

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
“АКАДЕМИК В.ВОҲИДОВ НОМИДАГИ РЕСПУБЛИКА
ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ХИРУРГИЯ ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ” ДМ**

**"ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

«ТАСДИКЛАЙМАН»
“Академик В.Вохидов номидаги
РИХИАТМ” ДМ директори
С.И. Исмаилов



[Signature] 2025 йил

"ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Тошкент – 2025

"ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ"
НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

1. КИРИШ ҚИСМИ

1) МКБ-10 ва МКБ- 11 кодлари:

МКБ-10	
K26	Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги
K26.0	Ўткир қон кетиш асорати билан
K26.1	Ўткир перфорация асорати билан
K26.2	Ўткир қон кетиш ва перфорация асоратлари билан
K26.3	Ўткир қон кетиш ва перфорация асоратларисиз
K26.4	Сурункали ёки аниқ эмас қон кетиш асорати билан
K26.5	Сурункали ёки аниқ эмас перфорация асорати билан
K26.6	Сурункали ёки аниқ эмас қон кетиш ва перфорация асорати билан
K26.7	Сурункали ёки аниқ эмас қон кетиш ва перфорация асоратларисиз
K26.9	Ўткир деб аниқлаштирилмаган ёки сурункали қон кетиш ва перфорация асоратларисиз
	https://mkb-10.com/index.php?pid=10126

МКБ-11	
DA63	Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги
DA63.0	Ўн икки бармоқли ичак эрозияси
DA63.1	Helicobacter pylori билан боғлиқ 12б.и. яраси
DA63.2	Helicobacter pylori ва дори-дармон қабул қилиш билан боғлиқ 12б.и. яраси
DA63.3	Стресс билан боғлиқ 12б.и. яраси
DA63.4	Эозинофилия сабабли 12б.и. яраси
DA63.5	Ташқи таъсир сабаблар туфайли пайдо бўлган 12б.и. яраси
DA63.6	Инфекция сабабли пайдо бўлган 12б.и. яраси
DA63.Y	Бошқа аниқлаштирилган 12б.и. яраси
DA63.Z	Бошқа аниқлаштирилмаган 12б.и. яраси
	https://mkb11.online/113770#subitems

Таб.№1 МКБ-10 ва МКБ-11 кодлари.

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 30 май 2025 йил, 2028 йил қайта кўриб чиқиладиган сана ёки янги асосий далиллар

мавжуд бўлганда. Такдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса "академик В. Вахидов номидаги РИХИАТМ" Давлат муассасаси хисобланади.

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

Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси:

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

Рецензентлар:

Рецензентлар:	Махмудов Улугбек Махмуджанович – “Академик В.Вохидов номидаги РИХИАТМ” ДМ 2-сонли гепатобилиар жаррохлик ва жигар трансплантацияси бўлими катта илмий ходими т.ф.д.
	Маликов Мирзобадал Халиваевич – Давлат таълим муассаси академик Н.У. Усмонов номидаги “Абу Али ибн Сино Тоҷик давлат тиббиёт университети” 2-сонли жаррохлик касалликлари кафедраси мудири, т.ф.д., доцент.

Муҳокамалар ўтказилганда (тиббиёт муассасалари илмий Кенгашлари муҳокамаси баённомасидан кўчирма санаси ва сони): "Академик В. Вохидов номидаги РИХИАТМ" ДМ 3-сонли илмий Кенгашининг 15 март 2025 йил протоколидан кўчирма.

Техник экспертни баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ 1-сонли гепатобилиар жарроҳлик ва жигар трансплантацияси бўлими бошлиғи, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош жарроҳи, т.ф.д. профессор Акбаров Миршавкат Миралимович.
2. “Академик В.Воҳидов номидаги РИХИАТМ” ДМ катталар юрак жарроҳлиги бўлим бошлиғи, тиббиёт фанлари доктори, профессор - Алиев Шерзод Махмудович.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган. Клиник протоколларнинг мақбуллиги ва амалиётда қўлланилишини баҳолаш Тошкент шаҳри ва Тошкент вилояти соғлиқни сақлашнинг амалий даражаси вакиллари билан биргаликда ўтказилди.

Амалиётчилар:

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

Протокол фойдаланувчилари:

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

- болалар жарроҳлари
- терапевтлар
- педиатрлар
- гастроэнтерологлар

Ушбу нозологияда беморлар тоифаси катталар ва болалардир.

Тавсияларнинг синфлар бўйича бўлиниши

Тавсия синфи	Таърифи	Маъноси
I	Даволаш/текшириш/аралашувларнинг ўзига хос усуллари фойдали ва самарали эканлиги ёки умуман қабул қилинганлиги исботланган ва потенциал фойда потенциал хавф билан солиштирганда аниқ ва ундан сезиларли даражада ошади.	Тавсия қилинади
II	Муайян даволаниш/текширув/аралашувнинг афзалликлари/самарадорлигига ва/ёки қарама-қарши фикрга зид бўлган маълумотлар ёки фойда ҳақида ноаниқлик / хатарлар.	Тавсия қилса бўлади
IIa	Маълумотлар / фикрларнинг аксарияти афзалликларни/самарадорликни кўрсатади.	
IIb	Маълумотлар / фикрлар фойда самарадорликнинг камроқлигини билдиради.	Жуда эҳтиётлик билан
III	Муайян даволаш/ текшириш/ процедура / аралашув ёки фойдали /самарали бўлмаган ёки потенциал хавф потенциал фойдадан устун бўлган ягона фикр ҳақида маълумот билдирилса.	Тавсия қилинмайди

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

ДИД	Даражанинг таснифи
------------	---------------------------

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

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

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

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

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

Протоколда ишлатиладиган қисқартмалар:

АОС	Абдоминал оғриқли синдром
АБ	Артериал босим
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
КАФ	Кислороднинг актив формалари
ТУТ	Тезкор уреаз тести
ВНТ	вегетатив нерв тизим
ОХҚТ	Овқат хазм қилиш трактини тепа қисми
ЎБИ	Ўн икки бармоқли ичак
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти
ПНИ	Протон насос ингибитори

ЛФК	Даволовчи жисмоний тарбия
НЯҚД	ностероид яллиғланишга қарши дорилар
<i>H. pylori</i>	<i>Helicobacter pylori</i>
РКТ	Рамдомизлашган клиник тадқиқот
ШҚ	Шиллик қават
УТТ	Ультратовуш текширув
ЭГДФС	эзофагогастроуденоскопия
ЭКГ	электрокардиография
ЭхоКГ	эхокардиография
ЯК	Яра касаллиги
ЎБИЯК	Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги
ОЯК	Ошқозон яра касаллиги
CMV	цитомегаловирус (5-тип герпес-вирус)
EBV	Эпштейн-Барр вируси (4-тип герпес-вирус)
HHV 1 тип	1-тип одам герпес-вируси
HHV 2 тип	2-тип одам герпес-вируси

Таб.№2 қисқартмалар рўйхати

Мундарижа

<u>"ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....</u>	5
<u>"ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ</u>	29
<u>"ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ...41</u>	41

2. АСОСИЙ ҚИСМ.

2.1. Кириш

Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги (12-БИЯК) профилактика ва терапевтик диагностика усулларини такомиллаштиришга қарамай, ошқозон-ичак трактининг энг кенг тарқалган касалликларидан бири бўлиб қолмоқда [2,5]

Ушбу муаммонинг аҳамияти асосан унинг кенг тарқалганлиги билан боғлиқ ва аҳоли орасида 5-10% одамларда учрайди. Хусусан, 12-БИЯК дунё аҳолисининг 6-10 фоизида аниқланган. Касаллик еркакларда анча кенг тарқалган: еркаклар ва аёллар орасида ошқозон ярасида 2:1 нисбатда ва ўн икки бармоқли ичак ярасида 4: 1 нисбатда. 20 ёшдан кейин еркакларда юқори касалланиш ва 40 ёшга келиб сезиларли пасайиш билан ошқозон яраси касаллигининг аниқ жинсий диморфизми, худди шу ёшдаги аёлларда касалланиш даражасининг parallel равишда ошиши, шубҳасиз иштирок этишини кўрсатиши мумкин. репродуктив тизимнинг гормонал алоқаси генезисида [3, 11].

Ёш гуруҳларида ўн икки бармоқли ичак яраси 25 ёшдан 50 ёшгача, ошқозон яраси еса 40 ёшдан 60 ёшгача учрайди. Натижада, ошқозон ярасининг клиник кечиши туфайли турли ёшдаги беморларда ўн икки бармоқли ичак ярасини ташхислашда баъзи ўзига хос хусусиятлар бўлиши мумкин. Сўнгги йилларда НПВП истеъмол қилишнинг кўпайиши туфайли ярали қон кетишини аниқлаш частотасининг ошиши билан асоратланмаган ошқозон яраси касаллиги учун касалхонага ётқизиш частотасини камайтириш тенденцияси кузатилмоқда [4].

2.2. Таърифи:

Ўн икки бармоқли ичак яраси (12-БИЯК) - бу ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватининг деворида ярали нуқсонларнинг шаклланиши ва асоратларнинг ривожланиши билан намоён бўладиган сурункали такрорий мултифакториал касаллик. [5]

2.3. Клиник таснифи:

12-БИЯК нинг умумий қабул қилинган таснифи мавжуд эмас. Аввало, Н. рӯлогі инфекциясининг мавжудлиги ёки йўқлигига қараб, ЯБ изоляция қилинади, боғланади ва Н. рӯлогі инфекцияси билан боғлиқ эмас. Охирги шакл баъзан идиопатик деб ҳам аталади. ЯБ, шунингдек, бошқа касалликлар фонидан юзага келадиган ва махсус этиологик ва патогенетик омиллар билан боғлиқ бўлган мустақил касаллик (муҳим ошқозон яраси) ва симптоматик ўн икки бармоқли ичак яраси (доривор, "стрессли", эндокрин патологияда, ички органларнинг бошқа сурункали касалликларида) сифатида ажралиб туради. ривожланиш [7].

Маҳаллийлаштиришга қараб, ўн икки бармоқли ичакнинг яралари-лампочка, постбулбар бўлими, шунингдек ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг Бирлашган яралари ажратилади. Бундай ҳолда, ошқозон яраси кичик ёки катта егриликда, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг олд ва орқа деворларида жойлашган бўлиши мумкин [4].

Ярали шикастланишлар сонига кўра битта ва кўп яралар ажратилади ва ярали нуқсоннинг катталигига қараб кичик (диаметри 0,5 см гача) ва ўрта (диаметри 0,6–1,9 см) ўлчамдаги яралар, катта (диаметри 2,0 - 3,0 см) ва гигант (диаметри 0,0 см) диаметри 3,0 см дан ортиқ) яралар. Ташхис касалликнинг босқичини кўрсатади: алевленме, чандиқ ("қизил" ва "оқ" чандиқнинг эндоскопик тасдиқланган босқичи) ва ремиссия, шунингдек, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг мавжуд сисатрисиял яра деформацияси [8].

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

Ярани тури	Сабаби	Клиник белгилари
Стрессли (шиллик қаватнинг ишемияси туфайли) Ошқозонда жойлашади	Травма, шу жумладан травматик мия шикастланиши (Кушинг яралари), куйишлар (Курлинг яралари), шок, музлаш ва бошқалар.	Оғриқ синдроми кўпинча йўқ, биринчи белги ўткир қон кетиш, камроқ перфорация бўлиши.
Доривор (Простогландин ва шилимшиқ ишлаб чиқаришнинг бузилиши, регенерация ставкаларининг пасайиши туфайли)	Ностероидлар, тизимли кортикостероидлар, ўсмага қарши дорилар (ситостатиклар) ва бошқалар билан даволаш	Улар кўпинча асимптоматик бўлиб, тўсатдан қон кетиш билан намоён бўлади. Баъзан зарда, эпигастрал оғриқ, кўнгил айнаши билан бирга бўлади
Эндокрин	Қандли диабет (субмукозал қатлам томирлари микроангиопатия турига қараб ўзгаради, трофик жараёнлар даражаси пасаяди)	Улар ошқозонда жойлашади, асимптоматикдир ва баъзида қон кетиш билан асоратланади
	Золлингер-Эллисон синдроми (аниқ гиперацидлик аниқланади, қон зардобида гастрин кўпаяди)	Бу жуда оғир курсга эга, ошқозон ярасининг кўп жойда жойлашган, доимий диарея.
	Гиперпаратиреоз	Касаллик ўБИда кўпроқ аниқланади, тез-тез рецидив беради, кечиши қон кетиш ва тешилишга мойнлиги бор, паратироид беzi функциясининг ошиши белгилари характерлидир: мушакларнинг кучсизлиги, суяк оғриғи, чанқоқлик, полиурия.

