

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI TIBBIYOT INSTITUTI

“Tasdiqlayman”
Ilmiy-texnik kengash raisi
Sog‘liqni saqlash vazirligi
_____SH.K. Atadjanov
«____» _____ 2025 r.

Jaloliddinov SH.I.

“OSHQOZON VA O‘N IKKI BARMOQLI ICHAKNING YARA
KASALLIGI”

(MONOGRAFIYA)

Farg‘ona 2025

Ishlab chiqaruvchi tashkilot: **Farg‘ona Jamoat Salomatligi Tibbiyot Instituti
FJSTI**

Mualliflar:

Jaloliddinov Sherzod “Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti” Normal
Ikromjon o‘g‘li. anatomiya, operativ jarrohlik va topografik anatomiya
kafedrası assistenti

Taqrizchilar:

S.M. Madaminov Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti
Normal anatomiya, operativ jarrohlik va topografik
anatomiya kafedrası mudiri, t.f.n.

N.I. Maxmudov Respublika shoshilinch tez tibbiy yordam ilmiy
markazi Farg‘ona filiali t.f.n. Dotsent.

Monografiya Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ekspert Kengashi
tomonidan 2025 yil “ ____ ” ____ dagi ____ - son bayoni bilan tasdiqlandi.

Monografiya Farg‘ona jamoat salomatligi tibbiyot instituti Ilmiy Kengashi
tomonidan 2025 yil “ ____ ” ____ dagi ____ - son bayoni bilan tasdiqlangan.

FJSTI Ekspert kengash kotibi, PhD

A.R. Muradimova

MUNDARIJA

Mavzular	Sahifa
Kirish	5
Anatomik va fiziologik tuzilishi	7
Oshqozon	7
O'n ikki barmoqli ichak	13
Oshqozon yarasi	16
Diagnostikasi	20
Qo'shimcha kasalliklar	28
Operatsiyaning maqsadlari	34
O'n ikki barmoqli ichak yarasi	36
Diagnostika	36
Operatsiya turlari	37
Zollinger-Ellison sindromi	39
Yaralarning murakkabliklari	40
Qon ketishlarining tasnifi	44
Yarali piloroduodenal stenoz	50
Oshqozon rezeksiyasidan keyingi asoratlar	54
Anastomozit	58
Oshqozon rezeksiyasidan keyingi kechki asoratlar	61
Test savollari	69
Klinik vaziyatlar	73
Test savollariga javoblar standartlari	77
Vaziyatli klinik holatlar bo'yicha to'g'ri javoblar	78
Tavsiya etilgan adabiyotlar ro'yxati	81

CONTENT

Topics	Page
Introduction	5
Anatomical and Physiological Composition	7
Stomach	7
Duodenum (Twelve-Fingered Intestine)	13
Gastric Ulcer	16
Diagnostic Procedures	20
Concurrent Pathologies	28
Surgical Objectives	34
Duodenal Ulceration	36
Diagnostic Approaches	36
Surgical Techniques and Procedures	37
Zollinger-Ellison Syndrome	39
Complications Arising from Ulceration	40
Hemorrhagic Classification	44
Pyloroduodenal Peptic Stenosis	50
Post-Gastrectomy Complications	54
Anastomotic Inflammation	58
Late-Stage Complications Following Gastric Resection	61
Examination Questions	69
Clinical Case Scenarios	73
Established Standards for Answering Examination Queries	77
Correct Responses to Clinical Case Scenarios	78
Recommended Scholarly References	81

Kirish

Ushbu Monografiya zamonaviy gastroenterologiyaning muhim va dolzarb muammolaridan biri bo'lgan oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yarali kasalligi masalasiga bag'ishlangan. Monografiyada kasallikning etiologik asoslari, morfologik xususiyatlari, klinik belgilari, uni aniq tashxislash uchun zarur bo'lgan diagnostik usullar va davolash strategiyalari haqidagi eng so'nggi ilmiy ma'lumotlar yoritilgan. Ushbu bilimlar talabalarida kasallik haqida keng qamrovli va to'liq tushuncha hosil qilishga xizmat qiladi. Yakuniy bo'limda o'rganilgan materialni o'zlashtirishni baholash hamda o'z-o'zini tekshirish maqsadida test savollari va vaziyatli vazifalar taqdim etilgan. Oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakning yarali kasalligiga oid etiologiya, patogeneza, klinika, diagnostika va davolash usullari, shuningdek, kasallikning asoratlari to'g'risida chuqurroq ma'lumotlar keltirilgan. Material oliy tibbiyot o'quv yurtlarining talabalariga to'liq mos ravishda taqdim etilgan.

Monografiya tibbiyot fakultetining ilg'or kurs talabalari, klinik ordinatorlar, doktorantlar hamda jarroh mutaxassislari uchun mo'ljallangan.

Introduction

This monograph addresses a critical and timely topic within contemporary gastroenterology — peptic ulcer disease of the stomach and duodenum. It presents up-to-date scientific insights into the etiological factors, morphological features, clinical manifestations, diagnostic modalities essential for precise identification, and current therapeutic approaches to the disease. The content is designed to equip students with a nuanced and in-depth understanding of the condition.

The concluding section includes evaluative test questions and clinical case scenarios aimed at reinforcing comprehension and facilitating self-assessment.

Comprehensive coverage is provided on the etiology, pathophysiology, clinical course, diagnostic criteria, management strategies, and potential complications associated with peptic ulcer disease.

The material is structured in alignment with the academic standards of higher medical education institutions.

This monograph is intended for senior medical students, clinical residents, doctoral candidates, and surgical practitioners.

MUNDARIJA

Kirish.....	5
Anatomik va fiziologik tuzilishi.....	7
Oshqozon.....	7
O‘n ikki barmoqli ichak.....	13
Oshqozon yarasi.....	16
Diagnostikasi.....	20
Qo‘shimcha kasalliklar.....	28
Operatsiyaning maqsadlari.....	34
O‘n ikki barmoqli ichak yarasi.....	36
Diagnostika.....	36
Operatsiya turlari.....	37
Zollinger-Ellison sindromi.....	39
Yaralarning murakkabliklari.....	40
Qon ketishlarining tasnifi.....	44
Yarali piloroduodenal stenoz.....	50
Oshqozon rezeksiyasidan keyingi asoratlar.....	54
Anastomozit.....	58
Oshqozon rezeksiyasidan keyingi kechki asoratlar.....	61
Test savollari.....	69
Klinik vaziyatlar.....	73
Test savollariga javoblar standartlari.....	77
Vaziyatli klinik holatlar bo‘yicha to‘g‘ri javoblar.....	78
Tavsiya etilgan adabiyotlar ro‘yxati.....	81

ANATOMIK VA FIZIOLOGIK TUZILISHI

Oshqozon yoki Me'da

Oshqozon qorin bo'shlig'ining yuqori qismida, oshqozon-ichak tizimining yuqori qismiga yaqin joylashgan. Uning asosiy qismi (taxminan 3/4) o'rtacha chiziqqa nisbatan chap tomonda, chap qorin hududida joylashadi. Kichik qismi (taxminan 1/4) esa o'rtaga nisbatan o'ng tarafda, qorin bo'shlig'ining yuqori qismlarida topiladi.

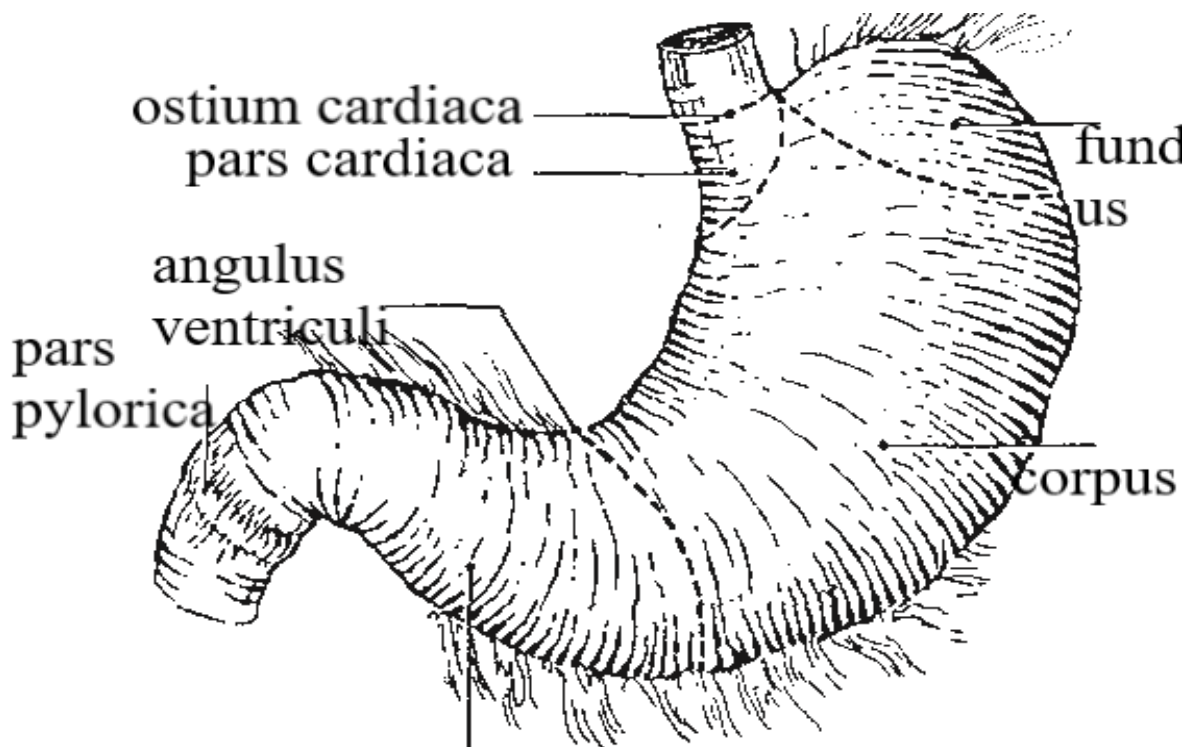
Atomik tuzilishga ko'ra, oshqozonda old va orqa devorlar, kichik va katta egri chiziqlar, to'rt bo'lim hamda ikkita sfinkter mexanizm farqlanadi.

Kardial qismi yoki kirish qismi – bu oshqozonning 5 sm atrofida joylashgan, oshqozon va qizilo'ngach o'rtasidagi bog'lanishdan pastda va o'sha tomondan arqon shaklida joylashgan hudud.

Oshqozonning tubi – bu oshqozonning yuqori qismida, burchakli kesikdan yuqori darajada joylashgan hudud.

Oshqozon tanasi – bu oshqozon tubi va antral qismi o'rtasida joylashgan soha.

Antral qismi yoki privratnik qismi – oshqozonning distal to'rtinchi qismi.



Rasm-1. Oshqozon anatomiyasi.

Sfinkter Mexanizmlari

Qizilo'ngach-oshqozon sfinkter - pastki qizilo'ngach sfinkteri — qizilo'ngachning pastki qismida joylashgan, yuqori darajada qisqarish qobiliyatiga ega bo'lgan mushak. Yutish jarayonida bu sfinkter bo'shashib, oziq-ovqatning oshqozonga osonlik bilan kirishini ta'minlaydi. Biroq, uning qisqarishi oshqozondan oziq-ovqatning qizilo'ngachga qaytishini oldini oladi.

Pilorik sfinkter — oshqozonning chiqish qismida joylashgan, aniq ko'rinadigan mushak bo'lagi bo'lib, oshqozondan oziq-ovqatning chiqishini boshqaradi va o'n ikki barmoqli ichakning oshqozonga qaytishining oldini oladi.

Oshqozonning joylashuv varianti

Vertikal. Ushbu joylashuv astenik tipdagi tanaga ega bo'lgan kishilar orasida keng tarqalgan.

Gorizontal. Giperstenik tipdagi tanaga ega bo'lgan shaxslarda ko'proq uchraydi.

Qiya. Normalstenik tipdagi tanaga ega bo'lgan odamlar uchun xosdir.

Innervatsiya

Oshqozon va qizilo'ngach o'zlarining mustaqil nerv tizimiga ega bo'lib, shilliq va mushaklar orasida joylashgan nerv to'plamlari orqali boshqariladi. Unga qo'shimcha ravishda, ikki tomonlama vegetativ innervatsiya parasimpatik va simpatik nerv tolalari orqali amalga oshiriladi.

Parasimpatik motor innervatsiyasi vagus nervlari tomonidan ta'minlanadi. Chap vagus nervi oshqozonning old qismini va pilorik sfinkterni innervatsiya qilib, oldingi oshqozon chigalini hosil qiladi. O'ng vagus nervi esa oshqozonning orqa yuzasiga joylashib, orqa oshqozon chigalini tashkil etadi. Vagus nervining shoxlari tomonidan chiqariladigan asetilxolin moddasi oshqozonning kislotali sekretsiasini faollashtiradi, oshqozon harakatlarini rag'batlantiradi va oshqozonning antral qismida gastrin ishlab chiqarishni stimulyatsiya qiladi.

Simpatik innervatsiya, motor va sezgi funksiyalarni bajaruvchi nerv tarmog'i orqali amalga oshadi, bu tarmoq qorinda joylashgan bo'lib, uning

po'stganglion tolalari - katta tutqich nervlari oshqozonga yo'naltiriladi va oshqozon chigallarini shakllantiradi:

- yuqorigisi – chap oshqozon arteriyasi bo'ylab.
- pastkisi – oshqozon-ichak arteriyasi bo'ylab.
- simpatik afferent tolalari orqali visseral og'riqlar tarqaladi,
- noradrenalin, simpatik efferent tolalaridan ajralib chiqqan holda, oshqozon harakatlarini sustlashtiradi.

Qon va limfa aylanishi

Arterial qon oshqozonga o'ng va chap oshqozon arteriyalari, o'ng va chap oshqozon-charvi arteriyalari hamda qisqa oshqozon arteriyalari orqali yetib boradi. O'ng oshqozon arteriyasi umumiy jigar arteriyasining shoxchasi bo'lib, oshqozonning kichik egri chizig'i bo'ylab pastdan yuqoriga qarab o'tadi. Oshqozon tanasining o'rtasida bu arteriya chap oshqozon arteriyasi bilan anastomoz hosil qiladi.

Chap oshqozon arteriyasi qorin arteriyasining shoxchasi bo'lib, oshqozon osti bezi yuqori qismidan oshqozon osti-oshqozon boylami orqali yuqoriga ko'tarilib, kardial qismida oshqozon devoriga kiradi.

O'ng oshqozon-charvi arteriya umumiy jigar arteriyasidan chiqib, oshqozonning katta egri chizig'i bo'ylab oshqozon tanasi va antral qismi darajasida o'tadi.

Chap oshqozon-charvi arteriya ining shoxobchasi bo'lib, oshqozonning katta egri chizig'i bo'ylab davom etadi.

Qisqa oshqozon qon tomirlari miltiy yoki chap oshqozon-salyukli arteriyasidan chiqadi va oshqozonning tub qismini qon bilan ta'minlaydi. Ushbu tomirlar oshqozon-miltiy bog'lami ichida o'tadi.

Venoz qon oshqozondan pastki bo'sh qorin venasiga ham, darvoza vena tizimiga ham oqib ketadi.

O'ng va chap oshqozon venalari hamda oshqozon-charvi venalar tegishli arteriyalarni kuzatib boradi va bu tomirlar orqali qon darvoza vena tizimiga oqadi.

Chap oshqozon venasi pastki qizilo'ngach venoz chigali bilan keng anastomozlanadi. Shu tarzda, toq vena orqali qon pastki kovak vena tizimiga tushadi.

Limfa oqimi

Oshqozondan limfaning asosiy oqim yo'llari tutqich arteriyalarining uchta asosiy shoxchasi bo'ylab amalga oshadi:

- oshqozonning yuqori yarmidan – chap oshqozon arteriyasi yo'nalishi bo'ylab.
- oshqozonning katta egri chizig'idan – miltiy arteriyasi yo'nalishi bo'ylab.
- oshqozonning antral bo'limidan – jigar arteriyasi yo'nalishi bo'ylab.

“Oqim chizig'i” oshqozonning old va orqa yuzalarida uning asosiy uzunlik o'qiga yaqin joylashgan:

- yuqorida limfa kichik egri chizig'iga tomon oqib ketadi.
- pastda esa limfa katta egri chizig'iga tomon oqib ketadi.

Qorin devori

Qorin devori to'rt asosiy qatlamdan iborat: seroz, mushak, submukoza va mukoza qatlamlar.

Sero'z qatlami. Qorin po'stlog'i barcha tomonlardan qorin bo'shlig'ini qoplagan, faqatgina katta va kichik egri chiziqlar bo'ylab hamda yuzaki bog'lamlarning o'rnatilgan joylarida deserozlangan maydonlar mavjud.

Qorin bog'lamlari o'z nomlarini ular joylashgan organlar va atrof-muhit bilan bog'lanish joylariga qarab oladi.

Yuzaki boylamlar, bir-biriga ulashib, qorin atrofida uzluksiz “boylam doirasini” tashkil etadi:

- Oshqozon-chambar
- Oshqozon-qorataloq
- Oshqozon-diafragma
- Diafragma-qizilo'ngach
- Jigar-oshqozon
- Jigar-privratnik

Chuqur boylamlar yuzaki boylamlar biri kesib o'tilmasdan ajratish mumkin emas:

- Oshqozon-oshqozon osti bezi
- Oshqozon- oshqozon osti bezi - yoki uzluksiz oshqozon-oshqozon osti bezi boylami.

Muskul qatlami tekis mushak hujayralaridan tashkil topgan va uchta qatlamda joylashgan.

Tashqi yoki boylama. Ushbu qatlam – ovqat hazm qilish suvi bilan bir xil qatlamning davomidir, asosan kichik va katta egriliklar bo'ylab ifodalangan.

O'rta yoki aylana sirkulyar. Ushbu kuchli qatlam butun oshqozon yuzasini halqalarning kompleksini shakllantirgan holda qoplaydi. U oshqozon bo'ylab aylana qatlami bilan va o'n ikki barmoqli ichak bilan bog'liq.

Chuqur yoki qiya. Bu qatlam oziqlantiruvchi va oshqozonlararo o'tish joyini qamrab olgan alohida bog'lamlardan iborat; u oshqozonning old va orqa yuzasiga tarqaladi. U oshqozonning aylana muskullari bilan bog'langan.

Shilliq qavat osti qatlamida yaxshi ifodalangan, shuning uchun shilliq qavat harakatlanish qobiliyatiga ega va burmalar hosil qiladi. So'nggi burmalar o'zaro turli yo'nalishlarda kesishadi:

Har ikki egrilik bo'ylab burmalar uzunlamas tarzda joylashgan, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak o'rtasidagi chegara - mos ravishda pilorik qismi doira shaklidagi burma hosil qiladi.

Shilliq qavatining tuzilishi va tarkibi:

Shilliq qavati, epitelial qatlam, o'ziga xos qatlamlar hamda mushak qatlamlaridan iborat bo'lib, gastroenterologiya sohasida, uning turli funktsional mintaqalari oshqozonning muayyan bo'limlariga – kardial, tanasi va antrumiga mos ravishda ajratiladi.

Kardial bez hududi oshqozonning kardial joyidan taxminan 0,5 dan 4 sm gacha bo'lgan hududda joylashadi. Bu hududdagi mayda bezlar yuzalari shilliq ishlab chiqaradi.

Parietal hujayra hududi oshqozonning yuqori uchdan to'rttasini tashkil etadi. Ushbu hududdagi temirlarda bir qancha turdagi hujayralar uchraydi:

- **Shilliq hujayralar** ishqor shilliq ishlab chiqarish bilan shug'ullanadi.
- **Zimogen yoki asosiy hujayralar** pepsinogen ishlab chiqaradi. Ushbu hujayralar oshqozon bezlarining chuqur qismlarida joylashgan. Pepsinogen – pepsin uchun avlod bo'lib, oqsillarni hazm qilishda ishtirok etadi.
- **Kislota ishlab chiqaruvchi - parietal hujayralar** faqat oshqozonning tanasi va asosiy qismlaridagi bezlarda mavjud. Ularning asosiy vazifasi – tuz kislotasini va ichki omilni (**Kassl**) ajratishdir. Ushbu hujayralarning faoliyatini asetilxolin, gastrin, sekretin va gistamin moddalari stimulyatsiya qiladi.
- **Enteroendokrin hujayralar** oshqozonning barcha shilliq qavatida tarqalgan bo'lib, ularning funktsiyalari juda xilma-xildir masalan: gastrin va oshqozon ingibitorining peptidini ishlab chiqarish.
- **Semiz hujayralar** shilliq qavatining o'ziga xos qatlamida gistamin moddasini sekretsia qiladi.

Piloroantral hududidagi shilliq qavati:

- Ushbu hududning pilorik bezlari shilliq ajratadi.
- **G-hujayralar** gastrin ishlab chiqaradi.

Yuza epiteliyasi: Shilliq qavatini bir qatlamli bez epiteliy qoplaydi, u muitsin (shilliq) va bikarbonat ishlab chiqaradi. Ushbu epiteliy, shilliq qavatining himoya funksiyasini amalga oshirishda, shilliq-bikarbonat to'sig'ini yaratish orqali muhim ro'l o'ynaydi.

Shilliq-bikarbonat to'sigi, shilliq qavatini kislota, pepsin va boshqa zararli moddalar ta'siridan himoya qiladi. Ushbu to'sig'ning ayrim tarkibiy qismlari, epiteliyaning himoya vazifasini bajarishda muhim ahamiyatga ega.

- Shilliq doimiy ravishda epiteliy yuzasiga chiqariladi, va uning qalinligi taxminan 1 mm bo'ladi.

Bikarbonat (HCO_3^- ionlari), yuqori qatlamli mukoza hujayralar tomonidan ajratilib, oshqozon shirasining kislota ta'sirini neytrallashuvchi ro'l

o‘ynaydi.

Mukoza qatlamda pH gradienti mavjud bo‘lib, mukozaning yuqori yuzasida pH 2 atrofida, aksincha, epiteliya hujayralari yuzasida pH darajasi 7 dan yuqori bo‘ladi.

Oshqozonning funksiyalari.

- Oziq-ovqatni qabul qilish uchun zaxira organi sifatida ishlaydi.
- Sekretor faoliyati – oshqozon shirasi va anti-anemiya faktori Kaslani ishlab chiqarish.
- Ekspresor faoliyati – oshqozon bo‘shlig‘iga toksik moddalarni chiqarish qobiliyati.
- Inkrektor faoliyati – turli garmonlarning sintezi.
- Absorbtiv faoliyati – suv, alkagol va ayrim boshqa moddalarning so‘rilishi.
- Motor faoliyati – oziq-ovqat aralashmasining o‘n ikki barmoqli ichakka chiqarilish jarayoni.
- Bar‘er faoliyati – oshqozon shirasining bakteritsid ta‘siri, mukoza-bikarbonat bar‘erining himoya ro‘li.

O‘n ikki barmoqli ichak yoki Intestinum teniae

Inson barmoqlarining uzunligi bilan solishtirilganda, bu ichak qismining uzunligi odatda 25–30 sm ga teng bo‘lib, shu sababli unga “o‘n ikki barmoqli” deb nom berilgan.

