

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” DM**

**“O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI”
NOZOLOGIYASI BO`YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

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



S.I. Ismailov 2025 yil

“O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent-2025

**“O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASI
BO`YICHA TASHHISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

1. KIRISH QISM

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

MKB-10	
K26	O`n ikki barmoqli ichak yara kasalligi
K26.0	O`tkir yara qon ketish bilan
K26.1	O`tkir yara perforatsiya bilan
K26.2	O`tkir yara qon ketish va perforatsiya bilan
K26.3	O`tkir yara qon ketish va perforatsiya belgilarsiz
K26.4	Surunkali yoki aniqlanmagan yaradan qon ketish bilan
K26.5	Surunkali yoki aniqlanmagan yaradan perforatsiya bilan
K26.6	Surunkali yoki aniqlanmagan yaradan qon ketish va perforatsiya bilan
K26.7	Surunkali yaradan qon ketish va perforatsiya belgilarsiz
K26.9	Aniqlanmagan o`tkir yoki surunkali yaradan qon ketish va perforatsiya belgilarsiz
	https://mkb-10.com/index.php?pid=10126

MKB-11	
DA63	O`n ikki barmoqli ichak yara kasalligi
DA63.0	O`n ikki barmoqli ichak eroziyasi
DA63.1	Helicobacter pylori bilan bog`liq 12b.i. yarasi
DA63.2	Helicobacter pylori va dori-darmon qabul qilish bilan bog`liq 12b.i. yarasi
DA63.3	Stress bilan bog`liq 12b.i. yarasi
DA63.4	Eozinofiliya sababli 12b.i. yarasi
DA63.5	Tashqi ta'sir sabablar tufayli payda bo`lgan 12b.i. yarasi
DA63.6	Infeksiya bilan bog`liq 12b.i. yarasi
DA63.Y	Boshqa aniqlashtirilgan 12b.i. yarasi
DA63.Z	Boshqa aniqlashtirilmagan 12b.i. yarasi
	https://mkb11.online/113770#subitems

Jadval №1 MKB-10 va MKB-11 kodlari.

Bayonnomani ishlab chiqish va qayta korib chiqish sanasi: 2025 yil 30 may, qayta ko'rib chiqiladigan sana 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 uchun mas'ul muassasa:
Akademik V. Vohidov nomidagi “RIXIATM” DM

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda: Akademik V.Vohidov nomidagi
“RIXIATM” DM hissasini qo`shishdi.

Asosiy mualliflar ro`yxati, qo`shimcha mualliflar ro`yxati:

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

Taqrizchilar

Taqrizchilar:	Maxmudov Ulug`bek Marufjonovich - Akademik V.Vohidov nomidagi “RIXIATM” DM Gepatobiliar xirurgiya va jigar transplantatsiyasi №2 bo`limi katta ilmiy xodimi t.f.d.
	Malikov Mirzobadal Xalivayevich - "Abu Ali ibn Sino nomidagi tojik davlat tibbiyot universiteti" Akademik N. U. Usmonov nomidagi davlat ta'lim muassasasi 2-sonli jarrohlik kasalliklari kafedrasini mudiri t.f.d. dotsent

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. Akademik V.Vohidov nomidagi “RIXIATM” DM 1-sonli hepatobiliar xirurgiya va jigar transplantatsiyasi bo`limi rahbari, O`zbekiston Respublikasi Sog`liqni saqlash vazirligi bosh jarrohi t.f.d. professor Akbarov Mirshavkat Miralimovich.

2. Akademik V.Vohidov nomidagi “RIXIATM” DM Kattalar kardioxirurgiyasi bo`limi rahbari jarrohi t.f.d. professor – Aliyev Sherzod Maxmudovich.

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

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 jarrohlari
- bolalar jarrohlari
- terapevtlar
- pediatriklar

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: Yoshi kattalar va bolalar.

Baholash shkalasi sinf tavsiyalari

Sinf tavsiyal	Ta'rif	Ma'nosi
----------------------	---------------	----------------

ari		
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 dalillarini darajasini baholash (DDB) uchun shkala (diagnostik aralashuvlar)

DDB	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 tadqiqotlar
4	Qiyosiy tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi

5	Faqat harakat mexanizmini asoslash yoki mutaxassislarning fikri mavjud
----------	--

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

IDB	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	Taqqoslanmaydigan tadqiqotlar, klinik holat yoki bir qator holatlarning 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 (TID)

TID	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
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
YK	Yara kasalligi
O`BIYK	O`n ikki barmoqli ichak yara kasalligi
OYK	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

№ 2 jadval qisqartirish ro'yxati

MUNDARIJA

“O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO`YICHA TASHHISLASH VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....4

«O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI» NOZOLOGIYASI BO`YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOL.....27

«O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI» NOZOLOGIYASI BO`YICHA TIBBIY PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO`YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....38

2. ASOSIY QISMI.

2.1. Kirish

Yara kasalligi, profilaktika va davolash-diaagnostika usullarini takomillashtirishga qaramay, kasallikning oshqozon-ichak traktining eng keng tarqalgan kasalliklaridan biri bo'lib qolmoqda [2,5]

Ushbu muammoning ahamiyati asosan keng tarqalganligi bilan bog'liq va aholining 5-10 foizida uchraydi. Xususan, o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi 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 o'n ikki barmoqli ichak yarasi uchun 4:1 nisbatda to'g'ri kelmoqda.

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 bo'g'inining genezisida shubhasiz ishtirok etishini ko'rsatishi mumkin [3, 11].

Yosh guruhlarida o'n ikki barmoqli ichak yarasi 25 yoshdan 50 yoshgacha, oshqozon yarasi esa 40 yoshdan 60 yoshgacha tez - tez uchraydi. Natijada, oshqozon yarasi kasalligining klinik kursi tufayli turli yoshdagi bemorlarda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yarasini tashxislashda ba'zi xususiyatlar mumkin. So'nggi yillarda steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarni qabul qilishning ko'payishi tufayli oshqozon yarasidan qon ketishini aniqlash tezligining oshishi bilan asoratlanmagan oshqozon yarasi kasalligi uchun kasalxonaga yotqizish tezligining pasayishi kuzatilmoqda. [4,12].

2.2. Ta'rif:

O'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi (O'BIYK) surunkali takrorlanadigan multifaktorial kasallik bo'lib, o'n ikki barmoqli ichakda (O'BI) yara nuqsonlari paydo bo'lishi bilan namoyon bo'ladi, kasallikning rivojlanishi va asoratlar paydo bo'lishi mumkin. [5]

2.3. Klinik tasniflash:

O`n ikki barmoqli ichak yara kasalligining 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 yara kasalligi ajratiladi. Oxirgi shakl ba`zan idiopatik deb ham ataladi.

Shuningdek, yara kasalligi mustaqil kasallik (muhim oshqozon yarasi) va o`n ikki barmoqli ichakning simptomatik yaralari (dorivor, "stressli", endokrin patologiya bilan, ichki organlarning boshqa surunkali kasalliklari bilan) sifatida ajralib turadi, ular boshqa kasalliklar fonida yuzaga keladi va ularning rivojlanish mexanizmlari bilan bog`liq maxsus etiologik va patogenetik omillar [7].

Lokalizatsiyaga qarab o`n ikki barmoqli ichak yara kasalligining (piyozcha, postbulbar bo`limi), shuningdek oshqozon va o`n ikki barmoqli ichakning birlashtirilgan yaralari ajralib turadi. Bunday holda, oshqozon yarasi kichik yoki katta egrilikda, oshqozon va o`n ikki barmoqli ichakning old va orqa devorlarida joylashgan bo`lishi mumkin [4].

Yaraning zararlanish 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. Tashxis kasallikning bosqichini ko`rsatadi: qo`zish davri, chandiqlar ("qizil" va "oq" chandiqlarning endoskopik tasdiqlangan bosqichi) va remissiya, shuningdek oshqozon va o`n ikki barmoqli ichakning mavjud chandiqlar-yarali deformatsiyasi [8].

Tashxisni shakllantirishda o`n ikki barmoqli ichak yara kasalligi (shu jumladan anamnestik) asoratlari mavjudligi ko`rsatiladi: qon ketish, teshilish, penetratsiya, pilorusning chandiqli-yarali stenozi, shuningdek, jarrohlik aralashuvlari, agar ular amalga oshirilgan bo`lsa. [12]. 3-jadvalda yara kasalliklari turining qisqacha tavsifi keltirilgan.