Гепатоген (портал венада қон оқимининг бузилиши, жигарда гистамин инактивациясининг бузилиши, трофик ва микросиркуляция касалликлари)	Жигар циррози, сурункали гепатит	Улар кўпинча ошқозонда, камроқ УБИда жойлашади. Клиник кўриниш одатда билинмиди ва атипик, яраларни даволаш қийин ва улар даволашга торпидлиги билан фарқланади
Панкреатоген (кининлар ва гастрин чиқарилишини кўпайтирганда бикарбонатларни ичакка қабул қилишнинг бузилиши)	Панкреатит	Улар одатда УБИ-да жойлашган бўлади. Яралар озиқ-овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ аниқ оғриқ синдроми билан тавсифланади. Ярали жараённинг кечиши доимий, аммо асоратлар кам учрайди.
Гипоксик (узқ муддатли ошқозон гипоксияси)	Ўпка ва юрак-қон томир тизимининг сурункали касалликлари	Клиник белгилари яққол бўлади, қон кетишга мойнлиги юқори

https://www.lspbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektsii/gastroenterology3.pdf?ysclid=lucl01dmpe823299172

Таб.№3 Яралар турлари.

3. ДИАГНОСТИКА УСУЛЛАРИ, ЁНДАШУВЛАРИ ВА ПРОЦЕДУРАЛАРИ

I. Асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати.

1. Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари:

- Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар бўлмаса, ташхисни тасдиқлаш учун 12 БИЯК шубҳа қилинган барча беморларга эзофагогастроуденофиброскопия (ЭГДФС) тавсия этилади. (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

2. Амбулатория даражасида ўтказилган қўшимча диагностика текширувлари:

- * 12 БИЯК билан оғриган барча беморларга анемияни (гемоглобин, гематокрит, эритроцитлар, тромбоцитлар) комплекс ташхислаш мақсадида жойлаштирилган умумий (клиник)қон текширувидан ўтиш тавсия этилади.;

* Темир танқислиги/камқонлиги бўлган 12 БИЯК билан оғриган беморларга яширин қон кетишини аниқлаш учун яширин қон учун нажас тестини ўтказиш тавсия этилади; (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

3. Шошилинч касалхонага ётқизиш пайтида ва тестлар ўтказилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақтдан кейин стационар даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностик текширувлар:

- УҚА;
- УПА;
- Қоннинг биохимик анализи (умумий билирубин, тўғри ва нотўғри билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, мочевино, креатинин, электролитлар, қон глюкозаси);
- коагулограмма (АЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);
- қон гурухи ва резус фактори;
- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- Спирография;
- Қонни ОИВ-га анализи;
- Гепатит В ва С тахлили;

Вассермана синамаси.

(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

4. Фавқулудда касалхонага ётқизилган тақдирда ва ТБ нинг буйруғига биноан анализлар топширилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақтдан кейин стационар даражасида қўшимча диагностика текширувлари ўтказилади:

- Қорин бўшлиғи УТТ;
- ЭГДФС биопсия олиш билан;
- Кўкрак қафаси рентгеноскопияси;
- Ошқозон-ичак тизимини барий билан рентген-контраст текшируви;

- Қорин бўшлиғини МСКТ текшируви.
(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

5. Шошилиш тиббий ёрдам босқичида амалга ошириладиган диагностика чоралари:

- Шикоятларни тўплаш, касаллик ва ҳаётини анамнези;
- Физикал текширув;
- ЭКГ.

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

* Қорин оғриғи. 12 БИЯК нинг одатдаги курсидаги оғриқ жуда кучли, асосан эпигастрал ва параумбиликал минтақаларда локализация қилинади, мунтазам равишда пайдо бўлади. Оғриқ тунги, " оч " характерни олади. Оғриқ ерта (30-60 дақиқа овқатдан кейин пайдо бўлади) ва кеч (овқатдан 2-3 соат ўтгач) бўлиши мумкин. Оғриқнинг табиати оғриқдан кесиш ва пароксизмалгача ўзгариши мумкин ва кўпинча ижобий Менделиялик симптом аниқланади.

* Касалликнинг атипик курсида (кўпинча ёшроқ ёшда) АБС нинг пайдо бўлиши ва ўзгариши аниқланмайди, диспептик шикоятлар бўлмаслиги мумкин, нхдпс клиник кўриниши кўкрак оғриғи, холецистит, панкреатит, жигар ёки буйрак коликаси "ниқоби" остида давом этади.

12 БИЯК ги ичак диспепсияси қусиш, овқатдан кейин эпигастрал минтақада оғирлик ёки босим ҳисси, қичишиш, кўнгил айниш, эпигастриумда ёниш ва ошқозон ёниши шаклида намоён бўлади.

* Иштаҳанинг пасайиши, жисмоний ривожланишнинг кечикиши, шунингдек, ич қотиши ёки беқарор ахлатга мойиллик. Касалликнинг ривожланиши, шунингдек, АБС нинг давом етиши ҳиссий лабилликнинг кучайиши, уйқу бузилиши, чарчоқнинг кучайиши ва астеник ва депрессив синдромларнинг бошқа кўринишлари билан бирга келади
(<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>) .

1. Беморнинг анамнези ва шикоятлари:

- Оч қоринга тез-тез эпигастринум, плородуоденал зонасида оғриқ бўлиши, овқатдан қабул қилганлан кейин оғриқ пасайиши; диспептик синдроми (кўнгил айнаши, қусиш, зарда, кекириш ва хоказо).
- Ярали анамнез.
- Наслий мойнлик.
- Овқатланиш характери (диетани бузиш, аччиқ, дудланган, ковурилган овқатлар, газланган ичимликлар, қуруқ овқатланиш);
- НЯҚД, ГКС, аналгетиклар. [12]

2. Физикал текширув:

Умумий кўрик:

Етакчи клиник симптом: эпигастрал минтақада ва ўрта чизикнинг ўнг томонида, киндикка яқинроқ сохада оғриқ; кўпинча орқа, пастки орқа, ўнг елка, елка пичоғи, эпигастрал минтақага тарқалади.

- Оғриқлар характери бўйича: хуржсимон, ўткир, кесувчи.
- Оғриқ овқатдан сўнг дарҳол пайдо бўлади (ошқозоннинг кардиа ва субкардиал қисмлари яраларида), овқатдан ярим соатдан бир соатгача (ошқозон танасининг яраларида).
- Пилорик бўлим ва ўн икки бармоқли ичак пиёзчасининг яраларида оғриқ одатда кечроқ кузатилади (овқатдан 2-3 соат ўтгач), оч қоринга оғриқ бўлиши. Тунги оғриқлар кўпинча қайд этилади. Оғриқнинг "Мойнинган" ритми: очлик-оғриқ-овқатланиш-енгиллик.
- Антацидлар, антисекретор ва спазмолитик дориларни қабул қилиш ва иссиқликни қўллашдан кейин оғриқ йўқолади.
- Диспептик синдром: жиғилдон қайнаши (энг эрта ва энг кенг тарқалган аломат), кекириш, кўнгил айнаши, ич қотиши.

Сурункали интоксикация ва астено-вегетатив касалликларнинг белгилари.
(<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

Пальпация:

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

3. Лаборатор текширувлар:

- УҚА - анемия, лейкопения, нисбатан нейтрофилез, эозинофилия, моноцитоз, асоратлари бўлса – лейкоцитоз.
- Қоннинг биохимик анализи (умумий оксил даражасининг пасайиши, диспротеинемия, сидеропения; холестерин, билирубин ва трансaminaзалардаги ўзгаришлар – кўпинча ўн икки бармоқли ичак ярасида).
- Копрограмма: иккиламчи мальабсорбцияси белгиси;
- Яширин қон учун нажас-мусбат натижа;
- Ижобий уреаз нафас олиш тести; [12]

4. Инструментал текширувлар.

ЭГДФС:

- Ярали нуқсонни аниқлаш • унинг ҳажми, қон кетиш белгилари;
- Агар керак бўлса, гистологик текширув.

Ошқозон ичак тизимини рентген-контраст текшируви:

- контурда ёки шиллиқ қаватнинг релефида "жой" белгисини аниқлаш;
- "ишора қилувчи бармоқ" аломати
- қорин бўшлиғида еркин газ;
- ичакнинг торайиши, моторика ва эвакуация қобилиятлари бузилган белгиларини аниқлаш;

Қорин бўшлиғи УТТ:

- ошқозон яраси тешилганда, жигар юзасида газ пуфакчалари, чап субдиарфагмал минтақада эркин суюқлик мавжудлиги.

КТ (ёки МСКТ):

- тешиқ мавжудлиги ва жойлашувини аниқлаш

- қорин бўшлиғида эркин газ мавжудлиги
- қорин бўшлиғида суюқлик ва бошқа патологик ўзгаришларнинг ҳажми ва табиатини аниқлаш

5. Тор доирадаги мутахассислар кўригига эҳтиёж:

- бошқа бирга келадиган ёндош касаллик мавжуд бўлганда ихтисослашган мутахассисларнинг маслаҳати.

6. Дифференциал диагностика:

Ўн икки бармоқли ичак ярасини симптоматик ўн икки бармоқли ичак ярасидан фарқлаш керак. Семптоматик ўн икки бармоқли ичак яраларига stress ва дори яралари, эндокрин касалликларда ва ички органларнинг бошқа касалликларида яралар киради [7].

Стрессли ўн икки бармоқли ичак яраларига умумий куйишлар (Курлинг яралари), травматик мия жароҳатлари ва нейрохирургик операциялардан сўнг (Кушинг яралари), қорин бўшлиғидаги кенг операциялардан сўнг, айниқса орган трансплантацияси, ўткир миокард инфаркти билан боғлиқ бўлган ўткир, одатда кўп ўн икки бармоқли ичак яралари киради. сурункали буйрак ва жигар етишмовчилиги ва бошқа муҳим шартлар.

Стресс яралари кўпинча асимптоматик бўлиб, ошқозон-ичакдан қон кетиш моинлигига эга (уларнинг частотаси 40-45% га этади) ва фон касаллигининг тез-тез оғир кечиши туфайли юқори ўлим билан тавсифланади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг доривор яралари орасида ошқозон деворида простагландинлар синтези учун масъул бўлган сиклооксигеназа-1 ферментини блокировка қилувчи НПВП (НПВП-гастропатия) дан фойдаланиш билан боғлиқ ўткир ерозив ва яралар лезёнлар катта аҳамиятга эга. Гастродуоденал яралар узок вақт давомида НПВП олган беморларнинг 20-25 фоизида учрайди, ерозив шикастланишлар беморларнинг 50% дан ортиғида учрайди, уларнинг ривожланиши учун хавф омиллари беморларнинг кекса yoshi, уд тарихи, юрак-қон томир тизими ва жигар касалликлари, Нсаидларнинг юқори дозаси, бир вақтнинг ўзида қабул қилиш антикоагулянтлар [6,11].

НПВП қабул қилиш натижасида келиб чиққан ўн икки бармоқли ичак

яраси ва ерозияси ҳам кўпинча табиатда кўп бўлади, кўпинча асимптоматик ва тўсатдан ошқозон-ичакдан қон кетиш билан намоён бўлади (мелена ёки "қаҳва майдончалари" тури билан қусиш). Бундай беморларда уларнинг ривожланиш хавфи 4-5 баробар ортади.

