'idagi gaz rentgenogrammada diafragma va jigar, diafragma va oshqozon o'rtasida yarim oy qatlami sifatida aniqlanadi. Agar bemorning ahvoli og'ir bo'lsa, tadqiqot yon tomonda o'tkazilishi mumkin. Ammo salbiy rentgenografiya ham mumkin bo'lgan teshilishni istisno etmaydi. Shu munosabat bilan, bir qator mualliflar peritonitning aniq belgilari bo'lsa, rentgenologik tekshiruvning birinchisi qorin bo'shlig'ining kompyuter tomografiyasi bo'lishi kerak deb hisoblashadi.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28258286/>

Boshqa diagnostika usullari haqida ma'lumotga ega bo'lmagan va tibbiy tashkilotda texnik imkoniyat mavjud bo'lgan barcha bemorlarga qorin bo'shlig'i organlarining kompyuter tomografiyasini (KT) o'tkazish tavsiya etiladi [12,13,15,18,23].

B tavsiyasining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi-2).
Sharh. Qorin bo'shlig'i organlarining KT i yuqori diagnostik aniqlikka ega-98% [12,13,18,19]. KT sizga quyidagilarni aniqlashga imkon beradi: qorin bo'shlig'idagi erkin gaz, qorin bo'shlig'idagi erkin suyuqlik, oshqozon yarasi zonasida oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak devorlarining qalinlashishi, oshqozon yarasi va teshilgan teshikni aniqlash. * Qorin bo'shlig'ida erkin gaz belgilari bo'lmasa, pega shubha qilingan bemorlarga, radiatsion tadqiqot usullariga ko'ra, kontrastli agentning tomchilarini aniqlash uchun rentgenologik tekshiruv (qorin bo'shlig'i organlarining rentgenografiyasi yoki qorin bo'shlig'i organlarining KT) bilan og'iz orqali yoki nazogastrik naycha orqali suvda eriydigan kontrastli preparatni (yod o'z ichiga olgan rentgen kontrastli vositalar) yuborish tavsiya etiladi. Oshqozon-ichak trakti [13,15,18,20].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20384526/>. Barcha bemorlarga salbiy rentgen tekshiruvi yoki KT tekshiruvi o'tkazilmasa, qorin bo'shlig'idagi erkin gaz va erkin suyuqlikni aniqlash uchun qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (ultratovush) (murakkab) tavsiya etiladi [21, 22, 23, 24].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (murakkab) p i - 91% da yuqori kumulatif diagnostik aniqlikka ega. Ultratovush yordamida organ devorining teshilishni o'z ichiga olgan qalinlashgan (ekogenligi pasaygan) qismini aniqlash mumkin. Oshqozon yarasi teshilishining ultratovush alomati-bu oshqozon yarasi nuqsoni sohasidagi organ devorining tashqi konturining uzilishi, u yuqori ekogen tarkib bilan to'ldirilgan va aniq qalinlashuv zonasida joylashgan. Ultratovush tekshiruvidagi yarali nuqson ko'pincha konus shaklida yoki "baliq ko'zi" ning noto'g'ri konus shaklida paydo bo'ladi (T. Yoschizumi bo'yicha) [25].

Agar yashirin teshilishga shubha qilingan bo'lsa, ultratovush tekshiruvining umumiy qiymati: diagnostik aniqlik-80,0%, o'ziga xoslik - 85,7%, sezgirlik-66,7%. Biroq, IU diagnostikasida ultratovushning roli aniqlanishi kerak [15]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

Diagnostik laparoskopiya qorin bo'shlig'ida erkin gaz bo'lmasa, lekin ichi bo'sh organ teshilishiga shubha davom etsa, PYA shubha qilingan bemorlarga tavsiya etiladi [10,15,27,29]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Laparoskopiya yordamida oshqozon tarkibidagi yoki safro aralashmasi bilan xarakterli peritoneal ekssudatni aniqlash, teshilgan teshikni aniqlash, uning lokalizatsiyasini, hajmini, yarali infiltratning og'irligini aniqlashtirish, peritonitning mavjudligini, tarqalishini va zo'ravonligini baholash mumkin. Diagnostik laparoskopiya terapevtik operatsiyaga aylantirilishi mumkin.

*

PYA bilan kasallangan barcha bemorlarga operatsiya davomida aerob va fakultativ anaerob opportunistik mikroorganizmlar uchun peritoneal suyuqlikni bakteriologik tekshirish, anaerob spora hosil qilmaydigan mikroorganizmlar uchun

peritoneal suyuqlikni mikrobiologik (madaniy) o'rganish, mikroorganizmlarning mikroblarga qarshi kimyoviy terapevtik dorilarga sezgirligini aniqlash bilan zamburug'lar (xamirturush va miselyum) uchun peritoneal suyuqlikni mikrobiologik (madaniy) tekshirish tavsiya etiladi.[15,31].

Tavsiya ishonchlilik darajasi C(dalillarning ishonchlilik darajasi 4). Sharh. Qorin bo'shlig'ini oshqozon-ichak trakti tarkibidagi oshqozon yarasi bilan yuqtirish tabiiy ravishda yuqumli asoratlarning rivojlanishiga olib keladi, ularning chastotasi 17% dan 63% gacha. Eng ko'p uchraydigan bakterial asoratlar yara va nafas olish yo'llari infeksiyasidir. PYA bilan og'rigan bemorlarda qo'ziqorin infeksiyasi og'ir yuqumli asoratlar xavfini oshiradi va statsionar davolanish muddatini uzaytiradi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14515289/>

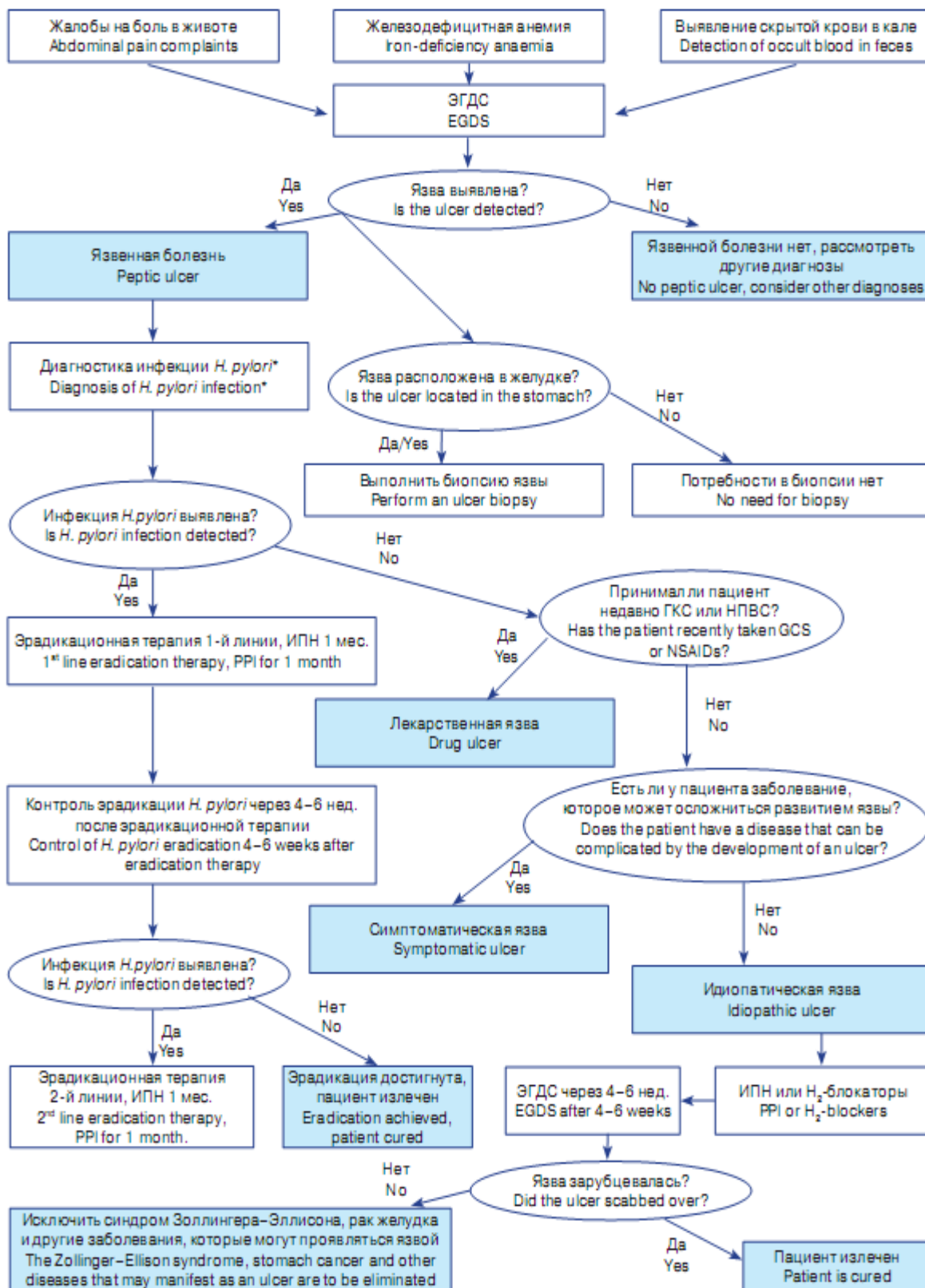
YaK bilan og'rigan barcha bemorlarga eradikatsiya terapiyasi uchun ko'rsatmalarni aniqlash uchun H. pylori uchun 13C-ureaz nafas olish testi yoki najasda H. pylori antijenini aniqlash orqali N. pylori infeksiyasi mavjudligini tekshirish tavsiya etiladi va bir vaqtning o'zida EGDFS tez ureaz testi yordamida [29,30]. Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi (dalillarning ishonchliligi darajasi 2). 30 Sharh. "Maastrichtvi" (2022) konsensus yig'ilishining tavsiyalariga muvofiq [29] H. pylori infeksiyasining dastlabki diagnostikasi uchun eng maqbul testlar 13C-nafas olish ureaz testi va najasdagi H. pylori antijenini aniqlashdir. Shunday qilib, so'nggi Kochrane sharhi va meta-tahliliga ko'ra, 13 nafas olish ureaz testining sezgirligi 94% ni tashkil qiladi (95% CI: 0,89 - 0,97) va najasdagi H. pylori antigenining ta'riflari 83% (95% CI: 0,73 - 0,90) belgilangan o'ziga xoslik bilan 90%. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29543326/>

3.5 Tor mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko'rsatmalar

•Tor mutaxassislarning maslahati ko'rsatmalarga muvofiq boshqa qo'shma patologiya mavjud bo'lganda amalga oshiriladi.

3.6 Quyidagi 1-rasmda oshqozon yarasi kasalligi uchun shifokor harakatlarining diagnostik algoritmi keltirilgan [12].

Rasm №1



3.7 Differensial tashxislash

Oshqozon yarasi simptomatik oshqozon yarasi bilan farqlanishi kerak.

Semptomatik o'n ikki barmoqli ichak yaralariga stress va dorivor yaralar, endokrin kasalliklar va boshqa ba'zi ichki organlar kasalliklari kiradi [7]. Stressli o'n ikki barmoqli ichak yarasi o'tkir, odatda bir nechta oshqozon yaralarini o'z ichiga oladi, ular umumiy kuyish paytida (Kurling yarasi), travmatik miya shikastlanishi va neyroxirurgik operatsiyalardan so'ng (Kushing yarasi), keng bo'shliq operatsiyalaridan so'ng, ayniqsa organ transplantatsiyasi bilan bog'liq, o'tkir miokard infarktida, surunkali buyrak va jigar etishmovchiligining oxirgi bosqichi bo'lgan bemorlarda va boshqa muhim holatlar. Stressli yaralar ko'pincha kam simptomatik bo'lib, oshqozon-ichakdan qon ketish tendentsiyasi bilan ajralib turadi (ularning chastotasi 40-45% ga etadi) va ko'pincha og'ir fon kasalligi tufayli yuqori o'lim bilan tavsiflanadi [4].

Oshqozon yarasi orasida oshqozon devoridagi prostaglandinlarni sintez qilish uchun mas'ul bo'lgan siklooksigenaza-1 fermentini blokirovka qiluvchi NYAQDlarni (NYAQD-gastropatiya) qabul qilish bilan bog'liq o'tkir eroziv-ülseratif lezyonlar eng katta ahamiyatga ega. Gastroduodenal yaralar NYAQDlarni uzoq muddat qabul qilgan bemorlarning 20-25 foizida, eroziv shikastlanishlar - bemorlarning 50% dan ko'prog'ida uchraydi, ularning rivojlanishi uchun xavf omillari orasida bemorlarning yoshi, YaK tarixi, yurak-qon tomir tizimi va jigar kasalliklari, NYAQDlarning yuqori dozasi, antikoagulyantlarni bir vaqtda qabul qilish [6,11].

