

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ТАЪЛИМ, ФАН ВА
ИННОВАЦИЯЛАР ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

С.Ш. Эгамов, А.К. Ботиров

ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ
ЖАРРОҲЛИГИДАГИ "ҚИЙИН" ЯРАЛАР

МОНОГРАФИЯ

АНДИЖОН–2026
«ЖАҲОНА НАШР»

Мазкур монография ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ва унинг жарроҳлик амалиётидаги “қийин” яраларига бағишланган. Монографияда яра касаллигининг этиологияси, патогенези, клиник кечиши, шунингдек, диагностика ва даволашнинг замонавий ёндашувлари кенг ёритилган.

Тузувчилар:

Эгамов Сарварбек Шавкатбекович — Жарроҳлик касалликлар кафедраси PhD доценти.

Ботиров Акрамжон Қодиралиевич — тиббиёт фанлари доктори, профессор, жарроҳлик кафедраси мудири.

Тақризчилар:

Фаттохов Нусратилло Хамидуллаевич — Фаргона жамоат саломатлиги тиббиёт институти Факултет ва госпитал жарроҳлик кафедраси мудири доцент DSc.

Бозоров Нуритдин Эргашевич — Жарроҳлик кафедраси т.ф.н. доценти.

С.Ш. Эгамов, А.К. Ботиров

ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ

ЖАРРОҲЛИГИДАГИ "ҚИЙИН" ЯРАЛАР: Монография

/«ЖАҲОНА НАШР» нашриёти, 2026 – **140 б.**

.

Монография Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Илмий-техник кенгашининг 2026-йил __-январь __/__/__-сонли баённомаси асосида нашрга тавсия этилган..

© С.Ш. Эгамов, А.К. Ботиров, 2026

© « ЖАҲОНА НАШР » нашриёти, 2026

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

КБИ—кислотанинг базал ишлаб чиқарилиши;
ПБИ—пепсиннинг базал ишлаб чиқарилиши
Б—Биллрот
БЎА—бронх-ўпка асоратлари
ОЎБА—ошқозон-ўн икки бармоқ ичак анастомози
ОИА—ошқозон-ичак анастомози
ОДО—ошқозонни дренажловчи операциялар
ЎБИОР—ўн икки бармоқ ичак-ошқозон рефлюкси
ЎБИ—ўн икки бармоқли ичак
ЎБИЯ—ўн икки бармоқ ичак яраси
КМИЧ—кислотанинг максимал ишлаб чиқарилиши
ПМИЧ—пепсиннинг максимал ишлаб чиқарилиши
ОМЭФ—ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси
НЯҚД—носпецифик яллиғланишга қарши дорилар
УЭГ—узлуксиз электрогастрография
ЎБИОС—ўн икки бармоқ ичак-ошқозон стенози
ПИ—Патент идораси
ОР—"клиника усули" бўйича ошқозон резекцияси
ЎзР—Ўзбекистон Республикаси
ТЯ—терминал-ён анастомоз
ТЭА—тромбоэмболик асоратлар
ЎАТ—ўпка артерияси тромбоэмболияси
ЎБИЎСБ—ўн икки бармоқ ичак ўтказувчанлигининг
сурункали бузилиши
ЯК—яра касаллиги
ЎБИЯК—ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги

МУНДАРИЖА

Сўзбоши.....	5
...	
I БОБ. "Қийин" ўн икки бармоқли ичак ярасида яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш масаласининг замонавий ҳолати (адабиётлар шарҳи).....	
1.1. Кириш. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги (ЎБИЯК) эпидемиологияси, муаммонинг тиббий-ижтимоий аҳамияти.....	7
1.2. ЎБИЯК этиологияси ва патогенези ҳақидаги замонавий қарашлар. Патофизиологик механизмлар.....	7
1.3. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари.....	10 13
1.4. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг замонавий жарроҳлигида "қийин" яралар.....	16
II БОБ. Клиник тавсиф ва текшириш усуллари.	31
2.1. Беморларнинг клиник тавсифи ва "қийин" ўн икки бармоқли ичак ярасидаги айрим типологик хусусиятлар.....	31
2.2. Текшириш усуллари.....	48
III БОБ. Ўн икки бармоқли ичак «қийин» яраларида жарроҳлик тактикаси.....	53
3.1. Назорат гуруҳидаги беморларда жарроҳлик тактикаси.....	53
3.2. Операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник услублари	
3.3. Тадқиқот гуруҳига кирувчи беморларда жарроҳлик тактикаси.....	60
....	69
IV БОБ. Жарроҳлик даволашнинг бевосита ва узоқ муддатли натижалари.....	80
4.1. Яқин натижаларнинг клиник баҳоси	
4.2. Узоқ муддатли натижаларнинг клиник баҳоси	80 92
ХОТИМА	96
ХУЛОСАЛАР	110
АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ	112

Сўзбоши

Ушбу монография ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги (ЎБИЯК) бугунги кунда ҳам жарроҳлик гастроэнтерологиясининг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Яраларни даволашнинг кўп йиллик тажрибаси ва унинг усуллари доимий равишда такомиллаштириб борилишига қарамай, ҳали ҳам кўплаб масалалар мунозарали ва тўлиқ ҳал этилмаган. XX аср давомида ва ҳозирги кунгача жарроҳларнинг тактикаси ва касаллик патогенезига бўлган муносабат бир неча бор қайта кўриб чиқилган. Ушбу муаммонинг бугунги кунда ҳам матбуот саҳифаларидан тушмаётгани, монографиялар сони сезиларли даражада кўпайгани, унга бағишланган қурултойлар, симпозиумлар ва конференциялар ўтказилаётгани [16; 33; 47; 64; 73; 90; 92; 96; 98; 109; 116; 124] бунинг яққол далилидир.

Эришилган ютуқларга қарамай, меъда яраларининг режали жарроҳлигида, турли йиллардаги статистик маълумотларга кўра, меъда резекцияси (МР) жуда юқори ўлим кўрсаткичи билан кечади: 4-6%, тешилган яраларда - 3,5-8%, қонаётган яраларда - 15-34%, пилородуоденал стенозда (ПДС) - 6-19%, чуқурлашган яраларда - 8-15%. Бундан ташқари, беморларнинг 10-40% ҳолатларда ногиронликка олиб келадиган постгастрорезекцион бузилишлар ривожланади: биринчи йилда - операция қилинганларнинг 20-30% ида ва кейинги даврларда 10-15% ида [1;2;6;27;58;78;81;87;107;117].

Монографиянинг адабиётлар таҳлили шуни

кўрсатдики, бу ҳолат, асосан, ЎБИ "қийин олиб ташланадиган" яраларида жарроҳлик аралашувлар билан боғлиқ бўлиб, бунга етарлича эътибор қаратилмаган. Бизнинг фикримизча, бу бир қатор сабаблар билан боғлиқ: "қийин" ЎБИЯК ҳақида ягона аниқ тушунчанинг йўқлиги; уларни ташхислашнинг мураккаблиги, шунингдек, жарроҳлик аралашувининг ўзи; уларнинг клиник кечиш хусусиятлари ва жарроҳлик тактикасини аниқлашда ягона ёндашувлар тўғрисидаги маълумотларнинг етишмаслиги [4;7;10;19;22;34;41;60;138].

Бугунги кун тиббиёт фани ва амалиётига қўйилаётган талабларни ҳисобга олган ҳолда, бизнинг фикримизча, ушбу масалаларни ҳал қилиш ўз вақтида бўлиб, мазкур тадқиқот ўтказилишига туртки бўлди.

Ҳозирги кунда аҳолини ижтимоий ҳимоя қилиш ва соғлиқни сақлаш тизимини такомиллаштириш бўйича кенг кўламли ишлар давом эттирилмоқда. Шу билан бирга, кўрсатилаётган ёрдамни яхшилаш учун "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси (ЎБИЯ) билан беморларни даволашда жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш ва ошқозон резекциясида (ОР) техник усулларни янада такомиллаштириш бўйича илмий асосланган натижалар талаб этилмоқда. Бу операциядан кейинги асоратлар сонини камайтиришга имкон беради.

2017-2021-йилларда Ўзбекистон Республикасини ривожлантиришнинг бешта устувор йўналиши бўйича Ҳаракатлар стратегиясида аҳолининг заиф қатламларининг тўлақонли ҳаёт кечиришини таъминлаш учун тиббий-ижтимоий ёрдам тизимини ривожлантириш ва такомиллаштириш вазифалари белгиланган. Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган беморларни жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилаш, жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш ва ошқозон резекциясида техник усулларни такомиллаштириш орқали операциядан кейинги асоратлар сонини камайтириш долзарб йўналишлардан бири ҳисобланади.

Ушбу тадқиқот Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2018-йил 7-декабрдаги ПФ-5590-сон

"Ўзбекистон Республикаси соғлиқни сақлаш тизимини тубдан такомиллаштириш бўйича комплекс чора-тадбирлар тўғрисида"ги Фармони, 2017-йил 20-июндаги ПҚ-3071-сон "Ўзбекистон Республикаси аҳолисига 2017-2021-йилларда ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатишни янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида"ги Қарори ҳамда мазкур соҳага оид бошқа меъёрий-ҳуқуқий ҳужжатларда белгиланган вазифаларни амалга оширишга муайян даражада хизмат қилади.

Ушбу вазифаларни амалга ошириш, жумладан, перфоратив ўн икки бармоқли ичак ярасини (ПЎБИЯ) жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилаш, жарроҳлик тактикасини оптималлаштириш, ҳамда техник усулларини такомиллаштириш орқали операциядан кейинги асоратлар сонини камайтириш долзарб йўналишлардан бири бўлиб, ушбу тадқиқотнинг предмети ҳисобланади.

I BOB.

"ҚИЙИН" ДУОДЕНАЛ ЯРА ҲОЛАТИДА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ МАСАЛАСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ҲОЛАТИ (адабиётлар шарҳи)

1.1. Кириш. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги (ЎБИЯК) - эпидемиологияси, муаммонинг тиббий- ижтимоий аҳамияти

Яра касаллиги (ЯК) замонавий тиббиётнинг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу аҳоли орасида касалланишнинг жуда юқори кўрсаткичлари, узоқ муддатли сурункали қайталанувчи кечиши, ҳаёт сифатининг пасайиши, асоратлар ривожланишининг юқори даражаси, шу жумладан ҳаёт учун тўғридан-тўғри хавф туғдириши билан боғлиқ [23;46;55;98;100;114]. АҚШда ҳаёт давомида яра касаллигининг тарқалиши эркакларда тахминан 12% ва аёлларда 10% ни ташкил этади [109;124]. Ҳар йили АҚШда 4 миллионга яқин касалликнинг қайталаниши аниқланади [117]. Яра касаллигининг йиллик касалланиш даражаси аҳолининг 0,1-0,19% ни ташкил этади [135], ҳаёт давомида яра ривожланиш хавфи эса 10%

га етади [106;117]. Россияда 2019-йилда яра касаллиги билан касалланиш 100 000 аҳолига 69,3 ни ташкил этди, бу 100 000 дан ортиқ янги ҳолатга тўғри келади [30].

Яра касаллигининг асосий кўриниши меъда ёки ўн икки бармоқли ичак (ЎБИ) шиллиқ қаватида ярали нуқсоннинг пайдо бўлишидир. Яра касаллигининг асосий белгиси - таглик соҳасидаги оғриқ бўлиб, у антисекретор ёки антатсид дорилар қабул қилиш орқали бартараф этилади. ЎБИЯК учун овқат истеъмол қилгандан 2-3 соат ўтгач пайдо бўладиган кечки оғриқлар, шунингдек, "очлик" ва тунги оғриқлар хосдир. Яра касаллигининг ўзига хос хусусияти қайталанувчи кечиш бўлиб, кўпинча мавсумий характерга эга бўлган қўзғалишлар ва ремиссияларнинг алмашинуви билан тавсифланади [35;124;139].

Сўнгги йилларда яра касаллигини ташхислаш ва даволаш соҳасида бир қатор муҳим ўзгаришлар юз берди. Бу эса касалланишни сезиларли даражада камайтириш, касалликни эрта босқичларда аниқлашни яхшилаш ва консерватив даволашни янада самарали қилиш имконини берди [35;116]. Асосий ўзгаришларга қуйидагилар киради: эзофагогастроуденоскопия ёрдамида меъда ва ЎБИни эндоскопик текширувларининг кенг тарқалиши, *Helicobacter pylori* инфекцион агентининг ярали шикастланишларнинг кўп қисмини ривожлантиришдаги етакчи ролини тан олиниши ва яра касаллигини даволаш ҳамда олдини олишнинг клиник амалиётига антибактериал терапиянинг жорий этилиши, шунингдек, юқори самарали антисекретор дори воситаларини, хусусан, протон помпаси ингибиторларини ишлаб чиқиш соҳасидаги ютуқлар [35;121;124;138].

Яра касаллиги (ЯК) билан касалланиш кўрсаткичларининг пасайиши дунёнинг кўплаб мамлакатларида қайд этилган [130;135]. Нидерландияда йирик миллий регистр маълумотларига кўра, 1992-йилдан 2003-йилгача бўлган даврда ЯК билан касалланиш тахминан икки баравар камайган [130]. Россияда 2006-йилдан 2009-йилгача ЯК билан касалланиш (100 000 аҳолига 128,7 дан 117,7 гача) ва ушбу касалликнинг тарқалиши (100 000 аҳолига 1446,5 дан 1314,6 гача)

пасайган [35]. ЙК ва унинг асоратларининг тарқалишига ижтимоий омиллар сезиларли таъсир кўрсатиши таъкидланади [31;47].

Шуни таъкидлаш жоизки, фақат *Helicobacter pylori* билан боғлиқ бўлган ЙК касалланишининг пасайишини кўрсатадиган маълумотлар мавжуд. Шу билан бирга, идиопатик ЙК тарқалиши, эҳтимол, нафақат камаймайди, балки ортиб бормоқда. Сўнгги ўн йилликларда ЯК этиологик омили сифатида ностероид яллиғланишга қарши дорилар (НЯҚД) катта аҳамият касб этмоқда [124].

Бироқ, ЯК эпидемиологияси соҳасидаги бир қатор ижобий тенденцияларга қарамай, бу муаммо, биринчи навбатда, ҳаёт учун хавфли асоратларни ривожланиш хавфи юқорилиги сабабли ўз долзарблигини сақлаб қолмоқда. Йирик эпидемиологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, асоратлар (қон кетиш ёки перфорация) ҳали ҳам ЯК беморларда тез-тез ривожланади [110;112;125;126;130]. Ҳар йили АҚШда ЯК асоратлари 180000 га яқин шошилиш касалхонага ётқизиш ҳолатларига сабаб бўлади [128]. Асоратлар ривожланишида ўлим даражаси, айниқса перфорация ҳолатида, анча юқорилигича қолмоқда. ЯК асоратлари - қон кетиш ва перфорациядан ўлим ҳолатлари кўпайиши қайд этилган [35]. АҚШда ҳар йили 15 000 га яқин одам ЯКдан вафот этади. Шуни ҳам таъкидлаш керакки, ЙК билан боғлиқ бўлган ва ҳам бевосита, ҳам билвосита харажатларни ўз ичига олган сезиларли иқтисодий юк мавжуд. АҚШда ЯК билан боғлиқ йиллик иқтисодий зарар 6 миллион долларга баҳоланади [124].

Яра касаллиги жарроҳлигининг узоқ тарихи бор. Турли тарихий даврларда яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашнинг ўрни ва аҳамияти доимий равишда қайта баҳоланиб келган [41;52;54;84;96;98;113;138;140]. 2016-йилда Биллрот Т. томонидан биринчи муваффақиятли ошқозон резекцияси амалга оширилганига 135 йил тўлди [33]. Ошқозон резекцияси яра касаллигини патогенетик асосланган жарроҳлик даволаш усули сифатида XX асрнинг 40-50-йилларида, ошқозон хирургияси ривожланишининг

резекцион босқичи деб аталган даврда айниқса кенг қўлланилди. Бунга жарроҳлик техникасининг ривожланиши ҳамда антибиотиклар ва қон қуйиш амалиётининг жорий этилиши катта ҳисса қўшди. Россияда бу босқич Юдин С.С., Спасокукотский С.И. ва бошқа бир қатор машҳур жарроҳлар номи билан чамбарчас боғлиқ. Яра касаллигида анъанавий резекцион аралашувларнинг чекланиши нисбатан юқори ўлим даражасининг (режали жарроҳликда 4-6%) сақланиб қолиши, шунингдек, постгастрорезекцион синдромлар - демпинг синдроми (Биллрот I бўйича резекцияда 35% гача ва Биллрот II бўйича резекцияда 53% гача), келтируви ҳалқа синдроми (42%), гипогликемик синдром (34%) ва бошқаларнинг ривожланиш частотасининг юқорилиги билан боғлиқ [2;8;33;34;48]. Яра касаллигида ошқозон хирургияси ривожланишининг кейинги босқичи ваготомияни (дастлаб пояли, кейинчалик эса селектив ваготомиянинг турли вариантларини) жорий этиш билан боғлиқ. Ўлим ва асоратлар частотасини камайтириш имкониятига қарамай, ушбу усулнинг кенг қўлланилишига етарли самарадорлик йўқлиги ва постваготомик синдромларнинг ривожланиши тўсқинлик қилди [25;68;95], гарчи бу усул ўз тарафдорларига эга бўлса ҳам [50]. Постваготомик синдромлар орасида гастростаз (23% гача), демпинг-синдром (9% гача), диарея (пояли ваготомиядан кейин 30-40% гача) алоҳида аҳамиятга эга [34;95]. Яра касаллиги жарроҳлигининг замонавий босқичи 1970-йилларда бошланди. У бир қатор мураккаб тенденциялар билан тавсифланади [33]. Яра касаллигининг фармакотерапиясидаги фаол ривожланиш ўтказиладиган аралашувлар сонини камайтириш ва жарроҳлик даволашга кўрсатмаларни аниқлашга индивидуал ёндашиш имконини берди. Шу билан бирга, режали операцион фаолликнинг пасайиши фонида шошилиш аралашувлар сони ортмоқда [84;96]. Яра касаллигининг асоратли шакллари частотаси ва кечиш оғирлигининг ортиши сезиларли муаммо ҳисобланади. Сўнгги йилларнинг ўзига хос хусусияти "қийин" яралар деб аталадиган беморлар сонининг кўпайишидир [32;84].