Эндокрин касалликлар фониди юзага келадиган ўн икки бармоқли ичак яраларига Золлингер-Ellison синдроми ва гиперпаратиреоз билан оғриган беморларда ўн икки бармоқли ичак яраси киради. Золлингер-Элисон синдромида ўн икки бармоқли ичак ярасининг патогенези беморларда (кўпинча ошқозон ости безида) гастрин ишлаб чиқарувчи ўсимта мавжудлиги натижасида хлорид кислотанинг кескин гиперсекрецияси билан боғлиқ. Бу яралар одатда кўп бўлиб, нафақат ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда, балки жежунумда, баъзан еса қизилўнгачда ҳам локализация қилинади, кучли оғрик синдроми, доимий диарея билан содир бўлади. Бундай беморларни текширишда ошқозон кислотаси секрецияси даражаси кескин ошади (айниқса базал шароитда), сарум гастрин таркибининг кўпайиши аниқланади (погма билан солиштириганда 3-4 marta). Билан провокацион тестлар (секретин, глюкагон), Золлингер-Элисон синдроми [5] тан ошқозон ости бези ёрдам ултратовуш ва КТ.Дуоденальные язвы у больных гиперпаратиреозом отличаются от язвенной болезни (помимо тяжелого течения с частыми рецидивами, склонностью к кровотечениям и перфорации) наличием признаков повышенной функции паращитовидных желез (мышечной слабости, болей в костях, жажды, полиурии). Диагноз ставится на основании определения содержания кальция и фосфора в сыворотке крови, выявления признаков гиперпаратиреоидной остеодистрофии, характерных симптомов поражения почек и неврологических расстройств.

Бундан ташқари, симптоматик яралар ички органларнинг сурункали касалликларида: жигар сиррози (гепатоген яралар), сурункали панкреатит (панкреатоген), сурункали нонспесифик ўпка касалликлари, кенг тарқалган атеросклероз, полицитемия, тизимли мастоцитоз, карсиноид синдроми бўлган беморларда ажратилади. Баъзан симптоматик гастродуоденал яралар деб ҳам

аталадиган Крон касаллигида ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси аслида ўн икки бармоқли ичак лезёнлари билан Крон касаллигининг мустақил шаклидир [5].

Ўн икки бармоқли ичакда ярали шикастланишлар аниқланганда, benign яралар, ошқозон яраси малигнитеси ва ўн икки бармоқли ичак саратонининг инфилтратив ярали шакли ўртасида дифференциал ташхис қўйиш керак.

Ўн икки бармоқли ичакнинг малегнизация яраси ҳолатларида рентген ва эндоскопик текширувда ярали нуқсоннинг тартибсиз шакли, унинг нотекис ва нотекис қирралари, ошқозон шиллиқ қаватининг яра атрофида инфилтрацияси, яра жойида ўн икки бармоқли ичак деворининг раки аниқланади. Эндоскопик ултратовуш текшируви яра жойида ўн икки бармоқли ичак деворининг шикастланиш табиатини, шунингдек минтақавий лимфа тугунларининг ҳолатини баҳолашда катта ёрдам бериши мумкин. Ярали шикастланиш табиати тўғрисида якуний хулоса яра биопсиясининг гистологик текширувидан сўнг амалга оширилади. Нотўғри салбий натижалар еҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, биопсияни яра тўлиқ тузалгунча такрорлаш керак, ҳар бир текширувда камида 3-4 дона тўқима олинади [8].

Куйидаги 1-расмда 12 БИ яраси касаллигида шифокор ҳаракатларининг
 диагностик алгоритми кўрсатилган [12].

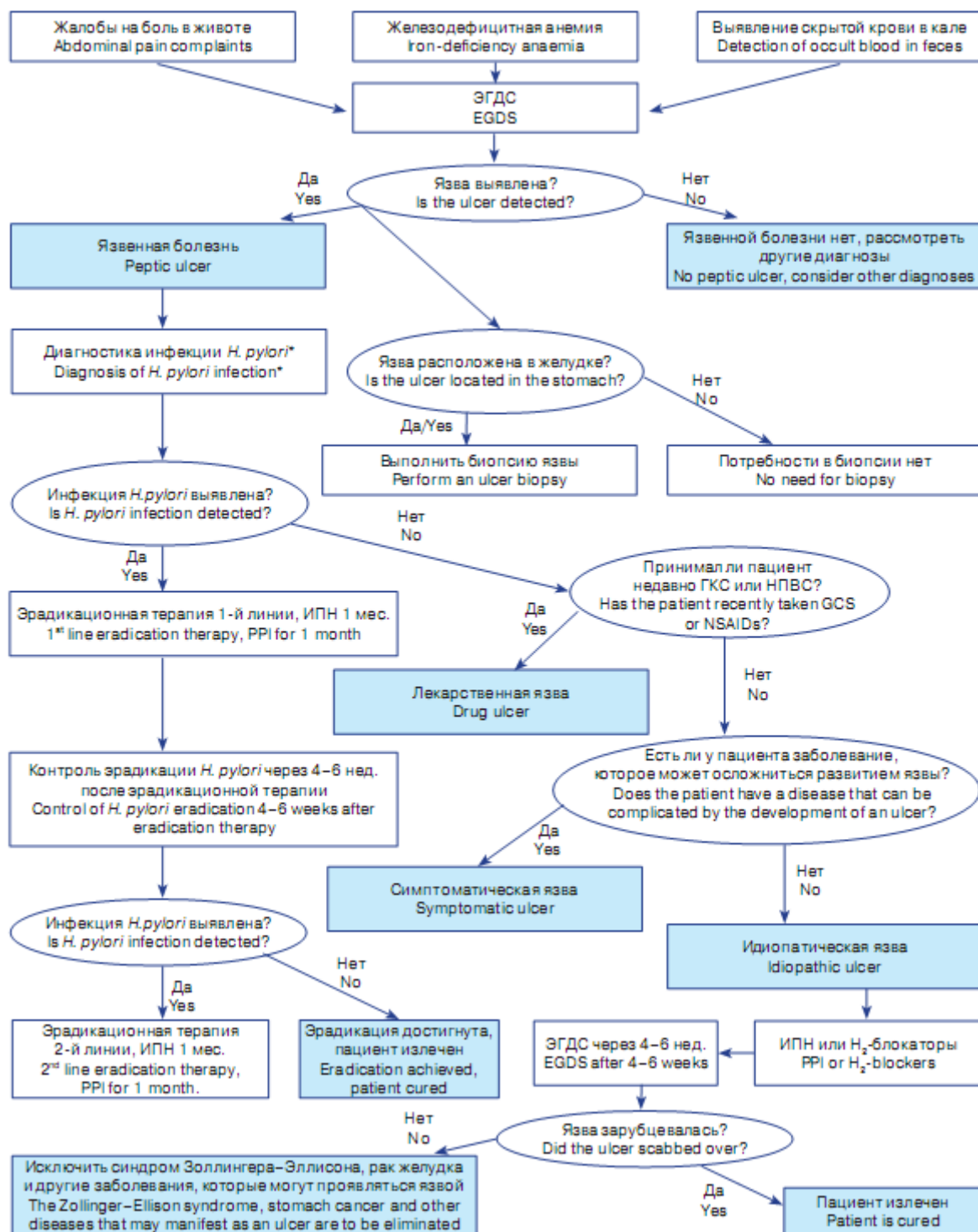


Рис.№1 12 БИЯК ҳолатида шифокор ҳаракатларининг алгоритми

7. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Касалхонага шошилиш равишида ётқизиш учун кўрсатмалар:

- 12 БИЯ-ни қон кетиш, перфорация ва ўткир абдоминал оғриқ синдромда

Касалхонага режали равишда ётқизиш:

- Helicobacter pylori билан боғлиқ оғир ЯК, эрадикация таъсири жуда кам;
- стеноз билан асоратланган ЯК;
- малигнизацияни истисно қилиш учун оғир оилавий анамнезга эга ЯК;
- ўзаро оғирлашув синдроми билан ЯК (ёndoш касалликлар).

8. Даволаш мақсадлари:

- ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллик қаватидаги фаол яллиғланишни бартараф этиш;
- оғриқ ва диспептик синдромларни йўқотиш;
- H. pylori эрадикацияси.
- меъда ширасининг кислота-протеолитик хусусиятини камайтириш;
- ярали нуқсонни тиклаш ва даволаш жараёнларини тезлаштириш;
- касалликнинг асоратлари ва қайталанишининг олдини олиш ҳаёт сифатини яхшилаш;

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

4. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Ярали нуқсонни даволаш учун 12 БИЯК кучайган барча беморларга proton насос ингибиторлари билан антисекретор терапия тавсия этилади. Мураккаб яраларда жарроҳлик аралашувлар асоратга қараб амалга оширилади [10].

1. Номедикантоз даволаш:

- пархез столи №1а 5-7 кун давомида мумкин: туз миқдорини чеклаш билан сут (муҳосаба бўлса), янги творог, желе, дон ва сут шилимшиқ ва пюре ош, балиқ суфле.
 - пархез столи №1б 14 кун давомида: кенгайтириш билан – курук нон, гўшт, балиқ, пюре, сутда бўтқалар, мейёрда туз.
 - 1-сонли пархез столи: механик ва кимёвий эҳтиёткорлик принципига риоя қилиш.

Юмшоқ парҳезнинг давомийлиги терапия самарадорлигига боғлиқ, аҳволнинг яхшиланиши билан парҳез кенгайтирилади, парҳезни кенгайтириш билан 1-столга алмаштириш мумкин, 5-столдан ҳам фойдаланиш мумкин [4].

2. Дори-дармон билан даволаш:

Сурункали ёки ўткир 12 БИ яраси касаллиги бўлса ва жарроҳлик учун кўрсатмалар бўлмаса, консерватив даво кўрсатилади. Асосий тайёргарлик жадвалда келтирилган. № 4 ва № 5.

Таб.№4. 12 БИЯК даволашда ишлатиладиган 100% муҳим дорилар рўйхати

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
В	Ошқозон секрециясини камайтириш воситаси ингибитор протон насос хисобланади	Омепразол Пантапрозол Рабепразол Эзомепразол	Ичиш per os / в/и 20мг, 30мг, 40мг капсулалари. 40 мг вена ичига юбориш учун кукун.	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. 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/
А	Макролидлар гуруҳининг антибиотиклари	Кларитромицин (clarithromycin)	Внутрь per os. Таблетки по 500мг.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report.

				https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/
А	Ярим синтетик пенициллин гуруҳининг антибиотиклари	Амоксициллин (amoxicillin)	Внутрь per os. Таблетки по 500мг.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/
В	Гастропротектив восита	Ребамипид Rebamipide-SZ	Внутрь per os. Таб., покр. пленочной оболочкой, 100 мг.	Healing effects of rebamipide and omeprazole in Helicobacter pylori-positive gastric ulcer patients after eradication therapy: a randomized double-blind, multinational, multi-institutional comparative study. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21757914/

Таб.№5. 12 БИЯК даволашда ишлатиладиган қўшимча дори-дармонлар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам).

УУР	Фармакотерапевтик гуруҳ	Доривор маҳсулот ИНН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
С	H2-гистамин рецепторлари блокатори	Ранитидин (Ranitidine) Фамотидин (Famotidine)	Таб., покр. пленочной оболочкой, 150 мг, 300мг	Effects of gastroprotectant drugs for the prevention and treatment of peptic ulcer disease and its complications: a meta-analysis of randomised trials. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29475806/

С	Антацид восита	Симальгель (Simalgel- VM) Альмагель Маалокс	Сусп. д/приема внутри 81 мг + 20мг + 25 мг/мл: 125 или 300 мл фл	Peptic ulcer and its complications // Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease. Philadelphia- London-Toronto-Montreal- Sydney-Tokyo. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19702095/
С	Прокинетик восита, дофамин рецепторлар антагонисти	Домперидон	Ичишга таблетка 10мг, 3махал	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/
С	Қўсишга қарши восита	Метоклопра мид	10мг ичишга 2 махал	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/

**“ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ”
НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент - 2025

1. Асосий қисм.