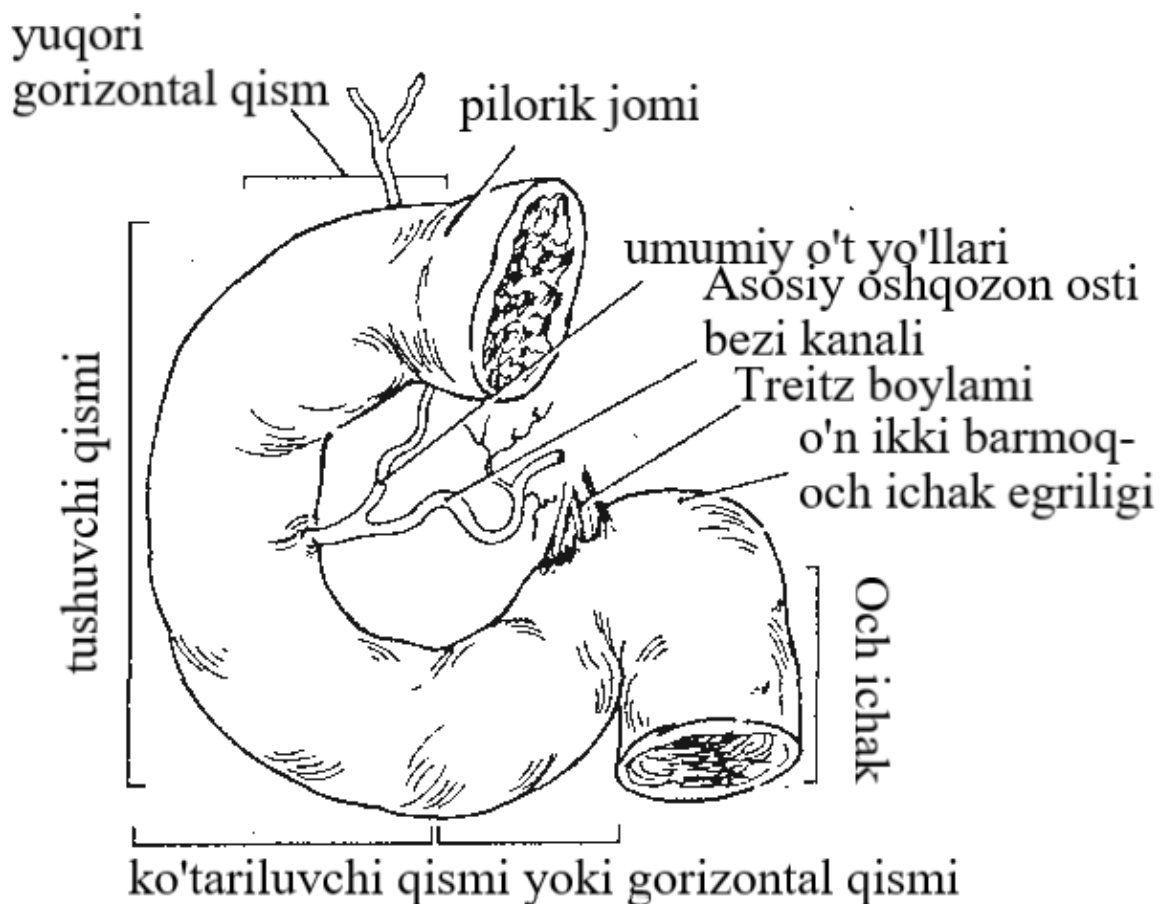
Anatomiyasi: O‘n ikki barmoqli ichak qorin bo‘shlig‘ining orqa qismida joylashgan. U oshqozonga bevosita tutashib, oshqozon osti bezi boshini aylanib o‘rab, jigar va oshqozon osti bezlarning chiqarish kanallarini qabul qiladi. Bu hududda oshqozondagi hazm jarayoni yakunlanib, oziq-ovqat aralashmasi jigar, oshqozon osti bezi sharbati va Brunner bezlarining sekretsionalari ta‘sirida o‘zgaradi. O‘n ikki barmoqli ichakda yuqori, pastki, o‘n ikki barmoqli-och-ichak burilishlari va to‘rt asosiy qismga ajratiladi. 2-rasm.

Yuqori gorizontal qismi pilorik sfinkterdan keyin joylashgan, uning uzunligi 4-5 sm atrofida bo'lib, Th12-L1 darajasida tananing o'rtasini kesib o'tadi.

Pastki qismi uzunligi 7-10 sm bo'lib, umurtqa pog'onasining o'ng tomonida L3 darajasiga qadar joylashadi, aynan shu qismda umumiy o't va oshqozon osti bezi kanallar ichakka ochiladi.

Quyidagi gorizontal qismi uzunligi 10-12 sm bo'lib, tananing o'rtasini L3 darajasida kesib o'tadi.

Yuqoriga ko'tariladigan qismi uzunligi 2,5-5 sm bo'lib, umurtqa pog'onasining chap tomonida L2 darajasiga qadar ko'tariladi, bu yerda u o'z yo'nalishini keskin o'zgartirib, ingichka ichakka o'tadi.



Rasm-2. O'n ikki barmoqli ichak anatomiyasi.

Innervatsiya

O'n ikki barmoqli ichakning nerv tizimi yuqori tutqich gangliyasidan chiqqan simpatik nerv tolalari tomonidan boshqariladi. Ushbu nerv tolalari

oshqozon osti bezi-o'n ikki barmoq ichak tarmoqlarini tashkil etib, ular o'z navbatida mos keluvchi arteriyalarni kuzatib boradi va ichak devoriga kirib boradi.

Qon va limfa aylanishi

O'n ikki barmoq ichakka arterial qon jigar arteriyasining yuqori **pankreatoduodenal** arteriyasi va yuqori tutqich arteriyasining pastki **pankreatoduodenal** arteriyasining tarmoqlari orqali yetib boradi. Venoz qon oqimi o'n ikki barmoq ichakdan oldingi va orqa oshqozon osti bezi-o'n ikki barmoq ichak venoz doiralari orqali amalga oshiriladi, ular esa qonning jigar va yuqori tutqich venalariga o'tishiga imkon yaratadi.

Limfa oqimi

O'n ikki barmoq ichakning limfatik tomirlari oshqozon osti bezining limfatik tizimi bilan o'zaro chambarchas bog'langan. Limfa oqimi yuqori va pastki chegara bo'ylab oshqozon osti bezi-o'n ikki barmoq ichak limfa tugunlariga va shuningdek uning orqa tomonida joylashgan limfa tugunlari amalga oshiriladi:

- O'n ikki barmoq ichakning oldingi yuzasidan limfa pastdan yuqoriga qarab pirvatnik tomoniga oqib chiqadi.
- Orqa yuzasidan limfa yuqoridan pastga qarab tutqich limfa tugunlariga, yuqori tutqich arteriyasining asosiga oqib chiqadi.

O'n ikki barmoq ichakning tuzilishi

O'n ikki barmoq ichakning tuzilishi ingichka ichakning boshqa qismlariga o'xshash bo'lib, uning devorlari quyidagi qatlamlardan iborat:

Devorlari

Oldingi devori to'rt asosiy qavatdan tashkil topgan: seroz, mushak, shilliq osti va shilliq qavatlardan tashkil topgan.

Orqa devori esa qorinparda orqasida joylashgani sababli, uning seroz qavati mavjud emas.

O'n ikki barmoq ichakning mushak qavati ikki qavatdan iborat bo'lib, ichki qavatda tekis mushak hujayralari uzunlikka yo'naltirilgan, tashqi qavatda esa aylana shaklida joylashgan.

Qorin pardaga bo'lgan munosabat

- O'n ikki barmoq ichakning deyarli barcha uzunligi bo'ylab faqat oldingi yuzasi seroz qavat bilan qoplangan va u ekstraperitoneal joylashgan.
- Faqatgina boshlang'ich qismida (pirvatnik atrofida) va yakuniy bo'limida (o'n ikki barmoq ichak va jigar-ichak bo'ylama egrilik joyida) ichak har tomondan qorin parda bilan qoplangan, ya'ni intraperitoneal joylashgan.

Brunner bezlari

Brunner bezlari ichakning proksimal qismlarida joylashgan bo'lib, ular oshqozon-ichak tizimining shilliq qavatini ishqor xususiyatlariga ega bo'lgan suyuqlik bilan ishlab chiqaradi.

OSHQOZON YARASI

Oshqozon yarasi kasalligi (OYK) — surunkali, qaytalanadigan va remissiya davrlari bilan o'zgarib turadigan patologik holat bo'lib, uning asosiy xususiyati oshqozon yoki 12-barmoq ichakning devorlarida yaralar (**yazvalar**)ning shakllanishidir.

Oshqozon yarasi, yarali oshqozon kasalligi, peptik yarali kasallik atamalari, oshqozon-ichak tizimi kasalliklarining bir guruhiga taalluqli bo'lib, bu patologiyalar shilliq qavatning shikastlanishi bilan kechadi, bu esa xlorid kislotasi va pepsin ta'sirida yuzaga keladi. Peptik yaralar asosan oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning proksimal bo'limlarida uchraydi, ba'zida esa – qizilo'ngachning distal qismlarida, juda kam hollarda – kamdan kam ingichka ichakda (odatda Mekkel divertikuli bilan birga, oshqozon tipidagi shilliq qavat bo'laklari bilan birga kuzatiladi). Lokalizatsiya farq qilganiga qaramay, peptik yara kasalliklarining klinik belgilari va davolash usullari umumiydir, ammo peptik ezofagit (oshqozon mazmunining qaytib tashlanishi sababli) ayrim o'ziga xos jihatlarga ega bo'lishi mumkin. Shuningdek, Zolling–Ellison sindromini ham yarali kasallikning bir shakli deb hisoblash mumkin.

Klassifikatsiya

Tip I. I tipdagi yaralar, asosan, oshqozonning tanasida, xususan, “kam qarshilik ko‘rsatuvchi hudud” (locus minoris resistentiae) deb ataladigan, oshqozon tanasi va antral bo‘lim orasidagi o‘tish zonasida rivojlanadi.

Tip II. Oshqozon yaralari, o‘n ikki barmoqli ichakdagi yaramalar bilan birgalikda vujudga keladi.

Tip III. Pilorik kanal yaralari. Bu turdagi yaralar o‘z rivojlanishi va klinik belgilari bo‘yicha o‘n ikki barmoqli ichak yaramalari bilan ko‘proq o‘xshash bo‘lib, oshqozon yaralaridan aniq farqlanadi.

Tip IV. Yuqori darajadagi yaralar, oshqozonning kichik egri chizig‘ida, ovqat trubasi va oshqozon o‘rtasidagi o‘tish joyiga yaqin joylashgan. Garchi bu yaralar I tipga o‘xshash tarzda rivojlanadigan bo‘lsa-da, ularni alohida guruhga ajratish zarur, chunki bunday yaralar malignizatsiya qilish ehtimoli yuqori. Ularning jarrohlik davolash usullari o‘ziga xos xususiyatlarga ega.

Tarqalish tezligi

Kattalar. Peptik yara kasalligi kattalar orasida 5% darajasida tarqalgan bo‘lib, ommaviy profilaktik tekshiruvlar natijasida oshqozon va o‘n ikki barmoqli ichakning shilliq qavatidagi yara va fibroz o‘zgarishlari 10-20% tekshirilganlarda aniqlanadi. Eraklarda bu kasallik ko‘proq uchraydi, ayniqsa 50 yoshgacha bo‘lgan davrda. O‘n ikki barmoqli ichak yaralari oshqozon yaralariga nisbatan 3:1 nisbatda ko‘proq uchraydi (yoshlar orasida bu nisbat 10:1 ga yetadi). Har yili o‘n ikki barmoqli ichak yaralari bilan og‘rigan bemorlarning 80% kasallikning yomonlashishini sezadi, oshqozon yaramalari bilan kasallanganlarning 33% esa vaqt o‘tishi bilan o‘n ikki barmoqli ichakda ham yara paydo bo‘ladi.

Bolalar. Olti yoshgacha bo‘lgan bolalarda peptik yara qizlar va o‘g‘il bolalarda bir xil tezlikda uchraydi va uning joylashuvi ham bir xil bo‘ladi — o‘n ikki barmoqli ichak va oshqozon. Ammo olti yoshdan kattaroq bolalarda bu kasallik o‘g‘il bolalarda ko‘proq uchraydi va asosan o‘n ikki barmoqli ichakda joylashadi.

Etiologiya

Turli va to‘liq aniqlanmagan. Ko‘rinishicha, bu jarayonda asosiy ahamiyatga ega bo‘lgan narsa oshqozon shilliq qavati himoya to‘sig‘ining

shikastlanishi, shuningdek, oshqozon va o'n ikki barmoq ichakning kislotani ishlab chiqarish, kislotani neytrallashtirish, evakuatsiya funksiyalarining buzilishi, genetika, bakterial va boshqa omillardir.

Ijtimoiy omillar

Tamaki chekish kasallikning rivojlanish xavfini sezilarli darajada oshiradi va peshob yaralarining tiklanish ehtimolini kamaytiradi. Nikotin ehtimol, oshqozon osti bezining bikarbonat sekresiyasini kamaytirib, o'n ikki barmoqli ichakdagi pH darajasining pasayishiga, oshqozonning tezroq bo'shashishiga, pepsinogenning ortiqcha sekresiyasiga hamda pilorik sfinkterning tonusining zaiflashuvi natijasida oshqozonga refluksning yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Alkogol esa bevosita oshqozon shilliq qavatini qo'zg'ash va oshqozon sekresiyasini kuchaytirish orqali salbiy ta'sir ko'rsatadi.

Fiziologik omillar

Oshqozon kislotasining miqdori peptik yaralarning patogenezida muhim ahamiyat kasb etadi, ammo ko'plab bemorlarda normal yoki gipokislotalik holatlari kuzatiladi, bu esa vodorod ionlarining (H^+) oshqozon devoriga ko'proq difuziyasiga olib keladi. O'n ikki barmoqli ichak yarasida odatda bazal yoki stimulyatsiyalangan sekresiya kislotalikning ortishiga olib kelmaydi. Gastrin darajasi. O'n ikki barmoqli ichak yarasida qonda gastrin miqdori och qoringa normal bo'lib, ovqatlanishdan keyin oshadi. Biroq oshqozon yarasi bilan og'rigan bemorlarda gastrin darajasi, ham och qoringa, ham ovqatdan keyin yuqori bo'ladi.

Oshqozonga o't refluksi shilliq qavatning himoya funksiyasini zaiflashtirishda muhim ro'l o'ynaydi. Himoya to'sig'ining buzilishi, kislotali oshqozon tarkibining shilliq qavat bilan bevosita aloqada bo'lishiga va uni zararli ta'sirlarga uchratishiga olib keladi.

Genetik omillar

- Yaqin qarindoshlar orasida ushbu kasallikning rivojlanish ehtimoli 10 barobar yuqori.
- 0(I) qon guruhiga ega bo'lgan shaxslar o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi bilan kasallanadigan bo'lish ehtimoli 30–40% darajagacha ortadi. Shuningdek,

Helicobacter pylori mikroorganizmi ushbu kasallikning paydo bo'lishida muhim etiologik rol o'ynaydi. Bu gramm-negativ spiralsimon bakteriya o'n ikki barmoqli ichakning yarasi bilan og'rigan bemorlarning 90%ida hamda antral gastrit tip B bilan kasallangan shaxslarning 60-70%ida aniqlanadi.

Patogenez.

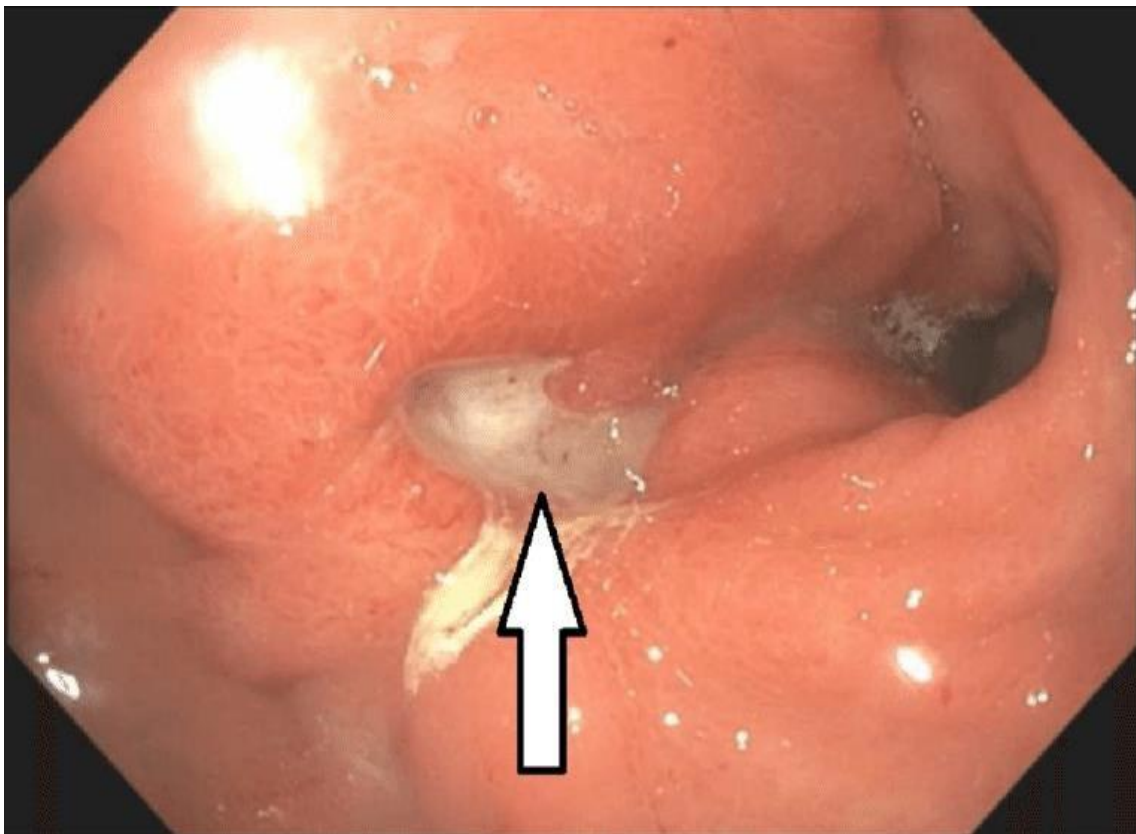
Helicobacter pylori oshqozonning epitelyal qatlamini zararlaydi. Ushbu patogen sekretor IgA va qon serumidagi immunoglobulinlarni opsonizatsiya qiluvchi ta'sir ko'rsatadi, shu orqali oshqozonning himoya to'sig'ini buzib, kislota ortiqcha diffuziyalanib, oshqozon devorida yarali nuqsonlarning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Patomorfologiya

Oshqozon yaralari asosan uning kichik egri chizig'ida, prepilorik va pilorik hududlarda joylashadi, kamroq hollarda esa kardial va subkardial zonalarda uchraydi. 12-cho'ntak yaralari ko'proq yuqori (bulbar) qismida shakllanadi, kamroq hollarda esa bulbar tashqarisida. Bu yaralar odatda dumaloq shaklga ega bo'lib, o'lchamlari bir necha millimetrdan 5-6 sm gacha yetishi mumkin. Yaralarning tubi odatda silliq bo'ladi, lekin ayrim hollarda ularning yuzasi yomonlashgan yoki qattiq bo'lishi mumkin, chetlari zichlashgan va ko'tarilgan. Ularning chuqurligi oshqozon devorining seroz qatlamiga yetishi mumkin.

Yaralarning yallig'lanish bosqichida, ular asosida nekrotik jarayonlar rivojlanadi, nekrozga uchragan hududning yuzasida fibrinli qoplama hosil bo'ladi, va yaraga yaqin shilliq qavatda gipermiya hamda inflyatsiya (shish) belgilarini kuzatish mumkin. Nekroz hududi, regeneratsiya jarayonida yangi granulyatsion to'qima bilan o'raladi.

Yara tuzalishining oxirgi bosqichida, gipermiya va shishning kamayishi, yara o'lchamining kichrayishi va oxir-oqibatda tugagan hududda fibroblastlar orqali ko'ndalang keloidli to'qima shakllanadi.



Rasm-3. Oshqozon yarasi.

Diagnostika.

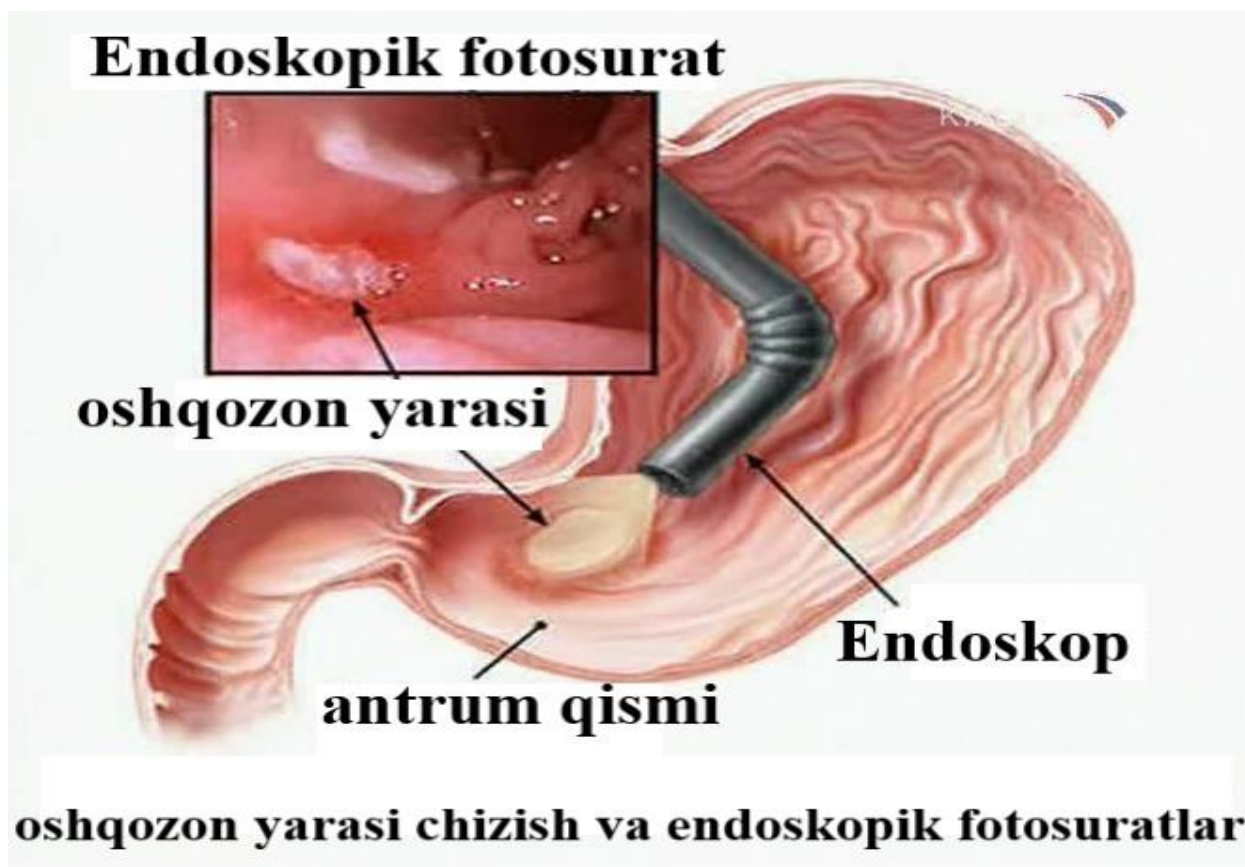
Helicobacter pylori ureaza fermentini ishlab chiqarib, oshqozonning antral qismining biopsiyasining rangini o'zgartiradi, bu rang o'zgarishi rangli pH-metriya yordamida aniqlanadi. ^{13}C izotopi bilan belgilangan siyanidni chiqarish yoki ^{14}C -uriyu yordamida nafasdagi karbonat angidridning miqdorini aniqlash mumkin.