Yara turlari	Sabablari	Klinik ko`rinishlar
--------------	-----------	---------------------

Stressli (shilliq qavat ishemiyasi tufayli) Oshqozonda lokalizatsiyalangan	Shikastlanish, shu jumladan miya shikastlanishi (Kushing yarasi), kuyish (Kurling yarasi), shok, muzlash va boshqalar.	Og'riq sindromi ko'pincha bo'lmaydi, birinchi belgi o'tkir qon ketish, kamdan-kam hollarda teshilishdir.
Dori vositalari (prostaglandinlar va shilliq qavat ishlab chiqarish buzilishi tufayli, regeneratsiya tezligining pasayishi)	steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilar terapiyasi, kortikosteroidlar, antitumor dorilar (sitostatiklar) va boshqalar.	Ko'pincha ular simptomsiz bo'lib, to'satdan paydo bo'lgan qon ketish bilan namoyon bo'ladi. Ba'zida zarda bo'lish, epigastral soxasida og'riq, ko'ngil aynish bilan birga keladi
Endokrin	Qandli diabet (shilliq osti qatlamning tomirlari mikroangiopatiya turiga qarab o'zgaradi, trofik jarayonlar darajasi pasayadi)	Ular O`BI lokalizatsiya qilinadi, kam simptomli, ba'zida qon ketish bilan asoratlanadi.
	Zollinger - Ellison sindromi (giperatsidlik, qon zardobida gastrin ko'payishi aniqlanadi)	Bu juda og'ir kechishi, yaraning ko'plab lokalizatsiyasi, doimiy diareya.
	Giperparatirioz	Lokalizatsiya ko'pincha o'n ikki barmoqli ichakda, kasallikning og'ir kechisi tez-tez qaytalanish va qon ketishga moyillik va teshilish bilan, paratiroid bezlari funksiyasining kuchayishi belgilari bilan tavsiflanadi: mushaklarning kuchsizligi, suyak og'rig'i.
Gepatogen (Portal Venada qon oqimining buzilishi, jigarda gistamin inaktivatsiyasining buzilishi, trofik va mikrosirkulyatsion kasalliklar)	Jigar sirrozi, surunkali gepatit	Ular ko'pincha oshqozonda, kamroq O`Bida lokalizatsiya qilinadi. Klinik ko'rinish odatda bo'lmaydi va atipik bo'ladi, yara kasalligi davo terapiyaga yaxshi javob bermaydi, kasallik bemorning xolsizlikligi bilan ajralib turadi
Pankreatogen (kininlar va gastrin ishlab chiqarilishini ko'paytirish bilan birga ichakdagi bikarbonatlarni qabul qilishning buzilishi)	Pankreatit	Odatda O`Bida lokalizatsiya qilinadi. Yara kasalligi uchun og'riq sindromi xarakterlidir, ovqatlanish bilan bog'liqligi bilan tavsiflanadi. Kasallik og'r kechadi, 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 moyillik

№3 jadval yara turlari.

3. DIAGNOSTIKA USULLARI, YONDASHUVLARI VA MUOLAJAALARI

I. Asosiy va qo'shimcha diagnostika choralari ro'yxati.

1. Ambulatoriya darajasida o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:

- O`BIYKga shubha qilingan barcha bemorlarga, qarshi ko`rsatmalar bo'lmasa, tashxisni tasdiqlash uchun ezofagogastroduodenofibroskopiya (EGDFS) tavsiya etiladi. (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

2. Ambulatoriya darajasida o'tkaziladigan qo'shimcha diagnostika tekshiruvlari:

- O`BIYKgi bo'lgan barcha bemorlarga anemiyani (gemoglobin, gematokrit, eritrotsitlar, trombotsitlar) kompleks tashxislash uchun umumiy (klinik)qon tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi;
- Temir tanqisligi/kamqonligi bo'lgan O`BIYK bilan og'rigan bemorlarga yashirin qon ketishini aniqlash uchun najasni yashirin qon ketishga tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi; (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

3. Shoshilinch kasalxonaga yotqizish paytida va testlar o'tkazilgan kundan boshlab 10 kundan ortiq vaqt o'tgandan keyin statsionar darajada o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:

- UQT;
- OAM;
- biokimyoviy qon tahlili (umumiy bilirubin, to'g'ri va bilvosita bilirubin, ALT, AST, umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, elektrolitlar, qondagi glyukoza miqdori);
- koagulogramma (AЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);
- qon guruhi va RH faktori;

- EKG;
- ExoKG;
- Spirografiya;
- IFA yordamida OIV qonini tekshirish;
- IFA yordamida Gepatit B, C aniqlash;
- Vasserman Reaktsiyasi.

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

4. Shoshilich ravishda kasalxonaga yotqizish paytida va TM buyrug'iga muvofiq testlarni topshirgan kundan boshlab 10 kundan ortiq vaqt o'tgandan keyin statsionar darajada o'tkaziladigan qo'shimcha diagnostika tekshiruvlari:

- Qorin boshlig`i UTTsi;
- Maqsadli biopsiya bilan EGDS
- Ko`krak qafasi rentgeoskopiyasi;
- Bariy bilan oshqozon-ichak traktining rentgen kontrastli tekshiruvi;
- Qorin bo'shlig'i organlarining MSCT.

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

5. Shoshilinch tibbiy yordam bosqichida o'tkaziladigan diagnostika choralari:

- shikoyatlar to'plami, kasallik tarixi va hayoti;
- fizik tekshiruv;
- EKG.

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

- Qorin og'rig'i O`BIYKgining odatiy kechishi 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'riq xarakteri ko'pincha har xil bo'lishi mumkin. Kuchsiz og'riqdan toki kuchli og'riqqacha, Mendel simptomi ko'pincha musbatligi aniqlanadi.

- Kasallikning atipik kechishi bilan (ko'pincha yoshligida) qorin bo'shlig'i og'riqli sindromining paydo bo'lishi va o'zgarishi muntazamligi aniqlanmaydi, dispeptik shikoyatlar bo'lmasligi mumkin, O`BIYKning klinik ko'rinishi "niqob" ostidagi ko'krak og'rig'i, xoletsistit, pankreatit, jigar yoki buyrak kolikasining ostida davom etadi.
- Yara kasalligida O`BI dispepsiyasi qusish, ovqatdan keyin epigastral sohasidagi og'irlik yoki bosim hissi, kekirish, ko'ngil aynish, epigastral sohasidagi kuyishish va jig`ildon qaynishi shaklida namoyon bo'ladi.
- Ishtahaning pasayishi, jismoniy rivojlanishning kechikishi, shuningdek, ich qotishi yoki najasning beqaror tabiati. Kasallikning rivojlanishi, shuningdek, AOSning 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>).

1. Bemorning anamnesi va shikoyatlari:

- Epigastriya soxasida, piloroduodenal zonada yonayapgan, simillovchi og'riq, ko'pincha och qorinda; ovqatlangandan keyin og'riqning yo'qolishi; dispeptik sindrom (ko'ngil aynishi, qusish, oshqozon yonishi, kekirish va boshqalar).
- Yara anamnezi.
- Irsiy moyillik.
- Ovqatlanishning tartibi (ovqatlanish rejimining buzilishi, achchiq, dudlangan, qovurilgan ovqatlar, gazlangan ichimliklar, quruq ovqatni suiste'mol qilish);
- Steriod bo'lmagan yallig'lanishga qarshi, GKS, analgetiklar is`temol qilish.

[12]

2. Fizikal tekshiruv:

Umumiy tekshiruvlar:

- Yetakchi klinik simptomlar: epigastral sohasida va o'rta chiziqning o'ng tomonida, kindikka yaqinroq og'riqlar. Ko'pincha orqaga, belga, o'ng yelka, kurakka, epigastral sohasiga tarqaladi.
- Og'riqlar xarakteri: xurujsimon, o'tkir va kesuvchi.
- Og'riq ovqatdan so'ng darhol paydo bo'ladi (oshqozonning kardiyal va subkardiyal sohalari yarasida), ovqatdan yarim – bir soatdan keyin (oshqozon tanasi yaralarida).
- O'n ikki barmoqli ichakning pilorik va piyozcha qismida odatda og'riqlar kech kuzatiladi (ovqatdan 2-3 soat o'tgach), och qorindagi og'riq. Ko'pincha og'riqlar kechki paytda kuzatiladi. Og'riqing "Moyninganovski" bo'yicha ritmi: ochlik-og'riq-ovqatlanish-yengillik.
- 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), kekirish, ko'ngil aynishi, qabziyat.
- Surunkali intoksikatsiya belgilari va asteno-vegetativ kasalliklar. (<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>)

Palpatsiya:

- Mendel simptomining musbatligi
- Qorin bo'shlig'ining yuzaki palpatsiyasi og'riqli, chuqur – qorin old devorining mushaklarining himoya kuchlanishi tufayli qiyin.
- Qorin old devorining mushaklarni himoya qilish alomati.