Бугунги кунга қадар "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг умумий қабул қилинган таърифи, таснифи ва тактикаси мавжуд эмас. Ушбу хусусиятлар, шубҳасиз, ўлим кўрсаткичини камайтириш ва касалликнинг функционал натижаларини яхшилаш учун ярали беморларни жарроҳлик даволаш тактикасини қайта кўриб чиқишни талаб қилади.

1.2. ЎБЯК этиологияси ва патогенези ҳақидаги замонавий қарашлар. Патофизиологик механизмлар

ЯК ривожланишининг асосида меъда ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қавати ҳимоя элементлари ҳамда агрессия омиллари ўртасидаги мувозанат бузилиши ётади. Бу жараён схематик равишда тарози кўринишида тасвирланади. Яралар пайдо бўлишига агрессия омилларининг кучайиши, ҳимоя омилларининг сусайиши ёки уларнинг биргаликдаги таъсири сабаб бўлиши мумкин. Агрессиянинг асосий омилларига қуйидагилар киради: гастрин гиперпродукцияси, қоплама ҳужайралар улушининг ортиши, меъданинг мотор-эвакуатор функцияси (МЭФ) бузилиши, меъда фаолиятининг нерв ва гуморал бошқаруви издан чиқиши, *Helicobacter pylori* билан шиллиқ қаватнинг зарарланиши ва бошқалар. Ҳимояловчи омилларга эса қуйидагилар киради: меъда ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватини қопловчи ҳимоя шиллиғининг мавжудлиги, етарли миқдорда бикарбонатлар ишлаб чиқарилиши, шиллиқ қават эпителиал ҳужайраларининг регенерация фаоллиги, простагландинларнинг нормал ишлаб чиқарилиши, етарли қон билан таъминланиш ва бошқалар [35;108].

Тарихий нуқтаи назардан, ЯК келиб чиқиши ҳақидаги назарияларнинг хилма-хиллигини таъкидлаш лозим. ЯК этиологиясининг пептик, механик, психосоматик, кортико-виссерал, нейрогуморал ва бошқа кўплаб назариялари кенг тарқалган [92]. Узоқ вақт давомида яра ҳосил бўлиши, асосан, стресснинг оқибати сифатида қаралган. Яралар пайдо бўлишида хлорид кислота муҳим аҳамиятга эга деб

ҳисобланган, бу эса "кислотасиз яра бўлмайди" деган машҳур тезисда ўз аксини топган. ЯК патогенезини ўрганишга И.П. Павловнинг асабийлашиш ва нейрогуморал бошқарув концепциясини ривожлантириш бўйича олиб борган ишлари, шунингдек, гистамин ва бошқа моддалар ёрдамида меъда шираси секрециясини бошқаришни тадқиқ этиш катта ҳисса қўшди. XX асрнинг ўрталарига келиб, шиллиқнинг ҳимоя хусусиятларини фаол ўрганиш ва гастропротекция концепциясини ишлаб чиқиш меъда ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг ярали шикастланиши ривожланишини тушунтириш учун мувозанат концепциясининг пайдо бўлишига имкон яратди [134].

Ҳозирги вақтда ЯК ривожланишида *Helicobacter pylori* инфекцияси асосий рол ўйнайди [16;35;36;121]. *Helicobacter pylori* - грамманфий микроаэрофилъ бактерия бўлиб, унинг яшаш муҳити ошқозон чуқурчалари ва ЎБИ юқори қисмларидаги супраэпителиал қатламдир [115]. Ҳозирги кунга қадар ўтказилган тадқиқотлар шуни кўрсатадики, ушбу микроорганизм билан аҳолининг 35 дан 90 фоизигача зарарланган [111;131]. Сурункали гастрит, меъда яра касаллиги, меъда аденокарсиномаси ва МАЛТ-лимфомалар ривожланишида *Helicobacter pylori* нинг роли ҳақида ишончли маълумотлар олинган [36]. Ушбу микроорганизмнинг бошқа кўплаб касалликларнинг ривожланишидаги роли фаол ўрганилмоқда. *Helicobacter pylori* нинг улсерогенез механизмларига таъсир қилувчи кўплаб омиллар аниқланган, жумладан кўп миқдордаги ситокинлар ва интерлейкинлар секрециясини рағбатлантириш ҳамда гастрин ишлаб чиқаришни кучайтириш орқали хлорид кислота ишлаб чиқаришни кўпайтириш [136]. *Helicobacter pylori* ошқозон ширасидаги хлорид кислотани нейтраллаш учун бактериянинг яшаб қолишини таъминлашда муҳим аҳамиятга эга бўлган уреаз фаоллигидан фойдаланади [123]. Меъда шиллиқ пардасининг колонизациясини таъминлайдиган хивчинлар вирулентликнинг энг муҳим омилдир. Колонизация учун ҳужайра адгезияси молекулалари муҳим аҳамиятга эга. *Helicobacter pylori* вирулентлигининг

асосий омиллари орасида ошқозоннинг эпителиал хужайраларига тўғридан-тўғри ситотоксик таъсир кўрсатадиган омилларни, жумладан вакуолизацияловчи ситотоксин (VacA), саgA, γ-глутаминтрансфераза ва бошқаларни алоҳида таъкидлаш лозим. Масалан, VacA молекулар массаси 88 кДА бўлган оқсил бўлиб, эпителиал хужайраларга кўплаб салбий таъсир кўрсатади. Бу оқсилнинг таъсирларидан бири митохондрия мембранасининг яхлитлигини бузиш бўлиб, ситоплазмага проапоптотик омилларнинг ажралиб чиқишига олиб келади [131]. ЎБИЯҚда Ҳелисобастер пйлори нинг ЎБИДаги меъда метаплазияси жойларида жойлашуви катта аҳамиятга эга [35].

Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, ЯК ривожланишида *Helicobacter pylori* нинг устун роли концепцияси бир қатор муаллифлар [92;98;129;131] томонидан танқид қилинган. Ҳелисобастер пйлори инфекциясининг кенг тарқалганлиги популяцияда нисбатан кам (10% гача) учрайдиган ЯК ва бошқа боғлиқ касалликларнинг ривожланишини тушунтиришга имкон бермайди [105;122;131]. Шуни ҳисобга олиш керакки, ЯК кўп омилли касаллик бўлиб, унинг ривожланишида ташқи ва ички омилларнинг мураккаб мажмуаси иштирок этади. ЯК этиологияси нуқтаи назаридан генетик омиллар, чекиш, психоэмоционал стресс, иммунитет бузилишлари, оксидланиш стрессининг аҳамиятини таъкидлаш лозим [13;92]. ЯК ривожланишида бир қатор ички омиллар, хусусан, ичак гормонлари (гастрин ва соматостатин) секрециясининг роли кўрсатилган. Шундай қилиб, Ҳелисобастер пйлори ЯКнинг таркибий қисмларидан бири сифатидагина кўриб чиқилиши мумкин [92;102;104;120;131].

Сўнгги йилларда НЯҚД, хусусан, антиагрегант сифатида атсетилсалитсил кислотани қабул қилиш билан боғлиқ яралар сонининг кўпайиши жиддий муаммо ҳисобланади. Ушбу муаммонинг аҳамияти кўп сонли қўшма касалликлари мавжуд бўлган кекса ёшдаги беморларда тобора кўпроқ ҳолатлар қайд этилаётгани билан боғлиқ. Кўпинча бу беморлар антитромботик дориларни ҳам қабул қиладилар, бу эса яра ривожланиш

хавфини оширади ва ярали қон кетишнинг кечишини оғирлаштиради [121].

Ҳозирги кунга қадар ЯКнинг умумий қабул қилинган таснифи мавжуд эмас. Таснифнинг энг кенг тарқалган версиясига кўра, *Helicobacter pylori* инфекцияси билан боғлиқ яралар ва Ҳелисобастер пйлори инфекцияси ҳақида маълумотлар йўқлигида ривожланадиган яраларни ажратиш керак [35]. Кейинги ҳолат идиопатик яра деб аталади, гарчи бу нуқтаи назар бир қатор муаллифлар томонидан танқид қилинади [92]. НЯҚД қабул қилинганда ва бир қатор кам учрайдиган касалликларда (масалан, Золлингер-Эллисон синдромида) ривожланадиган яралар ЯК билан боғлиқ бўлмаган иккиламчи симптоматик яралар сифатида қаралади. Ғарб адабиётларида ЯК эмас, балки пептик яралар таснифи қабул қилинган бўлиб, улар 2 асосий гуруҳга бўлинади: хеликобактер инфекциялари билан боғлиқ ва НЯҚД қабул қилиш билан боғлиқ. Хеликобактериал инфекциялар ва НЯҚД қабул қилиш комбинацияси бўлган беморлар гуруҳи, шунингдек, улсерогенезнинг ушбу икки омили мавжудлиги тўғрисида маълумотлар бўлмаган беморлар гуруҳи алоҳида ажратилади. Бундай ҳолларда яра пайдо бўлишининг камдан-кам учрайдиган сабабларини истисно қилиш учун беморни синчковлик билан текшириш зарур [121].

1.3. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари

Энг муҳим муаммолардан бири яра асоратлари - ярали қон кетиши, перфорация (тешилиш), пенетрация, дарвоза стенози ва малигнизация ҳисобланади. Ярали беморларнинг 15-20% да қон кетиши (кўпинча меъдада яра жойлашганида), яра тешилиши - 5-15% беморларда учрайди [35;88;127]. Яралининг энг кўп учрайдиган асоратлари - ярали гастродуоденал қон кетишлар ва яралининг тешилиши - энг кенг тарқалган ўткир жарроҳлик патологиялари қаторига киради [2;47;132;133].

Олуфажо О.А. ва ҳаммуал. [128], яра асоратлари билан

касалхонага ётқизилган барча беморларнинг 87% қон кетишларга, 10,6% тешикларга, 2,4% стенозларга тўғри келади. Россия Соғлиқни сақлаш вазирлиги бош жарроҳи, академик Ревишвили А.Ш.нинг маълумотига кўра ("Россия Федерациясида (РФ) жарроҳлик ёрдами, асосий муаммолар," 14.12.2019 й.), Россия Федерациясида турли федерал округларда ошқозоннинг перфоратив яраси билан касалланиш йилига 100000 аҳолига 11,7 дан 19,5 гача ташкил қилади. Асоратланган ЯК эпидемиологиясига бағишланган 93 та тадқиқотнинг тизимли таҳлили натижалари алоҳида эътиборга лойиқдир. Ярали қон кетиш билан йиллик касалланиш 100 000 аҳолига 19,5-57,0 ни, яра тешилиши билан касалланиш 100 000 аҳолига 3,8-14 ни ташкил этди [119].

ЯК асоратлари частотасининг вақтинчалик динамикаси ҳақидаги маълумотлар етарлича қарама-қарши [101;118;119]. Шундай қилиб, баъзи ишларнинг маълумотларига кўра, сўнгги ўн йилликларда ярали қон кетиш ва перфорациялар частотасининг пасайиши кузатилмоқда. Олуфажо О.А. ва ҳаммуал. [128] Қўшма Штатларда яра асоратлари билан касалхонага ётқизилган беморларнинг мутлақ сонининг бироз пасайишини таърифлади (2005-йилда йилига тахминан 180 000 дан 2014-йилда тахминан 150 000 гача). Шу билан бирга, шуни таъкидлаш керакки, бу пасайиш фақат ярали қон кетиш сонининг қисқариши ҳисобига содир бўлди, уларнинг абсолют сони тасвирланган вақт оралиғида 161 340 дан 127 805 гача камайди. Шу вақт ичида тешикларнинг мутлақ сони нафақат камаймади, балки 2005-йилдаги 14843 тадан 2014-йилда 18 735 тагача сезиларли даражада ошди. Зайсев О.В. [1] 1995-2009-йиллар оралиғидаги кўрсаткичларни солиштирганда яра асоратлари билан касалланишнинг анча мураккаб динамикасини кўрсатди. Ярали барча асоратлари учун характерли бўлган умумий тренд кўрсатилган вақт оралиғида касалланиш кўрсаткичларининг пасайишидир. Шундай қилиб, 1995-2009-йилларда ярали қон кетиш билан касалланиш 100 000 аҳолига 63,7 дан 100 000 аҳолига 47,7 гача, тешилган яралар билан касалланиш 100

000 аҳолига 23,7 дан 14,0 гача, стенозлар билан касалланиш 100 000 аҳолига 8,3 дан 2,0 гача камайди. Бироқ, юқорида қайд этилган даврда касалланишнинг бир неча кўтарилиш ва пасайиш ҳолатлари қайд этилди. 1995-2000-йиллар оралиғида ярали қон кетиш частотасининг аста-секин ўсиши кузатилди, шундан сўнг касалланиш кўрсаткичининг кескин пасайиши қайд этилди. Шундан сўнг, 2006 ва 2008-йилларда чўққилар билан касалланишнинг барқарорлашиш тенденцияси кузатилди, бунда касалланиш кўрсаткичи 1995-йилда олинган маълумотлар билан таққосланди. Касалликнинг юқоридаги динамикаси ижтимоий-иқтисодий омиллар билан боғлиқ бўлиши мумкин [31]. Яралиг асоратлари ривожланишида ретсидивларнинг юқори частотасини таъкидлаш керак. 7 кун ичида ярали қон кетишларнинг ўртача қайталаниш частотаси 13,9% ни ташкил этди, узоқ муддатли кузатувда перфорациялар ривожланишида қайталаниш частотаси 12,2% ни ташкил этди [119].

Сўнгги йилларнинг демографик хусусиятларидан бири кекса ёшдаги беморларда яра касаллиги асоратларининг тез-тез ривожланиши бўлиб, бу улсероген дори воситаларини (хусусан, атсетилсалитсил кислотани) истеъмол қилишнинг кўпайиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Ярали қон кетиш билан оғриган беморларнинг ўртача ёши 68 ёш, тешилган яра билан оғриган беморларники эса 62 ёш эканлиги аниқланган. Кекса ёшдаги беморларнинг аксариятида коморбид касалликларнинг мавжудлиги прогнозга салбий таъсир кўрсатиб, нохуш оқибат предикторларидан бири ҳисобланади. Бундан ташқари, бу омилни жарроҳлик даволаш тактикасини танлашда ҳам ҳисобга олиш керак [128].

Ҳозирги вақтда яра асоратлари ривожланишида ўлим даражаси юқорилигича қолмоқда. Тизимли таҳлил маълумотларига кўра, қон кетишларда 30 кунлик ўлим 8,6% (95% ИИ: 5,8-11,4%), перфорацияларда эса 23,5% (95% ИИ: 15,5-31,0) ни ташкил этади. Яралиг асоратларида ўлимга олиб келадиган хавф омиллари катта ёш, шок белгиларининг мавжудлиги ва даволанишнинг

кечиктирилган бошланишидир [119]. Олуфажо О.А. ва ҳаммуаллиф. [128] АҚШда 2005 ва 2014-йиллар маълумотларини таққослаганда, перфорацияда ўлимнинг кичик, аммо статистик жиҳатдан сезиларли пасайиши (11,9% дан 9,2% гача), шунингдек, ярали қон кетишларда ўлимнинг пасайиш тенденцияси (14,5% дан 12,8% гача) қайд этилган. Баъзи тадқиқотларда ярали қон кетишларда ўлим даражаси юқорилиги ҳақида маълумотлар олинган. Гастродуоденал қон кетишларнинг йирик таҳлилида (n=895) ўлим частотаси 24,6% га етиши кўрсатилган [81]. Шунингдек, лозимки, ярали қон кетишларда ўлим ҳолатларининг 80% га яқини қон кетишнинг ўзи билан бевосита боғлиқ эмас, балки ёндош касалликларнинг декомпенсацияси билан изоҳланади. Яра касаллиги билан оғриган беморларда ўлимнинг асосий сабаблари кўп аъзолар етишмовчилиги, юрак касалликлари, онкологик касалликлар, жигар, марказий асаб тизими, буйрак ва ўпка касалликлари ҳисобланади [81].