1.1. Кириш

Ўн икки бармоқли ичак ярасининг мураккаб шакллари бўлган беморлар (қон кетиш, тешилиш ва бошқалар.) жарроҳлик шифохонасида жарроҳлик даволаш масаласини ҳал қилиш учун касалхонага ётқизиш тавсия етилади. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5). Фикирлари: ошқозон яраси касаллигининг мураккаб курси билан оғриган беморлар, коида тариқасида, фавқулодда вазиятда касалхонага ётқизилиши керак. Реанимация бўлимида ярали қон кетишини даволашни бошлаш мақсадга мувофиқдир. Реанимация бўлимида даволанишнинг асосий вазифаси беморнинг аҳволини барқарорлаштириш — айланма қон ҳажмини тўлдириш, гиповолемик шокнинг намоён бўлишига қарши курашиш, етарли беҳушлиқ, декомпенсацияланган қўшма касалликларни даволаш ва тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми, шундан сўнг жарроҳлик ва/ёки эндоскопик даволаш усуллари қўлланилиши мумкин [10].

Бу ярали қон, коморбид беморнинг ўлим хавфи бевосита бирга келадиган касалликлар [14] сони билан боғлиқ еканлигини таъкидлаш муҳим емас. Бу, ўз навбатида, қўшма беморлар билан ишлашда ва ошқозон яраси касаллигининг асоратлари ривожланишининг барча хавф омилларини уларни амалга оширгунга қадар таҳлил қилишда шифокордан катта еътибор талаб қилади [5]. Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини текшириш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун касалхонага ётқизилганидан кейин дастлабки 2 соат ичида езофагогастроуденоскопия қилиш тавсия етилади [3,9]. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини динамик равишда назорат қилиш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун такрорий езофагогастроуденоскопия фақат қон кетиши такрорланганда ва унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган тақдирда тавсия етилади [6,7].

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси А (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 1).

Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини текшириш ва тўхтатиш учун шошилинч жарроҳлик, агар эндоскопик гемостаз самарасиз бўлса, уни иложи борича тезроқ бажариш тавсия этилади [10, 14].
Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 2).

2. УСУЛЛАР, ЁНДАШУВЛАР ВА ДИАГНОСТИКА ПРОЦЕДУРАЛАРИ

1. асосий ва қўшимча диагностика тадбирлари рўйхати.

1. Амбулатория даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари:

- Контрэндиқациялар бўлмаса, ташхисни тасдиқлаш учун ЯК шубҳа қилинган барча беморларга эзофагогастро-дуоденофиброскопия (ЭГДФС) тавсия этилади. https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf).

2. Амбулатория даражасида ўтказилган қўшимча диагностика текширувлари:

- ЯК билан оғриган барча беморларга анемияни (гемоглобин, гематокрит, эритроцитлар, тромбоцитлар) комплекс ташхислаш мақсадида жойлаштирилган умумий (клиник) қон текширувидан ўтиш тавсия этилади.;
- Темир танқислиги/анемияси бўлган ЯК билан оғриган беморларга яширин қон кетишини аниқлаш учун яширин қон учун нажас тестини ўтказиш тавсия этилади (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf);

3. Шошилинч касалхонага ётқизилган тақдирда ва тестлар топширилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақтдан кейин стационар даражасида ўтказиладиган асосий (мажбурий) диагностика текширувлари:

- УҚА;
- УПА;

- Қоннинг биохимик анализи (умумий билирубин, тўғри ва нотўғри билирубин, АЛТ, АСТ, умумий оксил, мочевина, креатинин, электролитлар, қон глюкозаси);
- коагулограмма (АЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);
- қон гурухи ва резус фактори;
- ЭКГ;
- ЭхоКГ;
- Спирография;
- Қонни ОИВ-га анализи;
- Гепатит В ва С тахлили;
- Вассермана синамаси; (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

4. Фавкуллда касалхонага ётқизилган тақдирда ва мудофаа вазирлигининг буйруғига биноан тестлар топширилган кундан бошлаб 10 кундан ортиқ вақтдан кейин стационар даражасида қўшимча диагностика текширувлари ўтказилади:

- Қорин бўшлиғи УТТ;
- ЭГДФС биопсия олиш билан;
- Кўкрак қафаси рентгеноскопияси;
- Ошқозон-ичак тизимини барий билан рентген-контраст текшируви;
- Қорин бўшлиғини МСКТ текшируви.

(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

5. Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Шошилич касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

* 12 БИЯК қон кетиш, тешилиш ва кучли оғриқ синдроми билан мураккаблашади.

Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

* 12 БИЯК малигните, стеноз ва узок муддатли чидаб бўлмас оғриқ синдроми билан мураккаблашади [12].

6. Даволаш мақсадлари:

- ошқозон шиллик қаватида фаол яллиғланишни бартараф етиш;
- оғриқ ва диспептик синдромларни йўқотиш;
- Н.рулоги йўқ қилиш.
- меъда ширасининг кислота-протеолитик агрессиясини камайтириш;
- ярали нуқсонни тиклаш ва даволаш жараёнларини тезлаштириш;
- касалликнинг асоратлари ва қайталанишининг олдини олиш;

хаёт сифатини яхшилаш;

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

3. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ:

Ярали нуқсонни даволаш учун ошқозон яраси кучайган барча беморларга протон насос ингибиторлари билан антисекретор терапия тавсия етилади. Мураккаб яраларда жарроҳлик аралашувлар асоратларга қараб амалга оширилади [4,12].

1. Дори-дармонсиз даволаш.

2. Тиббий даволаниш.

3. Санатор курорт даволаш.

4. ЯК жарроҳлик даволаш:

- 12-БИ яраининг мураккаб шакллари (қон кетиш, тешилиш-перфорация, пенетрация, ёмонсифатли ўсмага ўтиши ва деформацияланган чандиқли стенозда – суб ва декоменсация) бўлган беморларга жарроҳлик шифохонасида жарроҳлик даволаш учун касалхонага ётқизиш тавсия етилади [3,9,10]. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

- Ярали қон кетиши бўлган беморларга касалхонага ётқизилгандан кейинги дастлабки 2 соат ичида қон кетиш манбасини текшириш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун езофагогастроуденоскопиядан

ўтиш тавсия етилади [5,12]. Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

- Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини текшириш ва эндоскопик гемостазни амалга ошириш учун такрорий езофагогастроуденоскопия фақат қон кетиши такрорланганда ва унинг ривожланиш хавфи юқори бўлган тақдирда тавсия етилади [5,6,11]. Тавсияларнинг ишончилиги даражаси А (далилларнинг ишончилиги даражаси 1).

- Ярали қон кетиши бўлган беморларда қон кетиш манбасини текшириш ва тўхтатиш учун шошилиш жарроҳлик аралашуви, агар эндоскопик гемостаз самарасиз бўлса, иложи борича тезроқ бажариш тавсия етилади [3,9,11]. Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 2).

- Ошқозон яраси тешилган беморларга тешилишни бартараф етиш учун шошилиш операция қилиш тавсия етилади [9,10]. Тавсияларнинг ишончилиги даражаси Б (далилларнинг ишончилиги даражаси 3).

5. Жарроҳлик аралашув усулини танлаш.

Ошқозон яраси касаллигининг асоратлари бўлган ўн икки бармоқли ичак ярасидан қон кетиш ва уларнинг тешилиши, ярали анамнезнинг давомийлигидан қатъи назар, такрорий қон кетишидан олдин радикал жарроҳлик учун кўрсатма сифатида кўриб чиқилиши керак. Қон кетадиган симптоматик яраларни жарроҳлик йўли билан даволаш патогенетик жиҳатдан асосиздир ва фақат эндохемостаз ва фармакотерапия самарасиз бўлган тақдирдагина якуний гемостазга еришишга қаратилган мажбурий чора сифатида қаралиши керак. Патогенетик асослилик ва радикаллик нуқтаи назаридан, ошқозон яраси касаллигида қон кетиш билан мураккаблашган ўн икки бармоқли ичак ярасини жарроҳлик даволашнинг энг адекват усули камида 2/3 ҳажмдаги distal ошқозон резекциясидир. Шу билан бирга, ошқозон ярасида ошқозоннинг кислота ишлаб чиқариш функциясини етарли даражада бостириш учун камида ошқозоннинг distal резекцияси кўрсатилади; ошқозон

ярасида ошқозоннинг камида 2/3 қисмини distal резекция қилиш кўрсатилади. Жарроҳлик аралашувларнинг бевосита натижалари беморларнинг ёшига, операциянинг долзарблигига ва уни бажариш усулига боғлиқ. Операциядан кейинги ерта асоратлар ва ўлимларнинг максимал сони кекса ва кекса беморларда учрайди, такрорий ярали қон кетиш фонидида шошилинич жарроҳлик аралашувлар, қон кетиш ярасини томир ваготомияси билан тикиш пайтида ва "ёпилганда" ошқозон резекциялари. Шошилинич жарроҳлик аралашувлардан қочиш керак ва, авваламбор, такрорий гастродуоденал ярали қон кетиш фонидида, шунингдек, кекса ва кекса беморларда. Клиник амалиётда қон кетиш ярасини тикиш каби жарроҳлик аралашув усуллари қўллашдан бош тортиш керак, жумладан ваготомия ва ошқозон резекцияси "ёпилганда" билан тўлдирилади, чунки қон кетиш ярасини тарқатиш билан операциялар якуний гемостазга еришишнинг етарли емаслиги ва операциядан кейинги ярали қон кетишининг қайталаниши еҳтимоли туфайли қабул қилиниши мумкин эмас.

Мангеймск перитонит индекси (МИП) тешилган гастродуоденал яраси бўлган беморларнинг аҳволи оғирлигини баҳолашни объективлаштириш ва уд учун бирламчи радикал жарроҳлик кўрсаткичлари бўлган барча беморларнинг 97 % МНОАР бўйича операцион хавфни баҳолаш учун фойдаланилганда, ошқозон яраси учун радикал операция ўтказиш мумкин касаллик. Шу билан бирга, ошқозон резекциясини амалга ошириш имкониятини истисно қилувчи омиллар МНАР бўйича мип > 20 балл ва ИВ-В жарроҳлик ва анестезиологик хавф даражасидир. Кўрсаткичларни объектив баҳолаш ва бирламчи радикал аралашувларга қарши кўрсатмаларни босқичма-босқич бартараф этишга асосланган ПГД учун алгоритмланган тактик ёндашувни жорий этиш бирламчи радикал операциялар улушини 27,9% гача ошириш, шу билан бирга операциядан кейинги асоратлар ва ўлим даражасини камайтириш имконини беради. тешилган ўн икки бармоқли ичак яраларида 5,2% ва 2,9% гача, навбати билан. [7,9]

Шошилинич ва шошилинич аралашувлар учун ошқозон резекцияси усулини танлаш пилорик-булбар сегментининг ҳолатини операция ичидаги

баҳолашга ва сурункали ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлиги бузилишининг мавжудлиги ва босқичини аниқлашга асосланган бўлиши керак. Пилорик-булбар сегментни сафарбар қилишда объектив қийинчиликлар (шу жумладан ўн икки бармоқли ичакнинг "қийин" поғонаси мавжуд бўлганда) ва (ёки) суб - ёки декомпенсацияланган сурункали ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлиги белгилари мавжуд бўлганда, дистал ошқозон резекцияси Биллрот-II усули ёрдамида амалга оширилиши керак. модификация Ру (Роух-Юдин-Витебск). Компенсация ва субкомпенсация босқичида интраоператив равишда аниқланган ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлиги бузилган тақдирда, пилорик-булбар сегментни сафарбар қилишда қийинчиликлар бўлмаса, ўн икки бармоқли ичак бирикмасини сафарбар қилиш билан Биллрот-I бўйича дистал ошқозон резекцияси амалга оширилиши керак. Ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлиги бузилган тақдирда, ўн икки бармоқли ичак егилувчанлигини сафарбар қилиш дуоденостазни тузатиш учун етарли чора ҳисобланади, ўн икки бармоқли ичакнинг декомпенсацияси бузилган тақдирда, ўн икки бармоқли ичакнинг ички дренажланишини таъминлашга қаратилган Ру усули ёрдамида ошқозон резекциясининг реконструктив босқичи зарур. Ушбу турдаги аралашув, 12-БИ думининг ишдан чиқишини олдини олиш чораси сифатида, III-IV тоифадаги пилорик – булбар сегментини сафарбар қилишда кўрсатилади. Ру бўйича овқат ҳазм қилиш найчасини реконструкция қилиш учун кўрсатмалар бўлмаса ва Биллрот-I бўйича уни тиклашнинг бир вақтнинг ўзида мумкин бўлмаса, Витебск бўйича қисқа ҳалқа устига кўндаланг гастроентероанастомоз қўйиш билан реконструкция қилиш вариантини афзал кўриш керак [6,7].