Endoskopik usul

Hozirgi kunda endoskopik usul oshqozon-ichak yarasining diagnostikasi uchun eng aniq va ishonchli usul sifatida keng tan olingan. Ushbu usulning asosiy afzalliklari quyidagilardan iborat:

1. YK tashxisining mutlaq tasdiqlanishi;
2. Yara jarohatlarining yaxshilik yoki yomonlik holatini aniqlash;
3. Yaraning tiklanish jarayonini vizual va morfologik jihatdan izchil kuzatish;

4. Oshqozon va ichak tizimining yuqori bo'limlaridagi qo'shimcha shikastlanishlarni aniqlash va tahlil qilish.

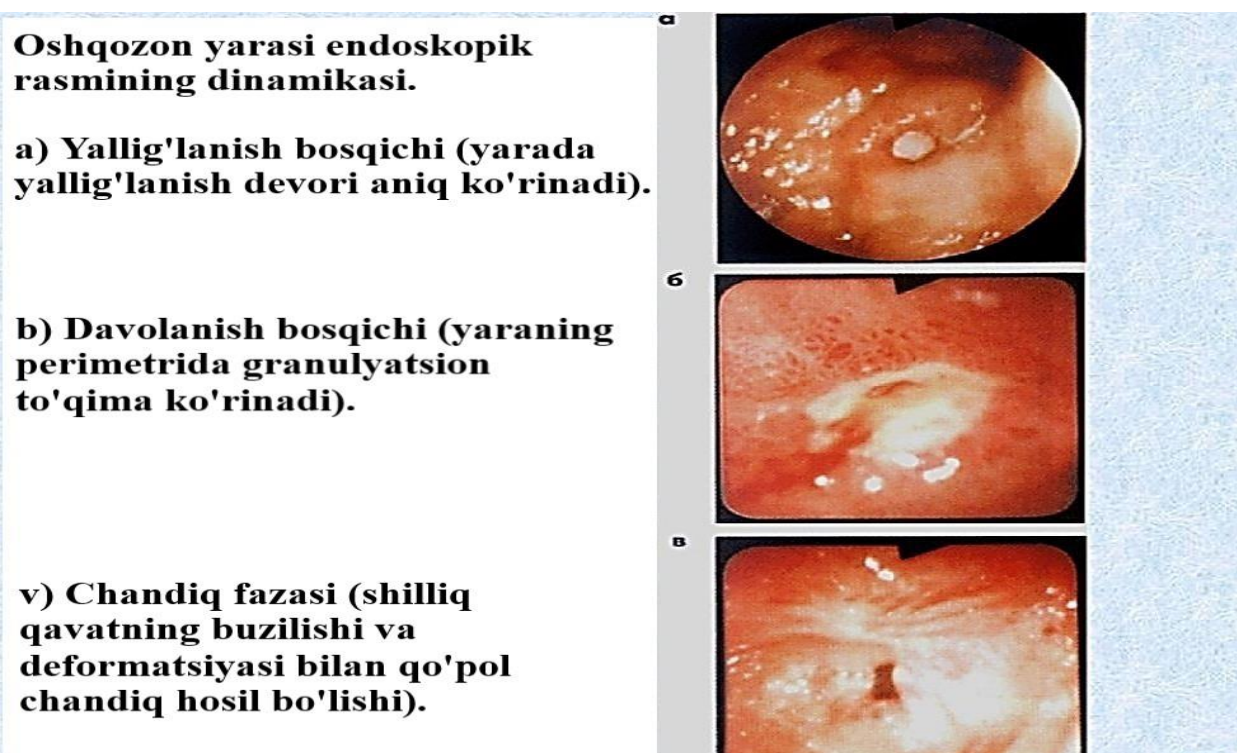


Rasm-4. Oshqozon antrumidagi yarali nuqsonni endoskopik tashxislash.
(<https://gastroscan.ru/patient/disease/03/>)

Yaralar kasallikning aniq morfologik substrati bo'lib, uning faol rivojlanish bosqichida (ob'ektiv o'zgarishlar davri) endoskopik tekshiruvda turli o'lcham, shakl va chuqurlikdagi shilliq qavatda paydo bo'ladigan nuqson sifatida namoyon bo'ladi. Yara odatda dumaloq yoki elliptik shaklda bo'lib, uning chegaralari aniq belgilangan, ko'pincha shishgan va qizarib turgan bo'ladi. Ba'zi hollarda, yarali nuqsonning kardiyaga yaqin joylashgan qirralari biroz yassilashgan, distally qirralar esa yumshoq va tekis bo'ladi. Chuqur yarali nuqsonlar ko'pincha konusga o'xshash shaklda bo'ladi. Yara tubi odatda serovato-oq yoki sariq rangdagi fibrinli qoplama bilan qoplanadi, agar yaraning tubida qorong'u nuqtalar mavjud bo'lsa, bu o'zgargan qon oqimi va o'rtada qon ketishi mavjudligini bildiradi.

Yara tiklanish jarayonida shilliq qavatdagi gipermiya va yara atrofidagi yallig'lanishning kamayishi kuzatiladi. Yaraning chuqurligi pasayib, uning tubi asta-sekin fibrinli qoplamalardan tozalanadi va granulyatsion to'qima bilan qoplanishi mumkin, bu esa yaraning o'ziga xos rang-barang ko'rinishini yaratadi. Bunday holat **“qora murch”** deb ataladi. Yara tiklanishining turli bosqichlarida uning shakli uzun, chiziqli yoki bir nechta bo'laklarga ajralgan ko'rinishda bo'lishi mumkin.

Postyarali so'nggi davrda, shilliq qavatda qizil rangdagi, chiziqli yoki yulduzcha shaklidagi torayishlar paydo bo'ladi (bu holat yarali to'qimalarning kam rivojlanishi bosqichini bildiradi). Keyinchalik chiziqli va yulduzcha shaklida deformasiyalar rivojlanadi. Agar yarali nuqsonlar chuqur bo'lsa yoki tez-tez qaytalansa, organning jiddiy deformatsiyalari va stenozlar rivojlanishi mumkin.



Rasm-5. Oshqozon yarasi kasalligining endoskopik rasmining dinamikasi.
<https://en.ppt-online.org/58932>

Endoskopik metod, yulda hosil bo'ladigan yara izlarini muntazam ravishda kuzatib borish imkoniyatini yaratadi. O'rtacha, oshqozon yarasi to'qimasining

“qizil” chandiq shakllanishigacha bo‘lgan davr 5-6 hafta davom etadi, 12-BI yaralari esa 3-4 hafta ichida tuzala boshlaydi. To‘liq chandiq **“oq” chandiq** bosqichi odatda 2-3 oy ichida shakllanadi. Shuningdek, o‘tkir sirt yaralari 7-14 kun ichida ko‘rinadigan chandiqsiz tuzalishi mumkinligini hisobga olish zarur. Surunkali yara yallig‘lanishlarining tez-tez kuchayishi natijasida oshqozon va 12PK devorlarida hosil bo‘ladigan chandiqlar, remissiya bosqichidagi yaralarning ishonchli endoskopik belgilari hisoblanadi.

Oshqozonning rentgen tekshiruvi

Bugungi kunda oshqozon yarasini **(OYK)** aniqlash uchun rentgenologik tekshiruvdan ilgari qo‘llanilgan darajada keng foydalanilmayapti, buning sababi quyidagi ko‘rsatmalarga bog‘liq:

Endoskopik tekshiruvni o‘tkazishning imkoni bo‘lmaganda masalan: qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa yoki bemor bu tekshiruvni qat’iyan rad etsa;

Rakning infiltratsion-yarali shaklini differensial diagnostikasi maqsadida, shu jumladan, endofit o‘rishidan shubhalanilganda, bunday holatlarda EGDS (endoskopiya) usulidan olinadigan ma’lumotlar kam bo‘lishi mumkin;

Oshqozon peristaltikasining xususiyatlarini baholash zarurati paydo bo‘lganda;

Oshqozonning bo‘shashishi tezligini tahlil qilish kerak bo‘lganda, xususan EGDS davomida pilorik oshqozon bo‘lagi yoki 12-barmoqli ichakning burmasida stenoz rivojlanishi aniqlanganda; bunday vaziyatda oshqozon kontrastli rentgen tekshiruvi stenozining darajasini, bo‘shashish jarayonlaridagi o‘zgarishlar va ularning jiddiyligini aniq belgilashga yordam beradi, shuningdek stenoz pastida yara mavjudligini rad etishga imkon yaratadi (bu holatda endoskopning harakati pilorobulbar stenozni tufayli to‘xtaydi). Rentgenologik tahlilning bevosita oshqozon yerasining belgilari quyidagicha bo‘ladi: **“nisha”** (yara) konturida yoki shilliq qavatdagi relyefda. Bunda quyidagi giyshtirilgan belgilar aniqlanadi:

Yaraga qarshi tomonidagi oshqozon devorida mushak tolalarining mahalliy tsiklik spazmi, ya'ni "ishorali barmoq" ko‘rinishida;

Shilliq qavatining burmalarining **“nisha”** tomon burilishi;

Oshqozon va 12-barmoqli ichakda sharmandalik-yarali deformatsiya belgilari;

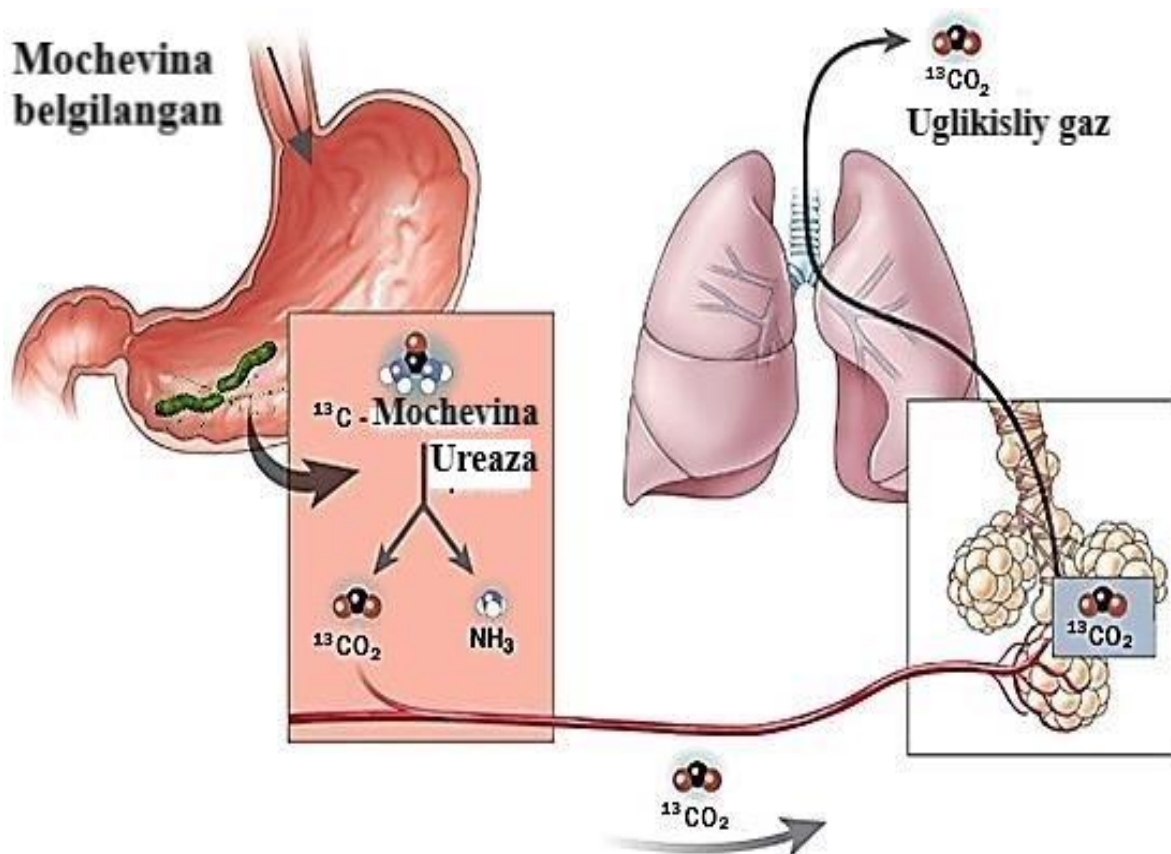
Och qolganida oshqozonning gipersekresiyasi belgilarining paydo bo'lishi;
Gaostrudodenal motorika harakatlarining buzilishi.

Yarali defektning rentgenologik to'g'ri belgilari **“yarali nisha”** faqat 40-70% holatlarda aniqlanadi, shartli ravishda yaralarning diametri 4-5 mm dan katta bo'lishi kerak.

OYKning giyshtirilgan rentgenologik belgilarining (chandiqliq deformatsiyasi, burmalarni yaqinlashishi, rentgen kontrastli moddaning bo'shashish tezligi, 12-barmoqli ichakdagi diskineziya, duodenogastrik reflyuks, qarama-qarshi devorda lokal spazmlar) diagnostik ahamiyati pastdir.



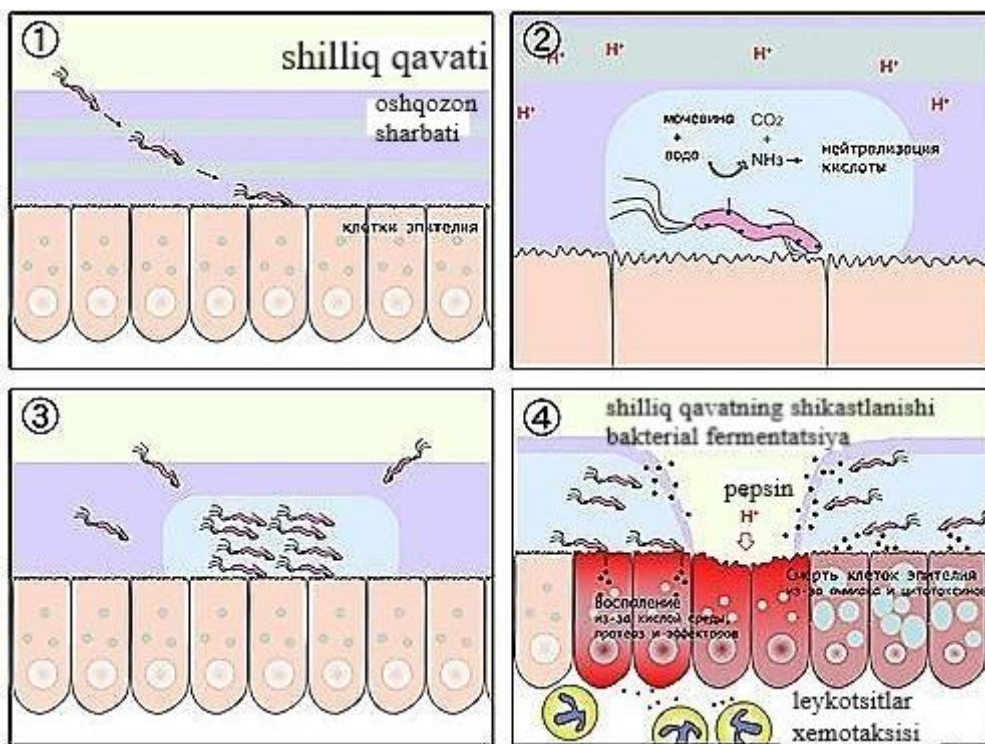
Rasm - 6. Oshqozon rentgenografiyasi. Oshqozonning past egriligining chuqur (penetratsion) yarasi. Nishaning alomati o'q bilan ko'rsatilgan.
(https://myslide.ru/documents_3/7f6014302c1dd831f434225f92a39f27/img15.jpg)



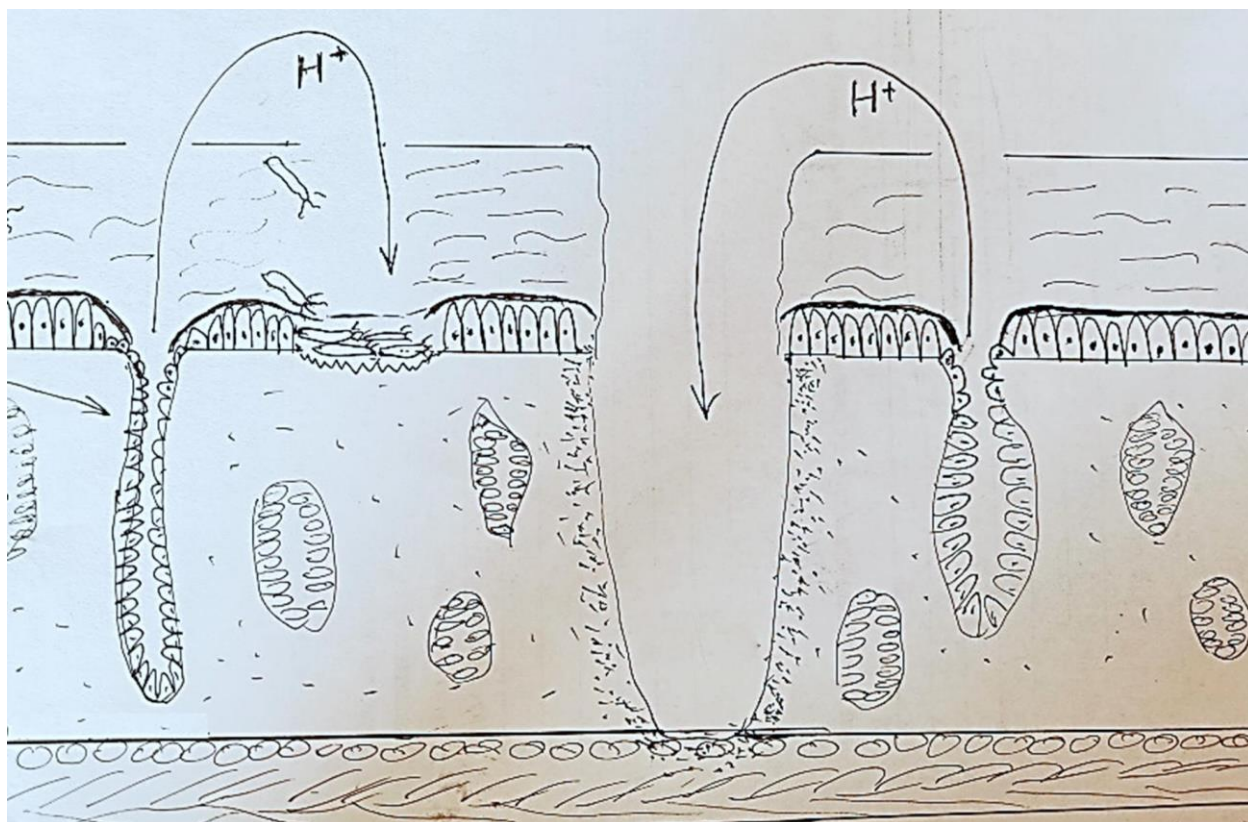
Rasm-7. ^{13}C -ureaz nafas olish testini o'tkazish sxemasi. (Breath Tests for Gastrointestinal Disease: The Real Deal or Just a Lot of Hot Air? Saad, Richard J. et al. Gastroenterology, Volume 133, Issue 6, 1763 – 1766).

Davolash. Amoksisillin, doksisiklin, metronidazol va vismut preparatlari ikki hafta davomida qo'llaniladi. Zamonaviy yondashuv sifatida, klaritromitsin va omeprazolning qo'llanilishi tavsiya etiladi.

Prognoz. Antibiotiklar va vismut preparatlari bilan davolash o'n ikki barmoqli ichak yarasining qaytalanish holatlarini sezilarli darajada kamaytiradi (an'anaviy H_2 -blokatorlari bilan taqqoslaganda).



Rasm-8. 12-barmoqli ichak, oshqozon yarasi patogenezining sxematik tasviri.



Rasm-9. 12-barmoqli ichak, oshqozon yarasi patogenezining sxematik tasviri.

Butun jarayon ochiq yaralarning faol rivojlanish bosqichini aks ettiradi. Yara tubi nekrotik moddalarga to'la bo'lib, fibrinli qoplama bilan qoplanib, uning chetlari ko'tarilgan holda saqlanadi. Agar yara chuqurlikda seroz qoplamasiga yetib

borsa, uni penetratsion yara deb atash mumkin. Yaraning tiklanishi granulatsion to'qimaning shakllanishi va keyinchalik epitelyal qatlamning tiklanishi bilan boshlanadi. Zamonaviy ilmiy nuqtai nazarlarga ko'ra, peptik yara kasalligining patogenezi umumiy ravishda oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavati himoyasi bilan oshqozon mazmunining kislotali-peptik agressiyasi o'rtasidagi muvozanatning buzilishi sifatida talqin etiladi.

Bir taraqqiyotda agressiv omillar, boshqa taraqqiyotda esa himoya omillari mavjud bo'lib, ularning vaznlari tenglashganida, ayniqsa himoya omillari agressiv omillardan ustun bo'lsa, oshqozon yarasining (YK) rivojlanishi oldini olish mumkin. Agressiv omillarning kuchayishi yoki himoya mexanizmlarining zaiflashishi bu muvozanatni buzadi va yarali o'zgarishlarning paydo bo'lishiga sabab bo'ladi.

Agressiv omillarni kuchaytiruvchi omillar quyidagilar bo'lishi mumkin:

1. Obkladkali hujayralarning massasining ortishi, shu jumladan, irsiy jihatdan belgilangan holatlar;
2. Gastrin ishlab chiqarilishini oshishi;
3. Solya kislotasining doimiy yuqori darajada ishlab chiqarilishi, bu esa vegetativ nerv tizimining parasimpatik bo'limining ortiqcha tonusidan kelib chiqishi mumkin (bu ham irsiy asosda bo'lishi mumkin);
4. Pepsinogen va pepsin ishlab chiqarishining kuchayishi;
5. Gastroduodenal motora buzilishlari (gastrostaz yoki oshqozondan oziq-ovqatning normadan tezroq chiqarilishi);
6. H.pylori bakteriyalari bilan kontaminatsiyasi (1 va 2 rasmlarga qarang). Himoya mexanizmlarining zaiflashishi esa quyidagi holatlarga olib kelishi mumkin:
7. Oshqozon shilimshig'ining ishlab chiqarilishi va uning tarkibiy o'zgarishlari;
8. Bikarbonatlarning ishlab chiqarilishi kamayishi, epitelial hujayralarning tiklanish qobiliyatining pasayishi;

9. Oshqozon devoridagi prostaglandinlar miqdorining kamayishi, masalan, bemorda NNSVP (non-steroid yallig'lanishga qarshi dorilar) qabul qilish natijasida.

Patogeneza endokrin omillar (gastrointestinal peptidlar, buyrak usti bezlarining gormonlari va jinsiy gormonlar ishlab chiqarilishi), biogen amillar (gistamin, serotonin, katekolaminlar), oksidlanish stressi (lipidlarning peroksid oksidlanish jarayonlari buzilishi) ham muhim rol o'ynaydi.

Qo'shimcha kasalliklar

Birinchi turdagi oilaviy poliendokrin adenomatoz (OPEA1) ko'pincha gastrin-sekretatsiya qiluvchi o'smalar rivojlanishi bilan bog'liqdir.

Antral atrofik gastrit oshqozon yaralari bilan yuqori chastotada korrelyatsiyalangan bo'lib, bu holat priportniy eshik orqali safroning qaytishidan kelib chiqishi mumkin.

Revmatoid artrit oshqozon yaralarining yuzaga kelish xavfini oshiradi, bu esa NPVSlarning yarasimon ta'siri bilan izohlanadi.

Surunkali obstruktiv o'pka kasalligi oshqozon yaralari bilan og'rigan bemorlarda tez-tez aniqlanadi.

Jigar sirrozi va surunkali buyrak yetishmovchiligi, ko'pincha o'n ikki barmoq ichak yaralari bilan murakkablanishi mumkin.

Psixosomatik omillar, shu jumladan doimiy ichki stress va shaxsiyati tuzilishi, kasallikning rivojlanishida muhim o'rin tutadi.

Ba'zi farmakologik vositalar oshqozon shilliq qavatining yaxlitligini buzishi mumkin.

Bunday preparatlarga etil spirti, indometatsin va salitsilatlar kiradi.

Oshqozon yaralarining eng ko'p uchraydigan sababi sigaret chekish bilan salitsilatlarini birgalikda qabul qilishdir.

Yallig'lanishga qarshi dori-darmonlarning yuqori dozada qabul qilinishi artritli bemorlarning taxminan 30%ida oshqozon yaralari rivojlanishiga olib keladi. Xuddi shu ta'sir boshqa anti-prostaglandin NPVSlarda ham kuzatiladi.

Steroidlar shilliq qavat-bikarbonat to'sig'ini shikastlantirib, pektik yara rivojlanishining xavfini ikki baravar oshiradi.

Tashxis

Og'riq va qon ketish

Katta yoshdagi bemorlarda pektik yara bilan bog'liq og'riqlar, odatda epigastral hududda kuzatiladigan kuyish hisi sifatida ifodalanadi. Ushbu og'riq ovqat qabul qilish bilan kamayadi, biroq 0,5-1,5 soatdan so'ng qayta paydo bo'ladi. Ko'plab bemorlarda klassik yara og'rig'i kuzatiladi, bu og'riq ovqatdan keyin yengillashadi, ammo ba'zi bemorlar ovqatdan so'ng og'riqlarining kuchayishini sezadi.