NYAQDlarni qabul qilish natijasida kelib chiqqan o'n ikki barmoqli ichak yarasi va eroziyasi ham ko'pincha ko'p xarakterga ega, ko'pincha kam simptomatik bo'lib, to'satdan oshqozon-ichakdan qon ketishi (melena yoki "qahva maydonchalari" tarkibidagi qusish) bilan namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarda ularning rivojlanish xavfi 4-5 baravar oshadi. Endokrin kasalliklar fonida yuzaga keladigan oshqozon yarasi Zollinger-Ellison sindromi va giperparatiroidizm bilan og'riqan bemorlarda o'n ikki barmoqli ichak yaralarini o'z ichiga oladi. Zollinger-Ellison sindromidagi o'n ikki barmoqli ichak yaralarining patogenezi bemorlarda gastrin ishlab chiqaruvchi o'sma (ko'pincha oshqozon osti bezida) mavjudligi natijasida xlorid kislotaning keskin gipersekretsiyasi bilan bog'liq. Ushbu yaralar

odatda ko'p bo'lib, nafaqat oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakda, balki jejunumda va ba'zan qizilo'ngachda ham lokalizatsiya qilinadi, ular og'ir og'riq sindromi, doimiy diareya bilan kechadi. Bunday bemorlarni tekshirishda oshqozon kislotasi-sekretsiyasi darajasi keskin oshadi (ayniqsa bazal sharoitda), zardob gastrinining ko'payishi aniqlanadi (normaga nisbatan 3-4 baravar). Zollinger-Ellison sindromini aniqlashda provokatsion testlar (sekretin, glyukagon), ultratovush tekshiruv va oshqozon osti bezi KT yordam beradi [5].

Giperparatiroidizm bilan og'rigan bemorlarda o'n ikki barmoqli ichak yarasi oshqozon yarasidan farq qiladi (tez-tez takrorlanib turadigan og'ir kursdan tashqari, qon ketish va teshilish tendentsiyasi) paratiroid bezlari funksiyasining kuchayishi belgilari (mushaklarning kuchsizligi, suyak og'rig'i, chanqoqlik, poliuriya). Tashxis qon zardobidagi kaltsiy va fosfor miqdorini aniqlash, giperparatiroid osteodistrofiya belgilarini, buyrak shikastlanishining xarakterli belgilarini va nevrologik kasalliklarni aniqlash asosida amalga oshiriladi. Bundan tashqari, ichki organlarning surunkali kasalliklarida simptomatik yaralar ajratiladi: jigar sirrozi (gepatogen yaralar), surunkali pankreatit (pankreatogen), surunkali nonspesifik o'pka kasalliklari, keng tarqalgan ateroskleroz, politsitemiya, tizimli mastotsitoz, karsinoid sindromi bo'lgan bemorlarda. Kron kasalligida oshqozon yarasi va 12B.I., ba'zida simptomatik gastroduodenal yaralar deb ham ataladi [5].

O'n ikki barmoqli ichakda yarali lezyonlar aniqlanganda, yaxshi xulqli yaralar, yaraning malignizatsiyasi va oshqozon saratonining infiltrativ yarasi o'rtasida differentsial tashxis qo'yish kerak. O'n ikki barmoqli ichakning malign yarasi holatlarida rentgenologik va endoskopik tekshiruvda yarali nuqsonning tartibsiz shakli, uning notekis va tuberoz qirralari, oshqozon yarasi atrofidagi oshqozon shilliq qavatining infiltratsiyasi, oshqozon yarasi joyida o'n ikki barmoqli ichak devorining qattiqligi aniqlanadi.

Endoskopik Ultra-sonografiya oshqozon yarasi joyida o'n ikki barmoqli ichak devorining shikastlanish xususiyatini, shuningdek mintaqaviy limfa tugunlarining holatini baholashda katta yordam berishi mumkin. Ülseratif lezyonning tabiati to'g'risida yakuniy xulosa oshqozon yarasi biopsiyalarini gistologik tekshirishdan

so'ng chiqariladi. Noto'g'ri salbiy natijalar ehtimolini hisobga olgan holda, biopsiya yaraning to'liq davolanishiga qadar qayta-qayta o'tkazilishi kerak, har bir tadqiqotda kamida 3-4 dona to'qima olinadi.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20363407/>

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

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

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

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

* Ishtahaning pasayishi, jismoniy rivojlanishning kechikishi, shuningdek, ich qotishi yoki najasning beqaror tabiati. Kasallikning rivojlanishi, shuningdek, ABSning davom etishi hissiy labillikning kuchayishi, uyquning buzilishi, charchoqning kuchayishi va astenik va depressiv sindromlarning boshqa ko'rinishlari bilan birga keladi (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

3-Jadvalda YaK uchun differentsial diagnostika ko'rsatilgan

Differentsial diagnostika YAK			
Tashxis	Tadqiqot rejasi	Klinik mezonlar	Laboratoriya va instrumental belgilar

Surunkali yuzaki (antral) H. pylori bilan bog'liq gastrit	To'liq qon ro'yxati, EGDFS, gistologik biopsiya tadqiqotlari, H. pylori diagnostikasi uchun but, yashirin qon najasi	Oshqozon dispepsiyasining belgilari	Oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishining endoskopik va morfologik belgilari; H. pylori 85-90 da aniqlanadi%;
Funksional (yarasiz) dispepsiya	To'liq qon ro'yxati, EGDFS, gistologik biopsiya tadqiqotlari, H. pylori diagnostikasi uchun but, yashirin qon najasi	Yaraga o'xshash variant yoki dispeptik sindrom	Oshqozon shilliq qavatining yallig'lanishining endoskopik va morfologik belgilarining yo'qligi
Oshqozon yarasi kasalligi		Piloroduodenal zonada kech, "och", tungi og'riqlar	Laboratoriya belgilarini kutish mumkin; EGDFS-yarali nuqson,,
Oshqozon yarasi	UQT, EGDFS, gistologik biopsiya, H. pylori tashxisi uchun but, yashirin qon uchun najas rentgenografiya-pilorik stenoz uchun	Oshqozon va ichak dispepsiyasining belgilari; epigastriy sohadagi og'riqlar erda " - ovqatdan keyin-1-1,5 soat o'tgach, yomon ishtaha, vazn yo'qotish	Laboratoriya belgilarini kutish mumkin; EGDFS – yarali defekt yallig'lanish mili bilan o'ralgan, + najasdagi yashirin qonga reaksiya, Intragastral pH-metria-gipo - yoki normoxlorgidriya
Oshqozon adenokarsinomasi	UQT, EGDFS, gastrobiopatlarning gistologik tadqiqotlari, H. pylori diagnostikasi uchun but, yashirin qon uchun najas	Oshqozon va ichak dispepsiyasining belgilari; anoreksiya, go'shtdan nafratlanish, vazn yo'qotish (kaxeksiyadan oldin)	Anemiya gipoxromikdir. > ESR EGDFS-o'sma. Gistologiya-displazi va atipik hujayralar. Intragastral pH-metria-axlorhidriya; najasdagi yashirin qonga ijobiy reaksiya
Surunkali pankreatit	To'liq qon ro'yxati, koprogramma, najasdagi elastaza, qon amilazasi, ultratovush yoki qorin bo'shlig'i organlarining KT yoki MRG	Qorinning chap yarmida orqa tomonga nurlanish bilan" kamar " og'rig'i; Merfining ijobiy alomati.	Ultratovush-kattalashishi, giperekoikligi, konturlarning notekisligi, PZHVDAGI kalsifikatsiya va kistalar, koprogram-steatoreya, kreatoreya, > qondagi amilazalar, > elastazalar va > najasdagi tripsin, steatoreya, kreatoreya.

4. DAVOLASH TAKTIKASI.

YaKni davolash har tomonlama bo'lishi kerak va nafaqat dori-darmonlarni tayinlashni, balki turli xil tadbirlarni ham o'z ichiga olishi kerak: parhez ovqatlanish, chekishni tashlash va spirtli ichimliklarni suiiste'mol qilish, ulserogen ta'sirga ega dorilarni qabul qilishdan bosh tortish, ish va dam olish rejimini normallashtirish, kurortda davolanish. Asoratlanmagan YaK kursi bo'lgan bemorlar konservativ davoga bo'ysunadi. Ko'pgina hollarda u ambulatoriya sharoitida amalga oshiriladi. Shu bilan birga, og'ir og'riq sindromi, asoratlarni rivojlanish xavfi yuqori (masalan, oshqozon yarasining katta va ulkan kattaligi), tashxisni tekshirish uchun qo'shimcha tekshirish zarurati (masalan, oshqozon yarasining tabiati noaniq bo'lsa), og'ir komorbidiyalar bilan bemorlarni kasalxonaga yotqizish maqsadga muvofiqdir [10].

4.1 DORILARSIZ DAVOLASH

Oshqozon yarasi bilan og'riq barcha bemorlarga oshqozon yarasini davolashni tezlashtirish uchun parhez terapiyasi tavsiya etiladi.

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

Aniq bufer xususiyatlariga ega bo'lgan mahsulotlarga ustunlik berish kerak (ya'ni xlorid kislotani bog'lash va zararsizlantirish qobiliyati). Bularga go'sht va baliq (qaynatilgan yoki bug'langan), tuxum, sut va sut mahsulotlari kiradi.

Makaron, eskirgan oq non, quruq pechene va quruq pechene, sut va vegetarian sho'rvalariga ham ruxsat beriladi. Sabzavotlar (kartoshka, sabzi, qovoq, gulkaram) qovurilgan yoki pyuresi va bug ' sufle shaklida tayyorlanishi mumkin. Ratsionga don, shirin berry navlaridan jele, muss, jele, xom maydalangan va pishirilgan olma, sutli kakao, zaif choy kiradi. Shuni esda tutish kerakki, bunday oddiy, ammo ayni paytda muhim tavsiyalar, masalan, tinch muhitda, asta-sekin, o'tirib, ovqatni yaxshilab chaynash kerak. Bu ovqatni tupurik bilan yaxshiroq singdirishga yordam beradi, uning buferlash qobiliyati juda aniq.

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

YaK bilan ovqatlanish jadvali: * 5-7 kun davomida 1a dietasi: sut (bardoshlik bilan), yangi tvorog, jele, jele, don va sutdan tayyorlangan shilimshiq va pyuresi sho'rvalari, tuz cheklangan baliq sufle. * 14 kun davomida 1b dietasi: dietaning kengayishi bilan-krakerlar, go'sht, baliq, pyuresi, sutdagi donli sho'rvalar, o'rtacha miqdorda tuz. * mexanik va kimyoviy tejamkorlik printsipligiga rioya qilgan holda №1 parhez. Yumshoq dietaning davomiyligi terapiya samaradorligiga bog'liq, vaziyatni yaxshilash bilan parhez kengayadi, dietani kengaytirish bilan 1-jadvalni almashtirish mumkin, siz 5-jadvaldan foydalanishingiz mumkin [4].

4.2 Dori-darmonlar bilan davolash

Surunkali yoki o'tkir oshqozon yarasi bilan va jarrohlik uchun ko'rsatmalar bo'lmasa, konservativ davo ko'rsatiladi. * Oshqozon yarasini davolashga erishish uchun UB alevlenmesi bo'lgan bemorlarga proton pompasi inhibitörleri (ipn) bilan antisekretor terapiyani 4-6 hafta davomida o'tkazish tavsiya etiladi [2, 3].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5). Sharh. Hozirgi vaqtda faqat antatsidlar, H₂-gistamin retseptorlari blokerlari (H₂ - blokerlar) va IPNLAR asosiy yaraga qarshi terapiya sifatida ko'rib chiqilishi mumkin. 1990 yilda W. Burget va boshqalar. [35] 300 ta asarning meta-tahlil ma'lumotlarini nashr etdi, ular asosida oshqozon yarasi va DP deyarli barcha holatlarda chandiq paydo bo'ladi, degan xulosaga kelishdi, agar kun davomida oshqozon ichidagi tarkibning pH qiymatini saqlab qolish mumkin bo'lsa >3

taxminan 18 soat (Burget-ning "Burje qoidasi").

So'nggi meta-tahlillardan biriga ko'ra, H2-blokerlar va ipn yarali nuqsonning chandiqlanishiga (osh \ u003d 3.49, 95% CI: 3.28-3.72; $p < 0.0001$) erishish va kasallikning murakkab kechishi bilan takroriy qon ketish xavfini kamaytirish uchun platseboga qaraganda ancha samarali (osh \ U003D 0.68, 95% CI: 0.60-0.78; $p < 0,0001$) [36]. Gastroduodenal yaralarni davolash uchun zarur bo'lgan oshqozonda pH ko'tarilishining zarur davomiyligi shartlarini qabul qilgandan keyin faqat ipn guruhidagi dorilar bajarishi mumkin. Hozirgi vaqtda IPNLAR YaKning kuchayishi uchun asosiy terapiya vositasidir. Ular og'riq sindromi va dispeptik kasalliklarni bartaraf etish, shuningdek, yarali nuqsonni iloji boricha qisqa vaqt ichida chandiqlanishga erishish uchun buyuriladi. Ko'plab randomizatsiyalangan qiyosiy tadqiqotlar (shu jumladan meta-analitik) klinik simptomlarni bartaraf etish va yara chandiqlariga erishishda H2 blokerlariga nisbatan ipn samaradorligini sezilarli darajada yuqori ekanligini ko'rsatdi [37, 38]. Yaqinda o'tkazilgan meta-tahlil shuni ko'rsatdiki, ipn ülseratif nuqsonni epitelizatsiya qilishda H2 blokerlariga qaraganda deyarli 1,5 baravar samaraliroq ($oh = 5,22$, 95% CI: 4,00-6,80 va $oh = 3,80$, 95% CI: 3,44-4,20; $p < 0,0001$) [36].