Авакимян В.А. ва ҳаммуал. [1] тешилган яра ва қон кетиш комбинацияси яра тешилган беморларнинг 6,9% да учрайди.

Яранинг бир нечта асоратларининг, кўпинча перфорация ва ярали қон кетишининг биргаликда ривожланиши муаммоси жуда мураккабдир [1;5;63;64]. Авакимян В.А. ва ҳаммуаллиф. [1] маълумотларига кўра, тешилган яра ва қон кетиш комбинацияси яра тешилган беморларнинг 6,9% ида учрайди.

1.4. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг замонавий жарроҳлигида " қийин" яралар

Кўплаб муаллифлар таъкидлашларича, яра касаллигига қарши юқори самарали консерватив даволаш усуллари ривожланишига қарамай, ҳозирги кунда яра касаллигига чалинган беморларга режали жарроҳлик ёрдами таъминлаштириш долзарб масала бўлиб қолмоқда. Сўнгги йилларда яра касаллигида шошилиш жарроҳлик аралашувларини ўтказишга аниқ йўналиш

кузатилмоқда, бунга ҳаёт учун хавфли асоратларнинг ривожланиши сабаб бўлмоқда [12;47;87;96]. Шу билан бирга, яра касаллигидаги шошилинич аралашувлар, одатда беморларнинг оғир ҳолатида ва кўпинча тунги пайтда ўтказилиши сабабли, ўлим ва асоратлар частотасининг анча юқори кўрсаткичлари билан тавсифланади. Режали жарроҳлик аралашувларини бажариш учун кўрсатмаларни оптималлаштириш ниҳоятда муҳимдир. Крилов Н.Н. фикрича, ҳозирги кунга қадар узоқ вақт давомида битмайдиган, кўплаб ва улкан яралари бўлган беморларнинг катта гуруҳи мавжуд [47]. Аслида, бу ҳолатда гап яра касаллигининг сурункали қайталанувчи кечиши ҳақида кетмоқда, бунда замонавий консерватив даволаш етарли даражада натижа бермайди. Шу нуқтаи назардан ўн икки бармоқли ичак "қийин" яраларида жарроҳлик амалиётлари техникасини такомиллаштириш жуда муҳим аҳамиятга эга [10;19;22;83;103;107]. Шунини таъкидлаш жоизки, ҳозирги кунга қадар «қийин»ўн икки бармоқли ичак яраларини жарроҳлик йўли билан даволашда таклиф этилган ёндашувларнинг хилма-хиллигига қарамай, ушбу тоифадаги беморларни даволаш тактикасини танлашда ягона фикр мавжуд эмас [84;87;99].

«қийин»яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг юқори аҳамияти биринчи марта XX аср бошларида ишларда таъкидланган. Ушбу муаммони фаол ўрганиш ўтган асрнинг 70-йилларида бошланган, ўшанда "қийин" яралар жарроҳлигининг 2 та асосий муаммоси ажратиб кўрсатилган: 1) кучли чандиқли жараён мавжудлиги ва яқин атрофдаги аъзоларнинг шикастланиши хавфи туфайли ярани ажратиб олишнинг хавфлилиги ва 2) тўқималар етишмаслиги шароитида ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини ёпишнинг қийинлиги [84].

Ҳозирги кунга қадар "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларининг умумий қабул қилинган мезонлари мавжуд эмас. Кўп ҳолларда "қийин" яралар паст жойлашган, катта ёки гигант ўлчамли, яққол яллиғланиш инфильтрати ва турли асоратлар, айниқса пилородуоденал стеноз ва пенетрация билан кечувчи ўн икки бармоқли ичак яраларидан иборат [3;9;40]. Зайтсев О.В. [32] ишида ўн икки

бармоқли ичак "қийин" яраларига қуйидаги хусусиятлардан бирига эга бўлган сурункали яралар киритилган: 1) диаметри 25 мм дан ортиқ (гигант яралар) бўлиб, кучли яллиғланиш инфилтрати мавжуд; 2) яранинг қўшни аъзоларга ўтиши; 3) ўн икки бармоқли ичакнинг базал-пиёзсимон ёки постбулбар қисмига тарқалган найчали стенознинг мавжудлиги; 4) яра тикилгандан ёки пилоропластика билан ваготомиядан кейин қайталаниши, аъзолар ўртасидаги анатомик-топографик муносабатларнинг жиддий бузилиши билан; 5) яранинг постбулбар ва базал-пиёзсимон жойлашуви. Бошқа муаллифлар ўн икки бармоқли ичак "қийин" яраларининг белгиларини тавсифлашда яра ўлчамларини ҳисобга олмайдилар. Масалан, Г.М. Барванян ва ҳамкасблар [6] ўн икки бармоқли ичак "қийин" ярасини тавсифлаши мумкин бўлган 4 та асосий белгини кўрсатади: паст жойлашув, яққол периулсероз инфилтрат, стеноз ёки қўшни аъзоларга пенетрациянинг мавжудлиги. Калиш Ю.И. ва Турсуметов А.А. [39] "қийин" яраларнинг қуйидаги турларини ажратиб кўрсатади: гигант, кўп сонли ва юқори жойлашган, шунингдек уларнинг комбинацияси. Никитин Н.А. ва ҳамкасблар [63] ўн икки бармоқли ичак «қийин»яралари мезонлари орасида қуйидаги белгиларни қайд этади: малигнизацияга шубҳа, катта ва гигант ўлчам, қадоқланган яра, тешилишнинг бошқа асоратлар билан бирга келиши, тешилишнинг такрорий характери ва аъзо сақловчи операциядан кейин тешилишнинг ривожланиши, яранинг икки томонлама жойлашуви. Шундай қилиб, турли ишларда "қийин" яраларнинг таърифи ва белгилари ўхшаш бўлса-да, улар тафсилотлари ва белгиларнинг аниқ тўпламида фарқ қилиши мумкинлигини таъкидлаш мумкин. Одатда, "қийин" яралар катта ўлчамли, нотўғри шаклда, сезиларли периулсероз яллиғланиш ўчоғи билан, орқа деворнинг деструкцияси ва меъда ости безига пенетрацияси билан кечади. "Қийин" яраларда консерватив даволаш жиддий анатомик ва функционал ўзгаришлар туфайли самара бермайди. Буларнинг барчаси "қийин" яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг асоратларини, шу жумладан операциядан кейинги

панкреатит, анастомоз ва ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи етишмовчилигининг жуда юқори частотасини белгилайди [40;45;87]. "Табиати қийин" яраларда консерватив терапия қўпол анатомик ва функционал ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда самара бермайди. Буларнинг барчаси "қийин" яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг асоратларини, шу жумладан операциядан кейинги панкреатит, анастомоз ва чўлтоқлар етишмовчилигини жуда юқори частотасини белгилайди [40;45;87].

"Асоратланган" яра ва "қийин" яра атамаларининг фарқини таъкидлаш лозим. Асоратланган яра ярадаги асоратлар (қон кетиши, перфорация, пенетрация ва стеноз) мавжудлигини назарда тутаяди, бироқ бу асоратлар мавжуд бўлганда ҳам жарроҳлик даволаш техник жиҳатдан мураккаб бўлиши шарт эмас. "Қийин" яра атамаси эса операция паллиатив ёки радикал, шошилиш ёки режали бўлишидан қатъи назар, жарроҳлик даволашдаги техник қийинчиликларга эътиборни қаратади [3;6;11;70;71]. Шунинг учун керакки, ўн икки бармоқли ичак (ЎББИ)нинг "қийин" яралари кўпинча яра асоратлари, биринчи навбатда пенетрация, шунингдек пилородуоденал канал стенози ва қон кетиши билан бирга кечади. ЎББИнинг "қийин" яралари бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашдаги асосий техник қийинчиликлар чандиқли-яралар жараён ва яққол перифокал яллиғланиш ўзгаришлари бўлиб, булар биргаликда аъзолар ва турли тузилмалар ўртасидаги нормал топографик-анатомик муносабатларнинг жиддий бузилишига олиб келади [10]. "Қийин" яраларнинг ўзига хос хусусияти хлорид кислота ишлаб чиқаришнинг сезиларли даражада кўпайиши бўлиб, бу "кислота агрессияси билан узлуксиз декомпенсацияланган кислота ҳосил бўлиши" сифатида тавсифланади ва "қийин" яраларнинг оғир кечишини, уларнинг қайталанувчи турғун характерини, асоратлар ривожланиш хавфини белгилайди [22;72;75].

"Қийин" яралар эпидемиологияси ҳозирги кунга қадар етарлича ўрганилмаган бўлиб, бу кўп жиҳатдан умумий қабул қилинган мезонларнинг йўқлиги билан боғлиқ. Ушбу

муаммонинг кўламини билвосита ЎБИЯнинг пенетрацияловчи яралари (65,2% гача) ва гигант яралар (10% гача) учрашининг юқори частотаси орқали баҳолаш мумкин. Шунинг таъкидлаш кераки, В.В. Сахаровнинг тадқиқотига кўра [77], ЎБИ яраларининг ярмигачаси "қийин" тоифасига киритилиши мумкин. Энг муҳим кўрсаткич яра касаллигида жарроҳлик фаолиятининг умумий тузилишида "қийин" яралар бўйича операцияларнинг жуда юқори улуши ва янада муҳими - сўнгги йилларда ушбу кўрсаткичнинг аниқ ўсиш тенденциясидир. Агар 2000-йиллар бошида "қийин" ЎБИ яралари яра туфайли операция қилинганларнинг умумий сонининг 15% дан кўп бўлмаган қисмини ташкил этган бўлса, 2009-йилда бу кўрсаткич 34,3% га етган [32]. Калиш Ю.И. ва Турсуметов А.А. [39] яра касаллиги билан оғриган 354 нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилганда, 32,8% ҳолат қийин яралар улушига тўғри келишини аниқлаган.

ДЯнинг турли "қийинлик" мезонларининг учраш частотаси амалий аҳамиятга эга. М.К. Гуловнинг [22] кўрсатишича, "оғир" яралар орасида энг кўп постбулбар яралар (37,7%), камроқ ҳолларда гигант яралар (18,3%), панкреатит билан асоратланган пенетрацияловчи яралар (16,9%), жигар ва ўт пуфагининг оқма йўллари ҳосил қилмаган ҳолда пенетрацияловчи яралар (14,4%), кенг тарқалган периулсероз инфильтратли яралар (10,2%) ва холедоходуоденал оқмалар (7,5%) учрайди. Бошқа бир тадқиқот маълумотларига кўра, ўн икки бармоқли ичак яраларининг "қийинлиги"нинг энг кенг тарқалган мезони пенетрациянинг мавжудлиги (80,5%), узоқ тубуляр стеноз (46,5%) ва яранинг постбулбар жойлашуви (36,9%, бунда бир беморда бир вақтнинг ўзида бир нечта "қийинлик" мезонлари кузатилиши мумкин) [26;32]. Ҳозирги кунгача адабиётларда ЎБИнинг "қийин" ва асоратланган яраларида режали жарроҳлик аралашувларининг частотаси, шунингдек, жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар ҳақида жуда зиддиятли маълумотлар келтирилмоқда. Хусусан, режали жарроҳлик даволаш учун энг кўп учрайдиган кўрсатмалар 3-4 ой давомида

консерватив терапияга бўйсунмайдиган каллез ва пенетрацияловчи яралар, гигант ва катта ўлчамдаги ЎБИ яралари, шунингдек, адекват яра қарши терапияга қарамай, юқори частотада қайталанувчи яра касаллиги эканлиги таъкидланади [32].

Власов А.П. ва ҳаммуаллифлари [10] ЎБИнинг "қийин" яралари туфайли 104 та ошқозон резекцияси ҳолатини таҳлил қилиб, барча беморларда ошқозон ости беzi ёки бошқа аъзоларга яра пенетрацияси, шунингдек чандиқли перипроцесс мавжудлигини аниқладилар. Бунда яраларнинг ярмидан кўпи улкан ўлчамга эга эди. Шунингдек, ҳолатларнинг деярли ярмида ЎБЯ пиёзчаси стенозининг яра ЎБЯ бошчасига пенетрацияси билан биргаликда келиши қайд этилди. Шунингдек, ҳолатларнинг деярли ярмида ЎБИ пиёзчаси стенозининг яра ЎБИ бошчасига пенетрацияси билан бирга келиши қайд этилди.

Ҳозирги кунга қадар "қийин" дуоденал яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг барча таклиф этилган усуллари (биринчи навбатда, резекцион аралашувларнинг турли хил турлари) етарлича аниқ чекловларга эга. "Қийин" яраларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларидан қониқмаслик сўнгги йилларда таклиф қилинган жарроҳлик аралашувларининг турли хил техник модификацияларининг кўплиги билан ифодаланиши мумкин [6;10;53;76;78].

Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ошқозон резекцияси ҳамон «қийин»ўн икки бармоқли ичак яраларини жарроҳлик йўли билан даволашнинг энг радикал усули сифатида қаралиши керак [25;29;39;53;69;97]. «қийин» дуоденал яралар билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг асосий муаммолари қуйидагилардир: асоратларнинг юқори частотаси ва ўлим кўрсаткичларининг юқорилиги, шунингдек, бошқа жойда яра қайталанишининг юқори хавфи [32;61]. Операциядан кейинги яқин асоратлар орасида ошқозон резекциясидан кейинги чоклар етишмовчилиги (4-6%) [35;86] ва операциядан кейинги панкреатитнинг юқори частотаси (11-13%) [18;67]

муаммоси энг катта аҳамиятга эга. Салбий узоқ муддатли натижалар резекцион аралашувлардан кейин демпинг синдромининг юқори частотаси (35% гача) [27;47], шунингдек, рефлюкс-эзофагит (72-94%) [21;77] билан боғлиқ.

Классик резекцион аралашувлар орасида Билрот I ва II бўйича ошқозон резекцияси ҳамон юқори долзарбликни сақлаб қолмоқда. Шу билан бирга, классик шаклда жарроҳлик даволашнинг бу иккала варианты ҳам «қийин» дуоденал яраларда улардан фойдаланиш имкониятларини сезиларли даражада чеклайдиган маълум камчиликларга эга. Билрот I бўйича резекцияни бажариш «қийин» дуоденал яраларда ичак орқа деворининг сезиларли танқислиги билан чекланган. Бундай ҳолларда жарроҳ кўпинча ошқозон резекцияси ҳажмини камайтиришга ҳаракат қилади, бу эса яранинг қайталаниш хавфини оширади. Билрот II бўйича ошқозон резекциясининг чекланиши дуоденал ўтишнинг янада яққол бузилишлари ва постгастрорезекцион синдромларнинг юқори частотаси ҳисобланади [6;90]. Билрот II бўйича ошқозон резекциясида ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикиш жарроҳлик даволашнинг ушбу турининг "Ахиллес товони" деб аталади [32]. Ушбу муаммонинг мураккаблигини ҳозирги кунга қадар 200 га яқин таклиф қилинган ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикиш усулларининг катта хилма-хиллиги ҳам кўрсатади [3;14;29;62;84]. Аксарият муаллифлар «қийин»дуоденал яраларни даволашда Билрот I бўйича ошқозон резекциясини ўтказишга мойилдирлар [15;28;32]. «қийин»дуоденал яралар шароитида Билрот I операциясининг сўзсиз афзаллиги "охири-охири" гастродуоденоанастомоз яратишдир, бу эса ўн икки бармоқли ичак «қийин»чўлтоғи муаммосининг олдини олишга ва анастомоз етишмовчилиги хавфини камайтиришга ва натижада ўлимни камайтириш имконини беради [80]. Ўлим ва асоратлар хавфини камайтиришдан ташқари, Билрот II бўйича ошқозон резекцияси беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолашда операциянинг ижобий узоқ муддатли натижаларини таъминлайди [32].

"Қийин" он икки бармоқ яраси (ЎБЯ) шароитида

Билрот I бўйича ошқозон резекциясини (ОР) бажаришда ичакнинг орқа девори етишмовчилиги муаммосини ҳал қилишнинг бир нечта усуллари таклиф этилган. Он икки бармоқ ичаги (ЎБИ) орқа девори танқислиги шароитида қўлланиладиган маълум ёндашувлардан бири унинг орқа лабига бир қаторли чок қўйиш орқали тўғридан-тўғри гастродуоденал анастомозни шакллантириш ҳисобланади [69;80;83]. Бу усулнинг чекловлари мавжуд бўлиб, биринчидан, бундай анастомозда ёпиш хусусиятларининг йўқлиги овқат ҳазм қилиш физиологиясига жуда салбий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари, анастомознинг жисмоний ва функционал етишмовчилиги ривожланиш хавфи бор, чунки "қийин" ЎБЯ да унинг шаклланиши аниқ чандиқли ва яллиғланиш ўзгаришлари соҳасида муқаррар равишда содир бўлади. Ошқозон ости ва ўн икки бармоқ артериялари ҳосил қилган артериал ёйлардан чиқувчи қисқа ва узун тўғри артерияларнинг боғланиши туфайли ЎБИ мобилизациясида қон айланишининг бузилиши муҳим аҳамиятга эга бўлиши мумкин. "Қийин" ЎБЯ да ОР ни амалга оширишнинг яна бир усули - бу термино-латерал гастродуоденал анастомозни (ГДА) шакллантириш бўлиб, у ўн икки бармоқ ичак пассажиини сақлаб қолиш муаммосини ҳал қилиш ва шу билан қисман дарвозабоннинг ёпувчи функциясини компенсация қилиш имконини беради. Бироқ, бу "қийин" ярада ГДА шаклланишининг юқорида тавсифланган муаммоларини ҳал қилмайди. Бундан ташқари, жарроҳлик даволашнинг бу усулида тўқималарнинг зўриқиши юзага келади ва панкреатодуоденал соҳанинг анатомияси сезиларли даражада ўзгаради. Бу иккита жиддий салбий оқибатга олиб келиши мумкин: 1) ошқозон ости беши бошчасининг эгилиши ва Одди сфинктери тонусининг ошиши туфайли панкреатит ривожланиши хавфи; 2) ЎБИ горизонтал қисмининг тортилиши ва ичакнинг Кохер бўйича мобилизацияси натижасида дуоденостаз ривожланиш хавфи [6].