Yangi tug'ilgan chaqaloqlarda qon ketish va perfoyatsiya, oshqozon yarasining dastlabki belgilari sifatida ko'rinadi.

Kichik yoshdagi bolalarda ishtahaning yo'qligi va qusish bilan birga, qon ketishi tez-tez uchraydi va bu holat birinchi (idiopatik) yoki ikkinchi (stressli) yarada yuzaga kelishi mumkin.

Kattaroq yoshdagi bolalarda og'riq asosiy simptom sifatida ajralib turadi. Yashirin yoki yaqqol qon ketish maktab yoshidagi bolalar orasida yaraga chalingan bemorlarning yarmidan ko'prog'ida uchraydi.

Rentgen tekshiruvi

Yuqori oshqozon-ichak yo'llarining rentgenoskopik tekshiruvi oshqozon yarasini taxminan 70% holatlarda aniqlash imkoniyatini beradi. Biroq, o'n ikki barmoq ichakning shikastlanishi ushbu yaralarni rentgen tasvirlarida to'g'ri talqin qilishni qiyinlashtiradi. Diagnostika aniqligini oshirish uchun ikki tomonlama kontrastlash usulidan foydalanish samarali. O'n ikki barmoq ichakdagi yaralar odatda benign xarakterga ega bo'lsa-da, oshqozon yaralari malign bo'lishi mumkin. Oshqozon yarasining benign xarakterini ko'rsatuvchi rentgenologik belgilari quyidagilar:

- Yara krateri (**Nisha**) oshqozon devorining konturida chuqur bo'lib, mustahkam kontrastli nuqta sifatida aks etadi.
- Oshqozonning burmalari yara asosiga tomon yo'naltirilgan bo'ladi.

- Yara asosini keng, rentgen-shkala bo‘ylab tarqalgan shishgan valik (Hampton chizig‘i) o‘rab oladi.
- Yara krateri tekis, dumaloq yoki oval shaklda bo‘ladi.
- Yara joylashgan oshqozon devori normal cho‘zilish va elastiklik xususiyatiga ega.

Fibrogastroskopiya (endoskopiya) — yarali kasalliklarni aniqlashda eng ishonchli va to‘g‘ri usuldur. Aniq tashxis qo‘yish uchun biopsta olish zarur, masalan, allergik sabablarni aniqlash yoki kasallikni keltirib chiqaruvchi patogenni masalan: *Helicobacter pylori* aniqlash uchun.

Biopsiya. Malignizatsiya xavfini istisno qilish maqsadida bir nechta joylardan biopsta olish lozim. Gistologik tekshiruvdan tashqari, malignizatsiyani rad etish uchun sanchiq olish va yara bo‘yicha sitologik tekshiruv o‘tkazish zarur.

Endoskopiyaning afzalliklari:

- Tashxisni tasdiqlash yoki rad etish imkoniyatini beradi.
- Rentgenologik usul bilan aniqlanishi qiyin bo‘lgan oshqozon-ichak yo‘llarining shilliq qavatidagi patologiyalarni aniqlash imkonini yaratadi masalan: Mallory-Weiss sindromi bilan bog‘liq chiziqli eroziyalar.
- Maqsadli biopstat olishni ta’minlaydi.
- Yara hududida lokal davolashni amalga oshirish imkonini beradi,
- Shilliq qavatning regeneratsiyasi yoki so‘nish jarayonlarini kuzatish imkonini yaratadi,
- Oshqozon-ichak yo‘llaridan qon ketish manbaini 93-98% holatlarda aniqlaydi.

Oshqozon sekretsiasini tahlil qilish, yaxshi va yomon sifatli yaralarni farqlashda yordam beradi. Ahilodriyali holatlarda yaralarning benign sifatda topilishi juda kam bo‘ladi, shuning uchun bunday holatlarda sitologik tekshiruv o‘tkazish zarur. Oshqozon yaralari ahilodriya bilan bog‘liq holatlarda deyarli har doim malign bo‘ladi, ammo ko‘pgina malign yaralar normal kislotali holatlarda aniqlanadi. Oziq-ovqat kislotasi sekretsiasining bazal miqdori (1 soat davomida):

- 2 mEq dan kam – norma, oshqozon yarasi, oshqozon rak.

- 2–5 mEq – norma, oshqozon yoki o‘n ikki barmoq ichak yarasi.
- 5 mEq dan ortiq – odatda o‘n ikki barmoq ichak yarasi.
- 20 mEq va undan ko‘p – Zolinger-Ellison sindromi.

Stimulyatsiyalangan xlorid kislotasi sekresiyasi soatiga (maksimal gistonin testi): – 0 mEq – haqiqiy axloridriya, atroflik gastrit yoki oshqozon saratoni. – 1–20 mEq – norma, oshqozon yarasi, oshqozon saratoni. – 20–35 mEq – odatda o‘n ikki barmoqli ichak yarasining mavjudligi. – 35–60 mEq – o‘n ikki barmoqli ichakning yara jarayoni, Zolinger–Ellison sindromining ehtimoli. – 60 mEq va undan yuqori – Zolinger–Ellison sindromi.

Asosiy va stimulatsiyalangan sekresiyaning nisbati: – 20% dan kam – norma, oshqozon yarasi yoki oshqozon saratoni. – 20–40% – oshqozon yoki o‘n ikki barmoqli ichak yarasi. – 40–60% – o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi yoki Zolinger–Ellison sindromi. – 60% dan yuqori – Zolinger–Ellison sindromi.

Maxsus diagnostik dasturlar: – Oshqozon sekresiyasini pentagastrin bilan baholash va ichki oshqozon pH-metriyasini o‘tkazish. – Oshqozon motor-evakuatsiya funksiyasini aniqlash maqsadida rentgen tekshiruvlari. – Fibrogastroduodenoskopiya va biopsiya o‘tkazish. – Elektrogastroenterografiya tekshiruvi.

Oshqozon, oshqozon osti bezi va o‘n ikki barmoqli ichak yaralarini konservativ davolash usuli bir-biridan sezilarli darajada farq qilmaydi va ularni aniqlagandan so‘ng darhol boshlanadi. Odatda 12–15 hafta ichida ko‘pchilik (80% gacha) oshqozon yaralari to‘liq tuzaladi. Agar konservativ davolash oshqozondagi yaralarning tuzalishiga samarali bo‘lmasa, operatsiya ko‘rsatiladi, chunki malignizatsiya xavfi yuzaga kelishi mumkin. Oshqozon yaralarini konservativ davolashda qaytalanish darajasi besh yil ichida 25–60% orasida bo‘ladi (ko‘plab qaytalanishlar bemorning birinchi alomatlaridan olti oy o‘tib sodir bo‘ladi).

Kuchli antatsidlar yaralarni tuzatish jarayonini tezlashtirishi bilan birga, N2-reseptorlar antagonistlariga o‘xshash ta’sir ko‘rsatadi. Preparatlarning dozasi aniq neytrallash xususiyatiga qarab belgilanishi zarur. Ca²⁺ ionlarini o‘z ichiga olgan antatsidlarni qo‘llash tavsiya etilmaydi, chunki ular gastrin sekretsiyasini

oshib, kislota ajralishining qaytadan boshlanishiga sabab bo'ladi. Magniyli antatsidlar qabul qilayotgan buyrak etishmovchiligi bo'lgan bemorlarda Mg^{2+} ionlarining toksik to'planishi xavfi mavjud. Diareya – antatsidlarning eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'siri bo'lib, u magniy va alyuminiy-sodali antatsidlar navbatma-navbat berilishi bilan oldini olinishi mumkin.

Oshqozon, oshqozon osti bezi va o'n ikki barmoqli ichak yaralarini davolashda asosiy preparatlar sifatida H_2 -reseptorlar antagonistlari ko'riladi, chunki ular uzoq muddatli kislota sekretsiasini kamaytiradi, tuzalishni tezlashtiradi va qaytalanishlar sonini kamaytiradi.

Simetidin, ranitidin, famotidin va nizatidin kabi preparatlar tunda qo'llanilganda qaytalanishlar sonini sezilarli darajada kamaytiradi. Simetidinning P450 tsitoxromiga ta'sir qilishi, varfarin, diazepam, teofillin va boshqa P450 tizimiga ta'sir qiluvchi dori-darmonlar qabul qilayotgan bemorlarda dozani kamaytirishni talab qiladi. Boshqa H_2 -reseptorlar antagonistlariga nisbatan, yuqori dozadagi simetidin markaziy asab tizimiga yoki ginekomastiyaga ta'sir ko'rsatishi mumkin.

Antixolinergik vositalar ovqatlanishdan kelib chiqqan kislota sekretsiasini faqat 30% darajada kamaytiradi va ular terapevtik jihatdan cheklangan ahamiyatga ega. Ushbu preparatlar, ayniqsa, tun davomida antatsidlar bilan birgalikda oshqozon mazmunining evakuatsiasini sekinlashtirishda qo'llanilishi mumkin. Eng samarali natijalar selektiv antixolinergik vositalar masalan:pirenzepin orqali kuzatiladi.

Dietaga kelsak, peptik yaralar tiklanishining tezlashishiga ta'sir qiluvchi to'g'ridan-to'g'ri dietaning ilmiy isbotlari mavjud emas. Aksincha, sut mahsulotlari zararli hisoblanadi, chunki ular kislota sekretsiasini oshiradi, bu kaltsiy va oqsilning gastrin sekretsiasini rag'batlantiruvchi ta'siriga bog'liq. Kofein va spirtli ichimliklar oshqozonning kislota ishlab chiqarishini rag'batlantiradi, shuning uchun ular og'ir holatlarda istisno qilinishi zarur. Chekishni to'xtatish ham muhim.

Boshqa preparatlar haqida aytadigan bo'lsak:

Sukralfat - bu yarani himoya qiluvchi va past pH muhitida tiklanishni tezlashtiruvchi lokal vosita bo'lib, uning terapevtik samarasi N2-reseptorlari antagonistlari va antatsidlar bilan tengdir, va sezilarli yon ta'sirlar kuzatilmaydi.

Karbenoksolon - yantoq ildizidan ajratilgan tabiiy moddalarning analoqlaridan biri bo'lib, peptik yaralarning tiklanishini qo'llab-quvvatlaydi, ammo N2-reseptorlari antagonistlari bilan solishtirganda kamroq samarali. Ushbu modda oshqozon shilliq qavatining H^+ ionlari uchun o'tkazuvchanligini pasaytirib, oshqozon suvi peptik faoliyatini kamaytiradi. Asosiy kamchilik - bu moddalar aldosteron ta'siri kabi Na^+ va suvni saqlashni rag'batlantiradi.

Bismut - nafaqat yaralarning himoyasini ta'minlaydi, balki pepsinni inaktivatsiya qilish xususiyatiga ham ega, ammo kislota ishlab chiqarilishini kamaytirmaydi. Oshqozon yaralari bilan solishtirganda, bismutning samaradorligi o'n ikki barmoqli ichak yaralaridan ko'ra bir oz yuqori va umumiy yon ta'sirlar darajasi pastdir. Agar *Helicobacter pylori* infeksiyasi bo'lsa, bismut mikroorganizmlarni epitel hujayralaridan yo'q qilishda yordam beradi. Sut va antatsidlar bismutning ta'sirini bostiradi, shuning uchun uni qabul qilishdan oldin va keyin bir soat davomida ushbu vositalarni ishlatmang.

Prostaglandinlar E2 va F2 oshqozon shilliq qavatining epiteliyasi uchun himoya ta'sirini ko'rsatib, qon aylanishini yaxshilaydi va gastrin qo'zg'atilgan kislota sekretsiyasini kamaytiradi. E2 analogi bo'lgan mizoprostol, peptik yara kasalligini davolashda samarali bo'lib, NVS (no-steroid yallig'lanishga qarshi dorilar) qabul qilish fonida oshqozon yaralarini oldini olish uchun ruxsat etilgan.

Asosiy yon ta'sirlari - diareya va ko'ngil aynishi.

Trigiklik antidepressantlar masalan: doksepin N2-reseptorlari antagonistlari sifatida faoliyat ko'rsatadi.

H^+K^+-ATP aza inhibitorlari masalan: omeprazol refluks-ozofagit va o'n ikki barmoqli ichak yaralarini qisqa muddatda davolashda qo'llaniladi. Ushbu preparatlar proton nasosini bloklaydi va kislota sekretsiyasini sezilarli darajada

pasaytiradi. Biroq, ularning ishlatilishi cheklangan, chunki hayvonlar ustida olib borilgan tajribalarda ular karcinoid o'smalarni rivojlanishiga sabab bo'lishi mumkin.

Operatsiya – yaralarning qaytalanishini sezilarli darajada kamaytirish imkonini beruvchi samarali davolash usuli bo'lib, bu usul muolajaning yakuniy natijalarini yaxshilaydi.

Ko'rsatmalar:

Mutlaq ko'rsatmalar

Favqulodda holatlar: oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakning perforatsiyasi, kuchli qon ketish.

Rejalashtirilgan holatlar: malignizatsiya, stenoz holatlari.

Shartli mutlaq ko'rsatmalar

Katta kallazon yaralari bilan malignizatsiya ehtimoli mavjud bo'lganda.

Yaraning ichki organga kirishi (penetratsiya).

Doimiy ravishda qaytalanadigan qon ketish.

Ko'p sonli yaralarning mavjudligi.

Yaralarning qaytalanishi.

Nisbiy ko'rsatmalar: Agar kompleks konservativ davolash usullari samarali bo'lmasa, va bemorda tez-tez qaytalanadigan va qisqa muddatli remissiyalar kuzatilsa, oshqozon yarasi bo'lsa – 1 yil davomida, ichak yarasi esa 3-5 yil davom etgan hollarda operatsiya ko'rsatiladi.

Operatsiyaning maqsadlari:

Radikal

Agresiv kislotali-peptik omillarni bartaraf etish (oshqozon rezektsiyasi, vagotomiya).

Yarani to'liq olib tashlash yoki uni oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichakdan tashqariga chiqarish (ekstradudonalizatsiya).

Oziq-ovqatning oshqozondan ichakka o'tishini tiklash va duodenostazni tuzatish.

Palliativ:

Yaraning oqibatlarini bartaraf etish – stenoz, perforatsiya va qon ketish kabi holatlarni bartaraf etish.

Operatsiya turlari:

- **Oshqozonning kamida 2/3 qismini rezektsiya qilish (50–60% xalqaro ekspertlar tavsiyalariga asoslanib)** va yarameni olib tashlash. Agar texnik imkoniyatlar bo'lsa, ovqat hazm qilish tizimining uzluksizligini tiklash uchun to'g'ridan-to'g'ri oshqozon-o'n ikki barmoqli ichak anastomozini amalga oshirish, bu jarayon Bilyrot-I anastomози deb ataladi. Agar o'n ikki barmoqli ichakni mobilizatsiya qilishda muammo yuzaga kelsa va to'g'ridan-to'g'ri oshqozon-o'n ikki barmoqli ichak anastomozini hosil qilish mumkin bo'lmasa, oshqozonni rezektsiya qilish va Bilyrot-II anastomozini o'rnatish kerak bo'ladi. Agar duodenostaz mavjud bo'lsa, uzoq muddatli samarali natijalar "Y" shaklida anastomoz o'rnatish orqali erishiladi.

- **Organlarni saqlab qolish operatsiyalari** orasida eng yaxshi funksional natijalar beradigan **selektiv proksimal vagotomiya** keng qo'llaniladi, lekin uning qaytalanish darajasi nisbatan yuqori. Ko'proq radikal bo'lgan **stem vagotomiya** va **antreektomiya** (oshqozonning iqtisodiy rezektsiyasi) metodlari mavjud, biroq ular klassik rezektsiyaning barcha kamchiliklariga ega – pylor va oshqozonning rezervuar qismini yo'qotish. Vagotomiya, odatda, o'n ikki barmoqli ichakda joylashgan yalar hamda oshqozonning II va III turdagi yaralari bo'lgan bemorlarga ko'rsatiladi.

- **Murakkab yarali kasalliklarda** ko'proq vagotomiya va drenaj operatsiyasi (v+D) yoki vagotomiya va antreektomiya (v+a) qo'llaniladi. V+ Dda qaytalanish holatlari yuqori bo'lib, 7-15% gacha yetishi mumkin, v+a holatida esa bu ko'rsatkich 3% atrofida bo'ladi, biroq bu kamroq tana og'irligini yo'qotish va operatsiya qilingan oshqozon kasalligining kamroq rivojlanishiga olib keladi.

Operatsion davolashdagi letal holatlar darajasi oshqozon rezektsiyasida 5% gacha, vagotomiya amaliyotida esa taxminan 0,5% ni tashkil etadi.

O'rta darajadagi rezektsiya amaliyotidan keyin kasalliklarning qayta yuzaga kelish darajasi 1% dan kam. Operatsiyadan keyingi asoratlarning yuqori chastotasi, har qanday operatsiya turidan qat'i nazar, jarrohlik aralashuvini oddiy holatlarda cheklaydi.

O'n ikki barmoqli ichak yarasi

Lokalizatsiya:

- O'n ikki barmoqli ichak yaralarining asosiy qismi uning boshlang'ich qismida, ya'ni bulbozda joylashadi; ular oldingi va orqa devorlarda bir xil tezlikda uchraydi.
- Taxminan 5% ichakning o'n ikki barmoqli yaralari postbulbulyar hududda joylashgan.
- Pilorik kanal yaralarini duodenal yara sifatida davolash zarur, garchi ular anatomiya jihatidan oshqozon ichida bo'lsa ham. Ko'pincha bunday yaralar konservativ davolanishga javob bermaydi va jarrohlik aralashuvini talab qiladi (odatda oshqozon chiqish qismida stenozi rivojlanishi bilan).

Etiologiya: O'n ikki barmoqli ichak yarasining asosiy sabablaridan biri oshqozon kislotalik sekretsiasining ortiqcha faoliyatidir.

Diagnostika

- Endoskopik tekshiruv duodenal yara kasalligi aniq klinik ko'rinishga ega bo'lgan bemorlarga ko'rsatiladi, agar rentgenoskopik usulda o'n ikki barmoqli ichak yarasi aniqlanmasa.
- Serum gastrin darajasini takroriy yaramalar, konservativ davolanishning muvaffaqiyatsizligi yoki endokrin tizimdagi buzilishlar masalan: Zollinger-Ellison sindromi mavjudligi ehtimoli bo'lgan bemorlarda aniqlash kerak. Normal gastrin darajasi 200 pg/nl dan past bo'lishi kerak.

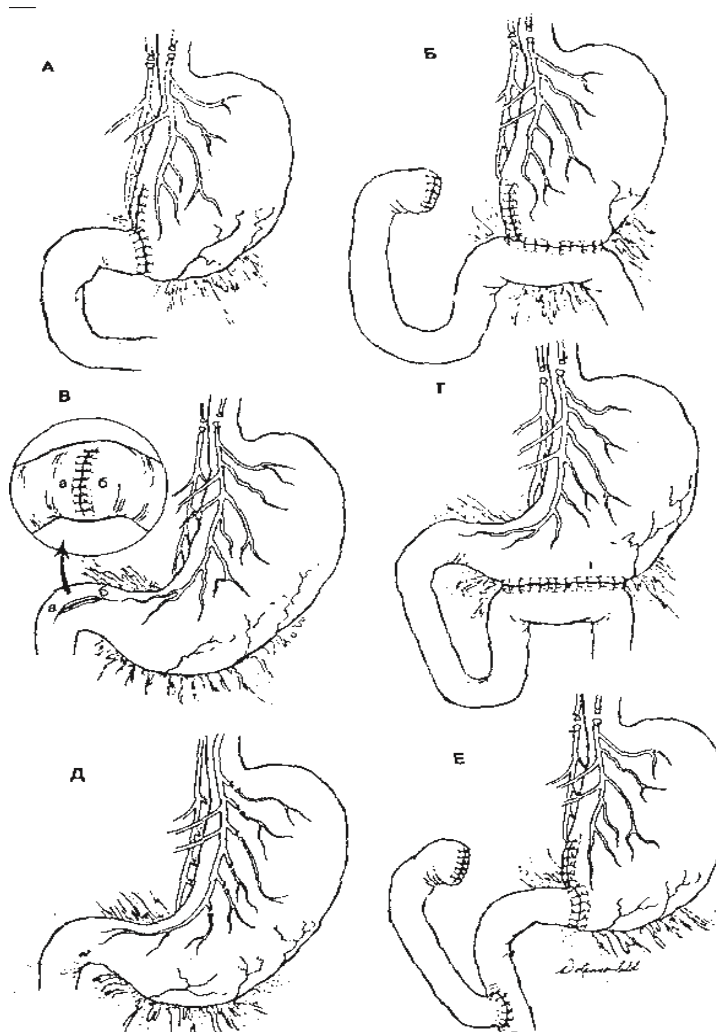
Konservativ davolash: Murakkabliklarsiz o'n ikki barmoqli ichak yaralarini konservativ davolash odatda samarali bo'ladi.

Operatsion davolash: Agar konservativ davolanish samara bermasa yoki murakkabliklar yuzaga kelsa, operatsion davolash ko'rsatiladi. Barcha operatsiyalarning asosiy maqsadi oshqozon sekretsiasini kamaytirishdir (vagus

nervlarining faoliyatini bostirish, gastrin sekretsiyasini kamaytirish). Bir vaqtning o'zida murakkabliklar – stenoz yoki penetratsiya – bartaraf etiladi.

Operatsiya turlari:

- **Stvol vagotomiya bilan antroektomiya.** Stvol vagotomiya jarrohlik amaliyotlari orasida eng sodda va oshqozon sekretsiyasini eng samarali tarzda bostiradigan usuldir. Kasallikning qaytalanish darajasi eng pastdir. Stvol vagotomiya bir tomonlama yoki ikki tomonlama amalga oshirilishi mumkin, bu amaliyot diafragma ostida yoki diafragma ustidan (transsitorakal yuqori diafragmatik usul) bajarilishi mumkin.



Rasm-10. oshqozonda eng ko'p uchraydigan operatsiyalar:

- a-antrumektomiya bilan magistral vagotomiya (Bilrot anastomoz-I);
- b-antrumektomiya bilan magistral vagotomiya (Bilrot-II anastomoz); C-magistral vagotomiya va piloroplastika;

g-ildiz vagotomiyasi va gastroeunoanastomoz; d – parietal hujayrali (selektiv proksimal) vagotomiya; ru bo'yicha; e-u shaklidagi gastroenteroanastomoz.

Shtat vagotomiya jarayonida barcha oshqozon shoxlari, jigar tarmoqlari va letarji nervi kesiladi, bu esa davomiy pilorospazm, sekretor, inkretor va motor-evakuatsiya funksiyalarining jiddiy buzilishlariga olib keladi. Operatsiyadan keyin gastrik statikani oldini olish maqsadida, shtat vagotomiya drenaj jarrohligi bilan birgalikda amalga oshirilishi lozim (Jabule piloroplastikasi, Finney, Hayneke-fon Mikulich yoki gastroenterostomiya). Ushbu noxush oqibatlardan qochish uchun, shtat vagotomiya va drenaj operatsiyasi faqat shoshilinch holatlarda, ya'ni yara perforatsiyasi yoki qon ketish holatlarida qo'llaniladi.

Vagotomiya bilan drenaj operatsiyasi. Vagotomiya natijasida oshqozonning motorik faolligi va pilorik sfinkterning normal funksiyasi buziladi, bu esa funksional oshqozon yopilishining yuzaga kelishiga sabab bo'ladi. Shuning uchun drenaj operatsiyasi, masalan, piloroplastika (rasm 3, v), gastroduodenostomiya yoki gastrojejunostomiya (rasm 3, g) kabi jarrohlik usullari qo'llanadi.

Selektiv vagotomiya. Denervatsiya zonasi shtat vagotomiya bilan teng, ammo jigar tarmoqlari saqlanib qoladi, bu esa safro ajratilishining buzilishini oldini olish imkonini beradi.