* Hozirgi vaqtda tanlangan preparatni ma'lum bir sutkalik dozada tayinlashni ta'minlaydigan YaK farmakoterapiya protokoli mavjud: omeprazol* * - 20 mg dozada, lansoprazol-30 mg dozada, pantoprazol-40 mg dozada, rabeprazol-20 mg dozada, esomeprazol* * - 20 mg dozada. davolash Davomiyligi aniqlanadi 2-4 hafta oralig'ida amalga oshiriladigan endoskopik tekshiruv natijalari. Ipn yordamida asosiy antisekretor terapiya idiopatik gastroduodenal yaralarni davolashning asosiy usuli hisoblanadi. Sitoxrom P450 tizimi tomonidan metabolizmga uchragan ipn dan foydalanganda, metabolizmi ushbu tizim yordamida amalga oshiriladigan dorilar bilan raqobatdosh dori vositalarining o'zaro ta'siri masalalari keskin ko'tarilishi mumkin. Barcha IPNLAR orasida P450 sitoxrom tizimiga eng past yaqinlik pantoprazol va rabeprazol tomonidan namoyon bo'ladi, ularning asosiy metabolizmi ushbu ferment tizimining ishtirokisiz amalga oshiriladi. * Agar ipn samarasiz bo'lsa yoki oshqozon yarasining kuchayishi bilan

og'riqan bemorlarda foydalanish uchun kontrendikatsiyalar mavjud bo'lsa, yaralarni davolashga erishish uchun 4-6 hafta davomida h-gistamin retseptorlari blokerlarini buyurish tavsiya etiladi [2].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5). Sharh. H₂-gistamin retseptorlari blokerlari (ranitidin**, famotidin**) gistaminni parietal hujayralarning h₂ retseptorlari bilan bog'lanishidan chiqarib yuborish orqali xlorid kislota sekretsiasini inhibe qiladi. Ushbu dorilar 8-10 soat davomida kun davomida oshqozon ichidagi pH \ u003e 3 ko'rsatkichlarini qo'llab-quvvatlaydi. O'tkazilgan ko'plab tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, h₂ blokerlarini 4-6 hafta davomida qo'llash o'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lgan bemorlarning 70-80 foizida va oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarning 55-60 foizida yarali nuqsonni keltirib chiqaradi [2]. Oxirgi meta-tahlil shuni ko'rsatdiki, H₂ blokerlari yarali nuqson chandiqlariga erishishda platseboga qaraganda ancha samarali (or = 3,80, 95% CI: 3,44-4,20; p <0,0001) [36]. Shunga qaramay, klinik amaliyotda ipn asosiy antisekretor terapiya sifatida keng qo'llanilgandan so'ng, H₂-blokerlar o'z pozitsiyalarini yo'qotdilar va hozirda kamdan-kam hollarda, asosan, proton pompa ingibitori qo'llash imkoni bo'lmaganda yoki ular bilan birgalikda antisekretor ta'sirni kuchaytirish maqsadida qo'llaniladi. * Oshqozon yarasini davolash vaqtini tezlashtirish va hosil bo'lgan chandiq sifatini yaxshilash uchun YaK kuchaygan bemorlarga rebamipiddan foydalanish tavsiya etiladi [39, 40].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B dalillarning ishonchliligi darajasi 2). 35 Sharh. Rebamipid ham gastro, ham enteroprotektiv ta'sirga ega. Preparatning ta'sir qilish mexanizmlari oshqozon va ichak shilliq qavatida prostaglandinlar E₂ va I₂ sintezining induksiyasiga asoslangan bo'lib, bu uning himoya xususiyatlarining faollashishiga olib keladi. Natijada, oshqozon va ichak devoridagi qon oqimi yaxshilanadi, epiteliya hujayralarining ko'payishi kuchayadi, shilliq qavatning o'tkazuvchanligi normallasadi, kislorod radikallari so'riladi, oshqozon shilliq qavatining sekretsiasini oshadi va yallig'lanishga qarshi ta'sir amalga oshiriladi. O'tkazilgan tadqiqotlar platsebo bilan solishtirganda oshqozon yarasini davolashda rebamipidning yuqori samaradorligini va rebamipid va

omeprazolning o'xshash samaradorligini ko'rsatdi [39,40]. YaK alevlenmesi bo'lgan barcha bemorlarga H. pylori infeksiyasi uchun ijobiy test natijalari bilan yarani davolash uchun eradikatsiya terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [41].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1). Sharh. Meta-tahlilga ko'ra, H. pylori eradikatsiya terapiyasining oshqozon yarasini davolashga erishish samaradorligi antisekretor dorilarni qo'llash bilan solishtirganda yuqori bo'lgan (34 ta tadqiqot; 0,66 (ishonch oralig'i 95% (Di) 0,58 - 0,76)) [41]. * * H. pylori infeksiyasi uchun ijobiy test natijalariga ega bo'lgan barcha YaK bemorlariga keyingi YaK takrorlanishining oldini olish uchun eradikatsiya terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [42, 43].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1). Sharh. Perforatsiya bilan murakkablashgan oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlar populyatsiyasida o'tkazilgan 5 ta randomizatsiyalangan nazorat ostida o'tkazilgan tadqiqotlar natijalarini umumlashtirgan meta-tahlilda eradikatsiya terapiyasi nuqsonni tikgandan keyin bir yil ichida kasallikning qaytalanish xavfini sezilarli darajada kamaytirishi ko'rsatildi (RR =1,49; 95% CI: 1,10-2,03) [42]. Kochrane meta-tahliliga ko'ra, YaK bilan og'rigan bemorlarda H. pylori eradikatsiya terapiyasi, bunday davolanishning yo'qligi bilan solishtirganda, o'n ikki barmoqli ichak yarasining qaytalanish tezligini sezilarli darajada kamaytirdi (27 ta tadqiqot; RR = 0,20, 95% CI: 0,15 - 0,26) va oshqozon yarasining qaytalanishi (12 ta tadqiqot; RR = 0,31, 95% CI: 0,22 - 0,45) [41].

H. pylori infeksiyasi uchun ijobiy test natijalariga ega bo'lgan barcha bemorlarga infeksiyani yo'q qilishning yuqori foizini ta'minlaydigan birinchi darajali eradikatsiya terapiyasi sifatida quyidagilarni tanlash tavsiya etiladi: - standart uch tomonlama terapiya, shu jumladan ipn (standart" kuniga 2 marta dozada), klaritromitsin* * (kuniga 2 marta 500 mg) va amoksitsillin** (kuniga 2 marta 1000 mg), 36 vismut trikaliya ditsitrat bilan kuchaytirilgan * * (kuniga 4 marta 120 mg yoki kuniga 2 marta 240 mg) 14 kun davomida [44, 45] yoki - vismut trikaliya ditsitrat** (kuniga 4 marta 120 mg) bilan klassik to'rt komponentli terapiya ipn (kuniga 2 marta standart dozada), #tetratsiklin (kuniga 4 marta 500

mg) va metronidazol** (kuniga 3 marta 500 mg) bilan birgalikda 10 yoki 14 kun davomida [46, 47, 48, 49] yoki - standart uch tomonlama terapiyani o'z ichiga olgan vismut preparatlarisiz kvadroterapiya (standart" kuniga 2 marta dozada ipn), amoksitsillin** (kuniga 2 marta 1000 mg dozada), klaritromitsin * * (kuniga 2 marta 500 mg), metronidazol bilan kuchaytirilgan* * (Kuniga 3 marta 500 mg) 14 kun davomida [48].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1). Sharh. H. pylori ning tizimli antibakterial dorilarga sezgirligini aniqlamasdan, eradikatsiya terapiyasining birinchi darajali sxemasini empirik tanlash maksimal isbotlangan samaradorlik bilan terapiyaga tayanadi. Vismut tricalium dicitrat** ning standart uch tomonlama terapiyaga qo'shilishi "H. pylori Evropa davolash reestri" ma'lumotlariga ko'ra H. pylori infeksiyasining yo'q bo'lish chastotasini 90% dan yuqori darajada oshiradi [45]. * H. pylori infeksiyasi uchun ijobiy test natijalariga ega bo'lgan OYAK bilan og'rikan bemorlarga birinchi darajali eradikatsiya terapiyasi sifatida uning samaradorligi tasdiqlangan hududlarda 14 kunlik standart uch tomonlama terapiyani buyurish tavsiya etiladi [46, 48, 50].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchliligi darajasi 1). * H. pylori p infeksiyasi uchun ijobiy test natijalariga ega bo'lgan PB bemorlariga uning samaradorligini oshirish uchun birinchi darajali eradikatsiya terapiyasini o'tkazishda proton pompasi inhibitori dozasini ikki baravar oshirish tavsiya etiladi [51, 52].

Tavsiyalarningning ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchliligi darajasi - 1). Sharh. Meta-tahlil yuqori dozali ipn [51] buyurilganda H. pylori yo'q qilish foizining oshishini ko'rsatdi. Shu bilan birga, meta-tahlil yordamida zamonaviy ipn (rabeprazol va esomeprazol**) uchun preparatning dozasini oshirish bilan davolash samaradorligini oshirishni ko'rsatishga urinish, ehtimol, ba'zi Osiyo mamlakatlarida qabul qilingan rabeprazolning kunlik dozasi (kuniga 20 mg) bo'lgan tadqiqotlarni kiritish yoki ushbu IPNlarning samaradorligi tufayli tasdiqlanmagan. yo'q qilish H. pylori (85,3% muvaffaqiyatli terapiya "yuqori" dozalarda va 84,2% "an'anaviy" ipn dozalari bilan, or = 1,09 (95% CI: 0,86-1,37),

p = 0,47) [52]. Asosiy dori darmonlar keltirilgan jadvallar №4 va № 5.

Jadval №4. YAK uchun ishlatiladigan asosiy dorilar ro'yxati, 100%

YYP	Farmakoterapiya guruhi	INN dori vositalari	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
B	Oshqozon sekretsiyasini kamaytiradigan vosita proton nasosining inhibitori hisoblanadi	Omeprazol Pantoprazol Rabeprazol Esomeprazo	Ichki os / in / in 20 mg, 30 mg, 40 mg kapsulalar. Vena ichiga yuborish uchun kukun 40 mg.	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/
A	Makrolid guruhining antibiotiklari	Klaritromitsin (clarithromycin)	Ichki os uchun. 500 mg tabletkalar.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/
A	Antibiotik yarim sintetik penitsillinlar guruhi	Amoksitsillin (amoksitsillin)	Ichki os uchun. 500 mg tabletkalar.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/
B	Gastroprotektiv vosita	Rebamipid Rebamipide-SZ	Ichki os uchun. Yorliq.,	Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-

			qarang. film qobig'i, 100 mg.	positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/
C	Gistamin H2 retseptorlari blokeri	Ranitidin (Ranitidin) Famotidin (Famotidine)	Yorliq., qarang. film qobig'i, 150 mg, 300 mg	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/
C	Antatsid + karminativ	Simalgel (Simalgel-VM) Almagel Maaloks	Qopqoq. D / og'iz orqali qabul qilish 81 mg + 20mg + 25 mg/ml: 125 yoki 300 ml fl	Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/

**Jadval № 5 OYaK uchun ishlatiladigan qo'shimcha dorilar ro'yxati
(ulardan foydalanish ehtimoli 100% dan kam).**

YYP	Farmakoterapiya guruhi	INN dori vositalari	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
C	Dopamin retseptorlarini blokirovka qiluvchi	Domperidon	Og'iz tabletkalari, 10 mg	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology

	Markaziy ta'sir qiluvchi qusishga qarshi dori			https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
C	Markaziy ta'sirga ega antiemetik preparat	Metoklopramid	Og'iz tabletkalari yoki in'ektsiya uchun ampulalar, 5 mg	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/

4.3 Ambulatoriya sharoitida jarrohlik davolash yoki aralashuv amalga oshirilmaydi.

Murakkab OYAK shakli belgilari bo'lgan bemorni qabul qilganda, bemorning umumiy holatini shoshilinch ravishda baholash kerak: - Kasallikning shikoyatlari va tarixini aniqlang - Ob'ektiv tekshiruv o'tkazing, puls va qon bosimini aniqlang - Ambulatoriya sharoitida ko'rsatmalarga ko'ra, yashirin qon ketish uchun to'liq qon ro'yxatini (qizil qism) va najasni oling. Keyinchalik, KTMP sharoitida yoki tuman/viloyat darajasidagi shifoxonalarda qo'shimcha tekshirish zarurligi masalasi hal qilinadi.

5. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

5.1 Favqulodda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

1. Tuman tibbiyot birlashmalari sharoitida jarrohlik aralashuvlar amalga oshirilmaydi.

2. Viloyat ko'p tarmoqli markazi va/yoki respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy jarrohlik markazining viloyat filiali hududiy tez tibbiy yordam va/yoki reanimatsiya bo'limiga murojaat qilish uchun ko'rsatmalar – teshilish, qon ketish, og'ir og'riq sindromi bilan penetratsiya bilan murakkablashgan oshqozon yarasi. 3. Respublika ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy jarrohlik tibbiyot markaziga yoki oliy o'quv yurtlari klinikalarining jarrohlik bo'limiga yuborish – teshilish, qon ketish, penetratsiya, stenoz va malignizatsiya bilan murakkablashgan oshqozon yarasi.

Asoratlar bilan yuzaga keladigan YAKJ shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi kerak: * qon ketish * teshilish * og'ir og'riq sindromi.

5.2 Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar

Rejalashtirilgan statsionar davolanish uchun ko'rsatmalar (jarrohliksiz):

1. Kunduzgi shifoxona oshqozon yarasi bilan og'riq bemorlarga taalluqli emas. Agar bemorlarda oshqozon yarasining murakkab shakli tasdiqlangan bo'lsa, unda ular kasalxonaga yotqizilishi kerak.