Власов А.П. ва ҳамкасблар [10] "қийин" ЎБЯ билан оғриган беморларда Билрот II бўйича ОР ни амалга оширишнинг такомиллаштирилган усулини таклиф

қилишди. Бу ёндашувнинг асосий афзаллиги ЎБЯ культуни кенг мобилизация қилиш заруратининг йўқлигидир. Техник жиҳатдан, бу усулнинг муҳим томонлари ЎБЯ ни фақат яра нуқсонига ажратиш бўлиб, шундан сўнг шу даражада иккита Кохер қисқичи қўйилади ва кейинчалик аъзо кесилади. Бу ЎБЯ нинг қон билан таъминланишини сақлаб қолиш имконини беради, бу эса анастомоз битишининг зарурий шартидир. Ушбу ёндашувнинг яна бир афзаллиги ошқозон ости беши ва жигардан ташқари ўт йўллари зарарланишини камайтиришдир. Ошқозон ости безининг шикастланиш хавфини минималлаштириш ва натижада операциядан кейинги панкреатит ривожланиши муаммосини қисман ҳал қилиш муҳим устунлик ҳисобланади. Таклиф этилган усул билан 104 нафар беморни даволаш натижаларини таҳлил қилганда, бир қаторли эвертирланган чокдан фойдаланганда анастомоз етишмовчилиги кузатилмаганлиги аниқланган. Чокнинг йўналтирилганлиги туфайли сезиларли яллиғланиш ўзгаришлари мавжуд бўлганда ҳам анастомоз торайиши кузатилмайди. Шу билан бирга, узоқ муддатли оқибатлар таҳлилида 11,5% ҳолатда демпинг синдроми, 20,3% ҳолатда ишқорий рефлюкс-эзофагит ривожлангани қайд этилди. 2,8% ҳолларда пептик яранинг қайталаниши аниқланган [10]. 2,8% ҳолларда пептик яранинг қайталаниши қайд этилган [10].

ГДА шаклланишида тўқималар етишмовчилиги ва таранглик муаммосини ҳал қилиш учун меъданинг найсимон резекцияси деб аталадиган техника ишлаб чиқилди. Хусусан, Шоэмаскер Ҳ.Б. резекция чизиғини қийшиқ жойлаштириб, кичик эгриликни олиб ташлашни таклиф этди. Бунда анастомоз шаклланадиган соҳадаги меъда чўлтоғининг диаметри ўн икки бармоқли ичак диаметрига мос келади. Ушбу услубнинг модификациясини В.В. Сумин ва ҳамкасблар таклиф этишган [82].

О.В. Зайтсев ва ҳамкасблар [32] «қийин»ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган беморларда Биллрот I бўйича меъда резекциясини қўшимча техник усуллар билан тўлдириш зарурлигини таъкидлайдилар. Улар

орасида бир қаторли чок қўйиш, тўқималар етишмовчилиги шароитида ўн икки бармоқли ичакни тежамкор мобилизация қилиш, ярани ташқарига чиқариш, Коҳер усули бўйича ўн икки бармоқли ичакни кенг мобилизация қилиш (бу анастомоз соҳасидаги тарангликни камайтиради), шунингдек, ўн икки бармоқли ичакнинг очик чўлтоғида анастомоз шакллантириш каби усулларни қайд этиш лозим. Бир қаторли сероз-мушак-шиллик ости чокларидан фойдаланиш чоклар етишмовчилиги частотасини 13,4% дан 0,8% гача пасайтириш ва беморлар ўлимини камайтиришга имкон беради [32]. Меъда чўлтоғи ва ўн икки бармоқли ичак орасидаги диэстез муаммосини ҳал қилиш учун муаллифлар найсимон меъда резекцияси вариантини таклиф қилишган. Бунда резекция чегараси кичик эгрилик бўйлаб қизилўнгач-меъда ўтиш жойидан, катта эгрилик бўйлаб эса талоқнинг пастки қутбидан 5-6 см масофада ўтади (яъни Биллрот I бўйича классик резекция вариантыга нисбатан 3-4 см пастроқда). Ушбу усулнинг чекловлари орасида операциядан кейинги даврда дуоденостаз туфайли дуоденогастрал рефлюкс-гастрит ривожланиши хавфининг юқорилигини таъкидлаш лозим. Бундай вазиятда Биллрот II усулида яқунлаш ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи етишмовчилиги хавфи юқорилиги билан боғлиқ. Шу сабабли, дуоденостаз белгилари аниқланганда, декомпрессион дуоденостомия ўтказиш тавсия этилади. Шунини таъкидлаш жоизки, ушбу аралашувда Роух усули бўйича ичак қовузлоғи, асосан, ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини ёпиш учун пластик материал сифатида қўлланилади. Модификацияланган техникалар қўлланилиши натижаларини таҳлил қилиш шунини кўрсатдики, ўлим даражаси Биллрот I резекциясида 5,7% ва Биллрот II резекциясида 21,9% ни ташкил этади. Бундан ташқари, Биллрот II резекциясида анастомоз етишмовчилиги ҳолатларининг статистик жиҳатдан сезиларли даражада кўпайиши қайд этилган [32].

В.В. Сахаров [77] "қийин" ошқозон яраси (ОЯ) учун Биллрот I бўйича ошқозон резекциясини ўтказиш усулини таклиф этди, бунда пилорусни модуляцияловчи

гастродуоденал анастомоз шакллантирилади. Икки йўлли инвагинацион-клапанли анастомоз қўйиш билан ошқозон резекциясини ўтказиш тажрибаси тасвирланган, бунда клапан ўз шакли ва тузилишини сақлаб қолган ҳолда, резекциядан кейинги асоратлар ривожланишининг олдини олишга ёрдам беради.

"Қийин" ОЯда ошқозон резекциясининг турли хил вариантларини қўллашнинг энг муҳим чекловларидан бири - бу асоратларнинг жуда юқори частотаси бўлиб, у ушбу тоифадаги беморлар орасида ўлим кўрсаткичларининг юқори бўлишига олиб келади. "Қийин" ОЯларда Билрот II бўйича ошқозон резекциясининг энг хавфли асоратларидан бири ўн икки бармоқли ичак (ЎБИ) "қийин" чўлтоғининг етишмовчилигидир [29;62;84]. ЎБИнинг "қийин" чўлтоғи 21-70% ҳолатларда учрайди. Ушбу ҳодисанинг моҳияти шундаки, уни тикиш учун ярали жараён билан зарарланган ЎБИ орқа девори етарли бўлмайди. Сурункали ишемия ва қон айланишининг бузилиши шароитида ЎБИ чўлтоғи жароҳатининг битиши жуда муҳим омил ҳисобланади [61]. Баъзи ҳолларда "қийин" чўлтоқ чоклар етишмовчилигига олиб келади (режали жарроҳликда 5% гача ва шошилишч аралашувларни бажаришда 20-40%) - бу 25-100% ўлим даражаси билан кечадиган хавфли асоратдир [29;62]. Гигант ва ўсиб кетган дуоденал яраларда чоклар етишмовчилигининг частотаси 18% гача етади. ЎБИнинг "қийин" чўлтоғи муаммосининг долзарблиги кўплаб илмий нашрлар билан тасдиқланган, шу жумладан сўнгги йилларда ўтказилган тадқиқотлар, уларда жарроҳлик аралашувларини амалга оширишга янги техник ёндашувларнинг самарадорлиги ўрганилган [44;56;59;61;64;84]. Масалан, В.Н. Никитин ва С.Г. Клипач [61] "қийин" чўлтоққа ишлов беришда пиёзбошнинг олд деворини узунасига кесиш, икки қаторли узлуксиз чок билан тикишни таклиф этишган.

Ўн икки бармоқ ичак (ЎБИ) "оғир" яраси шароитида ошқозон резекциясининг бошқа тез-тез учрайдиган асоратлари орасида ўткир перитонит ва гепатодуоденал бойлам тузилмаларининг шикастланишини қайд этиш

лозим [15;29;53;97]. Умуман олганда, ошқозон ва ЎБИ операцияларидан кейин панкреатит 1-36% ҳолларда ривожланади, бунда ўлим даражаси 80% гача етиши мумкин [60;79;85]. Ушбу асорат, айниқса, Билрот II бўйича ошқозон резекциясида дуоденал гипертензия ривожланиши ва Одди сфинктери тонусининг ошиши билан боғлиқ ҳолда долзарбдир [43;65]. Шубҳасиз, "оғир" яраларда, яққол яллиғланиш ва чандиқланиш жараёни шароитида, яра ЎБИ бошчасига кириб борганда, ЎБИ орқа деворини ажратишда ўт йўллари ва панкреатик йўлларнинг шикастланиш хавфи юқори бўлади. Бундай ҳолатларда, Морозов С.В. ва ҳаммуаллиф. [57] маълумотларига кўра, проксимал дуоденоюноанастомоз қўйиш оптимал операция бўлиши мумкин. "Оғир" яраларни жарроҳлик йўли билан даволашда панкреатитнинг олдини олиш учун оқилона консерватив терапия ўтказиш ҳам катта аҳамиятга эга [22].

Резекцион амалиётларни ўтказишдаги техник мураккаблик ва асоратлар ривожланиш хавфи пилоропластика билан ваготомия ўтказиш имкониятини кўриб чиқишни тақозо этади. Бироқ, "оғир" ЎБИ яраларида ушбу усул ҳам, тўқималар етишмаслиги ва чандиқли ўзгаришлар шароитида пилоропластикани ўтказишнинг сезиларли мураккаблиги, шунингдек, 30% гача етадиган яра қайта юзага келишининг жуда юқори частотаси туфайли сезиларли чекловларга эга [84].

"Қийин" ЎБИ яраларнинг турли кўринишлари орасида техник жиҳатдан алоҳида муаммолар постбулбар жойлашган яралар бўлиши мумкин, улар умумий ЎБИ яраларининг 25% ини ташкил этади [20;38;49;62;66]. Ушбу яраларнинг ўзига хос хусусиятлари пенетрация (90% гача) ва ЎБИ стенози (60% гача) ривожланиш хавфи юқори бўлган агрессив кечишидир [37;49]. Масалан, Қодиров Д.Р. ва ҳаммуаллиф. [37] кўрсатишича, постбулбар яраларда яра пенетрацияси 85,9% ҳолларда, яра атрофидаги яллиғланиш инфилтрати эса 68,5% ҳолларда аниқланган. Барча "қийин" ЎБИ яралари учун инсулин ва гистамин билан стимуляция қилинганда хлорид кислота ишлаб чиқарилишининг кўпайиши кузатилган, аммо яра

жойлашуви катта дуоденал сўрғичга яқинлашгани сари унинг кўпайиши қайд этилган, бу эса паст жойлашган яраларнинг юқори агрессивлигини белгилайди [22].

Асоратларнинг юқори частотаси ва агрессив кечиши баъзи муаллифларга постбулбар жойлашувни асоратлар ривожланишини кутмасдан радикал жарроҳлик даволаш учун етарли асос сифатида кўриб чиқишга имкон беради. Постбулбар яраларни жарроҳлик йўли билан даволашда ўлим даражаси 10% гача етади [66].

Адабиётларда ушбу жойлашувдаги яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг икки асосий усули тақдим этилган. Постбулбар яраларда кўп қўлланиладиган резекцион аралашувларни (яра олиб ташланган ёки олиб ташланмаган ҳолда) бажариш, шу жумладан ярани "ўчириш" деб аталадиган аралашувлар, асоратларнинг жуда юқори частотаси ва ўлим кўрсаткичлари билан кузатилади [51;62]. Асосий асоратларга ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги, операциядан кейинги панкреатит, умумий ўт йўлининг шикастланиш хавфи ва бошқалар киради [66]. Антрал қисмни шиллиқ қаватдан ажратиш билан "ўчириш" деб аталадиган операциялар ошқозоннинг кислота ишлаб чиқарувчи тизимининг катта қисмини олиб ташлашга қаратилган, аммо ҳар доим ҳам самарали бўлавермайди ва "ўчирилган" яра томонидан асоратлар келтириб чиқариши мумкин. Ушбу яраларни даволашнинг яна бир усули дуоденопластика билан бирга қўлланиладиган селектив проксимал ваготомия бўлиб, бу ҳолатда стеноз мавжудлиги сабабли мутлақо зарурдир [37]. Ушбу усулнинг афзаллиги пилорик сфинктернинг бутунлигини сақлашда бўлиб, бу дарвозабон функциясининг бузилиши (демпинг-синдром, рефлюкс-гастрит) билан кузатиладиган дренажлаш операцияларининг асоратларини олдини олишга имкон беради. Ф.Д. Қодиров ва ҳаммуаллиллари билан маълумотларига кўра [37], жарроҳлик даволашнинг айнан шу усулини постбулбар яраларда танлов операцияси сифатида кўриб чиқиш лозим. Шу билан бирга, баъзи ҳолларда резекцион аралашувларни, шу жумладан ярани "ўчиришга" қаратилган аралашувларни

амалга ошириш мақсадга мувофиқ бўлади. Хусусан, ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясининг захира имкониятлари қониқарсиз бўлганда, ваготомия бажарилганда гастростазнинг ривожланиши деярли муқаррар бўлган ҳолларда резекция кўрсатилган. Шунинг таъкидлаш керакки, постбулбар яраларда ошқозон резекциясини бажариш тахминан ярмида ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини ажратиш ва тикишда қийинчиликлар кузатилади [37]. Постбулбар яраларни жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари орасида В.И. Оноприев томонидан таклиф қилинган радикал дуоденопластика ва ствол ваготомияси комбинациясини ҳам қайд этиш лозим [66]. Постбулбар яраларни жарроҳлик йўли билан даволашга ёндашувлар орасида В.И. Оноприев томонидан таклиф қилинган радикал дуоденопластика ва ствол ваготомиясини ҳам қайд этиш керак [66].

"Қийин" ошқозон-ичак яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш масаласида, айниқса, гигант пилородуоденал яралар билан асоратланган беморлар алоҳида эътиборни талаб қилади [94]. Гигант яралар биринчи марта 1931-йилда Л.Г. Брдисзка томонидан тасвирланган. Яра ўчоғи 2 см дан катта бўлган яралар гигант яралар деб ҳисобланади. Ушбу муаммонинг долзарблиги бир қатор омиллар билан боғлиқ: консерватив даволашнинг самарасизлиги, касалликнинг узоқ муддатли қайталанувчи кечиши, жарроҳлик даволашнинг мураккаблиги ва асоратларнинг юқори частотаси. Таъкидлаш жоизки, гигант пилородуоденал яралари бўлган беморларнинг аксарияти меҳнатга лаёқатли ёшда [94].

Гигант пилородуоденал яралар хирургиясининг узоқ ривожланиш тарихига қарамай, ҳозирги кунгача ушбу ҳолатда жарроҳлик тактикасининг кўплаб масалалари ҳал қилинмаган. Кўп ҳолларда гигант пилородуоденал яраларда резекция амалиётлари бажарилади, булар эса асоратлар ривожланиш хавфи ва беморлар ўлими юқори кўрсаткичлари билан кузатилади [10;11].

Чернооков Л.И. ва ҳаммуаллиф. [94] томонидан

таклиф этилган гигант пилородуоденал яралар таснифини алоҳида таъкидлаш лозим. Бу тасниф нафақат яраларнинг жойлашувини, балки чандиқли-яллиғланиш ўзгаришларининг тарқалиш даражасини ҳам ҳисобга олади. Ушбу таснифга кўра, жойлашувига қараб гигант пилородуоденал яраларнинг қуйидаги турлари ажратилади: 1) ўн икки бармоқли ичак пиёзчаси олд девори яралари; 2) пиёзчанинг орқа девори яралари (шу жумладан, "кўзгу" яралари, олдинги ва орқа ён деворлар яралари ва бошқалар); 3) пилорик канал яралари; 4) постбулбар яралар. Гигант пилородуоденал яралардаги чандиқли-яллиғланиш ўзгаришлари турли даражада ва тарқалишда бўлиши мумкин. Хусусан, чандиқли-яллиғланиш ўзгаришлари пиёзчанинг олдинги деворини қамраб олиб, ошқозон чиқиш қисмига ўтиши мумкин, ўн икки бармоқли ичакнинг булбардан кейинги қисмида аниқланиши, баъзи ҳолларда эса ошқозон ости беги бошчаси соҳасида қаттиқ ўзгаришлар кузатилиши, унга пиёзчанинг орқа девори зич бирикиши ва ҳоказолар қайд этилиши мумкин.