3. Laboratoriya tadqiqotlari:

- QUT - anemiya, leykopeniya, nisbiy neytrofiloz, eozinofiliya, monotsitoz, asoratlar mavjud bo'lganda – leykotsitoz.
- Biokimyoviy qon tekshiruvi (umumiy protein darajasining pasayishi, disproteinemiya, sideropeniya, xolesterin darajasining o'zgarishi, bilirubin, transaminaz – ko'pincha o'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan).
- Koprogramma: ikkilamchi malabsorbtsiya sindromi;
- Yashirin qon uchun najas - ijobiy natija;

- Ijobiy ureaz nafas olish testi; [12]

4. Instrumental tadqiqotlar.

EGDFS:

- Yarali nuqsonni, uning hajmini, qon ketish belgilarini aniqlash;
- Agar kerak bo'lsa, gistologik tekshiruv.

Oshqozon-ichak traktining rentgen kontrastli tekshiruvi:

- shilliq qavatning konturida yoki relyefida "joy" ni aniqlash;
- "ko'rsatkich barmog'i" belgisi;
- qorin bo'shlig'idagi erkin gaz;
- Piyozcha qismining torayishi, harakatlanish va evakuatsiya belgilarini buzilishi aniqlash;

Qorin bo'shlig'i UTT:

- yara teshilganda jigar usti sohasida gaz pufakchalari borligi, chap diafragma osti sohasida erkin suyuqlik mavjudligi.

KT (yoki MSKT):

- teshikning mavjudligi va lokalizatsiyasi
- qorin bo'shlig'ida erkin gaz mavjudligi
- boshqa patologik o'zgarishlarning hajmi va tabiati.

5. Tor mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko'rsatmalar:

- boshqa qo'shma patologiya mavjud bo'lganda tor mutaxassislar bilan maslahatlashish.

6. Differentsial tashxis:

Yara kasalligini o'n ikki barmoqli ichakning simptomatik yaralari bilan farqlanishi kerak. Semptomatik gastroduodenal yaralar orasida stress va dorivor yaralar, endokrin kasalliklar va ichki organlarning boshqa kasalliklari mavjud [7].

Stressli gastroduodenal yaralar o'tkir, odatda o'n ikki barmoqli ichakning ko'p sonli 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 etishmovchiligi 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].

O'n ikki barmoqli ichakning dorivor yaralari orasida oshqozon devoridagi prostaglandinlarni sintez qilish uchun mas'ul bo'lgan siklooksigenaza-1 fermentini blokirovka qiluvchi SBYQlarni (SBYQ-gastropatiya) qabul qilish bilan bog'liq o'tkir eroziv-yarali zararlanishlar eng katta ahamiyatga ega. Gastroduodenal yaralar SBYQlarni uzoq vaqt qabul qilgan bemorlarning 20-25 foizida, eroziv shikastlanishlar - bemorlarning 50% dan ko'prog'ida uchraydi, ularning rivojlanishi uchun xavf omillari orasida bemorlarning yoshi, YK tarixi, yurak-qon tomir tizimi va jigar kasalliklari, SBYQlarni yuqori dozasi, antikoagulyantlarni bir vaqtda qabul qilish kiradi [6,11].

SBYQlarni qabul qilish natijasida kelib chiqqan duodenal yaralar va eroziyalar ham ko'pincha ko'p xarakterga ega, ko'pincha kam simptomatik bo'lib, to'satdan oshqozon-ichakdan qon ketishi (melenasimon yoki "kofe quyqasi" dek tarkibli qusish) bilan namoyon bo'ladi. Bunday bemorlarda ularning rivojlanish xavfi 4-5 baravar oshadi.

Endokrin kasalliklar fonida yuzaga keladigan o'n ikki barmoqli ichak yarasi Zollinger-Ellison sindromi va giperparatiroidizm bilan og'rigan bemorlarda gastroduodenal yaralarni o'z ichiga oladi. 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 ingichka ichakda va ba'zan qizilo'ngachda ham lokalizatsiya qilinadi, ular kuchli og'riq sindromi, doimiy diareya bilan kechadi. Bunday bemorlarni tekshirganda oshqozon kislotasi ishlab chiqarish darajasi keskin oshgan bo'ladi (ayniqsa bazal sharoitda), gastrinning 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 duodenal yaralar yara kasalligidan farq qiladi (tez-tez takrorlanib turadigan og'ir kechishidan tashqari, qon ketish va teshilish birgalikda) paratiroid bezlari funksiyasining kuchayishi belgilari bilan (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.

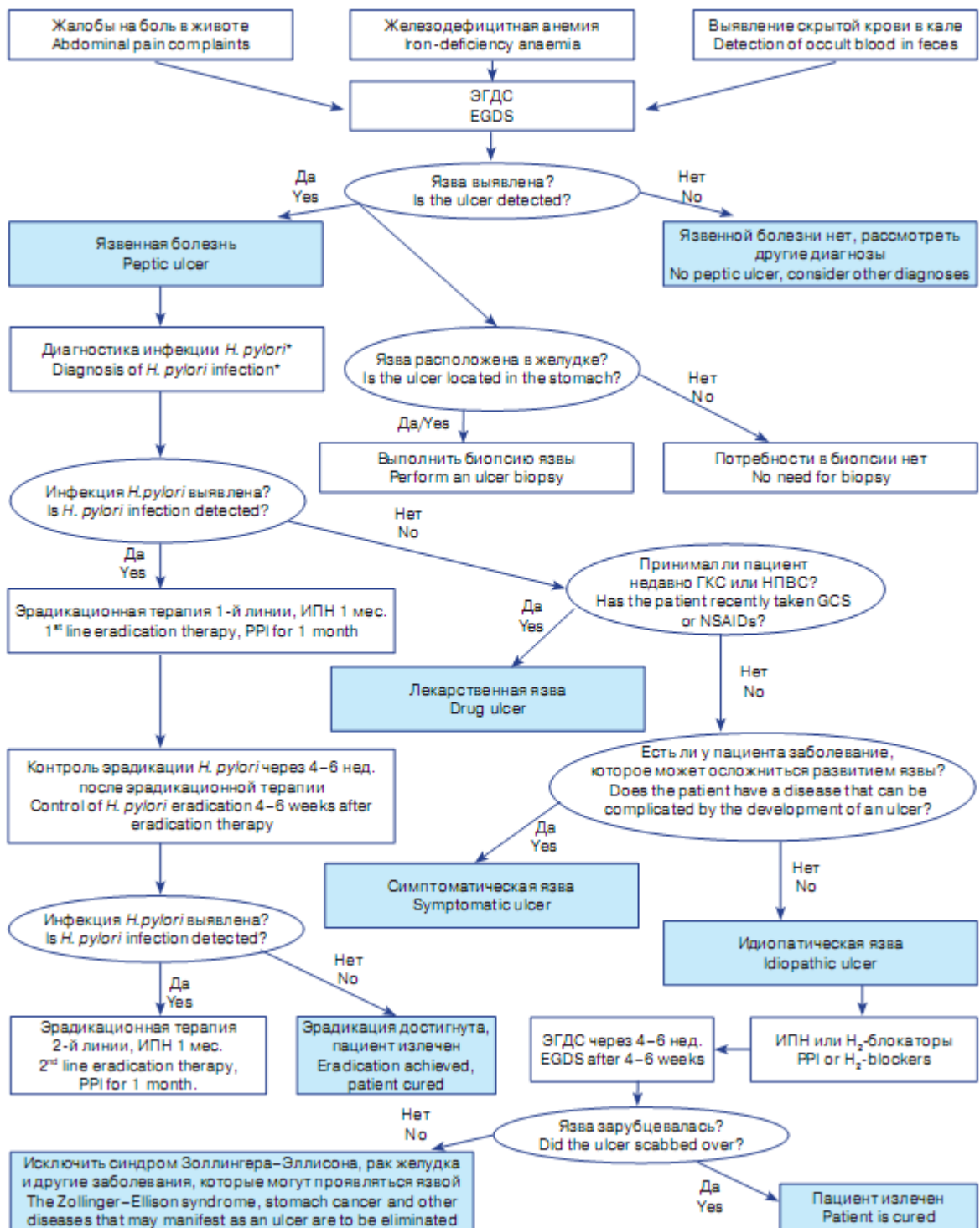
Bundan tashqari, ichki organlarning surunkali kasalliklarida simptomatik yaralar ajratiladi: jigar sirrozi (gepatogen yaralar), surunkali pankreatit (pankreatogen), surunkali nospesifik o'pka kasalliklari, keng tarqalgan ateroskleroz, politsitemiya, tizimli mastotsitoz, karsinoid sindromi bo'lgan bemorlarda. Kron kasalligida o'n ikki barmoqli ichak yaralari, ba'zida simptomatik gastroduodenal yaralar deb ham ataladi, aslida Kron kasalligining o'ziga xos shakli bo'lib, o'n ikki barmoqli ichakka zarar etkazadi [5].