Selektiv proksimal vagotomiya 3-rasm d. Oshqozonning kislotali va pepsin ishlab chiqaruvchi hududlari denervatsiya qilinadi, ammo jigar tarmoqlari va letarji nervi o'z funksiyalarini saqlab qoladi, bu esa pilorik va safro yo'llarining normal faoliyatini saqlashga yordam beradi. Ushbu jarrohlik usuli «to'liq» bajarilishi yoki drenaj operatsiyasi bilan birga amalga oshirilishi mumkin.

Finsterer usulida rezeksiyani yo'q qilish. O'n ikki barmoqli ichakdagi yara qoldiriladi, oshqozon anturumida kesiladi, antro qismining shilliq qavati pilorikacha kesilib olib tashlanadi va kult shakllantiriladi. Shilliq qavatni olib tashlash majburiy, chunki saqlangan antum shilliq qavati gastrin ishlab chiqaruvchi manba bo'lib, kasallikning qaytalanishiga sabab bo'lishi mumkin. «Yo'q qilish» usulida rezeksiyalash qon ketayotgan yara holatida amalga oshirilmaydi.

Zollinger-Ellison sindromi

Zollinger-Ellison sindromi, o'zining yuqori darajadagi oshqozon yaralari bilan ajralib turadigan patologik holatdir. Ushbu sindromning rivojlanishiga sabab bo'luvchi o'sma, gastrin ishlab chiqaradigan hujayralardan kelib chiqadi, bu esa oshqozon kislotasining haddan tashqari sekretsiasiga va peptik yaralarning yuzaga kelishiga olib keladi. O'smalarning 60% hollari malign (yomon sifatli) bo'lib, ko'pincha pankreatik sohada uchraydi; boshqa mumkin bo'lgan o'sma lokalizatsiyalari esa oshqozon, o'n ikki barmoqli ichak, qorataloq va limfa tugunlaridir. O'sma o'lchamlari juda katta diapazonga ega – 2 mm dan 20 sm gacha. O'smaning rezektsiyasi faqat 10% bemorlarda samarali natijalar beradi.

Yara lokalizatsiyasi – Yara o'n ikki barmoqli ichakning bulbous qismida 75% holatlarda topiladi, qolgan holatlarda esa yara o'n ikki barmoqli ichakning distali qismida, ingichka ichakda yoki bir nechta joylarda ko'rinadi.

Klinik tasviri

Zollinger-Ellison sindromi bilan og'rigan bemorlardagi og'riq, odatdagi oshqozon yarasi bilan bog'liq og'riqqa juda o'xshash.

Oshqozon kislotasining ortiqcha ishlab chiqarilishi natijasida bemorlarning yarmida diareya kuzatiladi. Yuqori kislotalik ichak shilliq qavatining shikastlanishiga, pankreatik lipazaning inaktivatsiyasiga va o't kislotalarining cho'kib qolishiga olib keladi, bu esa **steatorrahea** (yog'larning to'planishi)ni keltirib chiqaradi. Gastrinning yuqori darajasi Na^+ va suvning yetarlicha so'rilmasligiga sabab bo'lib, ichak peristaltikasini kuchaytiradi.

Diagnoz

Gastrin. Bemorlarning bazal gastrin darajasi oshgan bo'lib, ovqat iste'mol qilganidan so'ng bir soat davomida o'zgarmaydi. Sekretin yuborilganda gastrin miqdori 200 eD ga oshadi (ammo pasayish kuzatilmaydi), kaltsiy yuborilganda gastrin darajasi sezilarli darajada (moddiy emas) ko'payadi.

Zollinger-Ellison sindromi bilan og'rigan bemorlarda bazal oshqozon kislotasi sekretsiasiga ko'pincha 10 mEq/soatni oshadi, va bazal va maksimal sekretsia o'rtasidagi nisbat 0,6 dan yuqori bo'ladi.

O'smaning joylashuvi ultratovush tekshiruvi yordamida aniqlanishi mumkin, biroq o'sma kichik hajmda bo'lsa, bu har doim samarali bo'lmasligi mumkin. Jarrohlik davrida o'sma qidiruvini operatsion ultratovush sensori yordamida amalga oshirish mumkin.

Davo usullari

An'anaviy yondashuv – barcha o'qlov hujayralarini olib tashlashni nazarda tutuvchi totall gastrektomiya, bu esa gastrin hujayralarini yo'q qiladi. 10 yillik omon qolish darajasi 50% atrofida bo'lib, bu ko'pincha zararning sekin rivojlanishi bilan izohlanadi, chunki uzoq muddatli o'limlar asosan metastazlash bilan bog'liq.

H2-reseptorlari antagonisti va antixolinergik preparatlar samarali vositalar hisoblanadi, ayniqsa vagotomiya va oshqozon drenaji bilan birgalikda qo'llanilganda. Amaliyotdan so'ng, H2-blokatorlariga qarshi sezgir bo'lmagan bemorlar, ularning ta'siriga javob bera boshlashi mumkin.

Hozirgi kunda eng samarali dori – proton nasosini ingibitr qiluvchi vosita – omeprazol hisoblanadi.

Tumoraning aniq joylashuvini aniqlash uchun yangi ishlab chiqilgan diagnostik protsedura, pankreatik va abdominal tomirlar orqali gastrin darajalarini tanlab o'rganishga asoslanadi. Ushbu metod, birinchi marta ko'plab tumoralarining mavjudligini aniqlashda va kichik o'lchamdagi o'smalarni odatdagi diagnostik vositalar yordamida topish qiyin bo'lgan holatlarda jarrohlik davolanishni yengillashtiradi.

Yaralarning murakkabliklari

Yaralarning asoratlari – perforatsiya, qon ketish, oshqozonning chiqish qismida stenoz, qo'shni organlarga o'tish.

Perforatsion yaralar ko'pincha o'n ikki barmoqli ichakda (75%), asosan 20–40 yoshdagi erkaklarda, qisqa muddatli (3 yilgacha) yaraviy tarixga ega bo'lganlar orasida uchraydi, 25% hollarda oldingi shikoyatlar bo'lmaydi, ko'proq kuz va bahor fasllarida ro'y beradi.

Perforatsiya gastrik-duodenal yaralarning 4–10% holatida rivojlanadi. Perforatsiyalangan yaralarning 10% qon ketish bilan birga kuzatiladi. Klinik

belgilari – o‘tkir, qichishgan og‘riq, oldingi qorin devorining kuchli tarangligi, ichak shovqinlarining kamayishi, palapatsiyada sezilarli og‘riqlar. Rentgen tekshiruvi vertikal holatda diafragmaning ostida havo aniqlashni ko‘rsatadi, 75–85% holatlarda. Bu holat zudlik bilan jarrohlik aralashuvini talab qiladi.

Tasniflash. Oddiy perforatsiya erkin qorin bo‘shlig‘iga yo‘naltirilgan bo‘lib, ancha kam hollarda yopiq perforatsiyalar (isolatsiyalangan yopishqoq bo‘shliq, kichik salla, orqa qorin bo‘shlig‘iga o‘tish) kuzatiladi.

Rivojlanish bosqichlari

- Abdominal shok – perforatsiyadan so‘ng 6 soatgacha.
- Yolg‘on yaxshi holat – 6–12 soat.
- Tarqalgan peritonit – 12 soatdan keyin.

Diagnoz

Og‘riqlar. Erkin qorin bo‘shlig‘iga perforatsiya holatida o‘ta o‘tkir (qichishgan) og‘riq yuqori qorin sohasida seziladi. Yopiq perforatsiya holatida og‘riqlar tezda tinchiydi. Kichik salla perforatsiyasida o‘ziga xos va lokalizatsiyalangan og‘riqlar mavjud bo‘lib, ular kengaymaydi. Perforatsiya va qon ketish birgalikda kuchli og‘riq sindromi va qonli qusish bilan kechadi. Orqa qorin bo‘shlig‘iga perforatsiya – bel og‘riqlari (orqa qorin flegmonasi). Yolg‘on yaxshi holat bosqichida og‘riqlar kamayadi.

Obyektiv nuqtai nazardan, belgilarning rivojlanish darajasi perforatsiya vaqtiga va uning bosqichlariga bog‘liq.

Birinchi bosqich. Bemor o‘ng yonboshida, oyoqlarini qorniga tortib yotadi, qornida kuchli taranglik seziladi, yuzaki nafas olish va sovuq ter to‘kilishi kuzatiladi. Qorin birmuncha qattiqlashgan va harakatsiz bo‘ladi, qorin mushaklarida aniqlanadigan "doskaga o‘xshash" taranglik mavjud bo‘lib, og‘riq juda keskin. Blumberg simptomi aniq va kuchli ijobiy, jigar ustidan perkussiyada esa "timpanit" (bo‘shliq ovozi) aniqlanadi.

Ikkinchi va uchinchi bosqichlar. Intoksikatsiyaning kuchayishi bilan yuzdagi o‘tkir chiziqlar (Hipokrat yuzi), quruq til, tez yurak urishi (takikardiya), qorin shishishi va peristaltik shovqinlarning yo‘qligi kabi belgilarning rivojlanishi

kuzatiladi. To‘g‘ri ichakni barmoq bilan tekshirganida og‘riq seziladi – bu Kulenkampf simptomidir. Yopiq perforatsiyada mushaklarning tarangligi kamayadi, ammo o‘ng yuqori qorin sohasida og‘riq davom etadi. Agar perforatsiya qon ketish bilan kechsa, peritonit va anemiya belgilari kuchayadi: takikardiya, qon bosimining pasayishi, gemoglobinning kamayishi, gematokrit va umumiy qon hajmining pasayishi kabi alomatlar kuzatiladi.

Qo‘shimcha tekshiruv usullari:

- Periferik qon tahlilida leykotsitozning sezilarli darajada ortishi, neytrofilik o‘zgarishlar va toksik granulyatsiyaning mavjudligi aniqlanadi.
- Siydikda oqsil, silindrlar va leykotsitlarning ko‘payishi kuzatiladi.
- Rentgen tekshiruvlari natijasida bemor vertikal holatda bo‘lishi bilan diafragmaning ostida gaz aniqlanadi.
- Yopiq perforatsiyani aniqlash uchun pnevmogastrografiya o‘tkaziladi. Zond orqali oshqozon tarkibi chiqarilgach, bemor chap tomonga yotqizilib, oshqozonga 500–700 ml havo kiritiladi. Yopiq perforatsiyaning tasdiqlovchi belgilari diafragma ostida gazning paydo bo‘lishi (serp simptomi) bo‘ladi.

Jarrohlikdan oldingi boshqaruv taktikasi. Bemorlar darhol shifoxonaga yotqizilib, tezkor jarrohlik amaliyotini o‘tkazish zarur. Agar jarrohlik amaliyoti amalga oshirilmaydigan bo‘lsa, Teylor usuli bo‘yicha konservativ davolash, Fauler pozitsiyasi, oshqozon tarkibini doimiy zondli aspiratsiya qilish, detoksikatsion terapiya, antibiotiklar va sovuq qo‘yish kabi usullar qo‘llanilishi mumkin. Jarrohlik amaliyoti laparoskopik usulda (birinchi 3–4 soat ichida) yoki laparotomiya orqali amalga oshirilishi mumkin.

Jarrohlik usulini tanlash. Operatsiya turi va hajmi har bir bemor uchun individual ravishda belgilanadi. Palliativ jarrohlik amaliyotlari (perforatsiya teshigini tiklash) va radikal jarrohlik amaliyotlari (oshqozon rezektsiyasi, vagotomiya, iqtisodiy rezektsiya yoki unda bo‘lmasligi) orasida farq mavjud.

Oshqozonni rezektsiyasiga ko‘rsatmalar: katta kallozli oshqozon yaralari, o‘simtaning rivojlanishiga shubhalar, malignizatsiya jarayoni, qayta perforatsiya, shuningdek, perforatsiya va qon ketishining birgalikdagi holatlari. Agar oshqozon

yaralari eski bo'lsa va 12 barmoqli ichakning yirik yaralari mavjud bo'lsa, vagotomiya (nerv) va drenajli operatsiyalarni amalga oshirish zarur. Perforatsiya va qon ketish birga yuzaga kelganda, qonayotgan yarani olib tashlash yoki tiklash talab qilinadi. Radikal jarrohlik aralashuvi uchun ko'rsatmalar bo'lmasa yoki shunday operatsiyani amalga oshirish uchun imkoniyatlar mavjud bo'lmasa, perforatsion teshikni tiklash amaliyoti qo'llanadi.

Tiklash amaliyoti ko'rsatiladi: 30 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, tarqalgan peritonit holatida, perforatsiyadan 6 soatdan ko'proq vaqt o'tgan bo'lsa va og'ir qo'shma kasalliklar mavjud bo'lsa. • Piloroduodenum zonalaridagi yaralar odatda Oppel-Polikarpov usulida yoki bir qatorli tikish bilan ko'ndalang yo'nalishda salkamni joylashtirish orqali tiklanadi. Bu stenozning rivojlanishining oldini olishga yordam beradi. Antral yoki undan yuqori bo'lgan oshqozon qismlarining yaralari Ostrovskiy usulida ikki qator bilan tikilishi mumkin. • Tiklash jarayonida infiltrolirovka qilingan yaramalardan o'tish uchun (oxirgi chora sifatida) Nyman usuli qo'llanilishi mumkin, ya'ni gastro- yoki duodenostomiya yordamida oshqozonga kiradigan trubali drenaj o'rnatiladi. • Operatsiya usulini tanlashda yoshdagi oshqozon yaralari tikilganidan so'ng tuzalish ehtimoli (80%) yuqori bo'lsa, keksa yoshdagi yaralar esa malignizatsiyaga moyil bo'lishini hisobga olish lozim. Bemorning operatsiyani qabul qilish qobiliyati, jarrohlik guruhining malakasi, reanimatsiya va anesteziologik xizmatlarning imkoniyatlari hamda bu operatsiyani o'tkazish imkoniyatlarini inobatga olish zarur. • Operatsiya endotrakeal narkoz ostida amalga oshiriladi. Jarrohlik amaliyotining muhim bosqichi – oshqozon bo'shlig'ini tozalash va drenajlash. **Zabruxin perforatsiyalari** paraduodenum hujayra bo'shlig'ida havo va safro borligini aniqlash orqali tashxis qilinadi. Bunday yarani tiklash uchun 12 barmoqli ichakni Kocher usulida oldindan mobilizatsiya qilish talab etiladi. Tiklashdan so'ng, hujayra drenajlanadi lumbotomik kirish orqali.

Amaliyotdan keyingi boshqaruv planli oshqozon jarrohlik amaliyotlaridan va peritonit bilan og'rigan bemorlardagi holatga o'xshash tarzda amalga oshiriladi.

Oshqozon-ichak qon ketishlari – bu eng keng tarqalgan va xavfli asorat bo'lib, o'lim darajasi 10% gacha yetadi va bemorlarning 20% da kuzatiladi. Takroriy qon

ketishlar taxminan 30-40% holatlarda yuzaga keladi. Davolash muassasasida davom etayotgan qon ketishini aniqlash yoki uning qaytalanishi shoshilinch jarrohlik aralashuvi zaruratini keltirib chiqaradi. **Diffuz qon ketishi** oshqozon-ichak shilliq qavatining to'liq gemostatik muolajasini talab qiladi.

Oshqozon-ichak qon ketishida quyidagi muhim savollarga aniq javob berish zarur:

- Bemorda oshqozon va ichakda qon mavjudligini aniqlash;
- Qon ketishining manbasi qayerda joylashgan?
- Qon yo'qotishining og'irlik darajasi qanday?
- Qon ketishi to'xtadimi yoki davom etmoqda?

Qon ketishlarining tasnifi

Etiologiyasi bo'yicha

- **Yarali qon yo'qotishlar:** a) Surunkali kallyoz va penetratsion yaralar; b) Oshqozon-ichak anastomozlarining peptik yaralari; c) O'tkir yaralar, quyidagi holatlarda: - Toksik yoki dori-darmon (salitsilatlar, steroid gormonlar) ta'siri natijasida oshqozon yoki ichak shilliq qavatiga; - Stress holatlari (yong'in, kardiogen, travmatik, psixologik shok); - Tizimli kasalliklar (ateroskleroz, gipertonik kasallik, kapilyarotoksikoz, leykemiya, jigar sirrozi, uremiya va boshqalar); - Endokrin kasalliklar (Zollinger–Ellison sindromi, gipoparatiroidizm).
- **Yaralarga bog'liq bo'lmagan qon ketishlar:** a) Portal gipertenziya tufayli oshqozon va oshqozon tomirlarining varikoz kengayishi; b) Diafragmaning oshqozon teshigi siqilishi; c) Mallori-Veys sindromi (oshqozon kardiyasining shilliq qavatidagi yoriqlar); d) Eroziyalı gemorragik gastrit; e) Oshqozon va ichakdagi yaxlit va zalliv o'smalari; f) Oshqozon-ichak trakti divertikulalari; g) Oshqozon kimyoviy kuyishlari; h) Yotuvchi ovqat va oshqozon ichak to'plamlari.

Qon ketish manbasining joylashuvi bo'yicha:

- Oshitgan ovqat trakti (oshqozon va ichak);
- Oshqozon qon ketishining aniqlanishiga oid ko'rsatmalar.

Klinik holatga ko'ra:

- To'xtagan qon ketish;

- Qaytalanadigan qon ketishlar;
- Davom etayotgan qon ketishlar.

Qon yo‘qotishning darajasi bo‘yicha:

I daraja – surunkali qon yo‘qotish holati, qon tarkibida gemoglobin darajasi biroz kamaygan bo‘lsa-da, gemodinamik o‘zgarishlar kuzatilmaydi.

II daraja – o‘tkir, ammo nisbatan kichik qon yo‘qotish, yurak urish tezligi va qon bosimi barqaror bo‘lib, gemoglobin darajasi 100 g/l va undan yuqori.

III daraja – o‘rtacha og‘irlikdagi o‘tkir qon yo‘qotish (yurak urish tezligining oshishi, arteriya bosimining biroz pasayishi, shok indeksi 1 dan yuqori, gemoglobin miqdori 100 g/l dan past).

IV daraja – og‘ir va massiv qon yo‘qotish (arteriya bosimi 80 mm.rt.st dan past, yurak urish tezligi 120 urish/daqiqadan yuqori, shok indeksi 1,5 ga yaqin, gemoglobin miqdori 80 g/l dan kam, gematokrit 30% dan past, oliguriyaning rivojlanishi – diurez soatiga 40 ml dan kam).

Gastroduodenal qon ketishining asosiy sabablaridan:

- Yara kasalligi – 71,2%.
- Oziq-ovqat tomirlarining varikoz kengayishi – 10,0%.
- Gemorragik gastrit – 3,9%.
- Oshqozon va leyomioma o'smalari – 2,9%.
- Boshqa sabablarga: Mallory-Weiss sindromi, diafragmaning oshqozon orifisidagi yirtiq, kuyishlar va jarohatlar – 10,4%.

Tadqiqot rejasi:

Anamnez. Oshqozon, o'n ikki barmoq ichak, jigar va qon tizimining surunkali kasalliklari.

Shikoyatlar: zaiflik, bosh aylanishi, uyquchanlik, hushdan ketish holatlari, suvsizlik, qonli qusish, qora rangli najas.

Obyektiv ko‘rinishlar: teri va ko‘rinadigan shilliq qavatlarning oqarishi, quruq til, tez va yumshoq puls, qon bosimi kichik qon yo‘qotishlarda dastlab yuqori bo‘lib, keyinchalik normallashadi. Agar qon yo‘qotish katta bo‘lsa, puls tezlashadi,

qon bosimi pasayadi, markaziy venoz bosim kamayadi. Rektal tekshiruvda qora rangli najas aniqlanadi.

Laboratoriya natijalari: dastlabki 2–4 soat ichida nisbatan kichik o‘zgarishlar va keyin pasayish, gemodilutsiyaning natijasi sifatida gemoglobin va gematokritning kamayishi, qon yo‘qotish davom etgan sari bu holat kuchayadi.

UQT darajasi qon yo‘qotish darajasi ortishi bilan pasayadi. Favqulodda fibrogastroduodenoskopiya qon yo‘qotish manbasini aniqlash, yara ichidagi tromblar va o‘smalarni ko‘rsatish uchun amalga oshiriladi.

Radionuklid tadqiqoti

Qon zardob albomini (belgilash uchun – radioaktiv yod yoki texneciy) organizmga kiritilib, keyinchalik qon ketishining intensivligini aniqlash maqsadida radioaktivlik darajasining o‘lchanishiga asoslanadi. Ushbu usul faqat davom etayotgan qon ketish holatida qo‘llaniladi.

Operatsiyadan oldingi amaliyot: Favqulodda tarzda bemorni jarrohlik bo'limiga yotqizish.

Transport – bemorni tayoqchalar ustida, yotqizilgan holda olib borish.

Kompleks gemostatik davolash choralari:

- **Infuzion davolash.** E-aminokapron kislotasi 5% – 200 ml, Ditsinon 250 mg, 2 ml venaga, kalsiy xlorid yoki kalsiy glukonati 10% – 10 ml, fibrinogen 1–2 g 250 ml izotonik Na xlorid eritmasida, gemofobin 3% – og‘iz orqali, vikasol 1% – 3 ml mushak ichiga.
- **Mahalliy davolash.** Qattiq yotoq rejimi, sovuqni qorin bo‘shlig‘iga qo‘llash, oshqozonni muzli suv bilan yuvish, oshqozonning gipotermiyasi, Sengstaken–Blekmur zondini varikoz venalaridan yoki kardiya yirtilishidan kelib chiqayotgan qon ketishini to‘xtatish uchun kiritish, oshqozonga 0,1% adrenalini yoki noradrenalini eritmasini (4 ml) 100–150 ml 5% e-aminokapron kislotasi bilan zond orqali yuborish (yoki bemorga har 15 daqiqada 1 osh qoshiq aralashmani ichirish).
- **Endoskopik davolash.** Yarani 0,1% adrenalini yoki noradrenalini eritmasi bilan pichoqlash, elektrokoagulyatsiya, metall klips bilan qon tomirini

yopishtirish, lazer koagulyatsiyasi, tibbiy yopishtiruvchi MK № 6, 7, 8 bilan ilova qilish.

- **Endovaskulyar embolizatsiya.** Qon ketayotgan tomirni superselektiv tarzda sun'iy embol bilan femoral arteriya orqali embolizatsiya qilish.

Volemik buzilishlarni tuzatish choralari:

- **AQHni tiklash.** Qon va uning komponentlarini quyish: AQH defitsitining 60–80% ni to'ldirish, tabiiy va muzlatilgan quritilgan plazma – 200–800 ml, dekstranlar, albümin, proteinlar, kristalloid eritmalar.
- **Gemorazlikni barqarorlashtirish.** Yurak, tomir tizimi va nafas olish jarayonlarini tartibga soluvchi vositalar.
- **Metabolik atsidozni bartaraf etish.** Natriy bikarbonati 4% – 200 ml infuziyasi.
- **Mikrotsirkulyatsiyani tiklash.** Reopoligluksin 400 ml venaga, Trentall 5,0–15,0 ml 250 ml fiziologik eritma bilan.

Qon to'xtatish masalasiga kelsak: FGDS yoki zondli sinovlar yordamida aniqlanadi: bemorga oshqozon zondi kiritilib, oshqozon toza suvga qadar yuviladi. Agar yuvish jarayonida toza suvga erishish mumkin bo'lmasa va yuvish suvlari ichida yangi qon aniqlansa, bu qon ketishining davom etayotganligini ko'rsatadi. Agar oshqozon tozalanib, qon ketishi to'xtasa, ingichka zond bemorni dinamik ravishda kuzatish maqsadida qoldiriladi. Qon ketishining qayta boshlanishi zond orqali yangi qon oqimi bilan namoyon bo'ladi.

Diagnostikada quyidagilar qayd etiladi: qon ketishining manbai, gemostazning barqarorligi, qon yo'qotishining og'irlik darajasi masalan: oshqozonning yara kasalligi, o'rtacha og'irlikdagi qon ketishi, davom etayotgan qon ketish.