В.В. Сахаровнинг маълумотларига кўра [77], тахминан ҳар бешинчи беморга ўн икки бармоқли ичак гигант яраси туфайли радикал операцияни бажаришдан воз кечишга тўғри келади. Л.И. Чернооков ва ҳаммуаллифлар [94] асоратлар (перфорация, қон кетиш) ривожланган гигант пилородуоденал яралари бўлган 97 нафар беморни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилганда, ушбу беморлар гуруҳида ўлим даражаси 23,5% ни ташкил этганини кўрсатишди. Ушбу тадқиқотда жарроҳлик даволашнинг 2 та асосий усули қўлланилган: 1) тешилган ёки қонаётган ярани кесиб олиб ташлаш ва кейинчалик ваготомия билан биргаликда пилороластика ўтказиш орқали гемипилоректомия ва 2) Финней усули бўйича пилородуоденоластика. Шунингдек, операциядан кейинги асоратларнинг юқори частотасига эътибор қаратиш муҳим бўлиб, улар мотор-эвакуатор функциясининг бузилиши ва демпинг синдроми билан намоён бўлади. Жарроҳлик даволаш натижаларининг таҳлили асосида гигант яранинг жойлашувига қараб

табақалаштирилган тактика таклиф этилди. Яранинг пилорик канал соҳасида жойлашганида кўндаланг пилоропластика ва комбинацияланган ваготомия билан гемипилоректомияни бажариш, Финней операцияси (бўйлама гастродуоденостомия) эса - яранинг ўн икки бармоқли ичак пиёзи соҳасида ёки пиёздан кейинги қисмида жойлашганида кўрсатилган [94]. Яра пилорик канал соҳасида жойлашганида кўндаланг пилоропластика ва комбинацияланган ваготомия билан гемипилоректомияни бажариш, Финней операцияси (бўйлама гастродуоденостомия) - яранинг ЎБИ пиёзи соҳасида ёки думғаза ости бўлимида жойлашганида кўрсатилган [94].

Хулоса

Юқоридагиларни умумлаштирган ҳолда шунини таъкидлаш жоизки, ҳозирги вақтда "қийин" ўн икки бармоқли ичак yaralari замонавий ошқозон жарроҳлигининг энг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади. Яра касаллиги жарроҳлигининг умумий тенденцияси консерватив дори терапиясининг ролини ошириш билан боғлиқ бўлса-да, уни «қийин» ўн икки бармоқли ичак yaralarida қўллаш самара бермайди, бу эса жарроҳлик даволаш усуллари тақомиллаштиришни талаб қилади. Ҳозирги кунга қадар "қийин" ўн икки бармоқли ичак yaralarining мезонлари аниқ белгиланмаган, уларнинг умумий қабул қилинган таснифи мавжуд эмас, клиник кечиши ва прогнозининг ўзига хос хусусиятлари ҳақида маълумотлар етарли эмас. «қийин»ўн икки бармоқли ичак yaralari катта ўлчамга эга, яққол яллиғланиш инфильтрацияси, чандикли ўзгаришлар кузатилади, кўпинча атрофдаги органларга ўсиб киради, бу эса ушбу тоифадаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволашда сезиларли қийинчиликларга олиб келади. Ҳозирги кунга қадар «қийин»ўн икки бармоқли ичак yaralarining жарроҳлик йўли билан даволашда ўлим даражаси етарлича юқорилигича қолмоқда. Асоратларнинг юқори частотаси ҳам муҳим

муаммолардан бири ҳисобланади.

Ошқозон жарроҳлиги йўналишининг долзарблиги адабиётларда келтирилган "қийин" дуоденал яраларни жарроҳлик йўли билан даволашнинг кўплаб техник усуллари билан таъкидланади. Шу боис, "қийин" дуоденал яраларни жарроҳлик йўли билан даволашга ёндашувларни такомиллаштириш ўта долзарб вазифа ҳисобланади ва бу ушбу тоифадаги беморларга кўрсатиладиган ёрдам сифатини яхшилашга хизмат қилиши мумкин.

II БОБ КЛИНИК ТАВСИФ ВА ТАДҚИҚОТ УСУЛЛАРИ

2.1. "Қийин" дуоденал яраларда беморларнинг клиник тавсифи ва баъзи типологик хусусиятлари

Ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўйича жарроҳлик амалиётларида жарроҳлар кўпинча жиддий техник қийинчиликларга дуч келишади. Бундай ҳолатлар, одатда, ўн икки бармоқ ичакнинг постбулбар, қадоқли, гигант, чуқурлашган ва "кўзгусимон" яраларида кузатилади. Бунда ҳаётий муҳим атрофдаги аъзоларнинг шикастланиши ва шунга мос равишда асоратлар ҳамда ўлим ҳолатлари юқори даражада қайд этилади. Тадқиқотчилар бундай яраларни "қийин бартараф этиладиган" ёки «қийин»яралар деб аташади. 2001-йилдан 2020-йилгача бўлган даврда Андижон давлат тиббиёт институти жарроҳлик касалликлари ва урология кафедраси базасида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги бўйича 1567 нафар бемор операция қилинган. Шундан 494 (31,5%) беморда «қийин»дуоденал яра аниқланган. Уларнинг 364 (73,7%) нафари режали ва 130 (26,3%) нафари шошилиш тартибда операция қилинган. "қийин дуоденал яра"ли 364 нафар бемордан 102 нафарига жежунопластика билан ваготомия бажарилган. Режали ва шошилиш тартибда операция қилинган беморларда жарроҳлик тактикаси турлича бўлганлиги сабабли, шошилиш тартибда операция қилинган беморлар илмий таҳлилга киритилмади. Сўнгги ўн йил ичида фақат резекция усуллари қўлланилгани ва натижаларни таққослаш имкони йўқлиги сабабли, ушбу тадқиқотнинг предмети бўлиб режали тартибда операция қилинган «қийин»дуоденал яралари 262 нафар бемор хизмат қилди.

2001-йилдан 2020-йилгача бўлган даврда АндДавТИ жарроҳлик касалликлари ва урология кафедраси базасида ЎБИЯК бўйича 1567 нафар бемор операция қилинган. Шу билан бирга, 494 (31,5%) беморда "оғир" ДЯ ташхиси қўйилган. Шундан 364 (73,7%) нафар бемор режали ва 130 (26,3%) нафар бемор шошилиш тартибда операция

қилинган. "Қийин ДЯ"ли 364 нафар бемордан 102 нафарида ОР билан ваготомия бажарилган. Режали ва шошилиш тартибда операция қилинган беморларда жарроҳлик тактикаси турлича бўлганлиги сабабли, шошилиш тартибда операция қилинган беморлар илмий таҳлилга тортилмади. Сўнгги ўн йил ичида фақат резекция усуллари бажарилгани ва натижаларни таққослаш имкони йўқлиги сабабли, ушбу тадқиқотнинг предмети бўлиб режали тартибда операция қилинган "қийин" ДЯ бўлган 262 нафар бемор хизмат қилди.

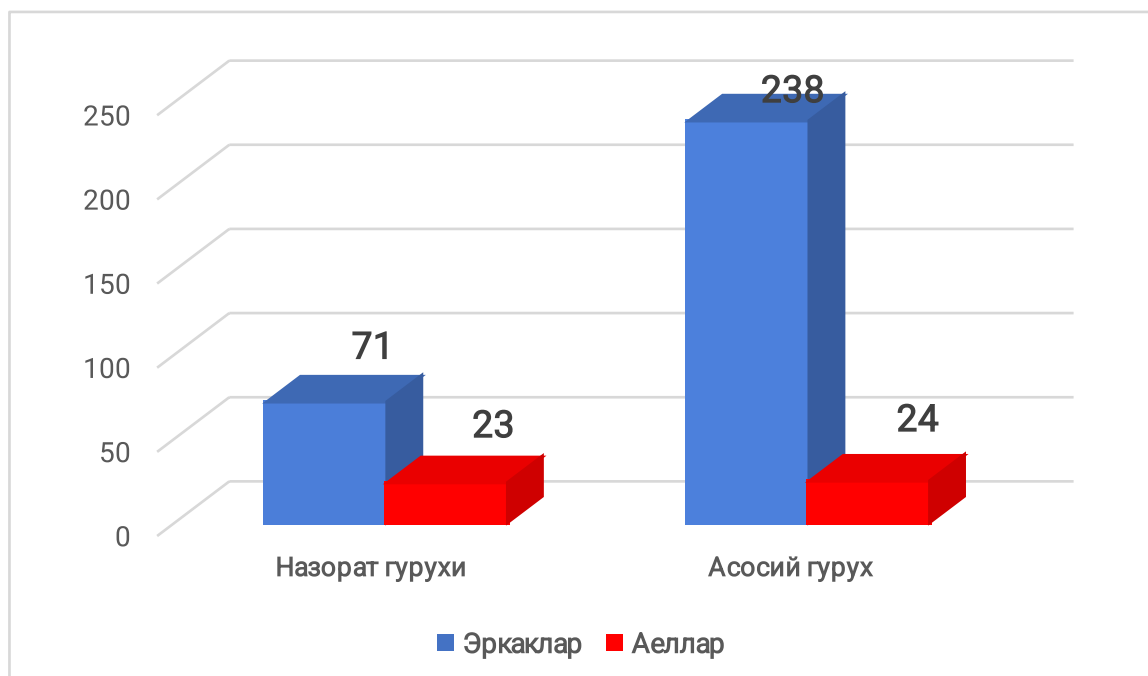
Адабий маълумотларни кўриб чиқиб ва шахсий кузатувларимизга асосланиб, қуйидагиларни "қийин" деб ҳисоблаш керак деган хулосага келдик: ўн икки бармоқли ичак пиёзининг олдинги-ён ва орқа деворларидаги улкан ва/ёки қадоқли яралар, постбулбар қисмидаги яралар, атрофдаги аъзоларга ўтиб кетган "кўзгу" яралар, шунингдек ичакнинг яққол чандиқли-яллиғланиш деформациялари, уларнинг яра касаллиги асоратлари билан биргаликда кечиши.

Клиник кечишнинг типологик хусусиятларини, шунингдек ошқозоннинг секретор ва ҳаракат-эвакуатор функциясини аниқлаш учун биз "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида (262 та) касалликнинг асоратланмаган кечиши билан ўн икки бармоқли ичак яра касаллигига (94 та) нисбатан, яъни "қийин" ўн икки бармоқли ичак яралари бўлмаган ҳолатларда илмий таҳлил ўтказдик.

Материални баён қилишни соддалаштириш учун биз шартли равишда 2 гуруҳга ажратдик:

- "қийин" ўн икки бармоқли ичак яралари билан - асосий гуруҳ (262 бемор);
- яра касаллигининг асоратсиз кечиши билан - таққослаш гуруҳи (94 бемор).

Таққосланаётган гуруҳларда беморларнинг жинсга кўра тақсимланиши 2.1-расмда келтирилган.



2.1-расм. Таққосланаётган гуруҳларнинг жинсга кўра тақсимооти

2.1-расмдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида яра касаллиги эркакларда 71 та (75,5%) ҳолатда, аёлларда эса 23 та (24,5%) ҳолатда, 3:1 нисбатда аниқланган. Асосий гуруҳда эса эркакларда 238 та (90,8%) ҳолатда, аёлларда эса атиги 24 та (9,2%) ҳолатда, 10:1 нисбатда кузатилган. Яъни, «қийин»ўн икки бармоқли ичак яралари билан касалланиш эркак жинсидаги шахсларда аёл жинсидаги шахсларга нисбатан сезиларли даражада кўпроқ учрайди.

Беморларнинг ёш бўйича тақсимооти 2.1-жадвалда кўрсатилган.

2.1-жадвалдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида ЯК асосан 19-44 ёшдагиларда - 88 (91,5%), яъни ўсмирлик ва ёш вояга етганлик даврида аниқланган. Асосий гуруҳда эса 19-59 ёшдагиларда (89,0%), яъни ёш ва ўрта ёшлилик даврида кузатилган.

Шуни таъкидлаш жоизки, "қийин" ДЯ 19 ёшгача бўлган давр, яъни ўсмирлик ёшида ҳам - 39 (14,9%) ҳолларда аниқланиши мумкин. Бу яна бир бор шуни тасдиқлайдики, яранинг "қийинлиги" унинг жойлашуви, асоратларнинг хусусияти ва фаоллик даражаси, яъни яра атрофидаги яллиғланиш инфильтрациясининг кенг зонаси мавжудлиги

билан белгиланади.

2.1-жадвал.

Таққосланаётган гуруҳлар беморларининг ёш бўйича тақсимооти

Ёши (йиллар да)	Ошқозон яраси касаллигининг асоратсиз кечиши (n - 94)		"қийин" (n - 262)		χ^2	P
	абс	%	Абс	%		
15-19	33	35,1	39	14,9	76	0,3
20-44	53	56,4	115	43,9	198	<0.05
45-59	6	6,4	92	35,1	129	<0.05
60 ёш ва ундан катта	2	2,1	16	6,1	33	<0.05
Жами	94	100,0	262	100,0	x	X

2.2-жадвалдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида асосий қисмни яра анамнези давомийлиги 6 йилгача бўлган беморлар - 76 (80,9%) ташкил этган бўлса, ўрганилаётган гуруҳда эса яра анамнези давомийлиги 11-15 йил бўлган беморлар - 213 (81,2%) ни ташкил этди. Таъкидлаш жоизки, ўрганилаётган гуруҳда 36 (13,9%) беморда яра анамнезининг давомийлиги 16 йил ва ундан ортиқ эканлиги аниқланган, таққослаш гуруҳида эса бундай узоқ давом этган яра анамнези кузатилмаган.

Таққосланган гуруҳларнинг яра анамнези давомийлиги бўйича тақсимланиши 2.2-жадвалда кўрсатилган.

Таққослаш гуруҳида нисбатан қисқа яра анамнези аниқланди, касалликнинг мавсумийлиги ва даврийлиги сақланиб қолди; касаллик белгилари мажмуаси ярага қарши давога осон бўйсунди ва ўтказилган даволаш курсидан сўнг барқарор ремиссия кузатилди.

2.2-жадвал.

Беморларнинг яра анамнези давомийлиги бўйича тақсимланиши

Яра анамнезин инг давомийли ги (йилларда)	Гуруҳлар:					Р
	Яранинг асоратланмаг ан кечиши (n - 94)		"қийин" ЯД (n - 262)		Chi ²	
	абс	%	абс	%		
6 ёшгача	76	80,9	13	5,0	133	<0.05
6 – 10	15	15,9	118	45,0	161	<0.05
11 – 15	3	3,2	95	36,2	124	<0.05
16 – 20	-	-	24	9.2	x	X
21 ва ундан юқори	-	-	12	4.6	x	X
Жами	94	100	262	100	x	X

Изох: х - урганилган курсаткич, Хи² - кузатилган фарк, р-ишончлилиқ даражаси.

Тадқиқот гуруҳида касаллик тез-тез ва узлуксиз қайталанувчи кечди, кўпинча "гиперсекретор" синдроми, шунингдек, доимий ва яққол оғриқ синдроми аниқланди, бундан ташқари, ўн икки бармоқли ичак яраси узоқ вақт (6 ойдан ортиқ) давомида ҳар бир қўзғалишда ярага қарши комплекс даволашга бўйсунмади.

Шунингдек, биз "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси (асосий гуруҳ) ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратсиз кечишидаги (таққослаш гуруҳи) касалликнинг клиник кўринишини ўргандик, бу қуйидаги 2.3-жадвалда келтирилган.

2.3-жадвал.