Agar o'n ikki barmoqli ichakda yarali zararlanishlar aniqlansa, yaxshi sifatli yaralar, o'n ikki barmoqli ichak yarasi malignizatsiyasi va O`BI saratonining infiltrativ yarasi o'rtasida differentsiya qilish zarur [9].

O'n ikki barmoqli ichak ning yomon sifatli yaralari holatlarida rentgenologik va endoskopik tekshiruvda yarali nuqsonning noto'g'ri shakli, uning notekis va tuberoz qirralari, o'n ikki barmoqli ichak yarasi atrofidagi oshqozon shilliq qavatining infiltratsiyasi, yara joyida o'n ikki barmoqli ichak devorining qattiqligi aniqlanadi. Endoskopik ultrasonografiya tekshiruvda yara joyida oshqozon devorining shikastlanishini, shuningdek mahalliy limfa tugunlarining holatini baholashda katta yordam berishi mumkin. Yaraning zararlanish 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 [8].

Quyida 1-rasmda o'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligi uchun shifokor

harakatlarning diagnostik algoritmi keltirilgan[12].



Rasm № 1 O`BI uchun shifokor harakatlarning algoritmi

7. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- O'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketish, teshilish va kuchli og'riq sindromi mavjudligi.

Rejalashtirilgan ravishda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar [12]:

- Helicobacter pylori bilan bog'liq og'ir kechuvchi yara kasalligi, erradikatsion davolashga moyilligi yo`q;
- stenoz bilan murakkablashgan yara kasalligi;
- yara kasalligini malignizatsiya asoratini inkor qilish maqsadida nasliy moillikni e`tiborga olish;
- yara kasalligi bor bemorda yondosh kasalliklarini inobatga olish.

8. Davolash maqsadlari:

- o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatida faol yallig'lanishni to'xtatish;
- og'riq va dispeptik sindromlarni to'xtatish;
- N. pylorini yo'q qilish.
- me'da shirasining kislota-proteolitik agressiyaning pasayishi;
- 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>

4. DAVOLASH TAKTIKASI:

O`BIYKgi qo`zigan barcha bemorlarga yara nuqsonni davolash uchun proton pompasi ingibitorlari bilan antisekretor terapiya tavsiya etiladi. Asoratlangan yaralarda -asoratlanishiga qarab jarrohlik amaliyotlar[10].

1. DORISIZ DAVOLASH

- 5-7 kun davomida 1a dietasi: sut (bardoshlik bilan), yangi tvorog, jele, kisel, don va sutdan tayyorlangan har hil turdagi kashalar, baliq sufle, kam miqdorda tuz.
- 14 kun davomida №1b dietasi: dietaning kengayishi bilan – qotgan non,

go'sht, baliq, pyure, sutli va donli sho'rvalar, o'rtacha miqdorda tuz.

- № 1 parhez: mexanik va kimyoviy saqlash printsipligiga muvofiq.

Yumshoq dietaning davomiyligi terapiya samaradorligiga bog'liq, vaziyatni yaxshilash bilan parhez kengayadi, parhez stol №1 kengaytirish bilan almashtirish mumkin, siz parhez stol № 5 dan ham foydalanishingiz mumkin [4].

2. Dori-darmonlar bilan davolash:

Surunkali yoki o'tkir **O`BIYK** da jarrohlik amalioti uchun ko'rsatmalar bo'lmasa, konservativ davo ko'rsatiladi. Asosiy dorilar №4 va № 5. jadvalda keltirilgan.

№4. jadal 100% O`BIYK uchun ishlatiladigan asosiy dorilar ro'yxati.

DDB	Farmako-terapevtik guruh	Dori vositalari xalqaro nomi	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
B	Oshqozon sekretsiyasini kamaytiradigan vosita – Proton nasos ingibitorlari	omeprazol pantoprazol- rabeprazol esomeprazol	ichishga per os / v/i kapsulalar 20mg, 30mg, 40mg dan. Vena ichiga yuboridh uchun kukunlar 40mg.	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)	ichga per os. tabletkalar 500mg dan.	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 (amoxicillin)	ichga per os. tabletka 500mg dan.	Management of Helicobacter pylori infection-the Maastricht V/Florence Consensus Report. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27707777/
B	Gastroprotektiv vosita	Rebamipid Rebamipide-SZ	ichga per os. Plyonka bilan qoplangan tabl, 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/

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

DDB	Farmakoterapevtik guruh	Dori vositalari xalqaro nomi	Qo'llash usuli	Dalil darajasi
C	H2-gistamin blokatorlari	Ranitidin (Ranitidin) Famotidin (Famotidine)	Plyonka bilan qoplangan tabl, 150 mg, 300mg	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/21757914/

				h.gov/29475806/
C	Antatsid preparatlari + vetragon preparatlari	Simalgel (Simalgel-VM) Almagel Maaloks	Og'iz orqali qabul qilish uchun suspenziya 81mg + 20mg + 25mg/ml: 125 yoki 300 ml flakon	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/
C	Prokinetik vosita, dofamin reseptorlari antagonisti	Domperidon	Icishga tabletka 10mg, 3 mahal	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	Qusishga qarshi vosita	Metoklopramid	10mg ichishga 2 mahal	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/

**“O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI” NOZOLOGİYASI
BO`YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent- 2025

1. KIRISH QISM

1.1. Kirish

12BIYaKning asoratli shakllari (qon ketish, teshilish va boshqalar) bo'lgan bemorlarni jarrohlik profilidagi shifoxonada jarrohlik davolash masalasini hal qilish uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi. S tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Izohlar: oshqozon yarasining asoratli kechishi bilan og'riqan bemorlar, qoida tariqasida, shoshilinch kasalxonaga yotqizilishi kerak. Qon ketishini davolash 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, yetarli 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, yaradan qon ketishda komorbid bemorning o'lim xavfi yondosh kasalliklar soni bilan bevosita bog'liqdir [14]. Bu, o'z navbatida, shifokordan komorbid bemorlar bilan ishlashda juda ehtiyotkorlik va oshqozon yarasi asoratlari rivojlanishining barcha xavf omillarini ular amalga oshirilgunga qadar tahlil qilishni talab qiladi [5].

Yaradan qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini tekshirish va endoskopik gemostazni o'tkazish uchun ezofagogastroduodenoskopiya kasalxonaga yotqizilganidan keyingi dastlabki 2 soat ichida tavsiya etiladi [3,9]. S tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).

Yaradan qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini dinamik ravishda kuzatish va endoskopik gemostazni amalga oshirish uchun takroriy ezofagogastro-duodenoskopiya faqat qon ketish takrorlanganda va uning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan taqdirda tavsiya etiladi [6,7]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi 1).

Yaradan qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini tekshirish va uni to'xtatish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuvi endoskopik gemostaz imkon qadar erta samarasiz bo'lganda tavsiya etiladi [10, 14]. S tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi — 2).

2. DIAGNOSTIKA USULLARI, YONDASHUVLARI VA MUOLAJAALARI

I. Asosiy va qo'shimcha diagnostika choralari ro'yxati.

1. Ambulatoriya darajasida o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:

- YKga shubha qilingan barcha bemorlarga, qarshi ko`rsatmalar bo'lmasa, tashxisni tasdiqlash uchun ezofagogastroduodenofibroskopiya (EGDFS) tavsiya etiladi. (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

2. Ambulatoriya darajasida o'tkaziladigan qo'shimcha diagnostika tekshiruvlari:

- Yara kasalligi bo'lgan barcha bemorlarga anemiyani (gemoglobin, gematokrit, eritrotsitlar, trombositlar) kompleks tashxislash uchun umumiy (klinik)qon tahlilini o'tkazish tavsiya etiladi;
- Temir tanqisligi kamqonligi bo'lgan YK bilan og'rigan bemorlarga yashirin qon ketishini aniqlash uchun najasni yashirin qon ketishga tekshiruvini o'tkazish tavsiya etiladi; (https://gastro.ru/userfiles/R_Yaz_2020.pdf) .

3. Shoshilinch kasalxonaga yotqizish paytida va testlar o'tkazilgan kundan boshlab 10 kundan ortiq vaqt o'tgandan keyin statsionar darajada o'tkaziladigan asosiy (majburiy) diagnostika tekshiruvlari:

- UQT;
- OAM;
- biokimyoviy qon tahlili (umumiy bilirubin, to'g'ri va bilvosita bilirubin, ALT, AST, umumiy oqsil, mochevina, kreatinin, elektrolitlar, qondagi glyukoza miqdori);
- koagulogramma (AЧТВ, МНО, Фибриноген, ПВ, ПТИ);

- qon guruhi va RH faktori;
- EKG;
- ExoKG;
- Spirografiya;
- IFA yordamida OIV qonini tekshirish;
- IFA yordamida Gepatit B, C aniqlash;
- Vasserman Reaksiyasi.