Amaliyotga ko'rsatmalar:

- Favqulodda operatsiya – 2 soat ichida: davom etayotgan qon ketishi II–III daraja og'irlikda, qon ketishining qaytalanishi.
- Tezkor operatsiya (1–1,5 sutka ichida) – qon ketishi to'xtagan bo'lsa, yarada tromblar mavjud bo'lsa, kasalxonada qon ketishining qaytalanishi.

- Rejalashtirilgan operatsiyalar gemostaz barqarorlashganidan so'ng, kichik yalar bo'lsa, ularning ichida tromblar mavjud bo'lsa va qon yo'qotishining engil darajasi kuzatilsa, amalga oshiriladi.

IV daraja og'irlikdagi bemorlar favqulodda reanimatsion yordamga muhtoj bo'lib, gemodinamik ko'rsatkichlar II–III daraja og'irlikdagi qon yo'qotish darajasigacha tiklangach (pulse 120–130/min, aD 60–80 mm rt. st.), favqulodda operatsiya amalga oshiriladi. Operatsiyaga tayyorgarlik to'liq konservativ davolash choralari (asosan, volimik buzilishlarni va metabolik asidozni barqarorlashtirish)ni o'z ichiga oladi.

Operatsiya maqsadi:

- Yara olib tashlash orqali ishonchli gemostazni ta'minlash.
- Patogenetik asosda radikal operatsiya usulini qo'llash: oshqozonni rezektsiya qilish (yara yoki o'sma holatida) yoki vagotomiya. Rezektsiya chiqarib tashlashni talab qilmaydi.

Operatsiya taktikasi:

- Bemorning holati og'ir bo'lgan sari operatsiya shunchalik kam travmatik bo'lishi kerak. Agar bemorning ahvoli juda og'ir bo'lsa, qon ketayotgan oshqozon yoki o'n ikki barmoqli ichak yarasi (old tomonida) kesilishi mumkin, orqa tomonida esa tikiladi. Qon ketishining qaytalanish ehtimoli 20–30% holatlarda kuzatiladi.
- Agar bemorning holati yengillashsa (aD 100 mm rt. st. dan yuqori bo'lsa), oshqozon va o'n ikki barmoqli ichakdagi qon ketayotgan yaralarda vagotomiya, yara kesilishi va piloroplastika amalga oshirilishi mumkin.
- Mallory-Weiss sindromi mavjud bo'lsa, gastrotomiya amalga oshiriladi va yoriqdagi qon ketayotgan tomirlar tiklanadi (Bey operatsiyasi).
- Oshqozon va kardiya varikoz tomirlaridan qon ketishda tomirlar zanjir shaklida tikiladi.
- Oshqozon o'smalaridan qon ketishi – radikal yoki palliatif (metastazlar mavjud bo'lsa) rezektsiya yoki gastrektomiya amalga oshiriladi.

Operatsiyadan keyingi bemorlarni boshqarish jarayoni qon yo‘qotishining darajasi, amalga oshirilgan operatsiyaning hajmi va mavjud kasalliklar hisobga olinib amalga oshiriladi.

- Bemorlar reanimatsiya yoki intensiv terapiya bo‘limida kuzatiladi.
- Yotish rejimi 4-5 kun davomida davom etadi, bu anemiyaning og‘irligi va operatsiyaning hajmiga bog‘liq.
- Infuzion terapiya organizmning o‘rtacha qon aylanishi hajmining defitsiti hisobga olinib belgilanadi (odatda birinchi kunda 3000-4000 ml miqdorida, keyin esa beshinchi kunga borib 1,5-2 litrga kamayadi). Gemotransfuziya miqdori anemiya darajasiga qarab aniqlanadi. Har kuni plasma, protein, albumin, alvezin 200-400 ml, reopoliglyukin 400 ml, trental 5 ml, kristalloidlar (5% g‘luqoz, Ringer-Lokk eritmasi, C, B vitaminlari, Vikasol) yuboriladi.
- Operatsiyadan keyingi davrda o‘rtacha qon aylanishi hajmi, markaziy venoz bosim (CVP), qon va siydikning biokimyoviy ko‘rsatkichlari infuzion terapiyaning hajmi va tarkibini aniqlashda asosiy mezon bo‘lib xizmat qiladi.
- Antibiotik terapiya o‘tkazilishi zarur, chunki anemiyaga uchragan bemorlar infeksiyalarga nisbatan yuqori sezuvchanlikka ega.
- Meylenxrat dietasi qon ketishi to‘xtagan va operatsiya qilinmagan bemorlarga bir kun o‘tgach belgilanadi. Operatsiyadan keyin «0» dasturi 3-kundan boshlab qo‘llaniladi, 4-5-kunlarda «1-b» dasturi, ikkinchi haftaning oxiriga kelib esa «1» dasturi taqdim etiladi.
- Og‘iz zondi yuvilganidan va oziq-ovqat moddalarining qolmaganidan so‘ng, u 2-3-kunlarda olib tashlanadi. 3-kunda tozalovchi klizma qo‘yiladi. Tikuvlar: birinchi — 4-5-kunda, qolganlari — 10-kunda olib tashlanadi.

Reabilitatsiya

- 6-8 oy davomida dietik va jismoniy rejimlarga qat‘iy amal qilish zarur.
- Palliativ operatsiya o‘tkazgan bemorlarga (qorinning yallig‘lanishi sababli) bir yil o‘tgach, shifoxonada tekshiruvdan o‘tkazish va agar kerak bo‘lsa, rejalashtirilgan radikal operatsiya o‘tkazish tavsiya etiladi.

Yarali piloroduodenal stenoz.

Oshqozonning chiqish qismidagi obstruktsiya, taxminan 5–10% bemorlarda yarali kasallikning rivojlanishi natijasida yuzaga keladi. Ushbu holatlarning 80% i oʻn ikkinchi boʻlak yarasining qaytalanishi sababli paydo boʻladi (kamdan-kam hollarda prepilorik va pilorik boʻlaklarda paydo boʻlgan yaralar). Ogʻirlikning keskin kamayishi, oshqozon boʻynida toʻqlik hissi, tezda toʻqlikni his qilish, oshqozonning siqilishidan kelib chiqqan noqulaylik, nafas olishda qiyinchiliklar va hazmsiz ovqatni qaytarish (odatda bir necha soat oldin isteʼmol qilingan) obstruksiyaning mavjudligini koʻrsatadi. Jismoniy tekshiruv davomida oshqozon tarkibining silkinishini sezish mumkin. Diagnostika ovqatdan 3-5 soat oʻtgach, oshqozon tarkibidan 300 ml dan ortiq suyuqlik chiqarilishi bilan tasdiqlanadi. Davolash asosan nazogastral aspiratsiya usuliga asoslanadi (kamida 72 soat davomida), bunda Na⁺, K⁺, Cl⁻ va H⁺ ionlari darajasi nazorat qilinadi. Dori-darmon bilan davolangan bemorlarning 20-40%ida holatning qaytalanishi kuzatiladi, shunda jarrohlik aralashuvi talab qilinadi.

Etiologiya va patogenez.

Yarali kasallik natijasida paydo boʻlgan piloroduodenal kanaldagi yalligʻlanish yoki spazmatik torayish holati. Pilorik sohaning arizalanishi natijasida, pilorik qismning qattiqlashuvi va uning yopilmasligi duodenogastral refluksni keltirib chiqaradi. Oshqozonga oʻtgan oʻt, antromni oshirib alkalizatsiya qiladi, gastrin ishlab chiqarilishini ragʻbatlantiradi, bu esa xlorid kislotasi va pepsinning ishlab chiqarilishini kuchaytiradi. Ushbu jarayon antrom-qarshi gastritni va baʼzan oshqozon yarasini yuzaga keltiradi. Natijada, oʻn ikkinchi boʻlak yarasining qaytalanishiga qulay sharoitlar vujudga keladi.

Anamnez. Yarali piloroduodenal stenozga chalingan bemorlar odatda uzoq yillik “yarali kasallik” tarixiga ega boʻlib, baʼzilarida esa avvalgi perforatsion yara tiklash operatsiyasi oʻtkazilgan boʻlishi mumkin.

Klassifikatsiya. Klinik, biokimyoviy, rentgenologik va endoskopik oʻzgarishlar darajasi stenozning rivojlanish bosqichiga qarab oʻzgaradi (jadval 1).
I bosqich – kompensatsiyalangan stenoz.

II bosqich – subkompensatsiyalangan stenoz.

III bosqich – dekompensatsiyalangan stenoz.

Shikoyatlar:

Kompensatsiyalangan stenoz.

Bemorlar faqatgina nafas olishdagi qiyinchilik, oshqozon bo'ynida og'irlik, kislotalik hissi va yengil qaynashni ta'kidlaydilar.

Subkompensatsiyalangan stenoz.

Og'riq hissi ancha kuchayib, iztirobli bo'ladi, ichki qichishish, kislotali burun chiqarishi, nafas olish va chiqarishdagi og'riqlar, oshqozon qorin bo'shlig'ida tovushlar, zaiflik va chanqoqlik hissi kuzatiladi.

Dekompensatsiyalangan stenoz.

Sog'liqning sezilarli darajada yomonlashuvi, doimiy chanqoqlik, achchiq hid bilan nafas olish, tez-tez ovqat qaytarmoq, ba'zan esa og'riq belgilangan sudorogi holatlari bilan ajralib turadi.

Ob'ektiv ma'lumotlar

Kompensatsiyalangan stenoz bemorning umumiy holatiga sezilarli ta'sir ko'rsatmaydi.

belgilar guruhi	стадии стеноза		
	Kompensatsiyalangan	Subkompensatsiyalangan	Dekompensatsiyalangan
rentgenologik	Oshqozon kattalashgan yoki normal, peristaltika kuchaygan, pilorusning o'rtacha torayishi, bariyning kechikishi 12 soat	Oshqozon sezilarli darajada kengaygan, och qoringa – suyuqlik, piyola shakli, peristaltik zaiflashgan, darvozabonning aniq torayishi, evakuatsiyani 12-24 soatgacha kechiktirish	oshqozonning o'tkir ektaziyasi, och qoringa ko'p suyuqlik, pilorik kanal keskin toraygan yoki to'ldirilmagan, evakuatsiya kechikishi 24 soatdan ortiq, peristaltik yo'q
FGDS	piloroduodenal kanalning chandiq deformatsiyasi 1 sm gacha	Oshqozon cho'zilgan, tarkibida suyuqlik bor, piloroduodenal kanal 1-0,3 sm gacha toraygan	Oshqozon keskin kengaygan, ko'p suyuqlik, shilliq qavat atrofiyasi, eroziv gastrit, chandiq-toraygan kanal 0,1 sm gacha
Funksional	tana va antrumning ohangi normaldir, darvozabonning ohangi ko'tariladi, antrumning	oshqozon ohangi va harakatchanligi pasayadi, o'n ikki barmoqli ichak reflyuksi	oshqozonning ohangi va harakatchanligi keskin kamayadi, sekretiya kamayadi

	motorikasi, uning spazm hodisalari kuchayadi		
Operatsion	oshqozon hajmi normal, ohang saqlanib qoladi, devor qalinlashadi. piloroduodenal kanalning chandiq deformatsiyasi, yara atrofidagi chandiq jarayoni. Kanal 1 sm gacha toraygan	Oshqozon sezilarli darajada cho'zilgan, gipertrofiyalangan. Piloroduodenal kanal rubtsovo toraygan, perigastrit, periduodenit	Oshqozon keskin cho'zilgan, atonik, devor ingichka, piloroduodenal kanalning keskin chandiq torayishi, to'liq obstruktsiyaga qadar, oshqozon yarasi penetratsiyasi. Perigastrit, periduodenit keskin ifodalangan

1-jadval. Piloroduodenal stenoz bosqichining differentsial diagnostikasi.

Subkompensatsiyalangan stenoz. Tana og'irligini kamayishi, suvsizlanish, teri turgorining pasayishi, oqarish va tilning qoplanishi holatlari kuzatiladi. Oshqozonning kattalashishi, ba'zida ko'z bilan ko'rinadigan peristaltika va "shum pleska" alomatlari aniqlanadi.

Dekompensatsiyalangan stenoz. Umumiy zaiflikning kuchayishi, vazn yo'qotish va suvsizlanish, oqarish, tez-tez qusish (muvaqqat yengillik keltiradi). Oshqozon sezilarli darajada kattalashgan, pasaygan va "shum pleska" belgilarining aniq ko'rinishi, shuningdek, kuchli charchoqning ortishi kuzatiladi.

Qo'shimcha tekshiruvlar:

- EKG (elektrokardiogramma).
- Umumiy qon tahlili, gemoglobin miqdori, OTS.
- Biokimyoviy qon tahlillari: jigar funktsiyalari, siydik kislotasi darajasi, prothrombin indeksi, oqsillar va ularning fraktsiyalari, elektrolitlar tarkibi.
- Rengen-kontrastli oshqozon tekshiruvi.
- FGDS (fibrogastroduodenoskopiya).

Taktika:

Gastroduodenal stenoz – bu operatsiyaga mutlaq ko'rsatma bo'lib, konservativ davolash usullari samarali emas va stenozning yomonlashuvi bemorning holatini sezilarli darajada og'irlashtiradi hamda hayot uchun jiddiy xavf tug'diradi.

Amaliyotning asosiy maqsadlari:

- Oshqozondan ichakka oziq-ovqat o'tishini to'suvchi maniyeni bartaraf etish.
- Stenozni keltirib chiqaruvchi yarani olib tashlash va gastroduodenal o'tkazishni tiklash yoki gastrojejunostomiya tashkil etish.
- Oshqozonning kislota va pepsin ishlab chiqarish faoliyatini uzoq muddatli va barqaror tarzda bostirish.

Amaliyotga tayyorgarlik. Tayyorlanishning davomiyligi, hajmi va uslubi stenozning og'irligiga va unga bog'liq bo'lgan gomeostaz buzilishlariga qarab o'zgaradi.

- Oshqozonni izotonik natriy xlorid yoki Ringer-Lokk eritmasi yordamida 3-5 kun davomida kechqurun yuvish, sanitariya qilish, oshqozon tonusini tiklash va qon aylanishini yaxshilash.
- Qon tarkibini normallashtirish uchun Ringer-Lokk eritmasi, izotonik natriy xlorid va boshqa eritmalaridan foydalanish.
- Glyukoza bilan uglevod almashinuvini tiklash, 10-20% glyukoza 500 ml va mos ravishda insulin (4,0 g glyukoza uchun 1 ED) yordamida.
- Oqsil balansini tiklash maqsadida plazma, protein va albumin kiritish.
- Volyemik buzilishlarni tuzatish uchun gemodez, reopoliglyukin, alvezin, dekstranlar kabi eritmalar yordamida infuziya qilish.
- Yurak-qon tomir tizimi faoliyatini normallashtirish.
- Vitaminoterapiya: B, C va K vitaminlari guruhlar.
- Anemiya holatida qon quyish.
- Agar qusish natijasida sezilarli miqdorda suyuqlik yo'qotilsa, infuziya hajmi 6-8 l gacha yetishi mumkin (doimiy ravishda 24 soat davomida).
- Metabolik buzilishlarni tuzatish uchun endoskop yordamida zond yoki kateter orqali stenoz zonasiga zondli ovqatlantirish usuli qo'llanilishi mumkin.

Operatsion usulni tanlash

Kompensatsiyalangan va subkompensatsiyalangan stenoz holatida, operatsiya usuli "Yarali kasallik" bo'limida keltirilgan prinsiplar asosida amalga oshiriladi.

Dekompensatsiyalangan stenozda oshqozon motilite funksiyasining sezilarli darajada zaiflashishi tufayli oshqozon rezeksiyasi ko'rsatiladi, vagotomiya esa talab qilinmaydi.

Agar bemorning holati nihoyatda og'ir bo'lib, radikal jarrohlik amaliyoti o'tkazishga imkon bermasa, oshqozonni drenajlash operatsiyasi, ya'ni gastroeyunostomiya amalga oshirilishi mumkin.

Operatsiyadan keyingi davolashda oshqozon va ichaklarning motorik-evakuatsiya funksiyasini tiklash, shuningdek, suyuqlik-elektrolit, oqsil va volemik buzilishlarni tuzatish masalalariga alohida e'tibor berish zarur.

Qo'shni organlarga penetratsiya – ko'pincha orqa devoridagi duodenal yaralardan rivojlanadigan asorat bo'lib, ular oshqozon osti beziga kirib boradi. Og'riq odatda to'satdan paydo bo'lib, orqaga tarqaladi. Shuningdek, amilaza va lipaza fermentlarining darajasi oshishi kuzatiladi. Bunday holatlar jarrohlik davolanishini talab qiladi.

Oshqozon rezeksiyasidan keyingi asoratlari

Oshqozon rezeksiyasidan keyingi asoratlari (postgastroektomik sindromlar) turli simptomatik komplekslarni o'z ichiga oladi, bular orasida qon ketish, anastomozit, anastomozning beqarorligi, oshqozonning alkali refluksi gastriti kabi holatlar mavjud bo'lib, ular bemorning nogiron bo'lib qolishiga olib kelishi mumkin. Ushbu asoratlari erta va kechki bosqichlarga ajratiladi.

Erta asoratlari rezeksiyadan keyingi ikki hafta davomida yuzaga keladi:

- Oshqozon-ichak qon ketishlari, qorinning ichki qon ketishi (0,1–0,4% chastota).
- Duodenal kultaning va anastomozning beqarorligi (0,5–4%).
- Anastomozit, perianastomozit (8–10%).
- Boshqa holatlar: qorinda yiringli shishlar, erta yopishqoq ichak to'sig'i, pankreatit, pnevmoniya.

Qorin ichida qon ketishi:

Sabablari. Ko'pincha qon to'kilishining to'liq oldini olishdagi kamchiliklar, ba'zan esa dalak, jigar yoki oshqozon osti bezi shikastlanishi, gematomalar yoki qon ivish tizimidagi muammolar sabab bo'ladi.

Klinik tasvir: Haroratning sekin-asta oshishi, tez yurak urishi va qon bosimining pasayishi.

Profilaktika: Jarrohlar uchun operatsiya davomida qorin bo'shlig'ini diqqat bilan tekshirib, barcha qon to'kilishlarining oldini olish zarur; duodenal kultaning yoki anastomozning atrofiga signal drenaj tizimi o'rnatilishi kerak, chunki operatsiya so'ngida chiqarilgan (qon, safro) moddalar orqali yuzaga kelgan asoratlarning xarakterini aniqlash mumkin.

Diagnostika. Postnarkoz davridagi medikamentoz depressiya, infuziya terapiyasi va gomeostazni rag'batlantiruvchi preparatlar umumiy qon ketishini cheklab, tashxis qo'yishni qiyinlashtiradi. Agar drenaj orqali qonning uzluksiz oqishi (soatiga 200–350 ml) davom etsa, jarrohni ehtiyotkorlikka undash va zudlik bilan relaparotomiya o'tkazishga chaqiradi. Ushbu jarrohlik aralashuvi davomida qon ketish manbasini aniqlash va bartaraf etish lozim. Drenaj bo'lmagan hollarda ultratovush tekshiruvi, laparosentez va laparoskopiyadan foydalanish zarur. Avtomatik gemostazga tayanmaslik muhimdir.

Oshqozon-ichak qon ketishlari

Sabablar. Oshqozon va ichakning kesish joyidagi yetarli darajada gemostazning amalga oshirilmaslgi, ikkinchi yaralar yoki o'smalarni aniqlay olmaslik yoki ularni olib tashlamaslik.

Diagnostika. Anastomozni shakllantirish tugallangach, me'dani nazogastral zond orqali tozalash va zondni bemorni dinamik kuzatish maqsadida qoldirish kerak. Agar me'dani yuvish jarayonida uni toza suvgacha tozalashga erishilmasa va zond orqali yangi qon ajralib chiqsa, me'daga tomografik tekshiruv (gastrotomiya) o'tkazish zarur bo'ladi. Bu operatsiya me'daning 5–7 sm yuqorisida amalga oshirilib, me'da kultini, barcha kesish joylarini va anastomoz lablarini tekshirish, qon ketayotgan hududlarni tiklash yoki boshqa sabablarni bartaraf etishni o'z ichiga oladi.

Davolash. Jarrohlik aralashuvda joylashtirilgan ingichka nazogastrointestinal zond ikki kun davomida me'da va ichakni samarali dekompressiya qilishni amalga oshiradi, bu gemostazni kuzatishda qulaylik yaratadi

va bemorlar uchun qayta zondlashdan ko'ra engilroq bo'ladi. Me'dada katta miqdordagi zaxiralangan moddalar to'plami qon aylanishini buzib, anastomozdagi shishishni kuchaytiradi hamda tikish joylarining qirrasini zaiflashtiradi. Agar zond orqali kam miqdorda (50 ml gacha) qon ajralsa, bemorni diqqat bilan kuzatish va mahalliy gemostatik choralarga (me'dani sovuq izotonik natriy xlorid eritmasi bilan yuvish va keyin 50 ml 5% e-aminokapron kislotasini hamda 4 ml 0,1% noradrenalin eritmasini kiritish) zarur. Agar zond orqali yangi qon ajralish davom etsa, shoshilinch relaparotomiya talab qilinadi. Operatsiyaning kechiktirilishi, ayniqsa, chuqur anemiya sharoitida muvaffaqiyatli natija olish imkoniyatlarini sezilarli darajada kamaytiradi.

Duodenum kultining va anastomozning yetishmovchiligi. Bilrot-II usulida me'da rezektsiyasida o'n ikki barmoqli ichakda **"kult"** shakllanadi, o'n ikki barmoqli ichak esa yopiq xalta holiga kelib, unga umumiy o't va Virsung kanallari quyiladi. Duodenal kultini shakllantirish – Bilrot-II usulidagi me'da rezektsiyasining eng muhim va ma'suliyatli bosqichidir (ayniqsa, o'n ikki barmoqli ichak yarasi mavjud bo'lsa), chunki bu hududning topografik va anatomik xususiyatlari, shuningdek, yaralar atrofidagi qattiq shilliq-qovoq o'zgarishlari jarrohlik aralashuvini qiyinlashtiradi. Duodenal kultining yetishmovchiligi ko'pincha me'da rezektsiyasidan 3–7 kun o'tgach rivojlanadi, va klinik alomatlar yetishmovchilik turiga qarab farq qiladi (jadval 2).

Duodenal kultining yaroqsizligi sabablari

1. Umumiy faktorlari

- Anemiya.
- Suv, elektrolit, uglevodlar va oqsillar balansining buzilishi.
- Immunodefitsit holati (steroid gormonlar, immunosuppressiv dori vositalarining qo'llanilishi).
- Avitaminoz.
- O'pkaviy va yurak-qon tomir yetishmovchiligi.

2. Mahalliy omillari

- Duodenal qavat va atrofdagi to'qimalarda yo'g'onlashish va yallig'lanish jarayonlari.
- Duodenumning qisqa yuqori bo'limi.
- Oshqozon-ichak yarasining jigar-duodenal bog'lamiga hamda oshqozon osti beziga kirib borishi.
- Korreksiyalashmagan duodenostaz.

3. Texnik omillari

- Duodenal to'qimalarning devitalizatsiyasi (klipslar yordamida ezilish, qo'pol elektrokogulyatsiya, gematomalar paydo bo'lishi).
- Duodenalni haddan tashqari keng (3 sm dan ortiq) mobilizatsiya qilish – devaskulyarizatsiya.
- Bir nechta qatorli tikuvlar (uch va undan ortiq).

Klinik-morfologik tasniflash duodeno- yoki gastroeyunoanastomozning yaroqsizligi. Peritoneal, fistulyar, infiltrativ shakllarida anastomoz yaroqsizligi kuzatiladi (2-jadval).

1. **Peritoneal shakli:** Klinik ko'rinishi va davolash usullari duodenal kultining yaroqsizligi bilan bir xil. Amaliyot davomida tikuvdagi nuqsonni tuzatishga harakat qilish zarur, bunda plastika materiallari sifatida o'rta o'rnak yoki ozod ichak bo'limi, biologik yopishtiruvchi moddalar yoki (**Takhokom-5**) plyonka qo'llanilishi mumkin.
2. **Fistulyar shakli:** Fistuldan ajralayotgan suyuqlik (og'iz orqali qabul qilingan oziq-ovqat yoki rang beruvchi modda) yordamida tashxis qo'yiladi. Agar ajralmalar miqdori kichik bo'lsa, davolash konservativ tarzda amalga oshiriladi, lekin katta miqdordagi yo'qotishlar mavjud bo'lsa, fistulni yopish maqsadida jarrohlik aralashuvi talab qilinadi.