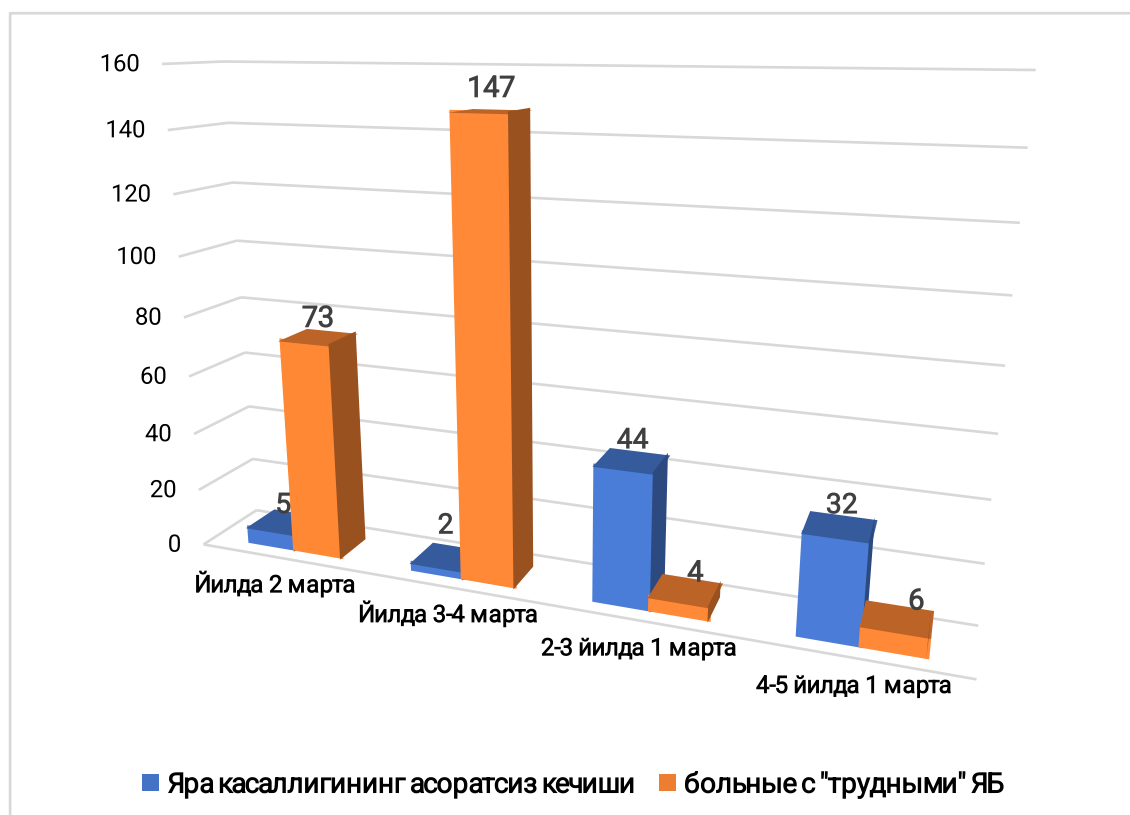
"қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратланмаган кечишидаги клиник манзара

беморларнинг клиник белгилари	Яранинг асоратсиз кечиши		"қийин"		Хи ²	Р
	абс	%	абс	%		
Беморлар сони	n-94		n-262			
Кучайиш:						
- йилда бир марта	11	11,7	41	15,6	78	<0.05
- йилда икки марта	5	5,3	62	23,6	82	<0.05
- йилига 3-4 марта	2	2,1	153	58,4	187	<0.05
- 2-3 йилда бир марта	44	46,8	4	1,5	67	<0.05
- 4-5 йилда бир марта.	32	34,1	2	0,9	59	<0.05
Оғрикларнинг жойлашуви:						
- эпигастрий соҳасида	53	56,3	129	49,2	201	<0.05
- ўнг қовурға остида	20	21,3	37	14,1	79	<0.05
- эпигастрал соҳада	15	16,0	63	24,1	92	<0.05
- бошқажойлашувда	6	6,4	33	12,6	55	<0.05
Оғриқ синдромининг хусусияти:						
- овқат истеъмоли билан боғлиқ	85	90,4	38	14,5	134	<0.05
- овқат истеъмоли билан боғлиқ бўлмаган	9	9,6	224	85,5	279	<0.05
Тана вазни етишмаслиги:						
- кузатилмаган	59	62,8	16	6,1	95	<0.05
- 5 кг гача	24	25,5	77	29,4	118	<0.05
- 5-10 кг	11	11,7	129	49,2	177	<0.05
- 11-20 кг	—	—	31	11,8	X	X
	—	—	9	3,5	x	x

- 20 кг дан ортиқ				
-------------------	--	--	--	--

Изох: x - урганилган курсаткич, χ^2 - кузатилган фарк, p - ишончлилиқ даражаси.

2.3-жадвалдан кўриниб турибдики, асоратланмаган ЎБИЯҚда касалликнинг кечиши анча қулай бўлган. "қийин" ЎЯ ҳолатларида эса клиник манзара касалликнинг сезиларли даражада кучли ва шиддатли кечиши билан намоён бўлган. Кўргазмалилик учун таққосланаётган гуруҳларда олинган маълумотлар 2.3-дан 2.7-гача бўлган расмларда келтирилган. - 2.7.

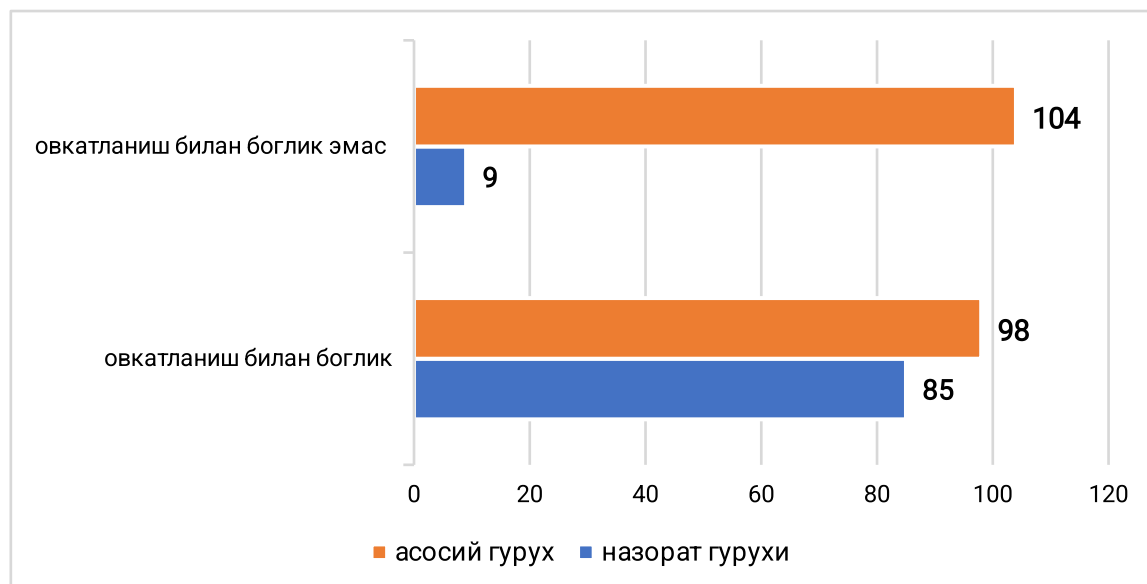


2.2-расм. Яра касаллигининг зўрайиши

2.2-расмдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида касалликнинг зўрайиши 2-5 йилда бир марта 79 та (80,9%) ҳолатда кузатилган, асосий гуруҳда эса бу кўрсаткич атиги 6 та (2,4%) ҳолатни ташкил этган. Таққослаш гуруҳида йилига 2-4 марта зўрайиш фақат 7 та (7,4%) ҳолатда қайд этилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 215 та (82%) ҳолатни ташкил этган.

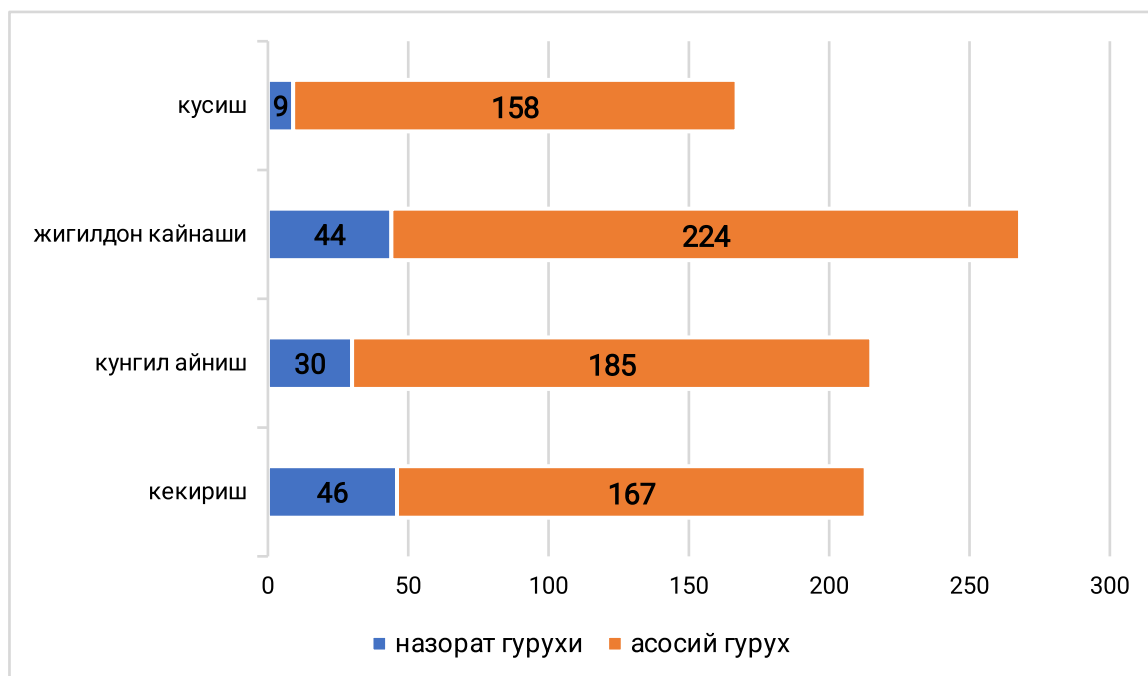
Таққослаш гуруҳида оғриқнинг эпигастрал соҳада

жойлашуви ва бошқа жойлашувлари (белга тарқалиши билан бирга) фақат 21 та (22,4%) ҳолатда қайд этилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 96 та (36,7%) ҳолатни ташкил этган.



2.3-расм. Оғриқ синдромининг хусусияти

2.3-расмдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида оғриқ синдромининг хусусияти 85 та (90,4%) ҳолатда овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлган ва 9 та (9,6%) беморда овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлмаган. Бунга қарама-қарши ўлароқ, асосий гуруҳда оғриқ синдромининг хусусияти атиги 38 та (14,5%) ҳолатда овқат истеъмол қилиш билан боғлиқ бўлган ва 224 та (85,5%) ҳолатда боғлиқ бўлмаган, яъни доимий характерга эга бўлган.



2.4-расм. Диспептик бузилишлар

2.4-расмдан кўриниб турибдики, таққослаш гуруҳида диспептик бузилишлар кўнгил айнаши 30 (31,9%) ва жигилдон қайнаши 53 (56,4%) кўринишида ўртача даражада намоён бўлган ва ташхисланган, қўсиш эса фақат 9 (9,6%) ҳолатда қайд этилган. Асосий гуруҳда кўнгил айнаши 187 (76,3%) ва жигилдон қайнаши 214 (81,7%) кўринишидаги диспептик бузилишлар янада яққолроқ ифодаланган, қўсиш эса 154 (58,8%) ҳолатда аниқланган.

Таққослаш гуруҳида 59 (62,8%) беморда тана вазни танқислиги кузатилмаган. 5 кг дан 20 кг гача тана вазни етишмовчилиги 11 (11,7%) ҳолатда аниқланган. Асосий гуруҳда тана вазни танқислиги фақат 16 (6,1%) ҳолатда кузатилмаган бўлса, 5 кг дан 20 кг гача тана вазни танқислиги 160 (61%) ҳолатда аниқланган.

Ошқозоннинг функционал ҳолати (ошқозоннинг секретор функцияси) хусусиятларини аниқлаш учун биз "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси (асосий гуруҳ) ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратсиз кечган беморларида (таққослаш гуруҳи) ошқозон шираси кўрсаткичларини ўрганиб чиқдик ва таққосладик. Олинган натижаларни клиник баҳолаш учун унинг кўрсаткичлари 50 нафар соғлом шахсда ўрганилди.

Соғлом шахсларда, таққослаш гуруҳида ва тадқиқот

гуруҳида ошқозоннинг секретор функцияси ўртача кўрсаткичлари 2.4-жадвалда келтирилган.

Қуйидаги 2.4-жадвалдан кўриниб турибдики, соғлом шахсларда базал кислота маҳсулоти (БКМ) $3,9 \pm 0,8$ ммол/соатни, максимал кислота маҳсулоти (МКМ) эса $18,4 \pm 0,9$ ммол/соатни ташкил этди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳидаги беморларда БКМнинг ўртача кўрсаткичлари $7,9 \pm 0,7$ ммол/соат, асосий гуруҳда эса $12,6 \pm 1,2$ ммол/соатни ташкил этди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳда БКМ кўрсаткичлари соғлом шахслардаги шунга ўхшаш кўрсаткичлардан 3,2 баробар, таққослаш гуруҳига нисбатан эса 1,5 баробар юқори бўлди.

2.4-жадвал.

Соғлом шахсларда меъда секретор функциясининг ўртача кўрсаткичлари, асоратсиз кечувчи яра касаллиги ва "қийин" ўн икки бармоқли ичак ярали беморларда

Меъда шираси кўрсаткичлари (ўлчов бирлиги)	Гуруҳлар		
	соғлом кишилар	Яра касаллигининг асоратсиз кечиши	"қийин"
тадқиқотлар сони	n – 50 (P ₁)	n – 83 (P ₂)	n – 126 (P ₃)
БПК (ммол/соат)	$3,9 \pm 0,8$	$7,9 \pm 0,7$	$12,6 \pm 1,2^{*+}$
МПК (ммол/соат)	$18,4 \pm 0,9$	$25,5 \pm 1,3$	$29,3 \pm 1,5^{++}$
БПП (мг/%)	$47,6 \pm 3,9$	$68,7 \pm 7,2$	$89,9 \pm 8,4^{*+}$
МПП (мг/%)	$94,5 \pm 10,1$	$166,3 \pm 15,3$	$192,4 \pm 17,3^{*+}$

Изоҳ:

1) $P2-3 > P1$ -* таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳдаги беморларда БПК ва МПК, шунингдек, БПП ва МПП кўрсаткичлари ўртасидаги фарқларнинг ишончилиги соғлом шахсларга нисбатан статистик жиҳатдан аҳамиятли.

2) $P3 > P2$ - асосий гуруҳ беморларида БПК ва МПК, шунингдек, БПП ва МПП кўрсаткичлари ўртасидаги фарқлар таққослаш гуруҳига нисбатан статистик жиҳатдан аҳамиятли.

Ишончилик даражаси камида $p 0,05$

Меъда шираси таркибидаги пепсинни ўрганиш натижасида аниқланди: соғлом одамларда БПП ўртача $47,6 \pm 3,9$ мг/%, МПП эса $94,5 \pm 10,1$ мг/% ни ташкил этди. Асосий гуруҳда базал ва максимал пепсин ишлаб чиқариш кўрсаткичлари мос равишда $89,9 \pm 8,4$ мг/% ва $192,4 \pm 17,3$ мг/% бўлди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳида БППнинг ўртача кўрсаткичлари $68,7 \pm 7,2$ мг/%, МПП эса $166,3 \pm 15,3$ мг/% ни ташкил этди.

Умуман олганда, тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, соғлом шахсларда, таққослаш гуруҳида ва асосий гуруҳларда пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқарилиши ўхшаш тенденцияни сақлаб қолди. Бироқ, шуни таъкидлаш керакки, бу маълумотлар ўртача статистик кўрсаткичлардир. Уларнинг фонида меъда ширасининг нормал ва гипоатсид кўрсаткичлари бўлган беморлар учради, бу эса жарроҳлик усулини танлашга индивидуал ёндашувни талаб қилади. Шубҳасиз, ушбу ҳолатларни ҳисобга олиш зарур, акс ҳолда бу жарроҳлик усулини нотўғри танлашга ва усулнинг обрўсизланишига олиб келиши мумкин.

Ошқозоннинг функционал ҳолати (ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси) хусусиятларини аниқлаш учун биз рентгенологик текширув маълумотлари асосида тадқиқот ўтказдик ва таққосладик. Шундай қилиб, соғлом шахсларда (50) ошқозондан эвакуация порция-ритмик характерга эга эди. Кўпчилик одамларда ошқозон илмоқсимон шаклга эга эди. Овал газ пуфаги, шиллиқ қаватнинг қалинлашмаган бўйлама бурмалари, аниқ, аммо

кучайтирган перисталтика кузатилди. Булар соғлом одамлар ошқозонини тавсифлаш мумкин бўлган асосий рентгенологик белгилардир.

Таққослаш гуруҳидаги беморларни (60 нафар) рентгенологик текширишда соғлом шахсларга нисбатан эвакуация 1-1,5 соатдан сўнг якунланди, яъни ошқозоннинг эвакуатор функцияси бироз тезлашган эди. Бунда, ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг сезиларли шиши ва ўртача деформацияси ажралиб турарди.

Асосий гуруҳ беморларида (132) ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси асосан пилородуоденал стеноз даражасига боғлиқ эди. Беморларнинг аксариятида "ниша" симптоми аниқ кузатилди. Функционал бузилишлар янада яққолроқ ва барқарор бўлиб, бу касалликнинг давомийлиги билан боғлиқ эди.

Рентгенологик текширувлар билан бир қаторда биз кўпроқ маълумот берувчи ва ошқозоннинг эвакуатор функциясини қайд этишнинг объектив усули ҳисобланган нуклид радиогастрогастрограммани ўтказдик. Бунда, пилородуоденал стеноз билан кечувчи «қийин»дуоденал ярали беморлар таҳлил қилинмади.