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

4. Shoshilich ravishda kasalxonaga yotqizish paytida va TM buyrug'iga muvofiq testlarni topshirgan kundan boshlab 10 kundan ortiq vaqt o'tgandan keyin statsionar darajada o'tkaziladigan qo'shimcha diagnostika tekshiruvlari:

- Qorin boshlig`i UTTsi;
- Maqsadli biopsiya bilan EGDS
- Ko`krak qafasi rentgeoskopiyasi;
- Bariy bilan oshqozon-ichak traktining rentgen kontrastli tekshiruvi;
- Qorin bo'shlig'i organlarining MSKT.

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

5. Kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- O`BI yarasidan qon ketish, teshilish va kuchli og'riq sindromi mavjudligi.

Rejalashtirilgan ravishda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- O`BI yarasi malignizatsiyasi, stenoz bilan asoratlanishi, og'riq sindromining uzoq vaqt davomida bilan davolash bo`lmasligi. [12].

6. Davolash maqsadlari:

- O`BI shilliq qavatida faol yallig'lanishni to'xtatish;
- og'riq va dispeptik sindromlarni to'xtatish;
- N. pylorini yo'q qilish.

- me'da shirasining kislota-proteolitik agressiyaning pasayishi;
- 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>)

3. DAVOLASH TAKTIKASI:

Yara kasalligi qo`zigan barcha bemorlarga yara nuqsonni davolash uchun proton pompasi ingibitorlari bilan antisekretor terapiya tavsiya etiladi. Asoratlangan yaralarda -asoratlanishiga qarab jarrohlik amaliyotlar. [4,12].

1. Dorisiz davolash

2. Dori-darmonlar bilan davolash.

3. Sanatoriya-kurort sharoitida davolash.

4. YKni operativ davolash:

- O`BI yara kasalligining asoratli shakllari (qon ketish, teshilish, penetratsiya, malignizatsiya va chandiq stenozining dekompensatsiyalangan bosqichi) bo'lgan bemorlarni jarrohlik profilidagi shifoxonada jarrohlik davolash uchun kasalxonaga yotqizish tavsiya etiladi [3,9,10]. Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi S (dalillarning ishonchlilik darajasi 5).
- 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 [5,12]. Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi S (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)
- Qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini tekshirish va endoskopik gemostazni amalga oshirish uchun takroriy ezofagogastroduodenoskopiya faqat qon ketish takrorlanganda va uning rivojlanish xavfi yuqori bo'lgan taqdirda tavsiya etiladi [5,6,11]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi 1).
- Qon ketishi bo'lgan bemorlarga qon ketish manbasini tekshirish va uni to'xtatish uchun shoshilinch jarrohlik aralashuvi endoskopik gemostaz imkon

qadar erta samarasiz bo'lganda tavsiya etiladi [3,9,11]. Tavsiyalarining ishonchlilik darajasi S (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2).

- O`BI yarasi perforatsiyasi bor bemorlarga perforatsiya teshigini yo'q qilish uchun shoshilinch operatsiya qilish tavsiya etiladi [9,10]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 3).

5. Jarrohlik usulini tanlash.

O'n ikki barmoqli ichak yarasidan qon ketish va ularning teshilishi, yara kasalligining asoratlari bo'lib, yara anamnezining 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, O`BIYK bilan oshqozonning kislotasiz ishlab chiqarish funksiyasini yetarli darajada saqlash uchun oshqozonning kamida $3/4$ distal rezektsiyasi ko'rsatiladi; oshqozon yarasi bilan – oshqozonning kamida $2/3$ distal rezektsiyasi.

Jarrohlik aralashuvlarining bevosita natijalari bemorlarning yoshiga, operatsiyaning dolzarbligiga va uni amalga oshirish usuliga bog'liq. Operatsiyadan keyingi dastlabki asoratlari va o'limlarning maksimal soni keksa va yoshi katta bemorlarda, yarali qon ketishining qaytalanishi fonida shoshilinch jarrohlik aralashuvlar paytida, qon ketadigan yarani magistral vagotomiyasi bilan tikish paytida, oshqozonni "qisqa qovuzloq" rezektsiya qilishda sodir bo'ladi. Shoshilinch ravishda va birinchi navbatda gastroduodenal yaralardan qon ketishining qaytalanishi fonida, shuningdek keksa va yoshi katta bemorlarda jarrohlik aralashuvlardan qochish kerak. Qon ketgan yarani tikish kabi jarrohlik aralashuvlarning bunday usullarini klinik amaliyotda qo'llashdan bosh tortish kerak, shu jumladan vagotomiya bilan to'ldirilgan va oshqozonni "qisqa

qovuzloq" rezektsiya qilish, chunki qon ketgan yarani qoldirish bilan bog'liq operatsiyalar yakuniy gemostazga erishishning yetarli emasligi va operatsiyadan keyingi yaradan qon ketishining qaytalanishi ehtimoli tufayli qabul qilinishi mumkin emas.

Peritonit Mannheim indeksining (PMI) teshilgan gastroduodenal yarasi bo'lgan bemorlarning og'irligini baholashni ob'ektivlashtirish va Moskva anesteziolog-reanimatologlar ilmiy jamiyati tomonidan operatsiya xavfini baholash uchun foydalanilganda, mavjud bo'lgan barcha bemorlarning 97 foizida birlamchi radikal operatsiya uchun YK bilan, oshqozon yarasi kasalligiga nisbatan radikal jarrohlik aralashuvni amalga oshirish mumkin. Shu bilan birga, oshqozon rezektsiyasini amalga oshirish imkoniyatini istisno qiladigan omillar Moskva anesteziologlari-reanimatologlar ilmiy jamiyati bo'yicha PMI >20 ball va IV-V darajali jarrohlik-anesteziologiya xavfi hisoblanadi. Perforatsiyalangan gastroduodenal yaralar uchun algoritmik taktik yondashuvni joriy etish, ko'rsatkichlarni ob'ektiv baholash va birlamchi radikal aralashuvlarga qarshi ko'rsatmalarni bosqichma-bosqich chiqarib tashlashga asoslanib, operatsiyadan keyingi asoratlar darajasi va perforatsiyalangan o'n ikki barmoqli ichak yaralarida o'lim darajasi mos ravishda 5,2% va 2,9% gacha kamayganda birlamchi radikal operatsiyalarning ulushini 27,9% gacha oshirishga imkon beradi. [7,9]

Shoshilinch va tezkor aralashuvlar uchun oshqozonni rezektsiya qilish usulini tanlash piloro-bulbar segmentining holatini intraoperativ baholashga va o'n ikki barmoqli ichakning surunkali buzilishining mavjudligi va bosqichini aniqlashga asoslangan bo'lishi kerak. Piloro-bulbar segmentini obilizatsiya qilishda ob'ektiv qiyinchiliklar mavjud bo'lgan hollarda (shu jumladan, "qiyin" O`BI qopqog`i mavjud bo'lganda) va (yoki) sub - yoki dekompensatsiyalangan surunkali o'n ikki barmoqli ichak stenoz belgilari mavjud bo'lganda, RU modifikatsiyasida Bilrot-II usuli bo'yicha oshqozonning distal rezektsiyasi amalga oshirilishi kerak (Roux-Yudin-Vitebskiy). Intraoperativ ravishda kompensatsiya va subkompensatsiya bosqichida o'n ikki barmoqli ichak patentsiyasining buzilishi aniqlandi, piloro-bulbar segmentini ajratishda qiyinchiliklar bo'lmagan

taqdirda, duodeno-eyunal o'tish soxasini ajratish bilan Bilrot-I bo'yicha oshqozonning distal rezektsiyasi amalga oshirilishi kerak. Ovqat hazm qilish traktini RU bo'yicha rekonstruktsiya qilish uchun ko'rsatmalar bo'lmasa va shu bilan birga uni Bilrot-I bo'yicha tiklashning iloji bo'lmasa, Vitebskiy bo'yicha qisqa qovuzloqda ko'ndalang gastro-enteroanastomozni qo'llash bilan rekonstruktsiya qilish variantini afzal ko'rish kerak [6,7].

Yuqoridagilarni sarhisob qilar ekanmiz, shuni yana bir bor ta'kidlashni istardikki, zamonaviy oshqozon jarrohligi arsenalida mavjud bo'lgan jarrohlik aralashuvlarning juda ko'p turli xil variantlariga qaramay, oshqozonning distal rezektsiyasi Bilrot-I usuli yoki Bilrot-II usuli bilan RU yoki Vitebskiy modifikatsiyalarida, gastroduodenal yaralar bemorlar, qon ketish yoki teshilish bilan asoratlangan yaralar uchun ko'rsatilgan va mumkin bo'lgan birlamchi radikal davolash uchun tanlangan operatsiyalar bo'lishi kerak. Shu bilan birga, ma'lum bir operatsiya usulini tanlashga tabaqalashtirilgan yondashuv bunday bemorlarni muvaffaqiyatli jarrohlik davolash uchun ajralmas shart bo'lib xizmat qiladi.