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

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

4. Respublika ixtisoslashtirilgan jarrohlik ilmiy-amaliy tibbiyot markazi klinikalariga yoki oliy o'quv yurtlari klinikalarining jarrohlik bo'limiga yuborish uchun ko'rsatmalar bemorning oshqozon yarasining murakkab shakli bo'lib, uni qo'shimcha tekshirish va davolash kerak. Oshqozon yarasi va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan og'riq bemorlarni muntazam ravishda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar doimiy (7 kundan ortiq) og'riq sindromi bo'lgan kasallikning aniq klinik ko'rinishi, oshqozonda oshqozon yarasi borligi, benign yaralar va oshqozon saratoni o'rtasida differentsial tashxisni talab qiladi, asoratlar tarixi bo'lgan oshqozon yarasining kuchayishi, asosiy kasalliklarga chalingan oshqozon yarasi [29]. Oshqozon yarasi bilan og'riq bemorlarni statsionar davolashning davomiyligi 21 kun bo'lishi kerak. Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatma oshqozondan qon ketish, oshqozon yarasi teshilishi va penetratsiyasi belgilarining mavjudligi. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasining asoratlanmagan alevlenmesi bo'lgan bemorlar ambulatoriya sharoitida davolanadi. Oshqozon yarasi kuchaygan bemorlarga oshqozon yarasi, o'n ikki barmoqli ichak yarasi uchun ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam standartiga muvofiq ambulatoriya

sharoitida ham, statsionar sharoitda ham ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatiladi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

O'tkir oshqozon-ichakdan qon ketish belgilari bo'lgan yoki bunga asosli shubha bo'lgan barcha bemorlar ushbu profildagi bemorlarni tashkiliy, kadrlar va moddiy-texnik jihatdan qabul qilish va davolash uchun to'liq tayyorlangan kasalxonalariga darhol yuborilishi kerak. Katta shaharlarda uy-joy kommunal xizmatlari bilan kasallangan bemorlarni ko'p tarmoqli kasalxonalariga yoki uy-joy kommunal xizmatlarini davolash bo'yicha ixtisoslashgan markazlarga yuborish tavsiya etiladi. O'tkir OYaK bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatadigan har bir klinikada bunday bemorlarni ko'p intizomli boshqarish protokoli bo'lishi kerak. Bemorlarni diagnostika qilish va davolash protokoli milliy klinik tavsiyalarga asoslanishi va shoshilinch tibbiy yordam ko'rsatish va muayyan tibbiy-profilaktika muassasasini jihozlash tuzilishining o'ziga xos xususiyatlarini hisobga olishi kerak. O'tkir OYaK bilan og'rigan bemorlarga yordam ko'rsatadigan klinikada diagnostika va terapevtik endoskopiyaning asosiy usullarini biladigan zamonaviy endoskopik video uskunalar, asboblari va xodimlari kunning istalgan vaqtida mavjud bo'lishi kerak; yuqori malakali jarrohlik, reanimatsiya-anesteziologiya va iloji bo'lsa, rentgen-intervensiya xizmati.

O'tkir uy-joy kommunal xizmatlari bilan og'rigan barcha bemorlar jarrohlik shifoxonasiga yoki oritga yotqizilishi kerak. O'rtacha va og'ir darajadagi GDQK bilan og'rigan bemorlar, qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori, komorbid patologiyaning mavjudligi, GDQKning qaytalanish xavfi bartaraf etilgunga qadar, o'tkir postgemorragik kasalliklarni to'liq tuzatish va qo'shma kasalliklarni qoplashdan oldin statsionar davolanishda bo'lishi kerak, ammo kamida 4 kun. Yumshoq darajadagi bo'lgan, qon ketishining qaytalanish xavfi past bo'lgan, komorbid patologiyaning yo'qligi bo'lgan bemorlarda kasalxonadan dastlabki bosqichlarda (1 - 2-kun) qabul qilishdan bo'shatish mumkin. <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/1425>

6. Statsionar darajadagi OYAK bilan og'rigan bemorlarni boshqarish taktikasi.

6.1 GDQK bilan kasallangan bemorlarni kasalxonadan oldingi bosqichda va kasalxonaga yotqizish bosqichida boshqarish * Yuqori oshqozon-ichak traktidan qon ketish belgilari bo'lgan barcha bemorlarga kasalxonaga yotqizilgunga qadar va/yoki kasalxonaga yotqizilganida darhol intensiv terapiyani boshlash tavsiya etiladi[6, 20, 22, 27]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Gastroduodenal qon ketish klinikasi bo'lgan barcha bemorlarga kasalxonaga yotqizilganida proton pompasi inhibitörlerini parenteral yuborish tavsiya etiladi[13, 19, 23, 81, 102]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Kasalxonadan oldingi bosqichda va birlamchi EGDNI amalga oshirishdan oldin proton pompa inhibitori tayinlash endoskopik gemostazga bo'lgan ehtiyojni kamaytiradi, ammo endoskopiyaning kechikishiga olib kelmasligi kerak. *

Kasalxonaga yotqizish bosqichida qon ketishiga shubha qilingan bemorlarni kasalxonaga yotqizish / og'ir qon ketishi bo'lgan bemorlarni oritga o'tkazish masalasini hal qilish uchun zo'ravonlik va o'lim ehtimoli bo'yicha tabaqalashtirish tavsiya etiladi [19]. **C tavsiyalarining ishonchlilik darajasi** (dalillarning ishonchlilik darajasi 4). Sharh. GDQK bilan kasallangan bemorlarni qon yo'qotishining og'irligi va o'lim ehtimoli bo'yicha tabaqalashtirish uchun Glasgow-Blatchford tarozilaridan foydalanish mumkin [16,20]. Katta qon yo'qotish bilan og'rigan bemorlarni boshqarish. Intensiv terapiyaning asosiy vazifalari hujayraga kislorodni etarli darajada etkazib berish va uni iste'mol qilish, gemostazni tuzatishdir.

* GDQK bilan og'rigan bemorlarda beqaror gemodinamika mavjud bo'lganda, bceni to'ldirishni muvozanatli tuz eritmalarini kiritish bilan boshlash tavsiya etiladi [28]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qon o'rnini bosuvchi moddalar va qon plazmasi preparatlari ham ko'rib

chiqilishi mumkin, ammo ularning gemostaz va buyrak faoliyatiga salbiy ta'sirini hisobga olgan holda.

* GDQK bilan og'riqan bemorlarga katta qon yo'qotilishini tekshirishda uni davolash protokolini darhol faollashtirish tavsiya etiladi [28]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Massiv bo'lmagan qon yo'qotish uchun GDQK bilan og'riqan bemorlarga cheklovchi xarakterdagi infuzion - transfüzyon terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [27]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. GDQK bilan og'riqan bemorlarda "jarrohlik" gemostazni amalga oshirgandan so'ng perfuziyaning etarliligi maqsadlariga erishish kerak. Liberal infuzion-transfüzyon terapiyasi, gemodinamik maqsadlarga erta erishish (jarrohlik gemostazdan oldin) gemodilyutsiyaga, perfuziya bosimining oshishiga olib kelishi mumkin, bu esa qon yo'qotishining ko'payishiga olib keladi [32].

* GDQK bilan og'riqan bemorlarga gemoglobin darajasi 70 g/l dan kam bo'lgan qon quyish tavsiya etiladi; yurak - qon tomir kasalliklari bo'lgan bemorlarga qon quyish boshlanish chegarasi 90 g/l dan yuqori bo'lishi mumkin [13, 27, 28]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. GDQK bilan og'riqan bemorlarga gipokoagulyatsiya va davom etayotgan qon ketish yoki uning qayta tiklanish xavfi yuqori bo'lgan taqdirda yangi muzlatilgan plazmani quyish tavsiya etiladi.

* Katta qon yo'qotish uchun GDQK bilan og'riqan bemorlarda trombositlar darajasini 50 x 10⁹/l dan yuqori ushlab turish tavsiya etiladi [27]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi - 5) Sharh. Adekvat perfuziyaning tiklash mezonlari quyidagilardan iborat: terining holati (mozaika, kapillyarlarni to'ldirish vaqti, harorat); ong darajasi; diurez miqdori; KSCS, laktatni normallashtirish; gemodinamikaning maqsadli darajasiga erishish [13,16]. Transfüzyon terapiyasining etarliligi mezonlari quyidagilardan iborat: patologik qon ketishining yo'qligi ("jarrohlik" gemostaz bajarilgan taqdirda); gemostazni global koagulologik testlar va/yoki gemostazni viskoelastik usullar bilan tekshirish orqali normallashtirish [16,27,28].

6.2 Nomedikamentoz davolanish

Oshqozon yarasi bilan og'rigan barcha bemorlarga oshqozon yarasini davolashni tezlashtirish uchun parhez terapiyasi tavsiya etiladi. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Ko'p yillar oldin ishlab chiqilgan oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlarning parhez ovqatlanishining asosiy printsiplari hozirgi kunda ham dolzarb bo'lib qolmoqda. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

YaK bilan ovqatlanish jadvali: * 5-7 kun davomida 1a dietasi: sut (bardoshlik bilan), yangi tvorog, jele, jele, don va sutdan tayyorlangan shilimshiq va pyuresi sho'rvalari, tuz cheklangan baliq sufle. * 14 kun davomida 1b dietasi: dietaning kengayishi bilan-krakerlar, go'sht, baliq, pyuresi, sutdagi donli sho'rvalar, o'rtacha miqdorda tuz. * mexanik va kimyoviy tejamkorlik printsiplari rioya qilgan holda №1 parhez. Yumshoq dietaning davomiyligi terapiya samaradorligiga bog'liq, vaziyatni yaxshilash bilan parhez kengayadi, dietani kengaytirish bilan 1-jadvalni almashtirish mumkin, siz 5-jadvaldan foydalanishingiz mumkin [4]. 6.3 giyohvand moddalarni davolash Surunkali yoki o'tkir oshqozon yarasi bilan va jarrohlik uchun ko'rsatma bo'lmasa, konservativ davolash ko'rsatiladi.

* Oshqozon yarasini davolashga erishish uchun UB alevlenmesi bo'lgan bemorlarga proton pompasi inhibitörleri (ipn) bilan antisekretor terapiyani 4-6 hafta davomida o'tkazish tavsiya etiladi [2, 3]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Agar ipn samarasiz bo'lsa yoki oshqozon yarasining kuchayishi bilan og'rigan bemorlarda foydalanish uchun kontrendikatsiyalar mavjud bo'lsa, yasalarni davolashga erishish uchun 4-6 hafta davomida h-gistamin retseptorlari blokerlarini buyurish tavsiya etiladi [2]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Oshqozon yarasini davolash vaqtini tezlashtirish va hosil bo'lgan chandiq sifatini yaxshilash uchun YaK kuchaygan bemorlarga rebamipiddan foydalanish

tavsiya etiladi [39, 40]. **Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C** (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

* H. pilory infeksiyasi uchun ijobiy test natijalariga ega bo'lgan UB alevlenmesi bo'lgan barcha bemorlarga yarani davolash uchun eradikatsiya terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [41].

Jadval №6. YAK uchun ishlatiladigan asosiy dorilar ro'yxati, 100%

YYP	Farmakoterapiya guruhi	INN dori vositalari	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
B	Oshqozon sekretsiyasini kamaytiradigan vosita proton nasosining inhibitori hisoblanadi	Omeprazol Pantoprazol Rabeprazol Esomeprazol	Ichki os / in / in 20 mg, 30 mg, 40 mg kapsulalar. Vena ichiga yuborish uchun kukun 40 mg.	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/ Eradication therapy for peptic ulcer disease in Helicobacter pylori positive patients. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16625592/
A	Makrolid guruhining antibiotiklari	Klaritromitsin (clarithromycin)	Ichki os uchun. 500 mg tabletkalar.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/
A	Antibiotik yarim sintetik penitsillinlar guruhi	Amoksitsillin (amoksitsillin)	Ichki os uchun. 500 mg tabletkalar.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus

				Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/
B	Gastroprotektiv vosita	Rebamipid Rebamipide-SZ	Ichki os uchun. Yorliq., qarang. film qobig'i, 100 mg.	Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/
C	Gistamin H2 retseptorlari blokeri	Ranitidin (Ranitidin) Famotidin (Famotidine)	Yorliq., qarang. film qobig'i, 150 mg, 300 mg	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/
C	Antatsid + karminativ	Simalgel (Simalgel-VM) Almagel Maaloks	Qopqoq. D / og'iz orqali qabul qilish 81 mg + 20mg + 25 mg/ml: 125 yoki 300 ml fl	Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia-London-Toronto-Montreal-Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/

**Jadval №7 YAK uchun ishlatiladigan qo'shimcha dorilar ro'yxati
(ulardan foydalanish ehtimoli 100% dan kam).**

YYP	Farmakoterapiya guruhi	INN dori vositalari	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
C	Blokirovka qiluvchi Markaziy ta'sir qiluvchi antiemetik dori	Domperidon	Og'iz tabletkalari, 10 mg	Domperidone: review of pharmacology and clinical applications in gastroenterology https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17488253/
C	Markaziy ta'sirga ega antiemetik preparat	Metoklopramid	Og'iz tabletkalari yoki in'ektsiya uchun ampulalar, 5 mg	Effectiveness of metoclopramide in stomach ulcer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6390999/

6.4 Jarrohlik davolash

Endoskopik davolash.

* GDQK bilan og'rigan bemorlarda yaradan qon ketishi davom etganda (F1A, F1b) gemostazni endoskop orqali o'tkazish tavsiya etiladi. tibbiy moslashuvchan [13, 19, 23, 31]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* GDQK bilan og'rigan bemorlarda F2A va F2B qon ketishi uchun qon ketishining qaytalanishining endoskopik profilaktikasini o'tkazish tavsiya etiladi [13, 19, 23, 31, 201]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Agar to'shakda qon pıhtısı yarasi topilsa, uni maqsadli yuvish bilan olib tashlash kerak. Agar bemorda qon ivishi (FIIb) mavjud bo'lsa, uni polipektomiya halqasi bilan poydevorda kesish orqali olib tashlash mumkin [13, 19, 23, 31].