Соғлом шахслар, таққослаш гуруҳи ва асосий гуруҳлардаги беморларда нуклид электрогастрограмма кўрсаткичлари 2.5-жадвалда келтирилган.

2.5-жадвал.

Соғлом шахслар ва таққосланаётган гуруҳларда нуклид электрогастрограмма кўрсаткичлари

Гуруҳлар	НЭГГ кўрсаткичл ари (мВ да)	Оч қоринга	"Нонуштадан сўнг"	
			20 дақиқа	41-06мин
Соғлом (n=30)				
Соғлом				
Рср	0,23±0,02	0,32±0,02	0,26±0,02	
Рсум	0,53±0,01	0,71±0,02	0,59±0,01	

Таққослаш гуруҳи n=50)				0,22±0,01 0,51±0,02
Асоратлан маган ЎИБИЯК	Рср	0,18±0,01	0,28±0,03	0,16±0,02
	Рсум	0,46±0,02	0,61±0,03	0,41±0,04

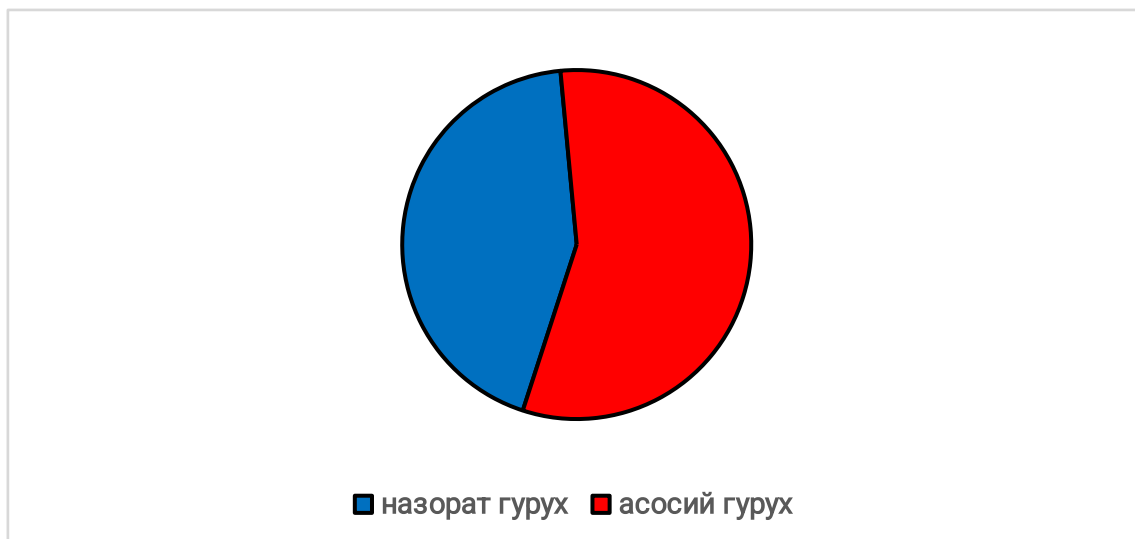
2.5-жадвалдан кўриниб турибдики, НЭГГ кўрсаткичларининг қийёсий таҳлили соғлом шахсларга нисбатан таққослаш гуруҳида ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси тезлашганини яққол кўрсатмоқда. Шу билан бирга, асосий гуруҳда ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясининг тезлашиши янада яққолроқ намоён бўлган.

Умуман олганда, "қийин" ДЯ ҳолатларида яра касаллигининг асоратланмаган кечишига нисбатан ошқозоннинг мотор фаолияти фаоллашганлигидан далолат берувчи ўзгаришлар кузатилади.

Шундай қилиб, "қийин" ДЯ ҳолатларида ошқозоннинг клиник кечиши ва функционал ҳолатининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаган ҳолда, асосий гуруҳни (262 бемор) шартли равишда икки гуруҳга ажратдик. Бу ажратиш даволашнинг тактик ва техник ёндашувларидаги фарқлар билан боғлиқ бўлиб, 2.5-расмда акс эттирилган.

Ўрганилаётган беморлар тоифасининг гуруҳларга тақсимланиши:

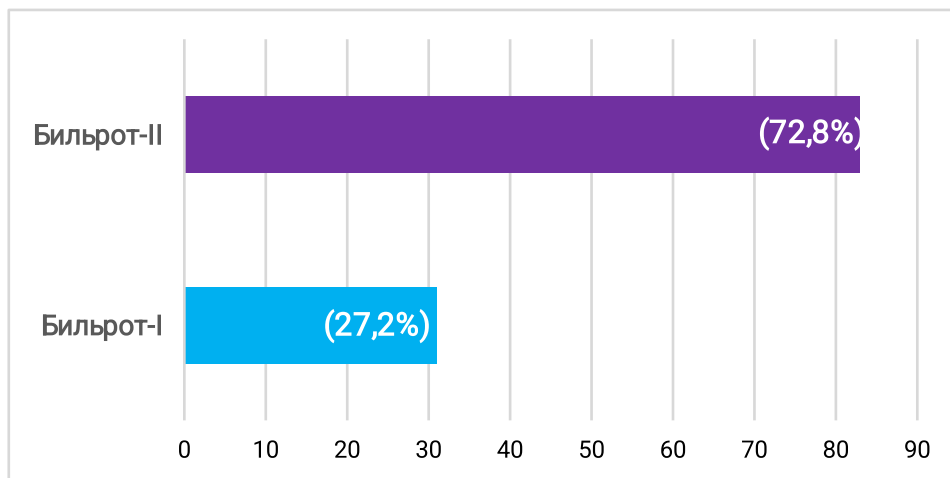
- назорат гуруҳи - 2001-йилдан 2010-йилгача - 114 (43,5%) нафар бемор;
- тадқиқот гуруҳи - 2011-йилдан 2020-йилгача - 148 (56,5%) нафар бемор.



2.5-расм. "қийин" ДЯли таққосланаётган гуруҳларнинг тақсимланиши.

Назорат гуруҳида ЎБИЯК 43 (37,7%) беморда атроф аъзоларга пенетрация, 39 (34,2%) беморда пилородуоденал стенознинг турли даражалари, шунингдек, 32 (28,1%) беморда турли даражадаги ПДС билан пенетрация билан биргаликда кузатилган. Таъкидлаш жоизки, назорат гуруҳида беморлар олдинги даврда 8 ҳолатда ПДА тикилишини, 5 ҳолатда яра тубидаги қон кетаётган томирни тикишни бошдан кечирган ва 15 ҳолатда ЎБИЎСБ ташхиси қўйилган.

Тадқиқот гуруҳида ЎБИЯК пенетрация билан биргаликда 45 (30,4%) беморда, турли даражадаги ПДС - 52 (35,1%) беморда ва пенетрациянинг турли даражадаги ПДС билан биргалиги 51 (34,5%) беморда аниқланди. Шунини таъкидлаш лозимки, ўрганилаётган гуруҳда 26 та ҳолатда беморлар анамнезида перфоратив ДЯ тикилиши, 17 тасида анамнезида яра тубидаги қон кетаётган томир тикилиши ва 10 та ҳолатда ЎБИЯКнинг ЎБИЎСБ билан биргалиги қайд этилган. Назорат гуруҳидаги беморларнинг ОР усулига кўра тақсимланиши 2.6-расмда келтирилган.



2.6-расм. Назорат гуруҳидаги беморларнинг ошқозон резекцияси (ОР) усулига кўра тақсимланиши.

2.6-расмдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси (ЎБИЯ) ҳолатларида биринчи Билрот усули модификациялари бўйича ОР 31 (27,2%) беморда амалга оширилган. Назорат гуруҳида асосан иккинчи Билрот усули модификациялари бўйича ОР бажарилган - 83 (72,8%), бу оптимал деб ҳисобланиб, ЎБИЯ "мураккаблиги" билан олдиндан белгиланган. Тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг ОР усулига кўра тақсимланиши 2.7-расмда келтирилган.



2.7-расм. Текширилаётган гуруҳ беморларининг ошқозон резекцияси (ОР) усулига кўра тақсимланиши.

2.7-расмдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, ўрганилаётган гуруҳда 117 (79,1%) беморда Билрот-II усули бўйича ОР модификациялари амалга

оширилган. Улардан 28 (18,9%) нафар беморда Габерер усули бўйича ОР, 36 (24,3%) нафар беморда Габерер-Финней усули бўйича кўндаланг трункуло-лонгитудинал анастомозли (ТЛА) ОР ва 53 (35,8%) нафар беморда Л.Г. Хачиев усули бўйича бўйлама ТЛА ОР бажарилган.

Шуни таъкидлаш жоизки, ўрганилаётган гуруҳда Билрот-ИИ модификациясида ОР атиги 31 (20,9%) беморда ўтказилган. Улардан 12 нафар (8,1%) беморда Гофмейстер-Финстерер усули бўйича ва 19 нафар (12,8%) беморда Ру-Ибадов усули бўйича ОР амалга оширилган.

Бундан ташқари, назорат ва ўрганилаётган гуруҳ беморларида биз томонимиздан 2.6-жадвалда келтирилган ҳамроҳ терапевтик касалликлар аниқланди.

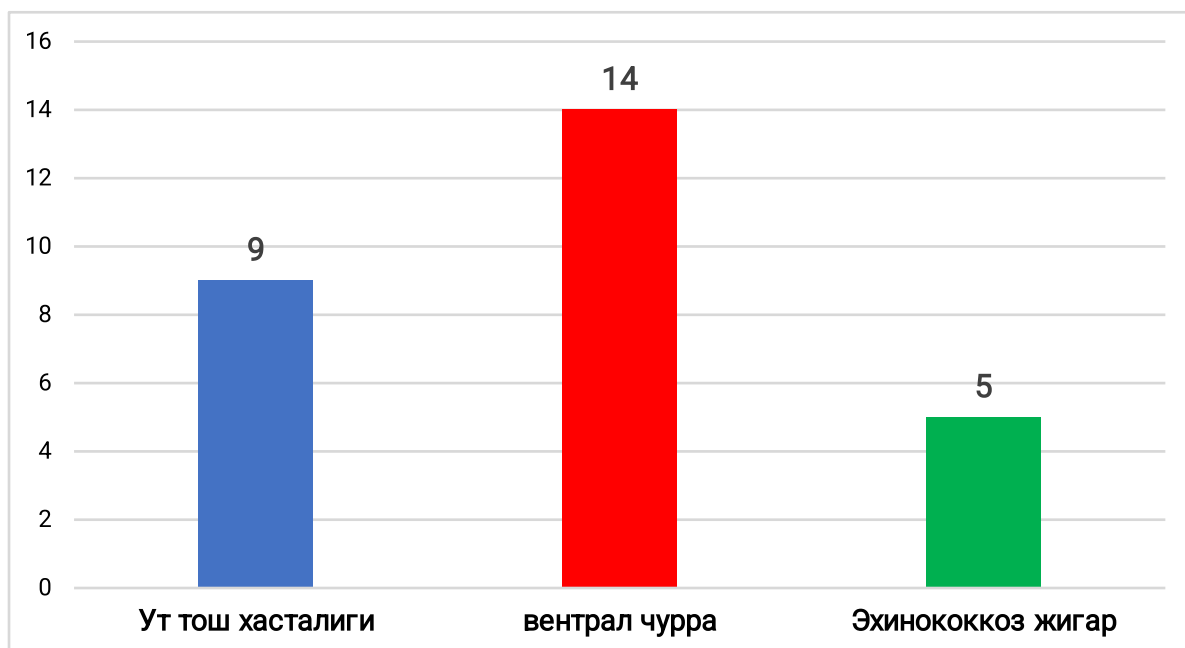
2.6-жадвал терапевтик

Таққосланаётган гуруҳларда патологиянинг тури ва учраш частотаси

Терапевтик касалликларни нг хусусиятлари	Беморлар гуруҳлари						
	Жами			текширалаётган		аб с	%
	Назора т	Р		н - 148	%	н– 262	
беморлар сони:	н = 114	%	0,088 2	13	65%	20	7,6
юрак-қон томир тизими	7	35 %	0,731 6	9	53%	17	6,5
нафас олиш аъзолари	8	47 %	0,192 3	10	63%	16	6,1
жигар, ўт йўллари	6	38 %	1	2	50%	4	8,4
ошқозон ости бези	2	50 %	0,517 8	10	45%	22	1,5
буйраклар, сийдик йўллари	12	55 %	1	2	50%	4	
ичак	2	50 %		46	55%	83	31, 7

Қуйидаги 2.6-жадвалдан кўриниб турибдики, "қийин" ДЯ билан оғриган беморларда ҳамроҳ терапевтик патологиялар 83 нафар (31,7%) беморда аниқланган. Булардан юрак-қон томир тизими касалликлари 20 нафар (7,6%), нафас олиш аъзолари касалликлари 17 нафар (6,5%), шунингдек, жигар ва ўт йўллари терапевтик патологияси 16 нафар (6,1%) ҳамда буйрак ва сийдик йўллари касалликлари 22 нафар (8,4%) беморда кузатилган. Жумладан, 4 та (1,5%) ҳолатда ошқозон ости беши патологияси ва яна 4 та (1,5%) ҳолатда спастик колит кўринишидаги ичак касалликлари аниқланган.

"қийин" ДЯ билан оғриган беморларда 28 та (10,7%) ҳолатда қўшма жарроҳлик патологияси аниқланган бўлиб, бу 2.8-расмда акс эттирилган.



2.8-расм. Қўшма хирургик патологиянинг хусусиятлари.

2.8-расмдан кўриниб турибдики, режали жарроҳлик аралашувларида ўт тош касаллиги 9 (3,4%) беморда, қорин чурралари 14 (5,3%) ва жигар эхинококкози 5 (1,9%) беморда аниқланган. Бунда, симультан операция босқичларини бажариш ҳажми ва кетма-кетлиги қўшма касалликнинг аниқ турига боғлиқ эди.

Хулоса. Шундай қилиб, «қийин»ўн икки бармоқли ичак яралари (ЎБИЯ)да бир қатор типологик хусусиятлар

аниқланди. Жумладан, «қийин»ЎБИЯнинг клиник кечиши ва симптоматикаси касалликнинг асоратсиз кечишига нисбатан қуйидагича фарқланади: эркакларнинг аёлларга нисбати 3:1 дан 10:1 гача ошади; Асоратланмаган ЎБИЯда касалликнинг кечиши анча яхши бўлди. "қийин" ЎБИЯда клиник кўриниш сезиларли даражада тажовузкор кечиш билан намоён бўлди.

Таққослаш гуруҳида касалликнинг кучайиши 2-5 йилда 1 марта 79 (80,9%) ҳолатда, асосий гуруҳда эса фақат 6 (2,4%) ҳолатда қайд этилган. Таққослаш гуруҳида йилига 2-4 марта қўзғалиш фақат 7 (7,4%) ҳолатда, асосий гуруҳда эса 215 (82%) ҳолатда қайд этилган; таққослаш гуруҳида оғриқнинг эпигастрал соҳада ва бошқа жойлашувда (белга тарқалиш билан) жойлашуви фақат 21 (22,4%) ҳолатда, асосий гуруҳда эса 96 (36,7%) ҳолатда қайд этилган.

Таққослаш гуруҳида оғриқ синдроми 85 (90,4%) ҳолатда овқатланиш билан боғлиқ бўлган ва 9 (9,6%) беморда овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган. Бунга қарама-қарши ўлароқ, асосий гуруҳда оғриқ синдроми фақат 38 (14,5%) ҳолатда овқатланиш билан боғлиқ бўлган ва 224 (85,5%) ҳолатда боғлиқ бўлмаган, яъни доимий характерга эга бўлган; кўнгил айниши 30 (31,9%) ва жиғилдон қайнаши 53 (56,4%) кўринишидаги диспептик бузилишлар ўртача ифодаланган ва ташхисланган, қусиш эса фақат 9 (9,6%) ҳолатда қайд этилган, асосий гуруҳда эса кўнгил айниши 187 (76,3%) ва жиғилдон қайнаши 214 (81,7%) кўринишидаги диспептик бузилишлар кўпроқ ифодаланган, қусиш эса 154 (58,8%) ҳолатда аниқланган.

Таққослаш гуруҳида 59 (62,8%) беморда тана вазни танқислиги кузатилмади. 5 кг дан 20 кг гача тана вазни танқислиги 11 (11,7%) ҳолатда аниқланган бўлса, асосий гуруҳда тана вазни танқислиги фақат 16 (6,1%) ҳолатда кузатилмаган, 5 кг дан 20 кг гача тана вазни танқислиги 160 (61%) ҳолатда аниқланган.

Ошқозоннинг секретор функцияси кўрсаткичлари ўсиш тенденциясига эга бўлиб, ЎБИЯнинг асоратланмаган кечишига нисбатан сезиларли фарқларга эга. Шу билан бирга, "қийин" ЎБИЯ бўлган беморларда ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси бузилишлари кўпроқ намоён

бўлди ва асосан пилородуоденал стеноз даражасига боғлиқ эди.

Олинган маълумотлар «қийин» ЎБИЯ билан оғриган беморларни даволашнинг асосий тамойилларини қайта кўриб чиқишга асос бўлди.