Юқоридагиларни умумлаштириб, яна бир бор таъкидлашни истардикки, замонавий ошқозон жарроҳлиги арсеналида мавжуд бўлган турли хил жарроҳлик вариантларининг хилма-хиллигига қарамай, бу Биллрот-I усули ёки Биллрот-II усули ёрдамида дистал ошқозон резекцияси. қон кетиш ёки тешилиш билан мураккаблашган гастродуоденал яраси бўлган беморларни кўрсатилган ва мумкин бўлган бирламчи радикал даволаш учун танлов. Шу

билан бирга, маълум бир жарроҳлик усулини танлашга табақалаштирилган ёндашув бундай беморларни муваффақиятли жарроҳлик даволаш учун ажралмас шарт бўлиб хизмат қилади.

6. ЯК ҳолатида амалга ошириладиган жарроҳлик аралашув турлари:

"Очиқ" жарроҳлик:

- ошқозон ярасидан қон кетиш учун операциялар;
- Оппел-Поликарпов томонидан тешилган тешикни тикиш;
- пилоропластика (Финней, Гейнеке-Микуличу, Жабулей);
- Биллрот 2 га мувофиқ ошқозоннинг 3/2 қисмини резекция қилиш;
- ошқозоннинг 2/3 қисмини ўчирилган ичак Ру усулида резекция қилиш;
- операция қилинган ошқозон касаллиги учун реконструктив аралашувлар;
- умумий гастрэктомия

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

«Лапароскопик» жарроҳлик:

- * Биллрот 2 га мувофиқ ошқозоннинг 3/2 қисмини Лапароскопик резекция қилиш;
- * ошқозоннинг 2/3 қисмини ўчирилган ичакда Ру усулида Лапароскопик резекция қилиш;
- * Лапароскопик гастрэктомия.

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

«Эндоскопик» жарроҳлик:

- қон кетаётган томирни клиплаш;
- аргоноплазматик коагуляция;
- қон кетаётган томирни адреналин эритмаси билан санчиш.

Эндоскопик қон кетишини тўхтатиш ярали қон кетиши бўлган беморларни даволашда " олтин стандарт " бўлиб, 82-92% ҳолларда барқарор гемостазга еришишга имкон беради. Қон кетишини тўхтатишнинг энг

самарали эндоскопик усули бу қон кетадиган томирни кесиш ва argon плазма коагуляцияси. Эндоскопик қон кетишини тўхтатишнинг бошқа усуллари, масалан, ошқозон яраси ва гастроезофагиал рефлюкс касаллигини даволаш учун дориларни қўллаш – плёнка ҳосил қилувчи дорилар, полисахкарид гемостатик тизимдан фойдаланиш, электрокоагуляция, ошқозон яраси асосий усуллар билан биргаликда қўлланилиши керак.

Болаларда ярали қон кетиш ҳолатлари кам учрайди. Вояга етган аҳолига асосланган маълумотларга кўра, ярали қон кетишининг қайталаниш хавфи омиллари:

- яралининг катталиги 1 см дан ортиқ;
- ошқозоннинг орқа деворида яралининг жойлашиши;
- бекарор гемодинамика (қон кетиш пайтида қон босимининг пасайиши, сўнгра айланма қон ҳажмини тўлдириш фонида ўсиш). [9,14].
- эндоскопик гемостазнинг самарасизлиги, тешилиш ривожланиши ва яралининг кириб бориши билан шошилиш операция зарур. Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5).

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

Инъекцион эндоскопик гемостаз ёки термокоагуляция жуда самарали, аммо бу усулларнинг комбинацияси яхши натижалар беради. Такрорий қон кетиш хавфи юқори бўлган қон томирларини кесиш эндоскопик профилактика ва гемостазнинг истиқболли усули ҳисобланади. Қон кетиш такрорланганда эндоскопик гемостазга иккинчи уриниш тавсия этилади. Эндоскопик гемостаз етишмовчилиги бўлса, жарроҳлик аралашуви масаласини ҳал қилиш учун жарроҳнинг маслаҳати зарур [13,14].

Жарроҳлик аралашуви учун кўрсатмалар:

- * Тешилган яралар;
- * Консерватив усулда тўхтатиб бўлмайдиган қон кетиш яралари;
- * Консерватив давога мос келмайдиган кучли оғриқ синдроми ва катта ошқозон яраси;

- * Эвакуация функциясининг аниқ бузилиши билан бирга дарвозабоннинг стенози;
- * Яқин атрофдаги органлардан яраларнинг кириб бориши;
- * Яра малегнизацияси [1,4]. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489318/>

Жаррохлик амалиёти учун мутлоқ қарши кўрсатмалар:

- * геморрагик шок;
- * қон айланишининг оғир етишмовчилиги бўлган юрак касалликлари;
- * йирингли перитонит;
- * қорин бўшлиғи органларида кўплаб операциялар;
- * нафас олиш етишмовчилиги билан ўпка касалликлари;
- * қон ивишининг бузилиши.

Жаррохлик амалиёти учун нисбий қарши кўрсатмалар:

- * маҳаллий диффуз перитонит;
- * диафрагма чурралари;
- * оғир семириш;
- * ошқозон-ичак трактининг ривожланган саратони;
- * умумий беҳушлик учун қарши кўрсатмалар.

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

Операциядан кейин учридиган асоратлар бўйича статистик маълумотлар:

- 16 % – тикув номувофиқлиги;
- 11% ҳолларда-ичак тутилиши;
- 8 % – эвакуация бузилиши;
- 6 % – перитонит;
- 5 % - ютиш қийинлиги;
- 4 % – ошқозон бўшлиғига ёки қорин бўшлиғига қон кетиш;
- 3 % - инфилтратлар;
- 3 % – йиринглаш ва хўппозлар.

Ушбу оқибатларнинг олдини олиш қийин, чунки кўп нарса жарроҳнинг профессионаллигига ва бемор танасининг умумий ҳолатига боғлиқ. Енг хавфли асоратлар ички қон кетиш ва перитонитдир, чунки ҳатто ўлимга олиб келиши мумкин. Агар тикувлар ажралган бўлса, йиринглаш ёки инфилтратлар пайдо бўлса, операция такрорланади. Ютишдаги қийинчиликлар ва бузилган эвакуация баъзи дори-дармонларни қабул қилиш орқали бартараф етилиши мумкин [8,9,14].

**"ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ" НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент - 2025

I. КИРИШ ҚИСМИ.

1.1. Кириш

Ремиссияда ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган беморларга профилактика ва реабилитация тадбирларини ўтказиш, беморнинг иқлим зонасидаги санаторий-курорт ташкилотларида уни сақлаб қолиш учун даволаш тавсия етилади [5]. Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5).

Яра касаллиги билан оғриган беморларга алевленме пасайганидан 2-3 ой ўтгач, 14-21 кун давом этадиган санаторийда даволаниш тавсия етилади. Санаторийда даволаниш санаторийларда, шу жумладан лой ва торф билан даволаш, игнабаргли денгиз ванналари, гидроксиди минерал сувларни ичиш орқали амалга оширилади [5].

1.2. Профилактика ва реабилитация.

Профилактика тиббиётнинг асосий йўналиши бўлиб, соғлиғининг юқори ҳолатини таъминлаш ва касалликларнинг олдини олиш мақсадида давлат, ижтимоий–иқтисодий, гигиеник ва терапевтик-тиббий характердаги тадбирларни ўз ичига олади. Ошқозон яраси ривожланишининг олдини олиш одатда бирламчи, иккиламчи ва учинчи даражали бўлинади.

12 БИЯК ҳолатида **бирламчи профилактика** касалликнинг олдини олишга қаратилган:

- Оғиз гигиенаси, тиш ва тиш гўштини ўз вақтида даволаш. Касал тишлар инфекциянинг кириш эшиги бўлиб, бундан ташқари, касал тишлар овқатни тўғри чайнашга имкон бермайди, бу эса ошқозонда стрессни кучайишига олиб келади.
- Тўғри овқатланиш ва овқатланишни ташкил қилиш. Сиз ҳар куни бир вақтнинг ўзида овқатланиш одатини ривожлантиришингиз керак. Бундан ташқари, диетадан чиқариб ташлаш ёки дудланган гўшт, ҳаддан ташқари аччиқ, аччиқ ва шўр овқатлардан фойдаланишни чеклаш тавсия

етилади. Идишларни ошпазлик билан қайта ишлаш юмшоқ бўлиши керак-идишларни кучли қовурмасдан. Газланган ичимликлар, жуда иссиқ ёки аксинча, жуда совуқ овқатлар ҳам чиқариб ташланиши керак.

- Авитаминоз олдини олиш.
- Ёмон одатлардан воз кечиш (чекиш, спиртли ичимликларни истеъмол қилиш).
- Гормонал касалликларнинг олдини олиш ва даволаш.
- Дозаланган жисмоний фаоллик, кун тартибини оқилона ташкил етиш.
- Дори-дармонларни тез-тез қабул қилишдан бош тортиш (агар иложи бўлса), айниқса тартибсиз қабул қилиш ва дори-дармонларни ўз-ўзини бошқариш.
- *Helicobacter pylori* инфекциясининг олдини олиш-алоҳида идишлар, сочиқлардан фойдаланиш. [12,13,15].

12 БИЯК **иккиламчи профилактика** аллақачон ташхис қўйилган ошқозон яраси касаллиги бўлган беморларга қаратилган ва релапслар ва асоратлар еҳтимолини камайтиришга, ошқозон ярасининг прогрессив ривожланишининг олдини олишга ёки секинлаштиришга қаратилган. Иккиламчи профилактика пайтида вақти-вақти билан юзага келадиган "погма" дан оғишларни тузатиш муҳимдир. Шу сабабли, ушбу босқичда аҳолини мажбурий тиббий кўрикдан ўтказиш ва хавф гуруҳидаги беморларни мунтазам тиббий кўрикдан ўтказишнинг аҳамияти ортиб бормоқда:

- Санатор курорт даволаш.
- Куз ва баҳорда релапсга қарши терапиянинг мунтазам курслари.
- Ярага қарши диетага қатъий риоя қилиш.
- Рецедив кўзгатиши мумкин бўлган касалликлар ва сурункали инфекция ўчоқларини реабилитация қилиш.
- Тиббий муассасада ошқозон яраси ҳолатини мунтазам равишда кузатиб бориш.
- Психологик қулайлик жуда муҳим: баъзида stress ва асаб касалликлари

хам касалликнинг ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Скрининг (screening) - бу анамнезни йиғиш, физик ва лаборатория текшируви орқали беморда илгари тан олинмаган касаллик ёки хавф омилини аниқлаш. Скрининг кўплаб бирламчи профилактика чоралари ва барча иккиламчи профилактика чоралари мажмуасининг бир қисмидир. Ошқозон яраси касаллигига келсак, скрининг касалликнинг ривожланишининг дастлабки (клиникадан олдинги) босқичларида (иккиламчи профилактика) касалликни аниқлаш учун аҳолини оммавий текшириш учун ишлатилади.

Helicobacter pylori - НР нинг бирламчи диагностикаси учун, агар мавжуд бўлса, уреаза, серологик ва гистологик диагностика усулларидадан фойдаланиш мумкин. Ўзбекистонда НР инфекциясининг тарқалиши юқори бўлганлиги сабабли, серологик усул *helicobacter pylori* НР бирламчи диагностикаси учун скрининг бўлиб хизмат қилиши мумкин.