6. YK uchun o'tkaziladigan jarrohlik aralashuvlar turlari:

"Ochiq" jarrohlik:

- O`BI yarasidan qon ketganda qilininadigan operatsiyalar.
- Oppel-Pilokarpov bo'yicha perforatsiya bo'lgan teshikni tikish.
- Piloroplastika (Finney, Geyneke-Mikulich, Jabuley).
- Bilrot 2 bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini rezektsiyasi.
- RU bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini rezektsiyasi.
- operatsiya qilingan oshqozon kasalligi bo'yicha rekonstruktiv amaliyotlar.
- Gastrektomiya. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29659470/>

"Laparoskopik" jarrohlik:

- Bilrot 2 bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini Laparoskopik rezektsiya qilish
- RU bo'yicha oshqozonning 2/3 qismini Laparoskopik rezektsiya qilish

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

"Endoskopik" jarrohlik:

- qon ketayotgan tomirni klipirlash
- argonoplazma koagulyatsiyasi
- qon ketayotgan tomirni adrenalini eritmasi bilan to'xtatish.

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

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 koagulyatsiyasi. Endoskopik qon ketishni to'xtatishning boshqa usullari, masalan, oshqozon yarasi va gastroezofagial refluyks 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;
- O'BI 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 penetratsiyasi 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 kombinatsiyasi 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 stenozini;
- 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 churrallari;
- 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 asoratlari. Ehtimoliy asoratlari 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].

«O`N IKKI BARMOQLI ICHAK YARA KASALLIGI» NAZOLOGIYASI
BO`YICHA KASALLIKNING PROFILAKTIKASI VA/YOKI
REABILITATSIYASI MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent - 2025

I. KIRISH QISM

1.1. Kirish

O`BI yara kasalligi remissiya bosqichida bo'lgan bemorlarga uni saqlab qolish uchun profilaktika va reabilitatsiya tadbirlarini o'tkazish, bemorga iqlimi toza sanatoriy-kurort tashkilotlarida sanatoriy-kurort davolash tavsiya etiladi [5]. S tavsiyalarining ishonchlilik darajasi (dalillarning ishonchlilik darajasi 5). Oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlarga qo`zish davri 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].

1.2. Profilaktika va reabilitatsiya.

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. Yara kasalligining rivojlanishining oldini olish odatda birlamchi, ikkilamchi va uchinchi darajali bo'linadi.

O`BI 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 o'z idishlarini ishlatish, o'z sochiqlaridan foydalanish. [12,13,15]

O`BI yarasining ikkilamchi profilaktikasi - allaqachon O`BI 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 choralarning 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/ПП_ОФИЦАКТИКА.pdf).

Reabilitatsiya "insonning funktsional imkoniyatlarini tiklashga va sog'lig'i buzilgan odamlarda nogironlik darajasini ularning yashash sharoitlarini hisobga olgan holda kamaytirishga qaratilgan chora-tadbirlar majmui"deb ta'riflanadi. Boshqacha qilib aytganda, reabilitatsiya bolalar, kattalar yoki qariyalarga kundalik hayotda imkon qadar avtonom bo'lishlariga yordam berish va ularga ta'lim olish, ishlash va bo'sh vaqtlarini o'tkazish, shuningdek, oilaga g'amxo'rlik qilish kabi muhim ijtimoiy funktsiyalarni bajarishga imkon berishdir. Shu maqsadda inson va uning oilasi bilan birgalikda kasalliklarni davolash va ularning alomatlarini yo'q qilish, yordamchi texnologiyalardan foydalangan holda ularning ehtiyojlarini to'liq qondirish uchun yashash sharoitlarini o'zgartirish, o'z-o'ziga yordam berish ko'nikmalarini o'rgatish va vazifalarni moslashtirish, ular xavfsizroq va yordamisiz bajarilishi mumkin. Kompleksda amalga oshirilgan ushbu strategiyalar bemorga kognitiv buzilish, ko'rish va eshitish buzilishi, aloqa,

ovqatlanish yoki harakatlanishdagi qiyinchiliklarni engishga yordam beradi".

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

Maqsadlar:

- oshqozon yarasi va asoratlarning rivojlanishining oldini olish;
- O`BI funksiyasini saqlash/tiklash;
- og'riq sindromini to'xtatish;
- hayot sifatini yaxshilash;

DISPANSERIZATSIYA

Dispanser faoliyati	Tibbiy xizmatlarning nomi	SVP/SPP	mp protsess or	Hodisalarning minimal soni	Dispanser nazorati davri
Mutaxassis (shifokor) bilan maslahatlashish	1. Hamshira	+	+	1 yilda 2 marta rejalashtirilgan*	O'rtacha 5 yil
	2. Oilaviy shifokor / VOP	+	+		
	3. Gastroenterolog		+		
	4. Jarroh		+		
Laboratoriya sinovlari	1. To'liq qon ro'yxati	+	+		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 tadqiqotlar	1. EGDFS		+	1 yilda 2 marta rejalashtirilgan	O'rtacha 5 yil
	2. Qorin bo'shlig'i organlarining ultratovush tekshiruvi		+		
	3. Ko'krak/qorin rentgenogrammasi		+		

Eslatma. Jarrohlikdan so'ng yiliga 2 marta rejalashtirilgan EGDFSNI o'tkazish kerak.

Vaqtı-vaqtı 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.

1.3. PROFILAKTIKA USULLARI VA MUOLAJAALARI:

1. DORISIZ DAVOLASH [4]:

- 5-7 kun davomida 1a dietasi: sut (bardoshlik bilan), yangi tvorog, jele, kisel, don va sutdan tayyorlangan har hil turdagi kashalar, baliq sufle, kam miqdorda tuz.
- 14 kun davomida №1b dietasi: dietaning kengayishi bilan – qotgan non, go'sht, baliq, pyure, sutli va donli sho'rvalar, o'rtacha miqdorda tuz.
- № 1 parhez: mexanik va kimyoviy saqlash printsipligiga muvofiq.

Yumshoq dietaning davomiyliigi terapiya samaradorligiga bog'liq, vaziyatni yaxshilash bilan parhez kengayadi, parhez stol №1 kengaytirish bilan almashtirish mumkin, siz parhez stol № 5 dan ham foydalanishingiz mumkin.

O`BI yarasi bo'lgan bemorlarda terapevtik ovqatlanish jarayonning bosqichiga, uning klinik ko'rinishiga va unga bog'liq asoratlarga qarab qat'iy farqlanishi kerak. O'n ikki barmoqli ichak yarasi bilan og'rigan bemorlarda parhez ovqatlanish oshqozonni saqlash printsipligiga asoslanadi, ya'ni oshqozon yarasi shilliq qavatining maksimal dam olishini yaratish. Oshqozonni tezda tark etadigan va uning shilliq qavatini ozgina bezovta qiladigan sharbat chiqarishning zaif patogenlari bo'lgan mahsulotlardan foydalanish tavsiya etiladi. Hozirgi vaqtda terapevtik ovqatlanishning maxsus yaraga qarshi parhezlari ishlab chiqilgan. Ratsionni uzoq vaqt davomida va kasalxonadan chiqqandan keyin kuzatish kerak. Qo`zish davrida xlorid kislotani zararsizlantiradigan mahsulotlar buyuriladi. Shuning uchun davolanishning boshida oqsil-yog'li parhez, uglevodlarni cheklash kerak. Oziq - ovqat fraksiyonel va tez-tez bo'lishi kerak (kuniga 5-6 marta); parhez-to'liq, muvozanatli, kimyoviy va mexanik jihatdan yumshoq. Parhez ovqatlanish 10-12 kun davom etadigan ketma-ket uchta tsikldan iborat (dietalar № 1a, 16, 1).<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25626944/>