* GDQK bilan og'rigan bemorlarda FIIC va FIII qon ketishi to'xtaganda, qon ketishining qaytalanishining endoskopik oldini olish tavsiya etilmaydi [13, 19, 23, 31]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Bunday hollarda qon ketishining takrorlanishining etarli darajada tibbiy profilaktikasini ta'minlash muhimdir.

* GDQK bilan og'rigan bemorlarda endoskopik to'xtash (F1A-B,) yoki qon ketishining takrorlanishining oldini olish (F2A-B) tavsiya etiladi [13, 14, 19, 23, 31]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qon ketishini endoskopik to'xtatish (relapsning oldini olish) bemor kasalxonaga yotqizilgan paytdan boshlab 2 soat ichida amalga oshirilishi kerak. GDQK bilan og'rigan bemorlarda yaradan qon ketishini endoskopik to'xtatish va uning takrorlanishining oldini olish uchun gemostazning in'eksion usulini gemostazning termal (diatermokoagulyatsiya yoki qon ketadigan tomir argonoplazma koagulyatsiyasi) usullari yoki kesish bilan birgalikda qo'llash tavsiya etiladi [13, 14, 19, 23, 31].

Monoterapiya sifatida in'eksion gemostaz kerakli samaradorlikni ta'minlamaydi va faqat endoskopik gemostazning boshqa usullari bilan birgalikda qo'llanilishi kerak. Kombinatsiyalangan endoskopik gemostazga qo'shimcha sifatida endoskopik gemostazning boshqa mahalliy usullaridan ham foydalanish mumkin [13, 14, 19, 23, 31].

* GDQK bilan og'rigan bemorlarda takroriy nazorat endoskopik tekshiruv/aralashuvi birlamchi tekshiruv/gemostaz etishmovchiligi va qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan hollarda tavsiya etiladi [35]. https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls_10th_edition_student_manual.pdf

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 1). Sharh. GDQK bilan kasallangan barcha bemorlarda muntazam ravishda endoskopik tekshiruv o'tkazish maqsadga muvofiq emas. Dastlabki tekshiruv/gemostaz etishmovchiligi bilan, birinchi EGDSdan keyingi soatlarda takroriy endoskopik tekshiruv o'tkazilishi kerak. Qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori bo'lsa, birinchi endoskopiyadan keyin 12 soat ichida takroriy EGDNI bajarish tavsiya etiladi [33, 35]. https://alodokter-bucket.storage.googleapis.com/alomedika-attachment/thread/atls_10th_edition_student_manual.pdf

* GDQK bilan og'riqan bemorlarda kasalxonada qon ketishining qaytalanishining birinchi epizodida takroriy endoskopik gemostazni bajarish tavsiya etiladi [12, 14, 19]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarga qon ketishini muvaffaqiyatli operatsiyadan keyingi to'xtatishdan so'ng, konservativ davu kursi oxirida endoskopiya yordamida oshqozon biopsiyasini olish bilan endoskopik tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi [35]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Ushbu tavsiya, birinchi navbatda, tegishli dori terapiyasi kursiga qaramay, oshqozon yarasi alomatlarini saqlab qolgan bemorlarga tegishli yoki oshqozon yarasi etiologiyasi tushunarsiz bo'lib qolmoqda. Ülseratif qon ketishi bo'lgan bemorlarda anemiyani davolashni davom ettirish ambulatoriya bosqichida gemoglobin darajasi to'liq normallasguncha amalga oshiriladi. Tanadagi temir tanqisligini qoplash uchun og'iz orqali yuborish uchun temir preparatlarini dozalash shaklida buyurish maqsadga muvofiqdir [39]. Oshqozon yarasi gastroduodenal qon ketishi bo'lgan bemorlarning dietasi va dori terapiyasi * Endoskopik to'xtatish / oldini olishdan keyin qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga endoskopik gemostaz bajarilgandan so'ng darhol proton pompa ingibitori yuborish tavsiya etiladi [13, 19, 23, 41]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Omeprazol** yoki esomeprazol** kabi proton pompa ingibitori tomir ichiga yuborish kerak, 80 mg bolus dozasida, so'ngra 72 soat davomida soatiga 8 mg doimiy ravishda, qon ketishining qaytalanishi va o'limini kamaytiradi [19]. Terapiya boshlanganidan 72 soat o'tgach, og'iz shakllariga o'tish tavsiya etiladi [13, 19, 23]. Shu bilan birga, esomeprazol** dan tashqari, oshqozon yarasini to'xtatish uchun lansoprazol ishlatilishi mumkin, bu gastroduodenal yaralar tufayli qon ketishini davolashda tomir ichiga yuborilganda yuqori samaradorlik va yaxshi tolerantlikni ko'rsatdi [82].

* Qon ketishining qaytalanish xavfi past bo'lgan GDQK bilan og'rigan bemorlarga endoskopiyadan so'ng 72 soat davomida proton pompa ingibitori parenteral yuborish tavsiya etiladi, so'ngra kasalxonadan chiqarilgunga qadar og'iz shakllariga o'tadi va keyin yarali nuqson to'liq tuzalguncha - qon ketish manbai [13, 19, 23]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Qayta qon ketish xavfi past bo'lgan bemorlarda endoskopik aralashuv tugaganidan keyingi soatlarda enteral ovqatlanishga o'tish mumkin [13, 19, 23]. Qayta qon ketish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga qon ketish to'xtaganidan keyin dastlabki 24 soat ichida ichish va suyuq ovqat iste'mol qilishga ruxsat beriladi [37]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

* Somatostatin va uning analoglarini davolashda takroriy GDQK bilan og'rigan va takroriy qon ketish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarga tavsiya etiladi [13, 21, 39, 43]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Shuningdek, somatostatin va uning analoglaridan foydalanish va oshqozon osti beziga qon ketadigan yarani penetratsiya qilishda, shuningdek qon ketish yarasi va Portal gipertenziya kombinatsiyasi bo'lgan bemorlarda [33] tavsiya etiladi. * GDQK bilan og'rigan bemorlarga davolashda H2 - gistamin retseptorlari blokerlaridan foydalanish tavsiya etilmaydi [13, 19, 23, 33, 42]. **Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C** (dalillarning ishonchliligi darajasi 2).

* GDQK bilan kasallangan barcha bemorlarga N. pylori infeksiyasining mavjudligini tasdiqlashda, eradikatsiyani tasdiqlash bilan eradikatsiya terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [1, 2, 3]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Eradikatsiya terapiyasi bemorlarni proton pompa ingibitori og'iz orqali qabul qilishga o'tkazgandan so'ng boshlanadi [45]. Muvaffaqiyatli eradikatsiya GDQKning qaytalanish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi [42,45]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14504114/>

YAK uchun o'tkaziladigan jarrohlik aralashuvlar turlari.

"Ochiq" jarrohlik:

* qon ketayotgan oshqozon yarasi uchun operatsiyalar;

- * Opperl-Pilokarpovga muvofiq teshilgan teshikni tikish;
- * piloroplastika • Finney, Geynek-Mikulich, Jabuli);
- * Bilrot 2 tomonidan oshqozonning 2/3 qismini rezektsiya qilish;
- * Roux o'chirilgan pastadirda oshqozonning 2/3 qismini rezektsiya qilish;
- * operatsiya qilingan oshqozon kasalligi uchun rekonstruktiv aralashuvlar;
- * umumiy gastrektomiya. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29659470/>

"Laparoskopik" jarrohlik:

- * Bilrot 2 tomonidan oshqozonning 2/3 qismini Laparoskopik rezektsiya qilish;
- * Roux o'chirilgan pastadirda oshqozonning 2/3 qismini Laparoskopik rezektsiya qilish;
- * Laparoskopik gastrektomiya. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16235381/>

"Endoskopik" jarrohlik:

- * qon ketadigan idishni kesish;
- * argon-plazma koagulyatsiyasi;
- * qon ketayotgan tomirni adrenal eritmasi bilan urish.

7. Davolash maqsadlari:

- * oshqozon shilliq pardalarida faol yallig'lanishni to'xtatish;
- * og'riq va dispeptik sindromlarni to'xtatish;
- * yo'q qilish N. rylori
- * me'da shirasining kislota-proteolitik tajovuzini kamaytirish;
- * tuzatish jarayonlarini tezlashtirish va yarali nuqsonni davolash;
- * kasallikning asoratlari va qaytalanishining oldini olish;
- * hayot sifatini yaxshilash; (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

**"OSHQOZON YARASI" NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY
ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent – 2025

ASOSIY QISMI.

1.1 Jarrohlik amaliyotlari.

OYaK ning murakkab shakllari (qon ketish, teshilish va boshqalar) bo'lgan bemorlarni jarrohlik profilidagi shifoxonada jarrohlik davolash masalasini hal qilish uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Izohlar: oshqozon yarasining murakkab kechishi bilan og'riqan bemorlar, qoida tariqasida, shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi kerak. Qon ketishini davolashni intensiv terapiya bo'limida boshlash tavsiya etiladi. Reanimatsiya bo'limida davolanishning asosiy vazifasi bemorning ahvolini barqarorlashtirish — aylanma qon hajmini to'ldirish, gipovolemik shokning namoyon bo'lishiga qarshi kurashish, etarli og'riqni yo'qotish, dekompensatsiyalangan qo'shma kasalliklarni davolash va tizimli yallig'lanish reaksiyasi sindromi, shundan so'ng jarrohlik va/yoki endoskopik davolash usullari qo'llanilishi mumkin [10].

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

Qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini tekshirish va endoskopik gemostazni amalga oshirish uchun ezofagogastroduodenoskopiya kasalxonaga yotqizilganidan keyingi dastlabki 2 soat ichida tavsiya etiladi [3,9]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini dinamik ravishda kuzatish va endoskopik gemostazni amalga oshirish uchun takroriy ezofagogastroduodenoskopiya faqat qon ketish takrorlanganda va uning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan taqdirda tavsiya etiladi [6,7]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A** (dalillarning ishonchlilik darajasi 1). GDQK uchun operatsiyaning asosiy vazifalari

quyidagilardan iborat: ishonchli gemostazni ta'minlash, iloji bo'lsa, gemorragiya manbasini yo'q qilish va yaraning qaytalanishini oldini olish [38, 45, 49].

* Endoskopik gemostazning samarasizligi (yoki mumkin emasligi), shuningdek qon ketishi va oshqozon yarasi teshilishi bilan davom etadigan qon ketishi bo'lgan bemorlarga shoshilinch operatsiya qilish tavsiya etiladi [39, 45, 49].

https://www.mrckb.ru/files/yazvennye_gastroduodenalnye_krovotecheniya.PDF

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

* Yarali qon ketishining qaytalanishining birinchi epizodida takroriy endoskopik gemostaz tavsiya etiladi [11, 13, 15, 19, 21, 23]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Bunday hollarda, takroriy qon ketishining oldini olish uchun oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak arteriyalarining endovaskulyar embolizatsiyasini amalga oshirish tavsiya etiladi. Yarali qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori bo'lgan bemorlarda, agar endoskopik, dori-darmonli va endovaskulyar gemostaz to'liq bajarilmasa, takroriy gemorragiyaning oldini olish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuv amalga oshirilishi mumkin [11, 13, 15, 19, 23].

* NYaQDni doimiy ravishda qabul qilishga muhtoj bo'lgan barcha bemorlarga gemorragik asoratlarning xavfi asosida tabaqalanish tavsiya etiladi [36, 37]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B** (dalillarning ishonchlilik darajasi 2). * Qon ketish xavfi yuqori bo'lsa, bemorlarni koksiblarga o'tkazish va proton pompa ingibitori doimiy qabul qilish tavsiya etiladi [36, 37, 29]. **Tavsiyalarning**

ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Qon ketishining rivojlanishi bilan NYAQDlarni qabul qilishni to'xtatish kerak (boshqa guruhlarining dori-darmonlari bilan almashtirish).

* Endoskopik va tibbiy (ipn) gemostazning kombinatsiyasi tavsiya etiladi [96, 97]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Antitrombotik vositalarni doimiy qabul qiladigan bemorlarni davolash

* Agar antitrombotiklarni doimiy ravishda qabul qiladigan bemorlarda yarali qon ketish bo'lsa, ushbu dorilarni qabul qilishni to'xtatish tavsiya etiladi, ammo har bir holatda qon ketishining qaytalanish xavfi bilan kardiovaskulyar asoratlarni rivojlanish xavfini hisobga olish kerak [35, 43, 48]. (UUR-A, UDD-1)

* GDQK bilan og'rigan bemorlarda antitrombotik dorilarni qabul qilish barqaror gemostazga erishilgandan so'ng qayta tiklanishi tavsiya etiladi [35, 43, 48]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A** (dalillarning ishonchlilik darajasi 1).

* Oshqozon va/yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi teshilgan bemorlarga teshilish teshigini yo'q qilish uchun shoshilinch operatsiya qilish tavsiya etiladi [38, 40,42]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 2).

* PYA bilan og'rigan bemorlarni davolashda teshikni iloji boricha erta tikish yoki teshilgan teshikni olib tashlash, yaraning qaytalanishini oldini olish va operatsiyaning mumkin bo'lgan asoratlarni oldini olish tavsiya etiladi. Jarrohlik davolash usulini tanlash masalasi ma'lum bir bemorda kasallikning individual xususiyatlariga bog'liq [14, 15, 18, 24, 25, 36, 38, 43]. **Tavsiyasining ishonchlilik darajasi B**(dalillarning ishonchlilik darajasi-3). Izohlar. Oshqozon yarasi teshilishi tez-tez uchraydigan asorat bo'lib, muqarrar ravishda peritonit rivojlanishiga olib keladi va bemorlar orasida 30% gacha o'lim darajasi yuqori. Eng yuqori o'lim keksa bemorlarda, shuningdek, kech kasalxonaga yotqizilgan bemorlar guruhida kuzatiladi (bu asorat rivojlanganidan beri 24 soatdan ortiq).