12БИ яраси бўлган беморларда аллақачон юзага келган асоратларни камайтиришга қаратилган **учинчи даражали профилактика** шакли ва мазмуни бўйича иккиламчи даражага жуда яқин. Ушбу тиббий профилактика беморнинг ногиронлигини реабилитация қилиш ва олдини олиш бўйича чора-тадбирлар мажмуини ўз ичига олади ва илмий йўналиш сифатида у фаол ҳаёт давомийлигини ошириш йўллари излаш билан шуғулланади. [12,15]. (https://elearning.volgmed.ru/pluginfile.php/563213/mod_resource/content/1/ПРОФИЛАКТИКА.pdf).

Реабилитация "ногиронларнинг яшаш шароитларини ҳисобга олган ҳолда инсон фаолиятини тиклаш ва ногиронлик даражасини пасайтиришга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади. Бошқача қилиб айтганда, реабилитация болалар, катталар ёки қарияларга кундалик ҳаётларида иложи борича автоном бўлишга ёрдам бериш ва уларга таълим олиш, ишлаш ва бўш вақт ўтказиш билан шуғулланиш, шунингдек, муҳим ижтимоий функцияларни бажаришга қаратилган. оилага ғамхўрлик қилиш каби. Шу мақсадда инсон ва унинг оиласи билан бирга келадиган касалликларни даволаш ва уларнинг аломатларини йўқ қилиш, ёрдамчи

технологиялар ёрдамида уларнинг ехтиёжларини яхшироқ қондириш учун яшаш шароитларини ўзгартириш, ўз-ўзига ёрдам бериш кўникмаларини ўргатиш ва вазифаларни хавфсизроқ ва ташқи ёрдамсиз бажариш учун мослаштириш бўйича ишлар олиб борилмоқда. Биргаликда амалга оширилган ушбу стратегиялар беморга когнитив бузилиш, кўриш ва ешитиш бузилиши, алоқа, овқатланиш ёки ҳаракатдаги қийинчиликлар билан боғлиқ қийинчиликларни енгишга ёрдам беради." (<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>)

Мақсадлар:

- яранинг ривожланиши ва асоратларининг олдини олиш;
- 12 БИ функциясини сақлаш/тиклаш;
- оғриқ синдромини йўқотиш;
- ҳаёт сифатини яхшилаш;

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ

Диспансер фаолияти	Тиббий хизматларнинг номи	ОШП/ОП	КТМП	Тадбирларнинг минимал сони	Диспансер назорати даври
Мутахассис маслаҳати (шифокор)	1. Хамшира	+	+	Режали бир йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Оилавий шифокор/УАШ	+	+		
	3. Гастроэнтеролог		+		
	4. Гепатолог		+		
	5. Жаррох		+		
Лаборатор текширувлар	1. Умумий қон тахлили	+	+	Режали бир йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Умумий сийдик тахлили	+	+		
	3. Қон биохимик тахлили	+	+		
*Эслатма. Кўрсатмаларга мувофиқ даврий текширувлар учун қўшимча лаборатория текширувлари тавсия этилади. Агар беморни текшириш пайтида ёндош касалликлар аниқланса, тиббий муассасалар даражасига қараб кўрсатмаларга мувофиқ қўшимча текширувлар ўтказилади. Ушбу беморлар оилавий шифокор / УАШ/ гастроэнтеролог тавсияларига мувофиқ минтақавий/миллий даражада текширилади. У муассасанинг моддий-техник имкониятларидан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.					
Инструментал текширувлар	1. ЭГДФС		+	Режали бир йилда 2 марта*	Ўртача 5 йил
	2. Қорин бўшлиқ аъзоларини УТД		+		

	3. Кўкрак қафаси/қорин бўшлиғи барий билан рентгенскопияси		+		
Эслатма. Жарроҳликдан сўнг йилига 2 марта режалаштирилган ЭГДФСни ўтказиш керак. Даврий текширувлар пайтида қўшимча инструментал текширувлар тавсия этилади. *Ушбу тадқиқотлар учун бемор оилавий шифокор ёки гастроентеролог тавсияси билан мунтазам равишда минтақавий/кўп тармоқли тиббиёт марказларга юборилади.					

1.3. ОЛДИНИ ОЛИШ УСУЛЛАРИ ВА ПРОЦЕДУРАЛАРИ:

1. Дорисиз даволаш [4]:

- диет № 1а 5-7 кун давомида: сут (муҳосаба бўлса), янги творог, желе, желе, дон ва сут шилимшиқ ва пюреси ош, туз чеклаш билан балиқ суфле.
- диет № 1б 14 кун давомида: хун кенгайтириш билан – кракер, гўшт, балиқ, пюреси бўтқа, меъёрида сут, туз билан дон ош.
- механик ва кимёвий тежамкорлик принципига мувофиқ 1-сонли парҳез.

Юмшоқ парҳезнинг давомийлиги терапия самарадорлигига боғлиқ, аҳволнинг яхшиланиши билан парҳез кенгайтирилади, диетани кенгайтириш билан 1-жадвални алмаштириш мумкин, 5-жадвалдан ҳам фойдаланиш мумкин.

Ошқозон яраси бўлган беморларда терапевтик овқатланиш жараённинг босқичига, унинг клиник кўринишига ва бирга келадиган асоратларга қараб қатъий фарқланиши керак. Ошқозон яраси бўлган беморларда парҳез овқатланишнинг асоси тежамкорлик принципи, яъни ярали шиллиқ қаватнинг максимал дам олишини яратишдир. Шарбат секрециясининг заиф патогенлари бўлган, ошқозонни тезда тарк этадиган ва унинг шиллиқ қаватини бироз безовта қиладиган маҳсулотлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Ҳозирги вақтда терапевтик овқатланиш учун ярага қарши махсус парҳезлар ишлаб чиқилган. Рационга узоқ вақт ва касалхонадан чиққандан кейин риоя қилиш керак. Аниқланиш даврида хлорид кислотани зарарсизлантирадиган маҳсулотлар буюрилади. Шунинг учун даволанишнинг бошида оқсил-ёғли парҳез ва углеводларни чеклаш керак. Рацион фраксиёненел ва тез-тез бўлиши керак (кунига 5-6 марта); парҳез тўлиқ, мувозанатли, кимёвий ва механик

юмшоқ бўлиши керак. Парҳез овқатланиш 10-12 кун давом этадиган кетма-кет учта циклдан иборат (1а, 1б, 1-сонли парҳезлар).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Оғир нейропсихиатрик касалликлар, гипо - ва гипергликемик синдромлар билан рациондаги углеводлар миқдори чекланган (250-300 г гача), трофик касалликлар, бирга келадиган панкреатит билан оқсил миқдори 150-160 г гача ошади, аниқ ацидизм билан антацид хусусиятларга ега маҳсулотларга устунлик берилади: сут, қаймоқ, юмшоқ қайнатилган тухум ва бошқалар. № 1а диетаси енг юмшоқ, сутга бой. № 1а диетасига қуйидагилар киради: бутун сут, қаймоқ, творог буғланган суфле, тухум идишлари, сариёғъ. Шунингдек, мевалар, резаворлар, ширинликлар, желе ва желе, шакар, асал, ширин berry ва мева шарбатлари сув ва шакар билан ярмида. Сослар, зираворлар ва газаклар бундан мустасно. Ичимликлар-бу атиргулнинг қайнатмаси. № 1а-диетада бемор ётоқда дам олишни кузатиши керак. У 10-12 кун давомида қарийди, сўнгра № 1б-сонли янада машаққатли парҳезга ўтинг. ушбу диетада барча идишлар пюреси шаклида пиширилади, сувда қайнатилади ёки буғланади. Овқат суюқ ёки шилимшиқ. Унинг таркибида турли хил ёғлар мавжуд, ошқозон шиллик қаватининг кимёвий ва механик тирнаш хусусияти берувчи моддалари сезиларли даражада чекланган. № 1б диетаси 10-12 кун давомида буюрилади ва бемор оқсиллар, ёғлар ва углеводларни ўз ичига олган № 1-сонли диетага ўтказилади. Ошқозон секрециясини рағбатлантирадиган ва ошқозон шиллик қаватини кимёвий безовта қиладиган идишлар бундан мустасно. Барча идишлар қайнатилади, езилади ва буғланади. Ошқозон яраси бўлган бемор узоқ вақт давомида № 1-сонли парҳезни олиши керак. Сиз турли хил парҳезга фақат шифокорнинг рухсати билан ўтишингиз мумкин.
<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Минерал сувлардан фойдаланиш овқат ҳазм қилиш тизими касалликларини, шу жумладан ошқозон яраси касаллигини комплекс даволашда етакчи ўринни егаллайди. Ичкиликни даволаш деярли ошқозон

яраси касаллиги бўлган барча беморларга ремиссия ёки беқарор ремиссияда, кучли оғриқ синдромисиз, қон кетиш тенденцияси бўлмаганда ва пилоруснинг доимий торайиши бўлмаса кўрсатилади. Кичик ва ўрта минерализациядаги Mineral сувлар (лекин 10-12 г / л дан юқори бўлмаган) таркибида 2,5 г / л дан ортиқ бўлмаган карбонат ангидрид, натрий бикарбонат, натрий бикарбонат-сулфат сувлари, шунингдек, ушбу ингредиентлар устун бўлган сувлар, аммо янада мураккаб катёник таркиб, pH 6 дан 7,5 га буюрилади. Ичкиликни даволаш беморни касалхонага ётқизишнинг дастлабки кунларидан бошланиши керак, аммо дастлабки 2-3 кун ичида қабул қилиш учун минерал сув миқдори 100 мл дан ошмаслиги керак.

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

Келажакда, яхши бардошлик билан, дозани кунига 200 марта 3 мл гача ошириш мумкин. Ошқозоннинг секретор ва нормал эвакуация функциясининг ошиши ёки нормаллашиши билан сув овқатдан 1,5 соат олдин, секреция камайган ҳолда-овқатдан 40 дақиқа -1 соат олдин, 12 БИ эвакуация секинлашиши билан 1 соат 45 дақиқа - 2 соат олдин олинади. овқатдан олдин. Аниқ диспептик ҳодисалар мавжуд бўлганда, минерал сув, айниқса бикарбонат тез-тез ишлатилиши мумкин, масалан, кунига 6-8 марта: кунига 3 марта овқатдан 1 соат 30 дақиқа олдин, кейин овқатдан кейин (тахминан 45 дақиқадан сўнг) диспептик ҳодисаларнинг баландлигида ва ниҳоят ётишдан олдин. Баъзи ҳолларда, овқатдан олдин минерал сувни қабул қилганда, беморларда ошқозон ёниши кучаяди, оғриқ пайдо бўлади. Бундай беморлар баъзида овқатдан кейин 45 дақиқадан сўнг минерал сувни яхши қабул қилишга тоқат қиладилар. Кўпинча, ичимликни даволашнинг бу усулига фақат беморни қабул қилишнинг биринчи кунларида мурожаат қилиш керак, келажакда кўплаб беморлар овқатдан олдин mineral сув олишга ўтишади. Ошқозон яраси касаллиги ремиссияда ёки касалликнинг беқарор ремиссиясида, дискинезия ва йўғон ичакдаги яллиғланиш ҳодисалари мавжуд бўлганда кўрсатилади: микроклизмлар ва mineral сувдан тозаловчи хўкналар, ичак душлари, сифонли ичакни ювиш. ДПС чайиш фақат кўрсатмаларга мувофиқ белгиланади,

масалан, биргаликда гастритнинг аниқ ҳодисалари мавжуд бўлганда. Ошқозон яраси билан оғриган беморларни даволашда ҳар хил турдаги mineral ва газли ванналар кенг қўлланилади. Кислород, ёд-бром ва mineral ванналар танлов усули ҳисобланади. Карбонат ангидридли ванналар вегетатив дискинезиянинг аниқ намоён бўлиши билан ошқозон яраси касаллиги бўлган беморларда контрэндикедир.