Og'ir nerv-vegetativ kasalliklar, gipo - va giperqlikemik sindromlar bilan

dietada uglevodlar miqdori cheklangan (250-300 g gacha), trofik buzilishlar, pankreatit bilan birga protein miqdori 150-160 g gacha oshadi, aniq atsidizm bilan antatsid xususiyatlariga ega mahsulotlarga ustunlik beriladi: sut, qaymoq, yumshoq qaynatilgan tuxum va boshqalar. yumshoq, sutga boy. 1a dietasiga quyidagilar kiradi: to'liq sut, qaymoq, tvorogli sufle, tuxum tayyorlangan ovqatlar, sariyog'. Shuningdek, mevalar, rezavorlar, shirinliklar, shirin mevalar va mevalardan tayyorlangan jele , shakar, asal, va meva sharbatlari suv va shakar bilan yarmida. Soslar, ziravorlar va gazaklar chiqarib tashlanadi. Ichimliklar-atirgulning damlamasi. 1a dietasida bemor yotoqda dam olishga rioya qilishi kerak. U 10-12 kun davomida qariydi, so'ngra 1b-sonli dietaga o'tadi. Ushbu dietada barcha idishlar pyuresi shaklida pishiriladi, suvda yoki bug'da qaynatiladi. Oziq-ovqat suyuq yoki shilimshiq. Uning tarkibida turli xil yog'lar mavjud, oshqozon shilliq qavatining kimyoviy va mexanik tirnash xususiyati beruvchi moddalari sezilarli darajada cheklangan. 1b dietasi 10-12 kun davomida buyuriladi va bemor oqsillar, yog'lar va uglevodlarni o'z ichiga olgan 1-dietaga o'tkaziladi. Oshqozon sekretsiasini rag'batlantiradigan va oshqozon shilliq qavatini kimyoviy tirnash xususiyati beruvchi idishlar chiqarib tashlanadi. Barcha idishlar qaynatilgan, pyuresi va bug'da pishiriladi. O`BI yara kasalligi bo'lgan 1-sonli dietani uzoq vaqt davomida olish kerak. Siz turli xil ovqatlarga faqat shifokorning ruxsati bilan o'tishingiz mumkin.

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

Mineral suvlardan foydalanish ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarini, shu jumladan yara kasalligini kompleks davolashda etakchi o'rinni egallaydi. Ichimlik bilan davolash deyarli barcha bemorlarga ko'rsatiladi. Yara kasalligi remissiya bosqichida yoki beqaror remissiyada, o'tkir og'riq sindromisiz, qon ketish tendentsiyasi bo'lmaganda va pilorusning doimiy torayishi bo'lmasa. 2,5 g/l dan ko'p bo'lmagan karbonat angidrid, gidrokarbonat natriy, gidrokarbonat-sulfat natriy suvlarini o'z ichiga olgan kichik va o'rta minerallashuv mineral suvlari (lekin 10-12 g/l dan yuqori bo'lmagan), shuningdek ushbu tarkibiy qismlarning ustunligi bo'lgan suvlar buyuriladi, ammo murakkabroq kation tarkibi, pH 6 dan

7,5 gacha. Ichimlik davolashni bemorni kasalxonaga yotqizishning birinchi kunlaridan boshlash kerak, ammo dastlabki 2-3 kun ichida qabul qilish uchun mineral suv miqdori 100 ml dan oshmasligi kerak.

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

Kelajakda, yaxshi bardoshlik bilan, dozani kuniga 3 marta 200 ml ga oshirish mumkin. O`BIning sekretor va normal evakuator funksiyasining oshishi yoki normallasishi bilan suv ovqatdan 1,5 soat oldin, sekretsianing pasayishi bilan - ovqatdan 40 daqiqa oldin -1 soat, O`BIdan evakuatsiya 1 soat 45 daqiqada sekinlashganda - ovqatdan 2 soat oldin olinadi. Aniq dispeptik hodisalar mavjud bo'lganda, mineral suv, ayniqsa bikarbonat, tez-tez ishlatilishi mumkin, masalan, kuniga 6-8 marta: kuniga 3 marta ovqatdan 1 soat 30 daqiqa oldin, keyin ovqatdan keyin (taxminan 45 daqiqadan so'ng) dispeptik hodisalar balandligida va nihoyat yotishdan oldin. Ba'zi hollarda, ovqatdan oldin mineral suv qabul qilganda, bemorlarda O`BI yonishi kuchayadi, og'riq paydo bo'ladi. Bunday bemorlar ba'zida ovqatdan 45 minut o'tgach mineral suvni qabul qilishga toqat qiladilar. Ko'pincha, ushbu ichimlik davolash usuliga faqat bemorni qabul qilishning dastlabki kunlarida murojaat qilish kerak, kelajakda ko'plab bemorlar ovqatdan oldin mineral suv olishga o'tadilar. Remissiya bosqichida O`BI yarasi kasalligi bo'lgan yoki kasallikning beqaror remissiyasi bo'lgan shaxslar, diskineziya va yo'g'on ichakning yallig'lanish hodisalari mavjud bo'lganda: mineral suvdan mikroklistrlar va tozalovchi ho'qnalar, ichak dushlari, ichaklarni sifon bilan yuvish. O`BI ni yuvish faqat ko'rsatmalarga muvofiq buyuriladi, masalan, gastrit bilan birga keladigan aniq hodisalar mavjud bo'lganda. O`BI yarasi bilan og'rigan bemorlarni davolashda turli xil mineral va gazli vannalar keng tarqalgan. Tanlash usuli kislorod, yod-bromli va mineral vannalardir. Vegetativ diskineziyaning aniq hodisalari bo'lgan oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlar uchun karbonat angidrid vannalari kontrendikedir.

Remissiya bosqichida O`BI yarasi bilan og'rigan bemorlarni davolash usullaridan biri peloidoterapiyadir. Loy bilan davolashning eng samarali turlari qorin old devori va bel sohasidagi loy dasturlarini o'z ichiga olishi kerak (harorat

40°C, ta'sir qilish 20 minut), har kuni vannalar bilan almashtiriladi. Davolash kursi 10-12 loy dasturlari. Loyni qo'llashga qarshi ko'rsatmalar bilan diatermoglyaz yoki galvanoglyaz suprakreval mintaqada tavsiya etiladi.
<https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>.

2. Dori-darmonlarni davolash.

3. Jarrohlik davolash.

4. Bemorlarni keyingi boshqarish

- O'n ikki barmoqli ichak yarasi bo'lgan bemorlar dispanser tomonidan kuzatilishi kerak:
- UASH/oilaviy shifokor nazorati-dispanser kuzatuvining birinchi yilida chorakda bir marta, keyin remissiya holatida – yiliga 2 marta.
- Gastroenterolog ko`ruvi – kuz-bahor davrida yiliga 2 marta va kasallikning ayrim belgilari paydo bo'lganda "talabga binoan" qaytalanishga qarshi davolash.
- Otolaringolog, stomatolog ko`ruvi-yiliga 2 marta.
- UQTni 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.
(<https://link.springer.com/article/10.1007/s00535-021-01769-0>).

Birlamchi profilaktika yarasi kasalligi bilan tahdid qilingan bemorlarni faol ravishda erta aniqlash va davolashni, etiologik omillarni yo'q qilishni o'z ichiga oladi.

Birlamchi profilaktika ovqat hazm qilish tizimi va umuman tananing funksiyalarini normallashtirishga qaratilgan tadbirlarni o'z ichiga oladi: rejim va terapevtik ovqatlanish, yomon odatlardan voz kechish, gelmintozni tekshirish, og'iz bo'shlig'ini tozalash.

Ikkilamchi profilaktika relapsiga qarshi terapiyani o'z ichiga oladi. Bu taxmin qilingan qo`zish davridan oldingi davrlarda amalga oshiriladi, O`BI kasalligi

klirik-endoskopik bosqichiga muvofiq parhez ovqatlanishni, fizioterapiya mashqlarini, suv protseduralarini, jismoniy faollikni oshirishni, qattiqdashishni, psixikaga foydali ta'sir ko'rsatadigan vaziyatni yaxshilashni o'z ichiga oladi [9].

5. Reabilitatsiya tadbirlari.

Sanatoriya-kurort sharoitida 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.

Qorin bo'shlig'idagi qon va limfa aylanishini yaxshilash uchun fizioterapiya mashqlarini (mashqlar terapiyasi) (qizilo'ngach, oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak kasalliklari uchun fizioterapiya mashqlari) ko'rib chiqish tavsiya etiladi; oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak motorikasini normallashtirish, ovqat hazm qilish jarayonlarini sekretor va neyroqumoral tartibga solish; kontrendikatsiyalar bo'lmagan taqdirda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatidagi reparativ jarayonlar uchun qulay shart-sharoitlarni yaratish [13].

Jismoniy mashqlar terapiyasining vazifasi:-Markaziy asab tizimining ohangini va kortiko - visseral munosabatlarni normallashtirish, psixo-emotsional holatni yaxshilash; oshqozon, 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; o'n ikki barmoqli ichak mushaklarining spazmini kamaytirish; oshqozon va ichakning sekretor va motor funksiyalarini normallashtirish; qorin bo'shlig'idagi tiqilib qolish va yopishish jarayonlari. Terapevtik massaj Markaziy asab tizimining qo'zg'alishini kamaytirish, vegetativ 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 yara kasalligi bo'lgan bemorlarda ushbu

zonalar faqat chap tomonda, o'n ikki barmoqli ichak yarasi esa ikkala tomonda massaj qilinadi. D2-C4 yoqa zonasining bir qismi, qorin ham massaj qilinadi.