Ko‘rinishi	Klinikasi	Taktikasi
Peritoneal	Perforatsiya peritoniti	Favqulodda operatsiya
Infiltrativ	Qorin pardaning tirnash xususiyati belgilarisiz o‘ng qovurg‘a ostida infiltrat	Kompleks konservativ terapiya
Svishlar	“tinch qorin”, drenaj orqali o‘t oqishi	Keng qamrovli konservativ terapiya, fistulada katta yo‘qotishlar bilan-jarrohlik

Jadval-2. O‘n ikki barmoqli ichak va anastomozning to‘lovga layoqatsizligi xususiyatlari.

Perianastomozit “anastomoz atrofidagi infiltrati” infiltratning mavjudligi asosida aniqlanadi. Infiltratni bartaraf etish maqsadida antibiotiklar, ultrabinafsha nurlanish (**UBN**), ionoforez lidaza va gidrokortizonnan, novokain blokadalari hamda parenteral va sondali ovqatlanish kabi usullar qo'llaniladi.

Anastomozit

Sabablari: mexanik travmaga javoban oshqozon va ichak yallig‘lanish jarayonini ishga soladi, uning darajasi esa organizmning reaktivligi, to‘qimalarning travmatizatsiya darajasi (qattiq manipulyatsiyalar, siqib olinadigan kliplardan foydalanish, ko‘p sonli tikuvlar, noindiferent shov materiallari) kabi omillarga bog‘liq. Anastomozitning yengil shaklida klinik alomatlar mavjud emas.

Endoskopik tekshiruvda: anastomoz yostiqchasining shishishi, qon quyilishlari va shilliq qavatning giperemiyasi ko‘zga tashlanadi. Anastomozning o‘tkazuvchanligi buzilmagan bo‘ladi. O‘rta darajadagi anastomozitda bemorlar ovqatdan keyin epigastriyal hududda og‘irlikni sezishadi, ba’zida xotirjamlik va qayt qilishlar yuzaga keladi.

Endoskopik ko‘rinishda: anastomozning yostiqchasida aniq shishish, ko‘plab kichik qon quyilishlari, fibrin plyonkalarining paydo bo‘lishi va anastomozning torayishi kuzatiladi.

Og‘ir darajadagi anastomozitda: doimiy og‘irlik va xotirjamlik hissi, tez-tez qayt qilish (ba’zida sariyog‘ aralashgan). Bemorlar tezda vazn yo‘qotishadi.

Endoskopik tekshiruvda: anastomoz yostiqchasining kuchli shishishi, anastomozdan uzoqroqqa tarqalgan qon quyilishlari, keng fibrin qoplamalari va anastomozning to‘liq yopilishi aniqlanadi.

Anastomozitni davolash konservativ usulda amalga oshiriladi va yallig‘lanish jarayonini bostirish hamda bemorning ochlik natijasida yuzaga kelgan metabolik buzilishlarni tuzatishga qaratilgan.

Optimal davolash usuli – enteral ovqatlanishni tiklashdir. FGDS orqali toraygan anastomozdan chiqarilgan ingichka kateter yordamida ichakka o‘tish va zondali ovqatlanish orqali anastomozning o‘tkazuvchanligini tiklash mumkin. Anastomozit belgilari ko‘pincha 5–7 kun ichida bartaraf bo‘ladi. Anastomozning o‘tkazuvchanligini tekshirish uchun rentgenologik usuldan foydalaniladi. Yallig‘lanishga qarshi va resorbtiv terapiya quyidagi usullarni o‘z ichiga oladi: oshqozonni iliq fiziologik eritma bilan yuvish, isitiladigan kompresslar, UBN, gidrokortizon bilan ionoforez, prednizolon inyeksiyalari, paraneffral novokain blokadalari, oshqozon elektrostimulyatsiyasi, oshqozonning ximiostimulyatsiyasi, serukal yordamida, shuningdek 10% kaltsiy xloridi – 10,0 ml in’eksiya. Ba’zan anastomozit orqasida operatsion gastroplegiya, jarrohlik jarohatlari yoki birikkan vagotomiya rivojlanishi mumkin. Agar 14 kun davomida konservativ davolash natija bermasa, bipas gastroenterostomiya yoki qayta rezeksiya qilish ko‘rsatiladi.

Gastropareziya (Oshqozon motilligini pasayishi)

Operatsiyadan keyingi oshqozon qoldig‘ining falaj bo‘lishi sabablari: dekompensatsiyalangan stenozning uzoq va murakkab kechishi, suv-elektrolit balansining sezilarli buzilishi, markaziy va vegetativ asab tizimining qo‘shimcha zararlanishlari, jarohatli operatsiyalar, dekompensatsiyalangan stenozda vagotomiya o‘tkazilishi, RU usulida anastomozning shakllanishi va boshqa omillar.

Klinik tasvir anastomozitga o'xshash bo'lishiga qaramay, endoskopik tekshiruvda anastomoz yopilmaganligi aniqlanadi, oshqozon qoldig'i keskin kengaygan, ichida safro mavjud bo'ladi.

Davolash konservativ, ko'p komponentli yondashuvni talab qiladi: – Oshqozonni doimiy zond orqali dekompressiya qilish, fiziologik eritma bilan muntazam ravishda yuvish (kuniga 2–3 marta). – Suv-elektrolit, oqsil, uglevodlar balansini to'g'ri tuzatish. – Oshqozon va ichak motilagini kimyoviy stimulatsiya qilish: prozerin, tserukal, pituitrin, karbaholin, B guruh vitaminlari. – Oshqozon va ichakni elektr stimulyatsiyasi. – Ikki tomonlama paranefral novokain blokadasini. – LFK (nafas olish gimnastikasi).

Erta spayka intestinal to'sig'i Klinik tasvir: og'riqlar qisqa va tez-tez yuzaga keladi, qusish, najas va gazlar yo'qligi, suvsizlanish va zaharlanishning kuchayishi, qorinning shishishi, ichakning peristaltik shovqinlari, ko'z bilan seziladigan peristaltika, «suvning tovushi» kabi belgilar kuzatiladi. Perkussionda baland timpanizm, rentgenologik Kaysi belgilari va Kloyber kosasi ko'rinadi, zondli enterografiyada bariyning o'tishini kechiktirishi, periferik qonning yallig'lanish va zaharlanish o'zgarishlari mavjud bo'ladi.

Taktika – tezkor operatsiya o'tkazish, ileusni bartaraf etish va ichak bo'ylab o'tishni tiklash.

Operatsiyadan keyingi pankreatit Operatsiyadan keyingi birinchi haftalarda tez-tez rivojlanadigan o'tkir pankreatit.

Sabablari: operatsion jarayonlar, oshqozon osti bezi va uning ajralish kanallariga jarohat yetishi, penitratsiyalangan yara bo'yicha duodenal qoldiqni shakllantirishdagi qiyinchiliklar, gematomalar, duodenostaz, devaskulyarizatsiya kabi omillar.

Klinik tasvir: umumiy holatning keskin yomonlashuvi, qusish, qorinda og'riqlar, bel og'rig'i, qorinning shishishi, najas va gazlar yo'qligi, peristaltik shovqinlar. Taqikardiya, akrotsianoz, uromiyaza, oliguriyaning kuchayishi kuzatiladi.

Taktika: intensiv detoksikasiya terapiyasi, proteaza ingibitorlari, yurak dorilari, antibiotiklar, steroid gormonlar. Agar peritonit belgilari kuzatilsa, relaparotomiya o'tkazilishi, kichik salfat va butun qorin bo'shlig'ini sanatsiya qilish va drenajlash, ko'rsatmalar bo'yicha sekvestratsiya va xolecistostomiya amalga oshiriladi.

Qorin bo'shlig'ida absesslar

Sabablari: jarrohlik amaliyotlari davomida infeksiya yuqtirish yoki qorin bo'shlig'idan qon to'plangan holda olib tashlanmasligi.

Klinik tasvir: bemorning holatining yomonlashishi, qorin bo'shlig'ining aniq bir qismlarida doimiy og'riqlar, tana haroratining ortishi, lokal og'riqlik, palpatsiya orqali seziladigan infiltrat, ba'zan ich ketishi yoki diareya. UTT tekshiruvda infiltrat joylashgan hududda suyuq moddaning to'planishi aniqlanadi. Periferik qonning yallig'lanish alomatlari mavjud.

Poddi-afragmatik absessni aniqlashda rentgen ko'rsatkichlari: diafragma balandligi, uning qalinlashishi va konturlarining buzilishi, plevral sinusda suyuqlik to'planishi, ba'zan diafragma ostida suyuqlik darajasining o'zgarishi.

Duglas cho'ntagidagi absessda — rektal tekshiruvda aniq og'riq seziladi, hajmli shakllanish mavjud.

Davolash: absesslarni bartaraf etish faqat jarrohlik yo'li bilan amalga oshiriladi. Kirish joyi absessning joylashuviga qarab tanlanadi.

Oshqozon rezeksiyasidan keyingi kechki asoratlar

Damping sindromi — oshqozon rezeksiyasidan keyin bemorlar orasida rivojlanadigan klinik alomatlar majmui. Bu sindrom operatsiyadan bir necha oy o'tgach boshlanadi va vaqt o'tishi bilan sezilarli darajada kamayadi.

Tarqalish darajasi: damping sindromi 25-45% bemorlarda uchraydi, uning rivojlanishiga quyidagi omillar ta'sir ko'rsatadi: jins (ayollarda 100% gacha), kasallikning turi (duodenal yara — 75%), rezeksiya hajmi (kengroq rezeksiya qilinsa, sindrom tez-tez va og'irroq kechadi), rezeksiya turi (Bilyrot-II usuli Bilyrot-I ga qaraganda 2-3 marta ko'proq uchraydi).

Etiologiya va patogenez: asosiy sabab — pilorik mexanizmning yo‘qolishi, bu mexanizm oshqozonning tez va nazoratsiz bo‘shatilishini oldini olishda muhim ro‘l o‘ynaydi. Agar o‘n ikki barmoq ichakdan oziq-ovqatning chiqarilishi to‘xtatilsa, yuqori konsentratsiyali va oson hazm bo‘ladigan uglevodlarga boy, hazm bo‘lmagan oziq-ovqatlar to‘planib, ingichka ichakni kengaytiradi va shu bilan ichak gormonlarini chiqaradi. Markaziy asab tizimining patologiyalari va vegetativ nevroz damping sindromining rivojlanishiga predispozitsiya yaratadi.

Klinik tasvir: damping sindromi, asosan, sutli va shirin ovqatlarni iste‘mol qilgandan keyin tezkor ravishda yuzaga keladi.

Belgilar: zaiflik, terlash, bosh aylanishi, yurak urishining tezlashishi, qorinda shovqin, diareya, kamdan-kam hollarda esa nafsizlik va qusish. Og‘ir holatlarda – hushdan ketish va bexushlik. Damping hujumi yuqori darajaga chiqsa, takikardiya va qon bosimining pasayishi kuzatiladi. Bemor tezda yotish holatida yengillik sezadi. Hujumlar davomiyligi 20 daqiqadan 2 soatgacha bo‘lishi mumkin. Erta (30–40 daqiqada) va kech (2–3 soat) damping sindromi turlari mavjud.

Erta damping sindromi: ovqatdan 30 daqiqadan so‘ng boshlanadi, bosh aylanishi, yuzga qon quyilishi, terlash va yurak urishining tezlashishi bilan kechadi. Erta damping sindromining belgilarini yotish holatida ovqatni iste‘mol qilish, uglevodlar va suyuqlikni cheklash orqali kamaytirish mumkin. Bu sindromda giperglikemiya kuzatiladi. Rezistent holatlarda somatostatin qo‘llaniladi.

Kech damping sindromi: ovqatdan bir necha soat o‘tgach yuzaga keladi, bosh aylanishi, zaiflik va uyquchanlik bilan kechadi. Kech damping sindromida gipoglikemiya kuzatiladi.

Damping sindromining klinik og‘irligi bo‘yicha tasnifi:

1-daraja (yengil): shirin va sutli ovqatlar iste‘mol qilgandan so‘ng 15-20 daqiqa davomida takrorlanadigan hujumlar, yurak urishining 10–15 marta tezlashishi va qon bosimining 10–15 mm sim. ustida yoki past bo‘lishi, yotish holatida yo‘qoladi. Konservativ davolash samarali.

2-daraja (o'rta daraja): doimiy zaiflik, bosh aylanishi, terlash, yurak urishining 20–30 marta tezlashishi, qon bosimining 15–30 mm sim. past bo'lishi, har qanday ovqatni iste'mol qilgandan keyin hujumlar yotish holatida yo'qolmaydi. Konservativ davolash holatni yengillashtiradi.

3-daraja (og'ir): har qanday ovqatdan keyin (hatto yotgan holda) doimiy va kuchli hujumlar, hushsizlik, diareya, takikardiya va gipotoniya, tana vaznining 10 kg ga kamayishi. Konservativ davolash samarali emas.

Diagnostikasi: diagnostika asosida klinik tasvir, provokatsion testlar va rentgenologik ko'rsatkichlarga tayaniladi.

Provokatsion sinov. Damping-sindromi 150 ml 50% glukozali yoki shakar eritmasini qabul qilish orqali chaqirilishi mumkin. Shu paytda bemor yotib qolmasligi lozim.

Rentgen tekshiruvi yordamida kontrast moddasi oshqozondan tezda chiqarilib ketishi aniqlanadi.

Damping-sindromini davolash. 1 va 2-darajadagi damping-sindrom konservativ usullar bilan davolanadi, og'ir holatlarda esa jarrohlik aralashuvi talab etiladi (intensiv oldingi tayyorgarlikdan so'ng).

Konservativ davolash. Hujumlarni keltirib chiqaruvchi oziq-ovqatlarni dietadan chiqarish (yuqori uglevodlarga boy mahsulotlardan saqlanish, ovqatlanish vaqtida suyuqliklar ichmaslik), tez-tez va kichik porsiyalar bilan ovqatlanish; ovqatdan oldin oshqozon shirasini va 0,5% novokainni qabul qilish, ovqatdan so'ng dam olish, rezerpinni 0,25 mg dozada kuniga ikki marta qabul qilish, B guruhidagi vitaminlar, C vitamini, trankvilizatorlar, benzogeksoniy, panzimorm, nerobol preparatlarini qo'llash.

Jarrohlik davolash oshqozondan oziq-ovqatning chiqishini sekinlashtirishga mo'ljallangan (oshqozon va ingichka ichak orasida antiperistaltik bo'lak joylashtirish), o'n ikki barmoqli ichak orqali oziq-ovqatning o'tishini tiklash (redudodenizatsiya), gastroeyunoanastomozni Ru usulida bajarish.

Profilaktika. Jiddiy vegetativ nevrozli bemorlarni faqat mutlaq va shartli mutlaq ko'rsatmalar asosida operatsiya qilish zarur. Damping-sindromiga qarshi

jarrohlik usullarini amalga oshirish (tor anastomoz, Billroth-I usulida oshqozon rezektsiyasi, Tomodo usulida anastomoz yoki organ saqlovchi jarrohlik amaliyotlari), ayniqsa ayollar uchun Billroth-I usulidagi rezektsiyani afzal ko'rish, oshqozon rezektsiyasining hajmini kamaytirish va uni vagotomiyaga qo'shish.

Keltiruvchi halqa sindromi – bu oshqozon-ichak tizimining nisbatan kam uchraydigan patologik holati bo'lib, asosan qorin shishishi, ovqatdan 30–60 daqiqa o'tgach, qusish bilan tavsiflanadi. Ushbu holat bariumning keltiruvchi halqaga kirishidagi qiyinchilik yoki intravena in'ektsiya orqali jigar va o't tizimida bo'lib, lekin oshqozon-ichak tizimi orqali chiqarilmaydigan texnetsiy-iminodiuksus kislotasining halqada to'planishi bilan aniqlanishi mumkin. Keltiruvchi halqa sindromi ko'pincha yirik bakterial flora o'sishi bilan murakkablashib, jarrohlik tekshiruvi talab qilinadi.

Sabablari: Dastlabki duodenostaz (funksional); gastroyunoanastomoz hududida mexanik to'siqlar mavjudligi (yuqori va o'tkir o'sishlar, peptik yaralar, shilimshiq o'zgarishlar, yopishqoqliklar, infiltratlar) duodenal tarkibning normal oqishiga to'sqinlik qiladi. Keltiruvchi halqada duodenal suyuqliklar (o't, pankreatik va ichak suyuqliklari) to'planib, ichki duodenal bosimning ortishiga olib keladi. Bu holat o't va Virsung o'tli kanallariga refluksni keltirib chiqaradi, natijada holangit va pankreatit rivojlanadi. Sindromning tutqanoq holatida, to'plangan duodenal tarkib peristaltik to'lqinlar orqali oshqozonga chiqariladi va qusish orqali tashqariga chiqariladi, og'riqlar esa qusishdan so'ng yo'qoladi. Duodenal tarkibning uzluksiz yo'qolishi vaqt o'tishi bilan fermentativ yetishmovchilikka, ovqatning noto'g'ri hazm bo'lishiga va bemorning jismoniy holatining yomonlashishiga olib keladi.

Klinik ko'rinish. Hujumlar odatda o't ajralishini va pankreatik bezga ortiqcha funksional yuklamani keltirib chiqaradigan ovqatlar iste'mol qilinganidan so'ng boshlanadi. Hujumlar takrorlanish tezligiga qarab uch darajaga bo'linadi: engil, o'rta va og'ir.

Yengil daraja: haftasiga 1–2 marta va oz miqdorda qusish ro'y beradi, bemorning umumiy holati sezilarli darajada buzilmaydi.

O'rta daraja: haftasiga 3–5 marta va ko'proq miqdorda qusish kuzatiladi, bu esa bemorning holatini jiddiy zaiflashtiradi, suvsizlanish va disproteinemiya rivojlanishiga olib keladi.

Og'ir daraja: kundalik va ko'plab hujumlar bemorni tezda charchatadi, jiddiy suvsizlanish, elektrolitlar va oqsillar balansining buzilishi, jigar va buyrak faoliyatining susayishi bilan kechadi. Holangit va pankreatitning qo'shilishi holatni yanada og'irlashtiradi.

Diagnostika: Anamnez, klinik holat va rentgenologik ma'lumotlarga asoslanadi.

Rentgen-kontrastli tekshiruv. Bariy suyuqligi kengaygan keltiruvchi halqaga erkin kirib, uzoq vaqt davomida unda qoladi, suyuqlik darajasining hosil bo'lishiga sabab bo'ladi. Keltiruvchi halqaning kontrastlanishini holigrafiya yoki retrograd usulda amalga oshirish mumkin.

Diagnostik provokatsion test. Yumshoq zond yordamida oshqozonga maxsus ovqat aralashmasi (ikki tuxum sarig'i, 30 g smetana va 30 g tuzli moy) kiritiladi. Agar test ijobiy natija bersa, 1–1,5 soat ichida bemorda og'riqlar paydo bo'ladi, so'ngra zond orqali ko'plab duodenal tarkib chiqariladi va og'riqlar yo'qoladi.

Davolash:

Yengil darajada: kompleks konservativ davolash bemorning holatini sezilarli darajada yaxshilaydi. Oshqozon-ichak tizimini va pankreatik bezning funksiyalarini kamaytiruvchi ovqatlardan saqlanish, kichik miqdorda va tez-tez ovqatlanish, tsirukal va keltiruvchi halqani yumshoq zond yordamida yuvish tavsiya etiladi.

O'rta va og'ir darajalarda: jarrohlik davolash ko'rsatiladi.

Jarrohlik maqsadi: oshqozon massalarining keltiruvchi halqaga kirishining oldini olish va duodenal tarkibning to'g'ri oqishini ta'minlash.

Jarrohlik amaliyotlari: Agar duodenal tarkibning oqishi buzilgan bo'lsa, Braun anastomozini yaratish yoki U-shaklidagi anastomoz (Ru usuli) o'rnatish amalga oshiriladi. Ikkinchi variant afzalroq hisoblanadi.

Ishqorli refleks gastriti – oshqozon rezeksiyasini amalga oshirgan bemorlarda eng keng tarqalgan postoperativ sindrom bo‘lib, bemorlarning 25%ida uchraydi.

Patogenezi. Ushbu holat duodenal mazmunining oshqozonga qaytishi natijasida rivojlanadi.

Simptomatikasi. Ovqatdan so‘ng epigastral hududda og‘riqlar, qalqon, qusish va tana vaznining kamayishi kuzatiladi.

Diagnostikasi

Endoskopik tekshiruv. Oshqozon qoldig‘ida gastrit belgilarining mavjudligi va safro suyuqligining erkin kirishi aniqlanadi.

Izotopli tadqiqotlar. Diagnostik jarayonni soddalashtirish maqsadida, tehniiy-iminodiuksus kislotasi yordamida safro miqdori aniqlanadi va uning oshqozonga oqishi kuzatiladi.

Davolash

Konservativ yondashuv. Ba’zi hollarda safro kislotalarini bog‘lovchi preparatlar, masalan: alyuminiy asosidagi antatsidlar yoki xolestiramin, shuningdek, sukralfat samarali bo‘lishi mumkin.

Xirurgik usul. Rekonstruktiv jarrohlik amaliyoti, unda oshqozonning Bilrot-I yoki Bilrot-II usulida rezeksiyasi amalga oshiriladi va so‘ngra “Y”-shaklidagi anastomoz quriladi.

Postvagotomik diareya ko‘pincha yengil shaklda namoyon bo‘ladi, ammo ba’zan bemorlarni nogironlikka olib kelishi mumkin. Ushbu holat odatda operatsiyadan keyin birinchi yil davomida o‘tib ketadi.

Peptik yarasi — oshqozon yarasiga qarshi amalga oshirilgan jarrohlik aralashuvlari natijasida yuzaga keladigan jiddiy asoratdir. Uning rivojlanish ehtimoli 3-6% ni tashkil etadi. Yaralar oshqozon, o‘n ikki barmoqli ichak, olib keluvchi va olib chiquvchi halqalarida joylashishi mumkin, bu esa bajarilgan operatsiyaning turiga bog‘liq.

Bunga sabab — oshqozon sekretsiasining yuqori kislotali-pepsinli faolligi. Agar operatsiya qilingan oshqozonning kislotasi yuqori bo'lsa, peptik yaralar tezroq paydo bo'ladi. Ushbu asorat nafaqat palliatif (yarani tiklash, gastroenterostomiya), balki radikal amaliyotlar (oshqozon rezeksiyasi, vagotomiya) natijasida ham yuzaga kelishi mumkin.

Klinik jihatdan peptik yara o'n ikki barmoqli ichakdagi yara bilan o'xshash simptomlarni keltirib chiqaradi, ammo og'riq yanada davomiy va kuchli bo'lib, har doim ovqat iste'mol qilish bilan bog'liq bo'lmaydi. Asoratlari orasida perforatsiya, qon ketish, penetratsiya va deformatsiyalar mavjud.

Peptik yaraning ko'ndalang-chambar ichak va uning tutqichiga penetratsiyasi bel sohasida keskin og'riqlarni keltirib chiqaradi.

Peptik yaraning ichakka perforatsiyasi oshqozon-chambar fistulasini yuzaga keltiradi (axlat bilan kekirish, hazm bo'lmagan ovqatning najasga chiqarilishi). Oshqozondan ichakka bariy o'tishi kuzatiladi.

Diagnostika

- Tipik klinik alomatlar.
- Oshqozon sekretsiasining o'rganilishi (gipersekresiya).
- FGDS, oshqozon va ichaklar rentgenoskopiyasi, qon gastrini darajasi.

Davolash. Peptik yara bilan og'riq bemorlarga jarrohlik amaliyoti ko'rsatiladi, chunki konservativ davolash usullari samarali emas.