Пелоид терапияси ремиссияда ошқозон яраси касаллиги бўлган беморларни даволаш усулларида биридир. Лойни даволашнинг энг самарали турларига қорин олд девори ва ломбер минтақада лой қўлланилиши киради (харорат 40.С, таъсир қилиш 20 дақиқа), ҳар куни ванналар билан алмаштирилади. Даволаш курси 10-12 лойдан иборат. Лойдан фойдаланишга қарши кўрсатмалар бўлса, епигастрал минтақага диатермик лой ёки галваник лойни қўллаш тавсия этилади.

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

2. Тиббий даволаниш.

3. Жарроҳлик даволаш.

4. Беморларни кейинги бошқариш

* Ўн икки бармоқли ичакнинг ошқозон яраси бўлган беморлар тиббий назоратдан ўтказилади:

* УАШ/ оилавий шифокорнинг текшируви-диспансер кузатувининг биринчи йилида чоракда 1 марта, кейин ремиссия стэндида – йилига 2 марта.

* Гастроентеролог томонидан текширув-куз-баҳор даврида йилига 2 марта ва касалликнинг айрим белгилари юзага келса, "талаб бўйича" кайталанишига қарши даволаш.

* Оториноларинголог, стоматолог томонидан текширувлар-йилига 2 марта.

* УКТ, биокимёвий қон тестини (биллирубин, АЛТ, АСТ, умумий оқсил, амилаза) етказиб бериш – йилига 2 марта.

* Биопсия билан ЭГДФ-дастлабки 2 йилда йилига 3 марта, кейин йилига 1 марта.

* ЭКГ, қорин бўшлиғининг ултратовуш текшируви-агар тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>) .

Бирламчи профилактика ошқозон яраси касаллиги билан таҳдид қилинган беморларни фаол ерта аниқлаш ва даволашни, етиологик омилларни бартараф етишни назарда тутати.

Бирламчи профилактика овқат ҳазм қилиш тизими ва умуман тананинг функцияларини нормаллаштиришга қаратилган чора-тадбирларни ўз ичига олади: режим ва терапевтик овқатланиш, ёмон одатлардан воз кечиш, гелминтозни текшириш, оғиз бўшлиғини санитария қилиш.

Иккиламчи профилактика релапс терапиясига қарши ёрдам беради. Бу қутилган алевленме олдинги даврларда амалга оширилади ва ошқозон яраси ва ўн икки бармоқли ичак яраси, жисмоний даволаш, сув тартиб клиник ва эндоскопик босқичида мувофиқ парҳез овқатланиш ўз ичига олади, жисмоний фаоллигини ошириш, қаттиқлашиши, руҳиятига ижобий таъсир кўрсатади атроф-муҳит, яхшилаш [9].

5. Реабилитация фаолияти.

Санатор курорт даволаш.

Санатор курорт даволаниш давомийлиги 14-21 кун. Реабилитациянинг дастлабки даврида маҳаллий санаторийларга устунлик бериш керак. Доимий клиник ремиссия шаклланиши билан яшаш жойидан узоқда жойлашган санаторийларда курорт даволанишига мурожаат қилиш мумкин.

Жисмоний терапия (жисмоний терапия) ўтказиш ҳақида ўйлаш тавсия етилади. Қорин бўшлиғида қон ва лимфа айланишини яхшилаш учун қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак касалликлари учун физиотерапия; ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак моторикасини нормаллаштириш, овқат ҳазм қилиш жараёнларини секретор ва нейрохуморал тартибга солиш; контрэндиқациялар бўлмаса, ошқозон шиллиқ қаватида репаратив жараёнлар учун қулай шароитлар яратиш [13].

Жисмоний терапиянинг вазифаси:-Марказий асаб тизимининг оҳангини ва кортико-виссерал муносабатларни нормаллаштириш, психо-эмоционал

ҳолатни яхшилаш; ўн икки бармоқли ичак ва бошқа овқат ҳазм қилиш органларида қон ва лимфа айланишини, метаболик ва трофик жараёнларни фаоллаштириш; регенератив жараёнларни рағбатлантириш ва ошқозон ярасини даволашни тезлаштириш; камайтириш ошқозон мушакларининг спазми; ичакнинг секретор ва motor функцияларини нормаллаштириш; қорин бўшлиғида турғунлик ва ёпишқоқлик жараёнларининг олдини олиш. Терапевтик массаж Марказий асаб тизимининг қўзғалишини камайтириш, автоном асаб тизимининг фаолиятини яхшилаш, ошқозон ва ошқозон-ичак трактининг бошқа қисмларининг motor ва секретор фаолиятини нормаллаштириш учун буюрилади; қорин бўшлиғи мушакларини кучайтириш, танани мустаҳкамлаш. Сегментар рефлекс ва классик массаж қўлланилади. Улар Д9-Д5, С7-С3 паравертебрал зоналарида ҳаракат қилишади. Шу билан бирга, ошқозон яраси бўлган беморларда бу жойлар фақат чап томонда, ошқозон яраси билан еса икки томондан массаж қилинади. Д2-С4 ёқа зонасининг майдони, қорин ҳам массаж қилинади.

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

Оғриқ синдроми бўлмаган тақдирда ошқозон яраси учун терапевтик гимнастиканинг тахминий комплекси 4-жадвалда келтирилган. (ётоқда дам олиш)

№ п/п	Бошланғич позицияси	Машқнинг мазмуни	Дозировк аси	Темпи	Услубий кўрсатмалар
1	2	3	4	5	6
Таёрлаш қисми					
1.	Орқа тарафингизда ётиш, чап қўл кўкрагингизда, ўнг қўл қорнингизда	Юрак уриш тезлигини ҳисоблаш. Диафрагма билан нафас олиш	5-6 марта	Секин	Нафаси сокин
2.	Худди шу нарса	Эркин нафас олиш	2-3 марта	Секин	
3.	Орқа тарафингизда ётиб, қўлларингиз танангиз бўйлаб	Ўнг (чап) еслатмани четга олинг - нафас олинг, б.х. га қайтинг.	2-3 марта	Секин	Нафасингиз ни ушлаб турманг
4.	Худди шу нарса, қўллар "қалъа"да	Қўлларингизни юқорига кўтаринг,	2-3 марта	Секин	Нафасингиз ни ушлаб

	пастга тушади	чўзинг-нафас олинг, б.х. га кайтинг.			турманг
5.	Худди шу нарса	Қўлларингизни ён томондан юқорига кўтаринг, бурун орқали 4 сония давомида нафас олинг, сўнгра қўлларингизни секин туширинг - 6 сония давомида нафас олинг	2-3 марта	Секин	
6.	Чап (ўнг) томонда ётиш	Чап оёғингизни ён томонга олиб boring-нафас олинг, пастга туширинг-нафас олинг, бошқа томондан ҳам худди шундай	4-5 марта	Ўртача	Нафасингизни ушлаб турманг
7.	Орқа тарафингизда ётиш	Дам олиш машқлари	30-40 с		
Асосий қисм					
8.	Креслога ўтириб, стулнинг орқа томонига суяниб, қўллар-кўкрагига чап, ошқозонга	Диафрагма билан нафас олиш: 4 сония давомида нафас олинг, 8 сония пауза қилинг, 6 сония давомида нафас олинг	2-3 марта	Секин	
9.	Ўтирган, текис оёқлари елка кенглигида	Қўлларингизни юқорига кўтаринг-нафас олинг, чап оёғингизга егилиб-нафас олинг, бошқа оёғингизга ҳам худди шундай	2-3 марта	Секин	Нафасингизни ушлаб турманг
10.	Орқангиз билан стулнинг орқа томонига ўтириш	Қўллар ён томонлардан (елкаларни орқага тортиш) олдинга - нафас олинг, кафтларингизни бирлаштиринг, бармоқларингизни бир - бирига босинг, нафасингизни 8 сония ушлаб	2-3 марта	Секин	ҳар машқдан сўнг эркин нафас олинг ва нафас чикаринг

		туринг, дам олиш учун кўлларингизни туширинг-фаол нафас чиқаринг			
11.	Креслонинг четида ўтириш, кўллар орқа томонда	Ўнг (чап) оёқни юқорига кўтаринг, егилиб, текисланг ва пастга туширинг	4-5 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
12.	Шунингдек, камарга кўллар	Тирсагингиз билан стулнинг орқа қисмини чиқариб, танани ўнгга (чапга) буради	2-3 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
13.	Худди шу, кўллар пастга	Чапга, чап кўлни пастга, ўнгга кўлтиқ остига егинг; бошқа йўналишда ҳам	3-4 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
14.	Кресло орқасида туриб, кўлларини орқасига суяниб	Оёқларнинг кўндаланг томонга муқобил тебраниш ҳаракатлари	3-4 марта	Ўртача	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
15.	Тик турган, чап кўл кўкрагида, ўнг кўл ошқозонда	Диафрагма билан нафас олиш: нафас олиш - 4 сония, нафас олишнинг кечикиши-8 сония ва екшаласён - 6 сония	2-3 марта	Секин	
16.	Тик туриб, кўлларини стулнинг орқа томонига ишқалаб, бошини орқага, оёқларини бирга	Кўлларингиз билан стулнинг орқа томонига кучли босим ўтказинг, оёқларингиз ва танангизнинг мушакларини 8 сония давомида тортинг, кўлларингизни пастга тушириб дам олинг	2-3 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
17.	Тик туриб, кўлларингизни кўкрагингиз олдида, оёқларингизни елкангиз кенглигида букинг	Тирсақларингизни ён томонларга, кейин текис кўлларингизни ён томонларга, кафтларингизни юқорига кўтаринг	2-3 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан

18.	Тик туриб	Юриш: 4 қадам нафас олинг, нафасингизни 8 қадам ушлаб тuring ва 6 қадам нафас олинг. Екшаласенда пауза 2-3 қадам	2-3 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
Яқуний қисм					
19.	Ўтириш, қўллар елкаларига	Елка бўғимларида олдинга ва орқага айланишлар	Ҳар бир йўналишда 3-4 марта	Уртача	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
20.	Худди шу нарса	Оёқларингизни кўтариш ва тушириш пайтида бармоқларингизни сиқиб, ечиб олинг	4-6 марта	Уртача	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
21.	Худди шу нарса	Қўлларингизни елкангизга олиб келинг, қўлларингизни юқорига кўтаринг, қўлларингизни елкангизга туширинг, қўлларингизни туширинг ва дам олинг	2-3 марта	Уртача	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
22.	Шунингдек, сонда қўллар	Кафтлар юқорига-нафас олинг, кафтлар пастга, бўшашган - выдох	4-5 марта	Уртача	
23.	Худди шу нарса	Кўзларингизни юминг, бутун тананинг мушакларини бўшаштиринг	30-40 сония	Секин	Нафас олиш тинч

Таб.№4. Терапевтик гимнастика. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг ошқозон яраси учун терапевтик гимнастиканинг тахминий комплекси 5-жадвал (палатада харакатланиш режими).