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

Og'riq sindromi bo'lmagan taqdirda o'n ikki barmoqli ichak yarasi uchun terapevtik gimnastikaning taxminiy majmuasi **4-jadvalda** keltirilgan. (to'shakda harakatlanish rejimi)

№ t/r	Boshlang'ich pozitsiyasi	Jismoniy mashqlar mazmuni	Dozalash	Tezlik	Uslubiy ko'rsatmalar
1	2	3	4	5	6
Tayyorgarlik qismi					
1.	Orqa tomonda yotish, chap qo'l ko'kragida, o'ng qo'l oshqozonda	Pulsni hisoblash. Diafragma bilan nafas olish	5-6 marta	Sekin	Nafas olish tekis
2.	Xuddi shu	Erkin nafas olish	2-3 marta	Sekin	
3.	Orqa tarafingizda yotib, qo'llar tanangiz bo'ylab	O'ng (chap) notani yon tomonga torting - nafas oling, I. P. ga qayting - nafas oling.	2-3 marta	Sekin	Nafasni ushlab turmang
4.	Xuddi shu, qo'llar pastda "qulfdan"	Qo'llaringizni ko'taring, cho'zing-nafas oling, va qayta - nafas oling.	2-3 marta	Sekin	Nafasni ushlab turmang
5.	Xuddi shu	Qo'llaringizni yon tomondan yuqoriga ko'taring, burun orqali 4 soniya davomida nafas oling, so'ngra qo'llaringizni sekin tushiring - 6 soniya davomida nafas oling	2-3 marta	Sekin	
6.	Chap (o'ng) tomonda yotish	Chap oyog'ingizni yon tomonga torting-nafas oling, tushiring-nafas oling, Xuddi shu boshqa tomonda	4-5 marta	O'rta	Nafasni ushlab turmang
7.	Belda yotgan holda	Dam olish mashqlari	30-40 c		
Asosiy qismi					
8.	Kreslodan turib, orqangiz stulning orqa tomoniga suyanib,	Diafragma bilan nafas olish: nafas olish-davomiyligi 4 s, pauza-8 s, nafas	2-3 marta	Sekin	

	qo'llaringiz ko'kragingizning chap tomonida, oshqozoningizda o'ng tomonda	chiqaring-6 s			
9.	O'tirib, yelkalarining kengligida oyoqlarni to'g'ri qo'yib	Qo'llaringizni yuqoriga ko'taring-nafas oling, chap oyog'ingizga suyaning-nafas oling, Xuddi shu boshqa oyoqqa	2-3 marta	Sekin	Nafasni ushlab turmang
10.	O'tirib, orqangizni stolning orqa tomoniga qo'yib	Qo'llar yon tomondan (yelkangizni orqaga tortib) oldinga-nafas oling, kaftlaringizni bir-biriga bog'lab, barmoqlaringizni bir-biriga bosib, 8 soniya davomida nafasingizni ushlab turing, qo'llaringizni pastga tushiring dam oling-faol nafas oling	2-3 marta	Sekin	har mashqdan keyin erkin nafas oling va nafas oling
11.	O'tirib kresloning chetida, qo'llar orqa tomonda	O'ng (chap) oyog'ingizni yuqoriga ko'taring, egilib, tekislang va tushiring	4-5 marta	Sekin	Ixtiyoriy nafas olish
12.	Xuddi shu, qo'llar belda	Kresloning orqa qismini tirsagingiz bilan olib, tanani o'ngga (chapga) aylantiring	2-3 marta	Sekin	Ixtiyoriy nafas olish
13.	Xuddi shu, qo'llar tushirilgan	Chapga egilish, chap qo'l pastga, o'ng qo'l qo'ltiq ostiga; Xuddi shu boshqa yo'l bilan	3-4 marta	Sekin	Ixtiyoriy nafas olish
14.	Tik turgan holda kresloning orqasida, qo'llaringizni orqa tomonga suyanib	Oyoqlarning navbatma-navbat yonma-yon harakatlanishi	3-4 marta	O'rta	Ixtiyoriy nafas olish
15.	Tik turgan holda, chap qo'l ko'krakda, o'ng qorinda	Diafragma bilan nafas olish: nafas olish-4 s, nafas olish kechikishi-8 s va nafash chiqarish-6 s	2-3 marta	Sekin	

16.	Tik turgan holda, qo'llaringizni stulning orqa tomoniga, boshingizni orqaga, oyoqlarini bir-biriga ishqalang	Qo'llaringiz bilan stulning orqa tomoniga kuchli bosim o'tkazing, 8 soniya davomida oyoq va yadro mushaklarini torting, qo'llaringizni pastga tushiring	2-3 marta	Sekin	Ixtiyoriy nafas olish
17.	Tik turgan holda, qo'llaringizni ko'kragingiz oldida egib, oyoqlaringizni yelkangiz kengligida bir-biridan ajratib turing	Tirsaklaringizni yon tomonlarga torting, so'ngra tekis qo'llaringizni kaftlaringizni yuqoriga qaratib yon tomonlarga torting	2-3 marta	Sekin	Ixtiyoriy nafas olish
18.	Tik turgan holda	Yurish: 4 qadam - nafas olish, 8 qadam - nafas olish va 6 qadam-nafas olish. Nafas chiqarishda pauza 2-3 qadam	2-3 marta	Sekin	Ixtiyoriy nafas olish
Yakuniy qism					
19.	O'tirib, qo'llar yelkada	Yelka bo'g'imlarida oldinga va orqaga aylanish	Har tomonga 3-4 marta	O'rta	Ixtiyoriy nafas olish
20.	Xuddi shu	Oyoqlarni ko'tarish va tushirish paytida barmoqlaringizni siqib, oching	4-6 marta	O'rta	Ixtiyoriy nafas olish
21.	Xuddi shu	Qo'llaringizni yelkangizga olib keling, qo'llaringizni yuqoriga ko'taring, qo'llaringizni yelkangizga tushiring, qo'llaringizni pastga tushiring va dam oling	2-3 marta	O'rta	Ixtiyoriy nafas olish
22.	Xuddi shu, qo'llar sonda	Kaftlaringizni yuqoriga ko'taring-nafas oling, kaftlaringizni pastga tushiring, bo'shashtiring-nafas oling	4-5 marta	O'rta	
23.	Xuddi shu	Ko'zlaringizni	30-40 c	Sekin	Nafas olish

		yuming, butun tanangizning mushaklarini bo'shashtiring			tinch
--	--	--	--	--	-------

№4 jadval. Terapevtik gimnastika. <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]. Yara kasalligi uchun mashqlar terapiyasining samaradorligini hisobga olish uchun quyidagilar qo'llanilishi mumkin:

- mavjud sub'ektiv hislar bo'yicha so'rov: oshqozon yonishi, kekirish, qorin dam bo'lishi, qorin og'rig'i, axlatning tabiati(ich qotishi, diareya).
- puls va qon bosimini nazorat qilish;
- shtang va Genchining nafas olish testlari;

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.

LG samaradorligini baholashda bemorning farovonligi juda muhim rol o'ynaydi. Uyqusizlik, ishtahaning yomonlashishi, qorin bo'shlig'ida og'riq paydo bo'lishi, ichak funksiyasining buzilishi bilan bemorni jismoniy mashqlar terapiyasi vositalari va shakllarini to'g'ri tabaqalashtirilgan tanlash uchun sinchkovlik 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 hurujlarini kamaytirish

6.1. Reabilitatsiya protseduralarining bosqichi va hajmini aniqlash mezonlari

(faoliyat, nogironlik va salomatlik xalqaro tasnifiga muvofiq xalqaro shkalalar)

– ko'rsatkichlarga ko'ra. <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=556987#text>

7. Reabilitatsiya bosqichlari va hajmlari

Reabilitatsiyaning I bosqichi - yumshoq motor rejimi (2-4 kun) boshlanishi - statsionar bo'limda

Reabilitatsiyaning II bosqichi - yumshoq ta'lim rejimi (6-9 kun) - ambulatoriya.

Reabilitatsiyaning III bosqichi - o'quv davri (15-20 dars va 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 haqida ma'lumot: yo'q.
- 2) ekspertlar (respublika va xorijiy mamlakatlar mutaxassislari) ma'lumotlari;
- 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.

7. Ishlatilgan adabiyotlar ro`yxati:

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.lspbgmu.ru/images/home/universitet/Struktura/Kafedry/Kafedra_t_erapii_fakultetskoy/lektcii/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