Laparotomik kirishning Laparoskopik usulga nisbatan afzalliklari yo'q. Laparoskopik aralashuvni amalga oshirish afzalroqdir - qorin bo'shlig'ini sanitariya va drenajlash bilan teshilgan teshikni tikish. Biroq, bunday dahshatli asoratning klinik ko'rinishi juda xilma-xil bo'lishi mumkin va mutaxassislar operatsiya hajmi

birinchi navbatda bemorning ahvoriga bog'liqligini tan olishadi. Teshilgan yarani davolash bo'yicha mahalliy klinik tavsiyalar jarrohlik davolash usullarini batafsil ko'rib chiqadi [53].

* Asoratlar va o'lim xavfi yuqori bo'lganligi sababli PYa bilan og'rikan bemorlarni konservativ davolash tavsiya etilmaydi[34, 35, 32, 43, 44].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4). Sharh. Tibbiy adabiyotlarda Teylor usuli (1946) deb nomlanuvchi Pj ning konservativ davosi mahalliy jarrohlarda orasida keng tan olinmagan. Shu bilan birga, Teylorning chet elda om usuli davolash protokollariga kiritilgan va og'iz orqali kontrastli KT ma'lumotlari bilan tasdiqlangan yopiq teshilishning alohida holatlarida qo'llaniladi.

Davolashning konservativ usuli faqat bemor va qarindoshlar operatsiyadan qat'iy bosh tortganda yoki bemorning ahvoli o'ta og'irligi sababli operatsiyani amalga oshirishning iloji bo'lmaganda, jarrohlik davolashga mutlaqo qarshi ko'rsatmalar mavjud bo'lganda qo'llaniladi. Teylor usuli-oshqozon tarkibining faol nazogastral aspiratsiyasi, antibakterial, antisekretor, detoksifikatsiya terapiyasi va analjeziya. Qabul qilishdan operatsiyaga kechikishning har bir soati omon qolish ehtimolini oldingi soatga nisbatan 2,4% ga kamaytirishi aniqlandi [54].

2.1 Jarrohlik amaliyotidan oldingi tayyorgarlik

* PYA bilan og'rikan bemorlarga operatsiyadan oldin tayyorgarlik ko'rish tavsiya etiladi, shu jumladan tizimli ta'sir ko'rsatadigan antibakterial preparatlarni empirik tayinlash, qo'shma kasalliklar tufayli kelib chiqqan organlarning disfunktsiyasini tuzatish, oshqozon tarkibini evakuatsiya qilish uchun nazogastral probni o'rnatish, jarrohlik sohasini gigienik tayyorlash. Tizimli antibakterial dorilarning birinchi in'ektsiyasi operatsiya boshlanishidan oldin amalga oshirilishi kerak[48, 50, 52, 55, 66, 67, 70].

Tavsiyasining ishonchlilik darajasi B(dalillarning ishonchlilik darajasi-3). * Organ disfunktsiyasining rivojlanishini oldini olish va o'limni kamaytirish uchun sepsisni o'z vaqtida aniqlash uchun PYA bilan og'rikan bemorlarning ahvolini baholash tavsiya etiladi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29366313/>

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). *
PYA bilan og'rigan bemorlarning ahvoli og'irligini baholash uchun shkalalardan foydalanish tavsiya etiladi (qSOFA, SOFA) [115,183].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). *
Sepsisning klinik va laboratoriya belgilari bo'lgan PYA bilan og'rigan bemorlarga, qo'shma kasalliklarning dekompensatsiyasi holatida, o'limni kamaytirish uchun reanimatsiya bo'limida operatsiyadan oldingi tayyorgarlikni o'tkazish tavsiya etiladi. Maqsadli fiziologik ko'rsatkichlar: bog ' > 65 mm simob ustuni, diurez tezligi \ u003e 0,5 ml/kg/soat, laktat darajasini normallashtirish [45, 46,47, 48, 50, 53].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
Sharh. Sepsis belgilari bo'lgan, dekompensatsiya holatida, hayotiy faoliyatining beqaror ko'rsatkichlari bo'lgan bemorlar jarrohlik amaliyotiga tayyorgarlik ko'rish bilan bir qatorda reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limida tezkor tibbiy choralarni ko'rishlari kerak. Ushbu bemorlar guruhini davolash sepsis, hayotiy funktsiyalarni dekompensatsiyalash bilan og'rigan bemorlarni boshqarishning umumiy printsipligiga mos keladi[55, 56, 57, 58, 59].

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi B(dalillarning ishonchlilik darajasi - 1). *
Laparoskopik asbob-uskunalar yoki jarrohning tegishli ko'nikmalari bo'lmasa, ochiq jarrohlik tavsiya etiladi[55, 58, 69, 70]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi A**(dalillarning ishonchlilik darajasi - 1). Sharh. Xorijiy nashrlarda Laparoskopik tikuvni qo'llash chastotasi 23% ga etadi [71, 74].

Laparoskopik kirishning afzalliklari og'riq sindromining og'irligini kamaytirish, operatsiyadan keyingi asoratlarning chastotasi va kasalxonada davolanish vaqtini o'z ichiga oladi.

Teshik yarasini Laparoskopik tikish uchun ko'rsatmalar:

1. Bemorning barqaror holati;
2. Oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakning old devoridagi teshikning lokalizatsiyasi;

3. Teshikning kichik o'lchamlari (oshqozon yarasi uchun 10 mm dan kam va 12B.I. yarasi uchun 6 mm dan kam).

2.3 Qo'llash mumkin bo'lmagan holatlar:

1. Kech kasalxonaga yotqizish (kasallik boshlanganidan keyin 24 soatdan ko'proq) [58, 59];

2. Bemorning beqaror holati;

3. Oshqozon yarasini topish qiyin;

4. Oshqozon yarasining malignizatsiyasiga shubha;

5. Kallyoz yarasi;

6. Organ devorining perifokal yallig'lanishi 10 mm gacha;

7. Ikkilamchi to'kilgan yiringli peritonit, og'ir sepsis;

8. Karboksiperitoneum qo'llanilishiga to'sqinlik qiladigan qo'shma kasalliklar va sharoitlarning mavjudligi. Teshik teshigini tikish bilan bir qatorda, Laparoskopik usulda quyidagilar amalga oshirilishi mumkin: teshik teshigini kesish, piloroplastika, ikki tomonlama magistral, selektiv va selektiv proksimal vagotomiya, oshqozon rezektsiyasi. Ponksiyon yarasini Laparoskopik tikishning muqobil varianti-bu ponksiyon yarasini Laparoskopik usulda tikish, bu quyidagilarni o'z ichiga oladi: diagnostik laparoskopiya, efüzyon va qorin bo'shlig'ini tozalash; minilaparotomiya bosqichi va penetratsion tikuv, mini-kirish tikuvi; Laparoskopik sanatsiya bosqichi [35,55,60].

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

* PYa va hayotiy funktsiyalarning beqaror ko'rsatkichlari bo'lgan bemorlarga laparotomik kirish orqali aralashuvni amalga oshirish tavsiya etiladi [55]. **B tavsiyasining ishonchlilik darajasi** (dalillarning ishonchlilik darajasi-1).

* PYA bilan og'rigan bemorlarda xavfni tabaqalashtirish va natijani bashorat qilish uchun J. Boey, PULP, ASA shkalalarini o'z ichiga olgan bashoratli tizimlarni qo'llash tavsiya etiladi [78, 79]. **Tavsiyasining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchliligi darajasi 4 ga teng). Sharh. J. Boey shkalasi prognozning yuqori ishonchliligi (93,8%) tufayli xorijiy jarrohlarda eng keng tarqalgan. U 3 ta xavf omilidan iborat bo'lib, ularning har biri 1 ballga baholanadi:

qabul qilishda gemodinamik beqarorlik (sistolik qon bosimi 100 mm HG dan kam), kech kasalxonaga yotqizish (24 soatdan ortiq), qo'shma kasalliklarning mavjudligi (ASA \ u003e 3). 23 omil mavjud bo'lganda (j shkalasi bo'yicha 2-3 ball. Boey) Evropa endoskopik jarrohlar jamiyati (EAES) ushbu bemorlarda Laparoskopik jarrohlikdan foydalanishni maslahat bermaydi, balki darhol ochiq kirish aralashuvini amalga oshirishni taklif qiladi. Yuqoridagi o'lchovlardan tashqari, Thorsen A. L. Pj ning salbiy natijasini bashorat qiluvchi bir qator ko'rsatkichlarni qayd etdi. Bularga quyidagilar kiradi: qarilik, hamrohlik qiluvchi onkologik kasallik, gipoalbuminemiya, giperbilirubinemiya, kreatinning ko'payishi va kasallikning davomiyligi bir kundan ortiq. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24610235/>

* PYA bilan og'rigan bemorlarda endoskopik davolash kesish, fibrin elim bilan yopish yoki stentlash shaklida tavsiya etilmaydi [55, 62]. **Tavsiyasining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. O'tkir yatrogen Teshilishlarning endoskopik qisqichlar bilan yopilishi tasvirlangan [70], ammo tolali to'qima bilan teshilgan yaralar uchun qisqichlar samarasiz bo'lishi mumkin. Teshilgan yaralarni yopish uchun kombinatsiyalangan Laparoskopik va endoskopik yondashuvlar qo'llaniladi [63]. Og'ir komorbid patologiyasi bo'lgan bemorlarda gastroskopiya va stent qo'yish, so'ngra rentgenologik yo'naltirilgan drenaj standart davolanishga alternativa bo'lishi mumkin [63]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

Omentumning endoskopik fiksatsiyasi va uning teshilgan teshikka tortilishi, shuningdek, o'n ikki barmoqli ichakning plikatsiyasi bilan bir qatorda samarali qo'shimcha sifatida tavsiflanadi. Shu bilan birga, yuqoridagi barcha muolajalar PYA davolashda standart yondashuvlar sifatida tan olinmaydi va yanada takomillashtirilishi kerak [56]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

3. PYA bilan og'rigan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash.

* Operatsiyadan keyingi davrda PYA bilan og'rigan bemorlarga tizimli antibakterial dorilar, analjeziklar, proton pompasi inhibitörleri va tomir ichiga infuziyalarni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni davolash tavsiya etiladi [18, 50, 55,

66, 67]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi A**(dalillarning ishonchlilik darajasi - 1). Sharh. Antibiotik terapiyasi operatsiyadan oldingi tayyorgarlik doirasida belgilangan standart sxemalardan biriga muvofiq empirik antibiotik terapiyasini davom ettirishni o'z ichiga oladi. Mikroorganizmlarning tizimli antibakterial dorilarga sezgirligini aniqlash bilan peritoneal suyuqlikni mikrobiologik tekshirish natijalarini olgandan so'ng, antibiotik terapiyasi tuzatiladi. Antisekretor terapiya proton pompasi inhibitörlerini buyurishdan iborat (masalan, pantoprazol 40 mg IV x kuniga 2 marta 7 kundan ortiq bo'lmagan vaqt davomida, so'ngra kasalxonaga yotqizish davrida planshet shakllariga o'tish). Hayotiy funksiyalari buzilgan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolash sepsis bilan og'rigan bemorlarni boshqarishning asosiy tamoyillariga mos keladi [61, 65, 67].

Chet elda PYA bilan og'rigan bemorlarni operatsiyadan keyingi davolashda FTS (Fast track surgery) yoki ERAS (jarrohlikdan keyin yaxshilangan tiklanish) dasturi amalga oshiriladi, ularning asosiy nuqtalari: operatsiyadan keyingi davrda qisqa muddatli anestezikalar, bemorni erta reabilitatsiya qilish, operatsiyadan keyingi og'iz orqali suyuqlik va oziq-ovqat mahsulotlarini erta boshlash, siydik kateterini erta olib tashlash, nazogastral preparatni qo'llashdan bosh tortish. zond [66, 67, 68].

Ko'pincha bunday dastur mahalliy peritonit bilan og'rigan bemorlarga buyuriladi [67]. Dasturning bajarilishi dinamikada nazorat qilinadi, uni qo'llashning asosiy mezonini ichak harakatining erta tiklanishi hisoblanadi. Operatsiyadan keyingi davrning murakkab kursining dastlabki belgilari yoki ichak harakatining yo'qligi bilan dastur to'xtaydi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14992735/>

* Operatsiyadan keyingi davrda PYA jarrohlik muolajasidan o'tgan bemorga vaziyatning og'irligini har kuni baholash tavsiya etiladi [18, 54]. Tavsiya C ning ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Operatsiyadan keyingi davrda PYA jarrohlik muolajasidan o'tgan bemorga dinamikada asosiy laboratoriya ko'rsatkichlarini aniqlash tavsiya etiladi [18, 54, 55, 70] Tavsiya C ning ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). *

Operatsiyadan keyingi davrda PYA uchun aralashuvni boshdan kechirgan bemorlarda qorin bo'shlig'i drenajlarini, nazogastral yoki nazointestinal zondni nazorat qilish va parvarish qilish, shuningdek ularni o'z vaqtida olib tashlash tavsiya etiladi [18, 54, 62, 64]. **Tavsiyasining ishonchlilik darajasi C** (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Drenajlarni nazorat qilish uning funksional qobiliyatini, chiqindilarning tabiati va hajmini aniqlashni, eksudat bo'lmagan taqdirda olib tashlashni o'z ichiga oladi. Chiqarish hajmi 50,0 ml dan ortiq bo'lsa, qorin bo'shlig'i xo'ppozi paydo bo'lishining oldini olish uchun drenajni olib tashlash tavsiya etilmaydi.