Operatsiyaga tayyorgarlik: suv- elektrolit muvozanatining va oqsil balansining tuzatilishi, anemiyaning bartaraf etilishi.

Aralashuv tanlovi bemorning jarrohlik tarixiga asoslanadi. a) agar avvalgi iqtisodiy oshqozon rezeksiyasi o'tkazilgan bo'lsa, 2/3 oshqozon rezeksiyasi va vagotomiya amalga oshiriladi; b) yomon bajarilgan vagotomiya holatida ustki vagotomiya va 2/3 hajmida rezeksiyasi ko'rsatiladi; v) oshqozon-chambar fistulasiga ega bemorlarga ustki vagotomiya, oshqozon rezeksiyasi, fistula va ichakning bir qismi bilan gastroduodenostomiya (uch martalik rezeksiya) bajariladi. Agar bemorning holati bunday operatsiyani o'tkazishga imkon bermasa, individual

ravishda yumshoq yondashuv tanlanishi yoki jarrohlik amaliyoti 2-3 bosqichga bo'linishi mumkin.

Amaliyotdan so'ng bemorlar uzoq muddatli reabilitatsiya davriga (to'rt oygacha) muhtoj bo'lishadi.

Operatsiyadan so'ng shilliq qavatning yaralanishi, gipersekresiya holatlarining aniqlanmaganligini ko'rsatishi mumkin masalan: Zollinger-Ellison sindromi yoki to'liqsiz vagotomiya).

Eng samarali diagnostik usul - endoskopik tekshiruvdir.

Davolash usuli – H2-reseptor antagonistlarini uzoq muddat qo'llash, ba'zan esa - qayta jarrohlik aralashuvi.

Oziqlanishning buzilishi Anemiya, odatda, yarali kasallik uchun operatsiya qilingan bemorlarning 25% da kuzatiladi. Temir yetishmovchiligiga olib keluvchi omillar qatoriga oshqozonning shilliq qavati gastriti va uning natijasida yuzaga keladigan mahalliy qon ketishlar; shuningdek, temirning so'rilishiga yordam beruvchi xlorid kislotasining yetishmasligi (Fe^{3+}) kiradi. Keng miqyosda oshqozon qismini olib tashlash ichki faktor Kaskalning yetishmovchiligiga va B12 vitamini etishmovchiligiga olib keladi.

Vazn yo'qotish, odatda, operatsiya qilingan bemorlarning 50%ida uchraydi va ko'pincha og'ir bo'lmaydi (keng rezeksiyani hisobga olmasdan). Jiddiy steatoreya ikkilamchi buzilishlarni, masalan, bakterial o'sishni va glutensiz celiakiya holatlarini ko'rsatishi mumkin. Bemorlarda kaltda yog'ning ortishi tezda bo'shashish va oziq-ovqatning safro kislotalari va oshqozon osti bezining fermentlari bilan samarali aralashmasligi natijasida paydo bo'ladi. Osteoporoz, asosan, vitamin D va kaltsiy so'rilishining pasayishi bilan bog'liq. Oshqozon qoldig'ida malignizatsiya, operatsiyadan so'ng, ayniqsa oshqozonning Bilrot-II usulida rezeksiyasidan keyin 10-30 yil o'tib, davolashda bo'lgan bemorlarga nisbatan 2-4 barobar ko'proq uchraydi.

Test savollari

To'g'ri javobni tanlang.

1. **Bosh hujayralar** oshqozonning shilliq qavatida nima ishlab chiqaradi?
 - a) pepsinogen
 - b) tuz kislotasi
 - c) sut kislotasi
 - d) sekretin
 - e) gastrin
2. **Parietal hujayralar** oshqozonning shilliq qavatida qanday moddani ajratib chiqaradi?
 - a) tuz kislotasi
 - b) sut kislotasi
 - c) gastrin
 - d) mukin
 - e) pepsinogen
3. **Qo'shimcha hujayralar** oshqozon shilliq qavatida nima ishlab chiqaradi?
 - a) mukin
 - b) pepsinogen
 - c) gastrin
 - d) sekretin
 - e) Kaslning ichki faktori
4. **Gastrin** qayerda sintezlanadi?
 - a) oshqozonning antral bo'limida
 - b) oshqozonning fundal bo'limida
 - c) o'n ikki barmoqli ichak shilliq qavatida
 - d) Brunner bezlarida
 - e) oshqozon osti bezida
5. **O'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi holatida og'riqning xususiyatlari qanday?**
 - a) Epigastriyadagi og'riqning qattiq va siqish shakli, ovqat iste'mol qilish bilan kuchayadigan

- b) O'ng qovurg'a ostida kuzatiladigan spasmodik og'riq, yog'li ovqat iste'mol qilinganida o'ng yelka sohasiga tarqaladi
 - v) Doimiy va xiralashgan og'riq, ovqat olish bilan bog'liq emas
 - g) Ovqatdan oldin paydo bo'ladigan og'riqlar epigastriya hududida
 - d) Ovqatdan taxminan 30 daqiqa o'tgach yuzaga keladigan og'riq
6. **Qaysi simptom o'n ikki barmoqli ichakning yara kasalligi uchun xos emas?**
- a) Ovqatdan oldin paydo bo'ladigan og'riqlar
 - b) Ovqatdan 30 daqiqa keyin yuzaga keladigan og'riqlar
 - v) Ovqatdan 2,5 soat o'tgach kuchayadigan og'riqlar
 - g) Epigastriyaning o'ng qismlarida kuzatiladigan og'riqlar
 - d) Kislotali qayt qilish va qorin ichidagi kislotali yo'talish
7. **Ranitidin qaysi preparatlar guruhiga kiradi?**
- a) N2-gistamin retseptorlarini bloklovchi dori vositasi
 - b) Umumiy ta'sirga ega bo'lgan xolinolitik preparat
 - v) Mahalliy ta'sir ko'rsatadigan xolinolitik dori
 - g) Antatsid preparat
 - d) Miotonik dori vositasi
8. **Almagel preparatining xususiyatlari:**
- a) N2-gistamin retseptorlarini bloklovchi dori vositasi
 - b) Umumiy ta'sir ko'rsatuvchi xolinolitik preparat
 - v) Mahalliy ta'sir qiluvchi xolinolitik dori
 - g) Antatsid preparat
 - d) Miotonik vosita
9. **Ko'p yillik oshqozon yarasi kasalligi bilan og'rigan bemorda doimiy tarzda og'riqlar kuzatilmoqda, ularning tarqalishi orqa tomonga yo'naladi. Qaysi asorat yuzaga kelishi mumkin?**
- a) pilorik stenoz
 - b) penetratsiya

- v) malignizatsiya
- g) perforatsiya
- d) damping sindromi

10. Oshqozon yarasi kasalligi bilan ogʻrigan bemor yana bir marta yomonlashuv holatini boshdan kechirayotganda, u «yomon tuxum» hidi bilan nafas olish va kecha yeb yuborilgan ovqatni qayt qilish haqida shikoyat qiladi. Qaysi asoratni taxmin qilish mumkin?

- a) penetratsiya
- b) perforatsiya
- v) qon ketish
- g) pilorik stenoz
- d) malignizatsiya

11. Bemor epigastral hududda ogʻriqlarni his qilmoqda, ular nisbatan yengil va ovqatdan 1,5-2 soat oʻtib yoki och qoringa paydo boʻladi. Ushbu simptom qanday patologiyaning belgisidir?

- a) surunkali gastrit
- b) oshqozon yarasi kasalligi
- v) oʻn ikki barmoqli ichak yarasi kasalligi
- g) xolecistit
- d) pankreatit

12. Qaysi quyidagi asorat oʻn ikki barmoqli ichak yarasi kasalligiga xos emas?

- a) tibbi stenoz
- b) perforatsiya
- v) qon ketish
- g) penetratsiya
- d) malignizatsiya

13. Pilorik stenozning ishonchli klinik koʻrsatkichi qandaydir?

- a) oʻt bilan qayt qilish
- b) ichakda shovqin

- v) ovqatdan 3-4 soat o'tib plastinka tovushining mavjudligi
- g) ko'rinadigan peristaltika
- d) kislotali burun nafas olish

14. Yara podshamoliga penetratsiya qilganda, qon tarkibida qanday biokimyoviy o'zgarishlar sodir bo'ladi?

- a) amilaza faolligi
- b) bilirubin faolligi
- v) albuminlar miqdori
- g) alkogol fosfataza faolligi
- d) transaminazalar faolligi

15. O'n ikki barmoqli ichak yarasi kasalligi bilan uzoq muddat og'rigan bemorda so'nggi paytlarda klinik tasvirda o'zgarishlar yuz berdi: ovqatdan keyin og'irlik hissi, qayt qilish, ikkinchi yarmida ko'p qaytish, og'izdan yomon hid va vazn yo'qotish. Qaysi asoratni taxmin qilish mumkin?

- a) pilorik kanalning organik stenozu
- b) o'n ikki barmoqli ichak bulog'ining funktsional stenozu (spazm tufayli)
- v) yaraning malignizatsiyasi
- g) yara penetratsiyasi
- d) yara perforatsiyasi

16. Uzoq muddat davomida oshqozon yarasidan aziyat chekkan bemor, kuchsizlik, qayt qilish, ishtahaning kamayishi, ovqatlanishda tez to'yinganlik hissi, doimiy og'riq va epigastral mintaqada og'irlik, shuningdek, vazn yo'qotishidan shikoyat qilmoqda. Qaysi asoratlar yuzaga kelgan bo'lishi mumkin?

- a) Oshqozon chiqish qismida stenoz
- b) Yara malignizatsiyasi

- v) Yara penetratsiyasi
- g) Yarasizdan kichik qon ketishlar
- d) Yara perforatsiyasi

17.Simptomatik yaralar va yarali kasallik o‘rtasidagi asosiy farqlar quyidagilardan iborat:

- a) Yaraning joylashuvi
- b) Yaraning o‘lchami
- v) Surunkali qaytalanuvchi xarakterning yo‘qligi
- g) Yaraning penetratsiyasi
- g) Yara perforatsiyasi

Klinik vaziyat – 1

Bemor – 26 yosh, kasbi haydovchilik.

Shikoyatlari: bemor uzoq vaqtdan beri epigastral sohada, ayniqsa och qoringa, kechasi va kechki ovqatdan bir muncha vaqt o‘tib yuzaga keladigan og‘riqlardan aziyat chekmoqda. Ushbu og‘riqlarni soda eritmasi yoki oz miqdorda sut qabul qilish orqali yengillashtirish mumkin. Og‘riq avjiga chiqqanida qayd kuzatilib, qayd qilgach bemorning holati nisbatan yaxshilanadi. Bundan tashqari, jig‘ildon qaynashi va ich qotishi kabi dispeptik holatlar ham mavjud.

Kasallik tarixiga nazar solinsa, simptomlar 5 yil avval boshlangan bo‘lib, ayniqsa har yili kech kuzda kuchayib boradi. Bemor parhezga amal qilmaydi, ko‘p hollarda quruq ovqat iste’mol qiladi, spirtli ichimliklarga moyilligi bor.

Ob’ektiv tekshiruv natijalari: qorin devori biroz taranglashgan, o‘ng epigastriy sohada palpatsiya qilganda sezilarli og‘riqlilik aniqlanadi. Mendel usulidagi

perkussiya jarayonida kindikdan yuqoriroqda, o'rta chiziqdan o'ng tomonda joylashgan 1,5x2 sm o'lchamdagi og'riqli zona aniqlangan.

Savollar:

1. Sizning dastlabki klinik tashxisingiz qanday?
2. Tashxisni aniqlashtirish uchun qanday laborator va instrumental tadqiqotlar o'tkazilishi lozim? Bu tekshiruvlardan qanday taxminiy natijalar kutish mumkin va ularning davolash strategiyasini belgilashdagi ahamiyati nimada?

Klinik vaziyat – 2

Bemor – 40 yosh, og'ir umumiy ahvolda shoshilinch tibbiy yordam brigadasi tomonidan shifoxonaga olib kelingan.

Shikoyatlari: bemor og'ir gemodinamik buzilishlar bilan namoyon bo'lgan qonli qayd, bosh aylanishi, umumiy holsizlik, ko'z oldida qorong'ilashish, chanqoq kabi simptomlardan shikoyat qilmoqda. 7 yil avval ovqatdan 1–1,5 soat o'tib epigastriy sohada paydo bo'ladigan og'riqlarni ilk bor sezgan. Bahor va kuz fasllarida simptomlar kuchaygan, biroq u davolanish uchun mutaxassislarga murojaat qilmagan.

So'nggi bir hafta ichida holatining keskin yomonlashuvi qayd etilgan – kuchli holsizlik, bosh aylanishi, ko'ngil aynishi, va qora suyuq najas (melena) paydo bo'lgan. 2 soat oldin esa ovqatdan keyin bemor qon qushga kirgan.

Fizikal tekshiruvda: bemor nihoyatda og'ir holatda – terisi oqarib ketgan, muzdek, o'ta bezovta. Nafas olish soni – 22 marta/min. Yurak urishlari baland, ritmik, yurak urish tezligi – 120/min, arterial bosim – 100/50 mm simob ustuni. Qorin palpatsiyada yumshoq, ammo epigastral sohada og'riqli. Til – quruq, kulrang shilliq qoplam bilan qoplangan. To'g'ri ichak orqali tekshiruvda qora, smolaga o'xshash najas aniqlangan.

Savollar:

1. Sizning ehtimoliy klinik tashxisingiz qanday? Fikr-mulohazangizni asoslab bering.
2. Bemor holatini chuqurroq o'rganish uchun qanday qo'shimcha instrumental va laborator tadqiqotlar talab etiladi?

3. Ushbu bemor holatida qanday shoshilinch terapevtik choralar ko‘rilishi kerak?

Klinik vaziyat - 3

Bemor – 24 yoshli erkak bemorda noto‘g‘ri va tartibsiz ovqatlanish, haddan tashqari chekish va uzoq muddatli psixoemotsional stress omillari ta’sirida quyidagi klinik belgilar vujudga kelgan: epigastral sohada och qoringa, ovqat qabul qilingandan 2–3 soat o‘tgach yoki tungi vaqtlarda namoyon bo‘ladigan og‘riqlar.

Shikoyatlari: bemor og‘riq epizodlari davomida tez-tez ezish, ya’ni retrosternal yonish hissi — jig‘ildon qaynashiga shikoyat qiladi. Og‘riq va diskomfort sezilarli darajada kuchayganda, u o‘zida sun’iy ravishda qayd qilish refleksini chaqiradi, bu esa simptomlarning kamayishiga olib keladi. O‘tkazilgan ezofagogastroduodenoskopiya (EGDS) 12 barmoqli ichakning bulbus sohasida o‘lchami 0,4 x 0,3 sm bo‘lgan, aniq chegaralangan, giperemiyalangan chetlari va fibrinoz-nekrotik qoplama bilan qoplangan tubi bor bo‘lgan oval shaklli yara aniqlangan.

Sutkalik intragastral pH-metriya natijalariga ko‘ra, bemorda oshqozon tanasida aniq ifodalangan giperasidlik qayd etilgan (o‘rtacha pH — 0,9; me’yorda esa 1,6–2,0).

Savollar:

1. Sizning ehtimoliy klinik tashhisingiz qanday?
2. Qo‘shimcha diagnostik tadqiqotlar qaysilar bo‘lishi kerak?
3. Ushbu bemor uchun qanday terapevtik yondashuv (davolash strategiyasi) maqbul hisoblanadi?

Test savollariga javoblar standartlari

1. – a	6. – b	11. – v	16. – a
2. – a	7. – a	12. – d	17. – v
3. – a	8. – g	13. – v	
4. – a	9. – b	14. – a	
5. – g	10. – g	15. – a	

Vaziyatli klinik holatlar bo'yicha javoblarning ilmiy-uslubiy shakli:

1-vazifa bo'yicha tahliliy javob:

1. Duodenum (o'n ikki barmoqli ichak) yarasi, kasallikning faollashgan (zo'raygan) bosqichi.
2. Differensial diagnostika va instrumental-laborator tekshiruvlar rejasi: 2.1. Yara nuqsonining morfologik mavjudligini tasdiqlash va lokalizatsiyasini aniqlash maqsadida **ezofagogastroduodenoskopik (EGDS) tekshiruv** o'tkaziladi.
2.2. **Helicobacter pylori** infeksiyasini verifikatsiya qilish uchun **¹³C-izotopli ureaza nafas testi** amalga oshiriladi. Shu bilan birga, alternativ diagnostik metodlar sifatida **najasda H.pylori antigenlarini aniqlash** yoki **qondagi H.pylori ga nisbatan immunoglobulinlar (IgG) miqdorini baholash** mumkin. Bu usullar avvalgi eradikatsion muolajalar tarixining yo'qligi sharoitida maqbul hisoblanadi.
2.3. Ichki qon ketish ehtimolini istisno qilish yoki tasdiqlash maqsadida **najasni yashirin qon bo'yicha tekshirish** tavsiya etiladi.

2-vazifa bo'yicha tahliliy javob:

1. **Oshqozonning yarali kasalligi** — klinik belgilari (ovqatdan 1–1,5 soat o'tib boshlanuvchi epigastral og'riq), mavsumiylik (bahor va kuzda zo'rayishi) asosida aniqlangan. Mazkur patologiya **yuqori gastrointestinal qon ketish**

bilan og'irlashgan, bu holat **hematemez (qonli qusish)** va **melena (qora rangli, suyuq najas)** bilan ifodalanadi. Simptomatikaning umumiy holsizlik, bosh aylanishi, ortostatik gipotenziya, taxikardiya (120 urinish/min) va arterial bosimning 100/50 mm sim. ust. darajagacha pasayishi bilan kechishi qon ketish hajmining klinik ifodasidir.

2. Zarur diagnostik chora-tadbirlar:

- **Ezofagogastroduodenoskopiya (EGDS)** yordamida qon ketish manbai vizualizatsiya qilinadi.
- **Klinik qon tahlili** va **gematokrit darajasini** baholash gemodinamik o'zgarishlarni aniqlashga imkon beradi.
- EGDS vaqtida **oshqozonning antral segmentidan biopsiya** olinadi, undan keyin **biopstatning mikroskopik (bakterioskopik) analizi** yoki **Helpil-test** orqali *H.pylori* infeksiyasi aniqlanadi (so'nggisi nisbatan kam ishonchli).
- Bemorning umumiy ahvoli barqarorlashgach, *H.pylori* ni aniqlash uchun qo'shimcha diagnostik metodlar — **¹³C-ureaza testi, najasdagi antigenlar** yoki **serologik tahlil** (ilgari eradikatsiya qilinmagan bemorlarda) qo'llaniladi.

3. Terapevtik yondashuv:

- Birlamchi vazifa — **gastrointestinal qon ketishni to'xtatish**. Buning uchun EGDS davomida **endoskopik gemostaz**: lazerli, argon-plazmali koagulyatsiya yoki mehanik kliplash usullari tatbiq qilinadi.
- Davomiy qon ketishni oldini olish uchun **gemostatik preparatlar** (masalan, **aminokapron kislota, vikasol**) vena ichiga yuboriladi.
- Yarani tezroq bitkazish uchun **proton pompasi ingibitorlari (PPI)** va ehtimoliy **gastromukoprotektorlar** (masalan, **rebamipid**) qo'llaniladi.
- *H.pylori* infeksiyasi tasdiqlansa, **eradikatsion terapiya** majburiydir. Birinchi tanlov rejasi — **trikomponentli standart sxema**:

klaritromitsin + amoksitsillin + PPI preparatlari kombinatsiyasi 14 kunlik kursda.

- Terapiya tugaganidan so'ng, **nazorat EGDS** o'tkaziladi va **¹³C-ureaza testi** yoki **najasdagi antigenlar** orqali eradikatsiya samaradorligi baholanadi.

3-topshiriqqa javob:

1. O'n ikki barmoqli ichakning peptik yara kasalligi — hozirgi bosqichda remissiya emas, balki avj olish (kuchayish) fazasida kechmoqda.
2. Bemorda *Helicobacter pylori* (H.pylori) bilan oshqozon-ichak shilliq qavati infeksiyalanganligini aniqlash maqsadida diagnostik tekshiruvlar o'tkazish lozim. Buning uchun quyidagi zamonaviy usullardan biri tanlanadi:
 - ¹³C-izotopli ureatest orqali nafas namunasi asosida tashxislash;
 - Najas tarkibida H.pylori antigenlarini aniqlashga qaratilgan immunokimyoviy test;
 - Yoki serologik usul — qon zardobida H.pylori ga qarshi antitanachalarni aniqlovchi tahlil.

(Serologik test avvalgi eradikatsiya terapiyasi o'tkazilmagan hollarda ham qo'llashga yaroqli hisoblanadi.)

3. Bemorga quyidagi profilaktik va terapevtik choralarni qat'iy rioya qilish tavsiya etiladi:
 - Tamaki mahsulotlaridan butunlay voz kechish;
 - Ratsional dietani joriy etish, ya'ni achchiq, yog'da qovurilgan mahsulotlar, shuningdek spirtli ichimliklarni iste'mol qilmaslik;
 - Proton pompasi ingibitorlarining (masalan, omeprazol, esomeprazol va boshqalar) birortasini 8 hafta davomida muntazam qabul qilish;
 - Zaruratga qarab, so'rilmaydigan antasidlar (masalan: Fosfalyugel, Almagel, Maaloks, Gaviscon va boshqalar) dan simptomatik tarzda foydalanish.

Agar H.pylori infeksiyasi mavjudligi tasdiqlansa, uni yo'qotish maqsadida eradikatsion terapiyani boshlash muhimdir. Birinchi bosqichda, klassik uch

komponentli davolash rejasi qo'llaniladi: **klaritromitsin, amoksitsillin va IPP (proton pompasi ingibitori) preparatlari 14 kun davomida buyuriladi.**

Davolovchi kurs tugagach, yara nuqsonining epitelizatsiyasi (bitishi) darajasini aniqlash maqsadida nazorat ezofagogastroduodenoskopiya (EGDS) o'tkazilishi zarur. Shuningdek, H.pylori ni organizmdan to'liq eradikatsiya qilinganligini tasdiqlash uchun quyidagi testlardan biri bajarilishi kerak:

- ¹³C-ureaza nafas testi, yoki
- najasdagi antigenlarni aniqlash tahlili.

Tavsiya etilgan adabiyotlar ro'yxati:

1. Rossiya gastroenterologiya assotsiatsiyasining yarali kasallikni diagnostika va davolash bo'yicha klinik tavsiyalari. **Rossiya gastroenterologiya, gepatologiya, koloproktologiya jurnali**, 2020, 30(1), bet 49–66.
2. Grigoryev P.Ya., Yakovenko A.V. **Klinik gastroenterologiya**. – Moskva: MIA, 2004.
3. Maev I.V., Samsonov A.A., Andreev D.N. **“Oshqozon kasalliklari. Monografiya”**, GEOTAR-Media, 2015.
4. Okorokov A.N. **Ichki a'zolar kasalliklarini diagnostika qilish**. 1-jild: Ovqat hazm qilish tizimi kasalliklarini diagnostika qilish. – Moskva: Meditsinskaya literatura, 2014. – 560 bet.
5. Truxan D.I., Viktorova I.A. **Gastroenterologiya. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari uchun o'quv qo'llanma**. – Sankt-Peterburg: SpetsLIT, 2013. – 367 bet.
6. Skvortsov V.V., Tumarenko A.V. **Klinik gastroenterologiya: qisqacha kurs**. – Sankt-Peterburg: SpetsLIT, 2015. – 183 bet.
7. **Jarrohlik** / Inglizchadan tarjima, qo'shimcha; bosh muharrir Yu.M. Lopuxov, V.S. Savelyev. Moskva: GEOTAR-Medіцина, 1997.
8. **Jarrohlik kasalliklari: o'quv qo'llanma** / M.I. Kuzin, O.S. Shkrab, N.M. Kuzin va boshqalar; Muharrir M.I. Kuzin. 3-bosma, qayta ishlangan va qo'shimcha. Moskva: Meditsina, 2002. 784 sahifa.
9. SH.I.Jaloliddinov-WORLD of SCIENCE. — 2024. — P. 38-41.