№ п/п	Бошланғич позицияси	Машқнинг мазмуни	Дозаси	Тезлик	Услубий кўрсатмалар
1	2	3	4	5	6
Тайёргарлик қисми					
1.	Орка тарафингизда ётиш, чап қўл кўкрагингизда,	Юрак уриш тезлигини ҳисоблаш. Диафрагма билан нафас олиш	5-6 марта	Секин	Нафас олиш раво

	Ўнг қўл ошқозонингиз да				
2.	Худди шу нарса	Эркин нафас олиш	2-3 марта	Секин	
.	Тик туриб	Комбинацияланган юриш (оёқ бармоқларида, пошналарда, ўзаро қадам ва ҳоказо.) юқори ва пастки оёқлар учун ҳаракатлар билан	2-3 мин	Секин	Нафасингиз ни ушлаб турманг
4.	Тик туриб	Секин юриш: 4 қадам учун нафас олинг, 6 қадам учун нафас олинг	30-40 сония	Секин	
5.	Тик турган холда, оёқлари елка кенглигида	Қўлларингизни ён томонлардан юқорига кўтариш-4 сония нафас олинг. Оёқ бармоқларига кўтаринг, 8 сония пауза қилинг, кейин қўлларингизни пастга тушириб, кескин нафас олинг	2-3 марта	Секин	Агар сиз нафас олаётганда нафасингиз ни ушлаб турсангиз, магистрал мушакларин инг изометрик кучланишин и ҳосил қилинг
6.	Тик туриб	Қўлимни ён томонга кўтаринг, магистрални чапга буранг-нафас олинг, б.х. га қайтинг.	3-4 марта	Уртача	Нафасингиз ни ушлаб турманг
7.	Худди шу, оёқлари бирга, қўллар олдинга, кафтлар пастга	Ўнг оёқни бир зарбада кўтаринг, чап қўлни чиқариб, оёғини пастга туширинг	5-6 марта	Уртача	Нафасингиз ни ушлаб турманг
8.	Худди шу, қўллар пастга	Қўлларингизни юқорига кўтаринг, чап оёғингизни бармоқ устига қўйинг-нафас олинг, б.х. га қайтинг.	3-4 марта	Секин	Нафасингиз ни ушлаб турманг
Асосий қисм					
9.	Тиз чўкиш	Қўлларингизни юқорига кўтаринг- нафас олинг, пошнангизга ўтиринг- нафас олинг	3-4 марта	Секин	Нафасингиз ни ушлаб турманг
10.	Худди шу нарса	Қўлларингизни юқорига кўтаринг- нафас олинг, полга	3-4 марта	Секин	Нафасингиз ни ушлаб турманг

		ўннга ўтиринг-нафас олинг; чапга бир хил			
11.	Тўрт оёк устида туриш	Ўнг тизза билан чап қўлни (полдан кўтармасдан) етиб boing, б.х. га қайтинг.	3-4 марта	Уртача	Нафасингизни ушлаб турманг
12.	Худди шу, ичкарида кафт	Нафас олинг-егилиб, кўкрагингиз билан полга тегиб, нафас олинг	3-4 марта	Уртача	
13.	Худди шу, олдинга кафт	6 сония давом этадиган чукур нафас олинг, орқага суянинг, қўлларингизни полдан кўтармасдан, товонингизга ўтиринг - секин екшаласён 8 сония давом этади	3-4 марта	Уртача	
14.	Ошқозонида ётиб, боши қўлларига туширилади	ўнг (чап) оёқни юқорига кўтаринг, И. Р. га қайтинг.	2-3 марта	Ўртача	Нафас олиш ўзбошимчалик билан
15.	Худди шу нарса	Ўнг тизза билан уни ён томонга бураб, ўнг тирсакни олинг, б.х. га қайтинг.	2-3 марта	Ўртача	Нафас олиш ўзбошимчалик билан
16.	Чап (ўнг) томонда ётиш	Оёқни орқага қайтаринг-нафас олинг, қорин деворини олдинга суринг, оёқни тизза бўғимида егиб, қорин бўшлиғига босинг-нафас олинг	2-3 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчалик билан
17.	Орқа тарафингизда ётиш, қўллар-кўкрагингизда чап, ошқозонингизда, оёқларингиз ўзингизда	Диафрагма нафас олиш: нафас олиш 6 сония давом этади, нафас олишда пауза - 12 сония, чиқиш 6 сония давом этади	2-3 марта	Секин	
18.	Орқа тарафингизда ётиб,	Чукур нафас олинг, нафасингизни бир вақтнинг ўзида 12	2-3 марта	Секин	

	қўлларингиз танангиз бўйлаб	сония ушлаб turing, ўнг (чап) тизангизни ошқозонингизга босинг-нафас олинг			
19.	Орка тарафингизда ётиб, қўлларингиз бошингиз орқасида	Кестириб, тизза ва оёқ Билагги зўр бўғимларда оёқларнинг егилиши ва кенгайиши - велосипедга таклид қилиш	40-50 сония	Ўрта	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
20.	Худди шу, тана бўйлаб қўллар	Қўлларингизни юқорига кўтаринг-нафас олинг, тирсакларингизни пастга туширинг-нафас олинг, дам олинг	2-3 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
21.	Худди шу нарса	Оёқларингизни юқорига кўтаринг, оёқларингизни бир-биридан ёйинг ва кесиб ўтинг ("қайчи").	20-30 сония	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
22.	Худди шу, оёқлари бир-биридан	Қўлларингизни юқорига кўтаринг-нафас олинг, уларни полда чапга туширинг-нафас олинг, бошқа йўналишда бир хил	2-3 марта	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
23.	Тиз чўкиб, қўллар орқангизда	6 сония давомида чуқур нафас олинг, олдинга егилиб, 8 сония давомида нафас олинг	2-3 марта	Секин	
Яқуний қисм					
24.	Тик туриб, қўллар пастга	Юриш одатий ҳолдир, қўлларни юқорига кўтариб юриш-нафас олинг, мушакларнинг бўшашиши билан қўлларингизни пастга туширинг - нафас олинг	1-2 мин	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан

25.	Худди шу нарса	Юриш пайтида, кўллариингизни енгиллик билан силкитинг	30-40 сония	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
26.	Бир хил	Мушакларнинг бўшашиши билан пастки оёқнинг муқобил тебраниши	1 мин	Секин	Нафас олиш ўзбошимчал ик билан
27.	Ўтирган холда	Тинчланинг, пулсингизни ҳисобланг, тинч нафас олинг	20-30 сония	Секин	

Таб.№5. Терапевтик гимнастика. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

Жисмоний терапия самарадорлигини аниқлаш учун беморни доимий равишда кузатиб бориш, унинг ҳолатини, ишлатилган машқларнинг таъсирини, алоҳида дарсни, даволанишнинг маълум даврини аниқлаш амалга оширилади. Функционал ҳолатнинг махсус тадқиқотлари ҳам муҳимдир, улар беморни объектив баҳолашни, унинг individual хусусиятларини ва жисмоний фаолиятга мослашишни таъминлайди [6,9]. Ошқозон яраси касаллигида машқлар терапиясининг самарадорлигини ҳисобга олиш учун қуйидаги усуллардан фойдаланиш мумкин:

- * мавжуд субъектив сезгилар бўйича сўров: ошқозон ёниши, белчинг, шиширади, қорин оғриғи, ахлатнинг табиати (ич қотиши, диарея).
- * юрак уриши ва қон босими мониторинги;
- * Штанге ва Генчанинг нафас олиш тестлари;
- * тана вазнини динамик назорат қилиш. Тана вазни тиббий тарозида тортиш орқали аниқланади.

Жисмоний машқларнинг ижобий таъсири билан субъектив ҳислар йўқолади, иштаҳа ва нажас нормаллашади, пулс камаяди, штанга синови вақти узаяди, беморларнинг тана вазни барқарорлашади.

Беморнинг фаровонлиги ЛХ самарадорлигини баҳолашда жуда муҳим рол ўйнайди. Уйқусизлик пайдо бўлганда, иштаҳа пасаяди, қорин оғриғи

пайдо бўлади ва ичак дисфункцияси пайдо бўлганда, беморни физиотерапия воситалари ва шакллари тўғри танлаш учун диққат билан текшириш керак.

Алоҳида дарснинг самарадорлигини аниқлаш учун тиббий-педагогик кузатувлар ўтказилади. Енг муҳими, ушбу дарсда терапевтик вазифалар қандай ҳал қилинишини, жисмоний фаоллик беморнинг имкониятларига мос келадими ёки йўқлигини, унинг жисмоний терапияга individual реакциялари қандай эканлигини аниқлашдир.

Ушбу масалаларга ойдинлик киритиш учун физиологик егри чизик ва машқлар машғулотининг зичлиги пулс тезлигини ўзгартириш орқали аниқланади.

Кузатишлар давомида чарчоқнинг ташқи белгилари, оғриқ пайдо бўлиши ва машқларни бажариш қобилиятига еътибор қаратилади. Кузатувларга асосланиб, машғулот усулини ўзгартириш керак, масалан, жисмоний фаолиятнинг дозасини камайтириш. Кўпгина ҳолларда жисмоний машқлар енгил чарчоқни келтириб чиқариши керак, бу терининг қизариши, терлаш ва нафас олишнинг кучайиши билан тавсифланади. Шовқинли нафас қисилиши, кучли заифлик, мувофиқлаштириш ва мувозанатнинг бузилиши, бош айланиши ва жисмоний машқлар тузилишидаги ўзгаришлар билан бирга оғриқ ва чарчоқ пайдо бўлишига йўл қўйиш тақиқланади.

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

6. Профилактика турларини аниқлаш мезонлари

- * Беморнинг умумий ҳолатини яхшилаш;
- * Овқат ҳазм қилиш функцияси яхшиланди
- * Оғриқ хуружларини камайтириш

6.1. Реабилитация процедураларининг босқичи ва кўламини аниқлаш мезонлари (фаолият, ногиронлик ва соғлиқнинг халқаро таснифи

бўйича халқаро тарозилар) – кўрсатмаларга мувофиқ.

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

7. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

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

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

III босқич-ўқув даври (15-20 синф ёки ундан кўп) - реабилитация маркази-санаторий

8. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатадиган диагностика чоралари:

* Беморни физик текшириш

* ЭГДФС;

9. Профилактик чора-тадбирлар самарадорлиги кўрсаткичлари

Фаолият, ногиронлик ва соғлиқнинг халқаро таснифига мувофиқ халқаро миқёсларга мувофиқ, профилактика чораларининг самарадорлиги ремиссия давомийлиги, беморларда оғриқ йўқлиги, шунингдек ҳар 6 ойда профилактик ЭГДФ билан белгиланади. <https://ergotherapy.ru/wp-content/uploads/2017/05/Mezhdunarodnaya-klassifikatsiya.pdf>

10. Протоколнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви ҳақида маълумот: тўқнашув йўқ.

2) экспертлар маълумотлари (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари);

3) протоколни қайта кўриб чиқиш шартларини белгилаш: ишлаб чиқилганидан 3 ёки 5 йил ўтгач ёки далиллар даражасига ега янги усуллар мавжуд бўлса.

7. Ишлатилган адабиётлар:

1. Lanas A., Chan F.K.L. Peptic ulcer disease. *Lancet* 2017; vol. 390 (10094): 613-624.
2. Chan F.K.L., Lau J.Y.W. Peptic ulcer disease. In: *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. 10th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2018: chap 14.
3. Ramakrishnan K., Salinas R.C. Peptic ulcer disease. *Am Fam Physician* 2017; vol. 76: 1005-1012.
4. Василенко В.Х., Гребенев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М: Медицина, 1999: 288
5. 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* 2019; vol.84: 102-113.
6. Hawkey C.J., Wight N.J. *Clinician's manual on NSAIDs and gastrointestinal complications*. London: Life Science Communications, 2015.
7. Nagashima K., Tominaga K., Fukushi K. et al. Recent trends in the occurrence of bleeding gastric and duodenal ulcers under the Japanese evidence-based clinical practice guideline for peptic ulcer disease. *JGH Open* 2018; Vol. 2(6): 255-261.
8. Ивашкин В.Т., Шептулин А.А. *Болезни пищевода, желудка и кишечника*. М.:МЕД-пресс-информ; 2019:
9. Tomizawa M., Shinozaki F., Hasegawa R. et al. Low hemoglobin levels are associated with upper gastrointestinal bleeding. *Biomed Rep* 2016; vol.5 (3): 349-352.
10. 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.
11. И.В. Маев, Д. Н. Андреев, А. А. Самсонов, А. С. Черёмушкина (<https://doi.org/10.21518/2079-701X-2022-16-6-100-108>)
12. В.Т. Ивашкин, И.В. Маев, П.В. Царьков. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской

гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) 2020г.
(https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf.)

13. Краевский Е.В. Язвенная болезнь. 2020г.

(https://www.1spbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_terapii_fakultetskoy/lektsii/gastroenterology3.pdf?ysclid=lucl01dmpe823299172.)

14. Elmunzer B.J., Young S.D., Inadoni J.M. et al., Systematic review of the predictors of recurrent hemorrhage after endoscopic hemostatic therapy for bleeding peptic ulcers. Am J. Gastroenterol 2018; vol. 103(10): 2625-2632; quiz 2633.

15. Feng L., Wen M.Y., Zhu Y.J., et al. Sequential therapy or standard triple therapy for helicobacter pylori infection: an updated systematic review. Am. J. Ther .2016;23:e880–93