* PYa operatsiyasidan so'ng, keng tarqalgan peritonit va sepsisning og'ir shakllari mavjud bo'lganda, bemorlarni reanimatsiya bo'limida davolash tavsiya etiladi [61,65,66]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670398/>

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 2). * Operatsiyadan keyingi davrda asoratlarning rivojlanishiga shubha qilingan bemorlarga qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi (murakkab) yoki qorin bo'shlig'i organlarining KT tekshiruvi tavsiya etiladi [65, 66]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30670398/>

Tavsiyaning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 4). 4. Jarrohlik usulini tanlash. O'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketish va ularning teshilishi, oshqozon yarasi kasalligining asoratlari bo'lib, oshqozon yarasi tarixining davomiyligidan qat'i nazar, takroriy gemorragiya paydo bo'lishidan oldin radikal jarrohlik aralashuvning ko'rsatkichi sifatida qaralishi kerak. Qon ketayotgan simptomatik yaralarni jarrohlik yo'li bilan davolash patogenetik jihatdan asossizdir va faqat endogemostaz va farmakoterapiyaning samarasizligi bilan yakuniy gemostazga erishishga qaratilgan majburiy chora sifatida qaralishi kerak. Patogenetik asoslilik va radikallik nuqtai nazaridan qon ketishi bilan murakkablashgan o'n ikki barmoqli ichak yarasini jarrohlik yo'li bilan davolashning eng mos usuli oshqozon yarasi kamida 2/3 hajmda distal rezektsiya hisoblanadi. Shu bilan birga, oshqozon yarasi bilan oshqozonning kislota ishlab chiqarish funksiyasini etarli darajada inhibe qilish uchun oshqozonning kamida $\frac{3}{4}$

distal rezeksiya ko'rsatiladi; oshqozon yarasi bilan – oshqozonning kamida 2/3 distal rezeksiya.

Endoskopik qon ketishni to'xtatish yarali qon ketishi bo'lgan bemorlarni davolashda " oltin standart " bo'lib, 82-92% hollarda barqaror gemostazga erishishga imkon beradi. Qon ketishini to'xtatishning eng samarali endoskopik usuli bu qon ketayotgan tomirga klipsa qo'yish va argon-plazma koagulyatsiya. Endoskopik qon ketishni to'xtatishning boshqa usullari, masalan, oshqozon yarasi va gastroezofagial refluks kasalligini davolash uchun dori - darmonlarni qo'llash-plyonka hosil qiluvchi dorilar, polisakkarid gemostatik tizimdan foydalanish, elektrokoagulyatsiya, oshqozon yarasiga inyeksiya qilish asosiy usullar bilan birgalikda ishlatilishi kerak.

Bolalarda yarali qon ketish holatlari kam uchraydi. Kattalar populyatsiyasiga asoslangan ma'lumotlarga ko'ra, yarali qon ketishining qaytalanishi uchun xavf omillari:

- yaraning o'lchami 1 sm dan katta;
- oshqozon orqa devoridagi yaraning joylashishi;
- beqaror gemodinamika (qon ketish paytida qon bosimining pasayishi, so'ngra aylanma qon hajmini to'ldirish fonida ko'tarilish). [9,14].
- endoskopik gemostazning samarasizligi, teshilishning rivojlanishi, yaraning penetratsiya bilan shoshilinch operatsiya qilish kerak. S tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

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

In'eksion endoskopik gemostaz yoki termokoagulyatsiya juda samarali, ammo bu usullarning kombinatsiya yaxshi natijalarni beradi. Qon ketishining qaytalanish xavfi yuqori bo'lsa, endoskopik profilaktika va gemostazning istiqbolli usuli qon tomirlarini kiliplash. Qon ketishi takrorlansa, endoskopik gemostazni qayta o'tkazish tavsiya etiladi. Agar endoskopik gemostaz muvaffaqiyatsiz bo'lsa, jarrohlik aralashuv masalasini hal qilish uchun jarroh bilan maslahatlashish zarur [13,14].

Jarrohlik aralashuvi uchun ko'rsatmalar:

- Yara perforatsiyasi;
- Konservativ tarzda to'xtata olmaydigan yaradan qon ketishi;
- Konservativ davoga javob bermaydigan kuchli og'riq sindromi va katta kalyoz yaralar;
- Evakuatsiya funksiyasining jiddiy buzilishi bilan birga pilorusning stenozi;
- Yaqin atrofdagi organlarga yaraning penetratsiyasi;
- Yara malignizatsiyasi [1,4]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489318/>
- **Mutlaq qarshi ko`rsatmalar:**
- Gemorragik shok;
- qon aylanishining jiddiy etishmovchiligi bo'lgan yurak kasalliklari;
- yiringli peritonit;
- qorin bo'shlig'i organlarida ko'p sonli operatsiyalarvo`tkazganligi;
- nafas olish etishmovchiligi bo'lgan o'pka kasalliklari;
- qon ketishining buzilishi.

Nisbiy qarshi ko`rsatmalar:

- mahalliy diffuz peritonit;
- diafragma churralari;
- semirishning og`ir darajasi;
- oshqozon-ichak traktining rivojlangan saratoni;
- umumiy anestiziyaga qarshi ko`rsatmalar

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

Jarrohlikdan keyin yuzaga kelishi mumkin bo'lgan asoratlar. Ehtimoliy asoratlar bo'yicha statistik ma'lumotlar:

16 % – choklarning ajralishi;

11% holatlar-ichak tutilishi;

8 % – evakuatsiya buzilishi;

6 % – peritonit;

5 % – yutish qiyinligi;

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

3 % – infiltratlar;

3 % – yiringlash va xo'ppozlar.

Ushbu oqibatlarning oldini olish qiyin, chunki ko'p narsa jarrohning professionalligiga va bemorning tanasining umumiy holatiga bog'liq. Eng xavfli asoratlar ichki qon ketish va peritonitlardir, chunki hatto o'limga olib kelishi mumkin. Agar choklar ochilsa, yiringlash yoki infiltratlar paydo bo'lsa, operatsiya yana amalga oshiriladi. Yutishdagi qiyinchiliklar va evakuatsiyaning buzilishi ba'zi dorilar bilan bartaraf etilishi mumkin [8,9,14].

**MILLIY KLINIK PROTOKOL "OSHQOZON YARASI"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA PROFILAKTIKA, DISPANSERIZASIYA
VA REABILITASIYA**

Toshkent – 2025

Asosiy qism.

1.1. Kirish

Remissiya bosqichida oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarga uni saqlab qolish uchun profilaktika va rehabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish, bemorning iqlim zonasining sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurort davolash tavsiya etiladi [5]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlarga alevlenme susayganidan 2-3 oy o'tgach, 14-21 kun davom etadigan kurortda davolanish tavsiya etiladi. Sanatoriy - kurortda davolash loy va torf terapiyasi, ignabargli-dengiz vannalari, gidroksidi mineral suvlarni ichishni o'z ichiga olgan sanatoriylarda amalga oshiriladi [5]. H. pylori infeksiyasi bo'lgan barcha odamlar uchun kontrendikatsiyalar bo'lmasa, YaK va uning kuchayishini oldini olish uchun eradikatsiya terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [52]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28242110/>

Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C(dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
Sharh. Oshqozon yarasi rivojlanishida H. pylori infeksiyasining etakchi rolini tasdiqlash eradikatsiya terapiyasini ushbu kasallikning oldini olishning asosiy usuliga aylantirdi

- Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak zahari bilan og'rigan bemorlarni dispanser kuzatuvini har yili oxirgi kuchayganidan keyin 5 yil davomida o'tkazish tavsiya etiladi [5]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Bemorlarni keyingi boshqarish Oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlar dispanser tomonidan kuzatilishi kerak:

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

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

* Otorinolaringolog, tish shifokorining tekshiruvlari-yiliga 2 marta.

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

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

* EKG, qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi – tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lganda. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi B** (dalillarning ishonchlilik darajasi 2). (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

Dispanserizatsiya

Dispanser faoliyati	Tibbiy xizmatlarning nomi	SVP/SPP	MPTSP	Tekshiruvlarning minimal soni	Dispanser nazorati davri
Ekspert maslahati (shifokor)	1. Hamshira	+	+	1 yilda 2 marta rejalashtirilgan*	O'rtacha 5 yil
	2. Oilaviy shifokor / UASh	+	+		
	3. Gastroenterolog		+		
	4. Jarroh		+		
Laboratoriya sinovlari	1. To'liq qon ro'yxati	+	+	1 yilda 2 marta rejalashtirilgan*	O'rtacha 5 yil
	2. Siydikni tahlil qilish	+	+		
	3. Biokimyoviy qon tekshiruvi	+	+		

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

Instrumental tekshiruvlar	1. EGDFS		+	1 yilda 2 marta rejalashtirilgan	O'rtacha 5 yil
	2. Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi		+		
	2. Rentgen ko'krak / qorin bo'shlig'i		+		

Eslatma. *Jarrohlikdan so'ng yiliga 2 marta rejalashtirilgan EGDFSNI o'tkazish kerak. Vaqti-vaqti bilan tekshiruvlar paytida qo'shimcha instrumental tekshiruvlar o'tkazish tavsiya etiladi. * Ushbu tadqiqotlarni o'tkazish uchun bemor muntazam ravishda oilaviy shifokor yoki gastroenterologning tavsiyasi bilan mintaqaviy/ko'p tarmoqli markazlarga yuboriladi.

2.1 PROFILAKTIKA USULLARI VA PROSEDURALARI.

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

OYAK uchun birlamchi profilaktika kasallikning oldini olishga qaratilgan:

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

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

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

* Gormonal kasalliklarning oldini olish va davolash. * Dozalangan jismoniy faoliyat, kun tartibini oqilona tashkil etish.

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

* *Helicobacter pylori* infeksiyasining oldini olish-individual idishlar, sochiqlardan foydalanish. [12,13,15] OYAK uchun ikkilamchi profilaktika allaqachon oshqozon yarasi tashxisi qo'yilgan bemorlarga qaratilgan bo'lib, takrorlanish va asoratlar ehtimolini kamaytirishga, oshqozon yarasining progressiv rivojlanishining oldini olishga yoki sekinlashtirishga qaratilgan. Ikkilamchi profilaktika jarayonida vaqti-vaqti bilan yuzaga keladigan "norma"dan og'ishlarni tuzatish muhimdir.

Shu sababli, ushbu bosqichda aholini majburiy tibbiy ko'rikdan o'tkazish, xavf ostida bo'lgan bemorlarni muntazam tibbiy ko'rikdan o'tkazish ahamiyati ortib bormoqda:

- * Sanatoriy-kurortni davolash.
- * Kuz va bahorda relapsga qarshi terapiya bo'yicha muntazam kurslar.
- * Yaraga qarshi parhezga qat'iy rioya qilish.
- * Relapsni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan kasalliklar va surunkali infeksiya o'choqlarini tiklash.
- * Tibbiy muassasada oshqozon yarasi holatini muntazam ravishda kuzatib borish.
- * Psixologik qulaylik juda muhim: ba'zida stress va asab kasalliklari ham kasallikning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Skrining (skrining) – anamnez, fizik va laboratoriya tekshiruvlari orqali bemorda ilgari tan olinmagan kasallik yoki xavf omilini aniqlash. Skrining ko'plab birlamchi profilaktika choralari va barcha ikkilamchi profilaktika choralarining bir qismidir. Oshqozon yarasi kasalligiga kelsak, skrining kasallikning rivojlanishining dastlabki (klinikadan oldingi) bosqichlarida (ikkilamchi profilaktika) kasallikni aniqlash uchun aholini ommaviy tekshirish uchun ishlatiladi. Birlamchi diagnostika uchun H. pylori-HP mavjud bo'lganda ureaz, serologik va gistologik diagnostika usullaridan foydalanish mumkin.

O'zbekistonda HP infeksiyasining tarqalishi yuqori bo'lganligi sababli, serologik usul H. pylori - HPning birlamchi diagnostikasi uchun skrining vazifasini o'tashi mumkin. Oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarda allaqachon yuzaga kelgan asoratlarni kamaytirishga qaratilgan uchinchi darajali profilaktika shakli va mazmuni jihatidan ikkilamchi holatga juda yaqin. Ushbu tibbiy profilaktika bemorning nogironligini tiklash va oldini olish bo'yicha bir qator chora — tadbirlarni o'z ichiga oladi va ilmiy yo'nalish sifatida u faol hayot davomiyligini oshirish yo'llarini izlaydi. [12,15].

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

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

- **Oshqozon yara kasalligining birlamchi profilaktikasi** - kasallikning oldini olishga qaratilgan:
- Og'iz gigienasiga rioya qilish, tish va milklarni o'z vaqtida davolash. Kasal tishlar infeksiya uchun kirish eshigi bo'lib, bundan tashqari, kasal tishlar ovqatni to'g'ri chaynash imkoniyatini bermaydi, bu esa oshqozonga ko'proq yuk olib keladi.
- To'g'ri rejim va parhezni tashkil qilish. Siz har kuni bir vaqtning o'zida ovqatlanishni odat qilishingiz kerak. Bundan tashqari, dudlangan go'sht, haddan tashqari o'tkir, achchiq va sho'r ovqatlarni dietadan chiqarib tashlash yoki foydalanishni cheklash tavsiya etiladi. Gazlangan ichimliklar, juda issiq yoki aksincha, juda sovuq ovqatlar ham chiqarib tashlanishi kerak.
 - Vitamin etishmasligining oldini olish.
 - Yomon odatlardan voz kechish (chekish, spirtli ichimliklarni iste'mol qilish).
 - Gormonal kasalliklarning oldini olish va davolash.
 - Jismoniy faoliyatni nazorat qilish, kun tartibini oqilona tashkil etish.
 - Dori-darmonlarni tez-tez qabul qilishdan bosh tortish (iloji bo'lsa), ayniqsa tizimsiz qabul qilish va dori-darmonlarni o'z-o'ziga tayinlash.
 - *Helicobacter pylori* infeksiyasining oldini olish-faqat oz` idishlarini ishlatish, o`z sochiqlaridan foydalanish. [12,13,15]
- **Oshqozon yarasining ikkilamchi profilaktikasi** - allaqachon oshqozon yarasi tashxisi qo'yilgan bemorlarga qaratilgan bo'lib, takrorlanish va asoratlar ehtimolini kamaytirishga, oshqozon yarasining progressiv rivojlanishining oldini olishga yoki sekinlashtirishga qaratilgan. Ikkilamchi profilaktika jarayonida vaqti-vaqti bilan yuzaga keladigan "norma"dan og'ishlarni tuzatish

muhimdir. Shu sababli, ushbu bosqichda aholini majburiy tibbiy ko'rikdan o'tkazish, xavf ostida bo'lgan bemorlarni muntazam tibbiy ko'rikdan o'tkazish ahamiyati ortib bormoqda:

- Sanatoriy-kurortda davolanish.
- Kuz va bahor faslida qayralanishga qarshi terapiya bo'yicha muntazam kurslar.
- Yaraga qarshi parhezga qat'iy rioya qilish.
- Relapsni keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan kasalliklar va surunkali infeksiya o'choqlarini tiklash.
- Tibbiy muassasada oshqozon yarasi holatini muntazam ravishda kuzatib borish.
- Psixologik qulaylik juda muhim: ba'zida stress va asab kasalliklari ham kasallikning rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Skrining (screening) – anamnez, fizik va laboratoriya tekshiruvlari orqali bemorda ilgari tan olinmagan kasallik yoki xavf omillarini aniqlash. Skrining ko'plab birlamchi profilaktika choralari va barcha ikkilamchi profilaktika choralarinin bir qismidir. Oshqozon yarasi kasalligiga kelsak, skrining kasallikning rivojlanishining dastlabki (klinikadan oldingi) bosqichlarida (ikkilamchi profilaktika) kasallikni aniqlash uchun aholini ommaviy tekshirish uchun ishlatiladi.

Birlamchi diagnostika uchun H. pylori-HP mavjud bo'lganda ureaz, serologik va gistologik diagnostika usullaridan foydalanish mumkin. O'zbekistonda HP infeksiyasining tarqalishi yuqori bo'lganligi sababli, serologik usul H. pylori - HP ning birlamchi diagnostikasi uchun skrining vazifasini o'tashi mumkin.

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

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

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

Maqsadlar:

- * oshqozon yarasi va asoratlarning rivojlanishining oldini olish;
- * 12B.I. funktsiyasini saqlash/tiklash;
- * og'riq sindromini to'xtatish;
- * hayot sifatini yaxshilash;

Operatsiyadan keyingi davrda qabul qilingan suyuqlik va oziq-ovqat chastotasi va hajmining bosqichma-bosqich o'sishi bilan erta enteral ovqatlanish tavsiya etiladi [11, 18, 19]. **Tavsiyaning ishonchlilik darajasi B** (dalillarning ishonchlilik darajasi 2). Sharh. Suyuqlikni cheklangan miqdorda (500 ml gacha) qabul qilish, qoida tariqasida, operatsiyadan keyingi kun, 2-3 kundan boshlab ruxsat etiladi. Ichish rejimi cheklovlarisiz.

Ovqatlanishning boshlanishi, qoida tariqasida, operatsiyadan keyingi 2-3 kunga to'g'ri keladi, har 2-3 soatda 0A va 0B dietali stol mahsulotlarining cheklangan qismlarida ovqatlanishga ruxsat beriladi, asta-sekin stol 6-7 kunga qadar 1a-sonli parhez asosida kuniga 6 marta ovqatlanishga qadar kengayadi sutdagi idishlar bundan mustasno [11, 18].

Yumshoq dietaning davomiyligi terapiya samaradorligiga bog'liq, vaziyatni yaxshilash bilan parhez kengayadi, dietani kengaytirish bilan 1-jadvalni almashtirish mumkin, siz 5-jadvaldan ham foydalanishingiz mumkin. Jarrohlik muolajasidan so'ng oshqozon yarasi bilan og'riqan bemorlarga H. pylori ni aniqlashga qaratilgan diagnostika tadqiqotlarini o'tkazish tavsiya etiladi (diagnostika bo'limiga qarang) va YaKning qaytalanishi va uning asoratlarini oldini olish uchun eradikatsiya va parvarishlash terapiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [19, 21, 24]. **Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A** (dalillarning ishonchlilik darajasi 1). Sharh. Jarrohlik davolashning bajarilgan bosqichi oshqozon yarasining jarrohlik asoratlari, birinchi navbatda qon ketish xavfini kamaytirmaydi, shuning uchun bemor to'liq davolanmaguncha kasallikni

konservativ davolash kursini davom ettirish muhimdir.

* Piloroduodenal stenoz va teshilish/penetratsiya belgilari bo'lmagan oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarga uni bartaraf etish uchun endoskopik balon kengayishini o'tkazish tavsiya etiladi [26]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

* Agar endoskopik balon kengayishi samarasiz bo'lsa, piloroplastika va drenaj operatsiyalari tavsiya etiladi [26]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharhlar: piloroduodenal stenozli bemorlarni jarrohlik yo'li bilan davolash uchun ko'rsatmalar uning kompensatsiya darajasi, shuningdek bemorlarning ahvoli bilan belgilanadi. Endoskopik balon kengayishi faqat subkompensatsiyalangan stenozli va o'n ikki barmoqli ichakning old devori bo'ylab chandiq lokalizatsiyasi bo'lgan bemorlarda mumkin. Ushbu endoskopik qo'llanma ko'pincha vaqtinchalik muvaffaqiyat keltiradi va stenozning yuqori takrorlanish darajasi bilan birga keladi.

Remissiya bosqichida oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lgan bemorlarga uni saqlab qolish uchun bemorning iqlim zonasidagi sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurort davolash tavsiya etiladi [5]. **Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi C**(dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Sharh. Oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlar uchun alevlenme pasayganidan 2-3 oy o'tgach, 14-21 kun davom etadigan sanatoriy-kurortni davolash tavsiya etiladi. 61 sanatoriy-kurort davolash Doroxovo, Essentuki, Jelesnovodsk va boshqa sanatoriylarda amalga oshiriladi va loy va torf terapiyasi, ignabargli - dengiz vannalari, gidroksidi mineral suvlarni ichishni o'z ichiga oladi [5].

Sanatoriy-kurortni davolash. Sanatoriy-kurort davolashning davomiyligi 14-21 kun. Reabilitatsiyaning dastlabki davrida mahalliy sanatoriylarga ustunlik berish kerak. Doimiy klinik remissiya shakllanishi bilan yashash joyidan uzoq bo'lgan sanatoriylarda kurortda davolanishga murojaat qilish mumkin.

Fizioterapiya mashqlarini (mashqlar terapiyasi) ko'rib chiqish tavsiya etiladi. Qorin bo'shlig'idagi qon va limfa aylanishini yaxshilash uchun qizilo'ngach, oshqozon, 12B.I. kasalliklari uchun fizioterapiya mashqlari; oshqozon va 12B.I.

motorikasini normallashtirish, ovqat hazm qilish jarayonlarini sekretor va neyrogumoral tartibga solish; kontrendikatsiyalar bo'lmagan taqdirda oshqozon shilliq qavatidagi reparativ jarayonlar uchun qulay sharoit yaratish [13].

Jismoniy mashqlar terapiyasining vazifasi:-Markaziy asab tizimining ohangini va kortiko - visseral munosabatlarni normallashtirish, psixo-emotsional holatni yaxshilash; o'n ikki barmoqli ichak va boshqa ovqat hazm qilish organlarida qon va limfa aylanishini, metabolik va trofik jarayonlarni faollashtirish; regenerativ jarayonlarni rag'batlantirish va oshqozon yarasini davolashni tezlashtirish; oshqozon mushaklarining spazmini kamaytirish; ichakning sekretor va motor funksiyalarini normallashtirish; tiqilib qolish va yopishqoqlikning oldini olish qorin bo'shlig'idagi jarayonlar. Terapevtik massaj Markaziy asab tizimining qo'zg'alishini kamaytirish, avtonom asab tizimining faoliyatini yaxshilash, oshqozon va oshqozon-ichak traktining boshqa qismlarining motor va sekretor faoliyatini normallashtirish uchun buyuriladi; qorin mushaklarini kuchaytirish, tanani mustahkamlash. Segmental refleks va klassik massajdan foydalaning. D9-D5, C7-C3 paravertebral zonalariga ta'sir qiladi. Shu bilan birga, oshqozon yarasi bo'lgan bemorlarda ushbu zonalar faqat chap tomonda, oshqozon yarasi esa ikkala tomonda massaj qilinadi. D2-C4 yoqa zonasining bir qismi, oshqozon ham massaj qilinadi. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Jismoniy mashqlar terapiyasining samaradorligini aniqlash uchun bemorni doimiy ravishda kuzatib borish, uning holatini, ishlatilgan mashqlarning ta'sirini, individual mashg'ulotni, davolanishning ma'lum bir davrini aniqlash. Funktsional holat bo'yicha maxsus tadqiqotlar ham muhim ahamiyatga ega bo'lib, ular bemorga ob'ektiv baho beradi, uning individual xususiyatlari, jismoniy faoliyatga moslashish [6,9]. Oshqozon yarasi uchun mashqlar terapiyasining samaradorligini hisobga olish uchun quyidagilar qo'llanilishi mumkin:

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

- * puls va qon bosimini nazorat qilish;

- * shtanga va Genchining nafas olish namunalari;

* tana vaznini dinamik boshqarish. Tana vazni tibbiy tarozida tortish orqali aniqlanadi.

Jismoniy mashqlarning ijobiy ta'siri bilan sub'ektiv hislar yo'qoladi, ishtaha va najas normallasadi, puls ingichka bo'ladi, shtangani sinash vaqti uzayadi, bemorlarning tana vazni barqarorlashadi.

LH samaradorligini baholashda bemorning farovonligi juda muhim rol o'ynaydi. Uyqusizlik paydo bo'lganda, ishtahaning yomonlashishi, qorin bo'shlig'ida og'riq paydo bo'lishi, ichak funksiyasining buzilishi, jismoniy mashqlar terapiyasi vositalari va shakllarini to'g'ri tabaqalashtirilgan tanlash uchun bemorni diqqat bilan tekshirish kerak. Shaxsiy darsning samaradorligini aniqlash uchun tibbiy va pedagogik kuzatuvlar o'tkaziladi. Eng muhimi, ushbu darsda terapevtik vazifalar qanday hal qilinganligini, jismoniy faollik bemorning imkoniyatlariga mos keladimi yoki yo'qligini, jismoniy mashqlar terapiyasi mashg'ulotlariga uning individual reaksiyalari qanday ekanligini aniqlashdir. Jismoniy mashqlar terapiyasi darsidagi ushbu savollarni aniqlashtirish uchun yurak urish tezligini o'zgartirish uchun fiziologik egri chiziq va darsning zichligi aniqlanadi. Kuzatishlar paytida charchoqning tashqi belgilariga, og'riq paydo bo'lishiga, mashqlarni bajarish qobiliyatiga e'tibor qaratiladi. Kuzatuvlarga asoslanib, mashg'ulot metodologiyasini o'zgartirish kerak, masalan, jismoniy mashqlar dozasini kamaytirish. Ko'pgina hollarda, jismoniy mashqlar ozgina charchoqni keltirib chiqarishi kerak, bu terining qizarishi, bug'lanishi, nafas olish tezligining oshishi bilan tavsiflanadi. Shovqinli nafas qisilishi, o'tkir zaiflik, muvofiqlashtirish va muvozanatning buzilishi, bosh aylanishi, jismoniy mashqlar tuzilishining o'zgarishi bilan birga og'riq va ortiqcha ish paydo bo'lishiga yo'l qo'ymaslik kerak. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

6. Profilaktika turlarini aniqlash mezonlari

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

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

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

7. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari

Reabilitatsiyaning I bosqichi-yumshoq vosita rejimi (2-4 kun) boshlanish-statsionar havolada

Reabilitatsiyaning II bosqichi-yumshoq mashg'ulot rejimi (6-9 kun) - ambulatoriya sharoitida.

III bosqich-mashg'ulot davri (15-20 dars yoki undan ko'p) - reabilitatsiya markazi-sanatoriya

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

* Bemorning fizik tekshiruvi

* EGDFS;

9. Profilaktik chora-tadbirlar samaradorligi ko'rsatkichlari

Xalqaro o'lchovlarga muvofiq, faoliyat, hayot va sog'liqning xalqaro tasnifiga ko'ra, profilaktika tadbirlarining samaradorligi remissiya davomiyligi, bemorlarda og'riqning yo'qligi, shuningdek har 6 oyda bir marta profilaktik EGDFS bilan belgilanadi.

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

10. Protokolning tashkiliy jihatlari:

1) manfaatlar to'qnashuvi yo'qligi to'g'risida ma'lumot: yo'q.

2) ekspertlar ma'lumotlari (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassislari);

3) protokolni qayta ko'rib chiqish shartlarini ko'rsatish: uni ishlab chiqqandan keyin 3 yoki 5 yil o'tgach yoki dalillar darajasi bilan yangi usullar mavjud bo'lganda.

Foydalanilgan adabiyotlar ro'yxati:

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, Biffi 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. Soreide 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. Ревিশвили 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 «ТриадaX», 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