2.2. Тадқиқот усуллари

Операциядан олдин ҳам, ундан кейин ҳам комплекс текширув қуйидагиларни ўз ичига олган:

1. Фиброэндоскопик текширув.
2. МЭФни рентгеноскопия ва узлуксиз электрогастрогафия усуллари билан текшириш.
3. Кейнинг гистамин тести билан аспирацион-титрацион усул орқали меъда секрециясининг хусусиятини ўрганиш [17] ва Н.П. Пятнитский [74] услуги бўйича пепсинни аниқлаш.

Эзофагогастродуоденоскопия

Эзофагогастродуоденоскопия қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг яраси ҳамда қўшма зарарланишларини аниқлашга имкон берувчи энг самарали тадқиқот усули ҳисобланади.

Биз эзофагогастродуоденоскопияни "Олимпус Г.Ф." ва "Асми" фирмаларининг эндоскоплари ёрдамида умумқабул қилинган усул бўйича ўтказдик. Бунда биз яраининг жойлашуви, унинг диаметри, асоратларнинг хусусияти, гастродуоденал ўтиш соҳасининг ҳолати, шунингдек дуоденогастрал рефлюкс ва демпинг синдромининг мавжудлиги, ҳамда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг ҳолати ҳақида маълумот олдик.

ЎБИЯК асоратсиз кечган беморларда эзофагогастродуоденоскопия 83 ҳолатда, "қийин" ДЯ билан оғриган беморларда эса 234 ҳолатда ўтказилди.

Ошқозон-ичак тракти рентгеноскопияси

Рентгенологик текширув усули - бу энг оддий ва қулай диагностика усули бўлиб, ЎБИ ярали жараёнининг ўзгариш динамикаси ва операциядан кейинги даврни ўрганиш имконини беради.

Рентгенологик усул ЎБИ ярасининг жойлашувини аниқлашга имкон беради. Бунда, ДЯ жойлашган соҳада маълум "ниша" белгиси ёки ярали чандикли деформация ва перисталтика ўрнида шиллиқ қават бурмаларининг конвергенцияси аниқланади. Бу ерда юзаки, нормал, чуқур, сегмент перисталтика фарқланади. Перисталтик тўлқин ўтганда ригидлик зоналарини аниқлаш мумкин.

Чуқур ва сегментловчи перисталтика ошқозоннинг функционал характердаги қисқариш қобилятининг юқорилигидан ёки пилородуоденал соҳада тўсиқ мавжудлигидан далолат бериши мумкин; ошқозоннинг эвакуатор функцияси препилорик бўлимнинг ўтказувчанлик қобиляти билан тавсифланади. У меъёрий, пасайган, кўтарилган бўлиши мумкин (пасайиш ва кўтарилиш функционал ёки органик "бузилишлардан" далолат беради); ошқозоннинг бўшаш вақти. Тезлашган (1 соатдан кам), нормал (бўшаш вақти $1/2$ - 2 соат) ва секинлашган эвакуация (бўшаш вақти 2 соатдан ортиқ) фарқланади.

Ошқозон-ичак тракти рентгеноскопияси соғлом шахсларда 30 та ҳолатда, ЎБИЯК асоратсиз кечган беморларда 50 та ва "қийин" ДЯ билан оғриган беморларда 229 та ҳолатда ўтказилди. Амалга оширилган операциялардан кейинги яқин муддатларда ошқозон-ичак тракти рентгеноскопияси 112 нафар беморда ва 1 йил ва ундан ортиқ муддатда 67 нафар беморда ўтказилди.

Беморларимизнинг рентгенологик ва эндоскопик текширув усуллари баҳолашда, шуни таъкидлаш лозимки, биз ҳеч қачон эндоскопик усулни рентгенологик усулга қарши қўймаймиз ва аксинча. Булар рақобатдош эмас, балки бир-бирини тўлдирувчи усуллардир.

Эндоскопик усул яра жараёнининг табиати, ўлчами ва жойлашувини, шу жумладан қайта юзага келишини аниқроқ аниқлайди, рентгенологик усул эса ошқозоннинг ҳаракат ва эвакуатор функциясини ўрганишда кўпроқ аҳамиятга эга.

-Узлуксиз электрогастрография

Электрогастрография усули овқат истеъмол қилиш пайтида меъда ҳаракатланишидаги ўзгаришларни кузатиш

имкони беради. Шунинг билан таъкидлаш лозимки, бу усулда зондлаш зарурати йўқолади. Бироқ, ушбу усул ёрдамида олинган натижалар меъданинг эвакуатор фаолиятини эмас, балки ҳаракатланиш фаолиятини акс эттиради.

УЭГТ услубий жиҳатдан электрогастрографиянинг такомиллаштирилган варианты бўлиб, стандарт усулдан шуниси билан фарқ қиладики, ЭГГ ёзуви 1,5 соат давомида узлуксиз амалга оширилади. Бу жараён Л.Г. Хачиев ва ҳаммуаллифлар томонидан ишлаб чиқилган усулга кўра, оч қоринга 15 дақиқа, синов нонуштасини қабул қилиш пайтида 15 дақиқа ва ундан кейин бир соат давомида ўтказилади [91].

Беморларда операциядан олдин ва кейин УЭГТ маҳаллий ЭГС-4 м аппаратида ўтказилди, бунда унинг кўрсаткичлари муаллифлар услубига кўра ҳисобланди.

УЭГТ соғлом шахсларда 30 нафар, ЎБИАКнинг асоратсиз кечиши кузатилган беморларда 50 нафар ва «қийин» ўн икки бармоқ ичак яралари билан оғриган беморларда 102 ҳолат бўйича амалга оширилди. Операциялардан кейинги яқин муддатда УЭГТ 93 беморда ва 1 йил ва ундан ортиқ муддатда 68 беморда ўтказилди.

-Аспирацион-титрацион усул

Тадқиқот Кейнинг максимал гистамин тестидан фойдаланиб, фракцион-зонд усули билан амалга оширилди [17].

Тадқиқотга тайёргарлик: Текширувдан 12 соат олдин беморга меъданинг секретор фаолиятига таъсир қилувчи дори-дармонлар берилиши тўхтатилади. Кечқурун зонд ёрдамида меъда ювилади (айниқса, стенозларда бу жуда зарур).

Усул: меъдага унинг синуси бўйича рентгенологик назорат остида зайтунсимон учли ингичка зонд киритилади, бемор чап ёнбошига ётқизилади, меъда таркиби тўлиқ чиқариб ташланади. Сўнгра бир соат давомида ҳар 30 дақиқада меъда суюқлиги олинади ва фенолфталеин ёки рН-метр назорати остида титрланади. Олинган меъда шираси намуналари титрлангандан сўнг кислотанинг базал маҳсулоти (КБМ) қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:

$KBM = A1 \times B1/1000 + A2 \times B2/1000$ ммол/соат,
бу ерда: А - меъда секрециясининг ҳажми, мл;
Б - меъда шираси умумий кислота концентрацияси.

Бир соат ўтгач (КБМ текширувидан сўнг) беморнинг ҳар 1 кг вазнига 0,024 мг ҳисобида гистамин дигидрохлорид эритмаси юборилади. Меъда шираси бир соат давомида ҳар 30 дақиқада йиғилади ва кислота максимал маҳсулоти (КММ)нинг соатлик кўрсаткичи худди шу формула бўйича ҳисобланади.

Келтирилган таърифларда "кислота" тушунчаси "эркин" ва "боғланган" каби турларга ажратилмаган, чунки замонавий гастроэнтерологияда фақат ошқозон ширасининг умумий кислоталилиги инобатга олинади. Сабаби шундаки, рҲ 3,5 дан юқори бўлганда водород ионларининг бир қисми ишқор билан нейтраллаштирилмайди, "эркин кислоталик" кўрсаткичи ҳисобга олинмайди ва аспирацияланган ошқозон ширасидаги водород ионларининг ҳақиқий миқдорини тўлиқ акс эттирмайди.

Умуман олганда, соғлом шахсларда ошқозон секрецияси кўрсаткичлари 40 ҳолатда, ўн икки бармоқли ичак яраси асоратсиз кечган беморларда 60 ҳолатда ва "қийин" дуоденал яралар билан оғриган беморларда 137 ҳолатда аниқланди. Операциялардан кейинги дастлабки даврларда ошқозон секрециясининг хусусиятлари 126 беморда, 1 йил ва ундан кўпроқ вақт ўтгач эса 68 беморда ўрганилди.

-Ошқозон шираси таркибидаги пепсинни аниқлаш усули

Ошқозон шиллиқ қавати ҳолатини комплекс ташхислашда унинг пепсин ишлаб чиқариш қобилиятини аниқлаш муҳим аҳамиятга эга. Ошқозон ширасида пепсинни аниқлаш шифокорларга ошқозоннинг пепсин ишлаб чиқариш функцияси, бош ҳужайралар сони, агрессив омилнинг фаоллиги ҳақида маълумот беради, операцияга кўрсатмаларни белгилаш ва бажарилган операциянинг самарадорлигини баҳолаш имконини яратади.

Пятнитский усули ошқозон ширасининг сутни ивитиш

хусусиятига асосланган. Усулнинг муҳим афзаллиги аниқлашнинг соддалиги ва тезлигидир, бу эса амалий ишда катта аҳамиятга эга. Беморларимизнинг ошқозон ширасидаги пепсинни аниқлаш қуйидагича амалга оширилди: микропипетка ёрдамида 0,1 мл ошқозон шираси пробиркага солинади. Назорат пробиркасига 0,1 мл этанол эритмасидаги пепсин қуйилади. Сўнг 25°C ҳароратда пробиркага тезда 5 мл сут-атсетат аралашмаси қўшилади, дарҳол секундомер ишга туширилади, пробирка силкитилади ва уни энгаштириб, вақти-вақти билан казеиннинг майда парчалари пайдо бўлишини кузатилади. Шу пайтда секундомер тўхтатилади ва ивиш вақти секундларда ҳисобланади.

1 мл ошқозон ширасидаги пепсиннинг миқдори (мг ҳисобида) қуйидаги формула бўйича аниқланади: $X = A / B * 10$. Бу ерда А - назорат пробиркада ивиш вақти, В - тажриба пробиркасидаги ивиш вақти.

Статистик таҳлил. Тадқиқот натижасида тўпланган маълумотларнинг статистик аҳамияти Microsoft Эҳсэл 2021 дастури ёрдамида ўрганилди. Олинган маълумотларнинг статистик аҳамиятини аниқлаш мақсадида Пирсоннинг χ^2 ва р мезонлари ҳамда Т-Student мезони бўйича ҳисоб-китоблар амалга оширилди.

III БОБ ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК "ҚИЙИН" ЯРАЛАРИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

3.1. Назорат гуруҳидаги беморларда жарроҳлик тактикаси

Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашда биз, кўпчилик жарроҳлар сингари, беморнинг дастлабки ҳолатини, ёшини, яра жойлашувини, яра касаллигининг клиник турларини, секреторлик ва ошқозон-ичак трактининг ҳаракат-эвакуатор функцияси ҳолатини, шунингдек операция соҳасидаги топографик-анатомик ўзгаришларни ҳисобга олдик.

Назорат гуруҳини 2001-йилдан 2010-йилгача бўлган даврда режали тартибда клиникага ётқизилган "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган 114 нафар бемор ташкил этди.

Назорат гуруҳида "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси асоратларининг хусусияти ва частотаси 3.1-жадвалда келтирилган.

3.1-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида ЎБИЯҚда пенетрация кўринишидаги асоратлар 43 (37,7%) беморда аниқланган.

ДЯнинг ошқозон ости безига пенетрацияси (30) 26 беморда гигант ва/ёки каллезли яралар ва 4 беморда "кўзгу" яралар билан бирга кузатилган. Ушбу беморларнинг барчасига Билротнинг иккинчи тамойили бўйича РЖ амалга оширилган.

ДЯнинг жигар-ўн икки бармоқли бойламга пенетрацияси (9) 3 нафар беморда гигант ва/ёки каллезли яралар, 5 нафар беморда "кўзгу" яралар ва 1 нафар беморда эгарсимон яра билан бирга келган. Бундан ташқари, 2 беморда илгари яра тубида қон кетаётган томирни тикиш ўтказилган ва 4 нафарида ЎБИЎСБ ташхиси қўйилган. Улардан 3 нафар беморга Билротнинг биринчи усули модификациясида ва 6 нафар беморга Билротнинг иккинчи усули модификациясида РЖ бажарилган.

3.1-жадвал.

Назорат гуруҳида ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги асоратларининг хусусияти ва частотаси.

Ўн икки бармоқли ичак яраси асоратлар ининг хусусиятл ари	Операциялар хусусияти					Жами		шу жумладан		
	RJ-B-1		P	RJ-B-11						
	abs	%		abs	%	Abs %	a	b	v	
пенетраци я:	16	14,0	0,034 3	27	23, 7	43	37,7			
ошқозон ости безига	10	8,8	0,025 3	20	27, 5	30	26,3	-	2	4
жигар-ўн икки бармоқ ичак бойламига	3	2,6	0,220 7	6	5,3	9	7,9	-	-	-
ўт	3	2,6	0,045	1	0,9	4	3,5	-	-	-

пуфагига			5							
стеноз:	17	14,9	0,286 4	22	19, 3	39	34,2			
компенсац ияланган	-	-	x	8	7,0	8	7,0	5	-	3
субкомпен сацияланг ан	17	14,9	<0,05	2	1,8	19	16,7	3	-	-
декомпенс ацияланга н	-		x	12	10, 5	12	10,5	-	-	2
пенетраци я ва стеноз:	18	15,8	0,285	14	12, 3	32	28,1	-	-	-
компенсац ияланган	-	-	x	5	4,4	5	4,4	-	3	4
субкомпен сацияланг ан	10	8,8	0,256 8	7	6,1	17	14,9	-	-	2
декомпенс ацияланга н	8	7,0	<0,05	2	1,7	10	8,8	-	-	-
Жами	51	44,7		63	55, 3	114	100	8	5	15

Изоҳ: а) анамнезида тешилган ДЯни тикиш операциясини ўтказганлар; б) анамнезида ДЯ тубидаги қонаётган томирни тикиш амалиётини бошдан кечирганлар; в) дуоденал ўтказувчанликнинг сурункали бузилиши.

Ут пуфагига ДЯ пенетрацияси 3 нафар беморда гигант ва/ёки каллезли яралар ва 1 нафар беморда эгарсимон яра билан бирга кузатилган. Шу билан бирга, 3 беморда Билротнинг биринчи усули бўйича ва 6 беморда Билротнинг иккинчи тамойили бўйича РЖ ўтказилган.

3.1-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида ЎБИЯКда 39 (34,2%) беморда ДЯ нинг ПДС кўринишидаги асоратлари аниқланган.

Компенсацияланган ПДС (8) гигант ва/ёки каллезли яралар билан биргаликда 3 беморда, "кўзгу" яралар билан 2 беморда ва эгарсимон яралар билан 3 беморда ташхисланган. Улардан 5 нафари илгари ПДА тикишни

бошдан кечирган ва 3 нафари ЎБИЎСБ билан оғриган. Барча 8 нафар беморга Билрот-II бўйича РЖ бажарилган.

Субкомпенсацияланган ПДС (19) гигант ва/ёки каллезли яралар билан биргаликда 15 беморда, "кўзгу" яралар билан 2 беморда ва эгарсимон яралар билан 2 беморда ташхисланган. Улардан 3 нафари илгари тешилган ДЯни тикишни бошдан кечирган. Субкомпенсацияланган ПДСда 17 нафар беморга Билротнинг биринчи усули бўйича ва 2 нафарига Билрот-II усули бўйича РЖ бажарилган.

Декомпенсацияланган ПДС (12) гигант ва/ёки каллёз яралар билан биргаликда 7 беморда, "кўзгу" яралар билан 3 беморда ва эгарсимон яралар билан 2 беморда аниқланган. Улардан 2 нафарида ЎБИЎСБ ташхиси қўйилган. Ушбу беморларнинг барчасига Билротнинг иккинчи тамойили бўйича РЖ бажарилган.

3.1-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида 32 (28,1%) беморда ДЯ нинг ПДС ва пенетрация кўринишидаги асоратлари комбинацияси аниқланган.

Компенсацияланган ПДС ва пенетрация (5) 3 беморда гигант ва/ёки каллезли яралар ва 2 беморда эгарсимон яралар билан бирга кузатилган. Улардан 3 нафари илгари яра тубида қон кетаётган томирни тикишни бошдан кечирган. 2 нафар беморда ХНДП ташхиси қўйилган. Ушбу беморларнинг барчасига Билротнинг иккинчи тамойили бўйича РЖ бажарилган.

Субкомпенсацияланган ПДС ва пенетрация (17) гигант ва/ёки каллезли яралар билан биргаликда 11 беморда, "кўзгу" яралар билан 4 беморда ва эгарсимон яралар билан 2 беморда ташхисланган. Ушбу беморларнинг барчасига Билротнинг иккинчи тамойили бўйича РЖ бажарилган.

Декомпенсацияланган ПДС ва пенетрация (10) гигант ва/ёки каллезли яралар билан 7 нафар беморда ва эгарсимон яралар билан 3 нафар беморда кузатилган. Билротнинг биринчи тамойили бўйича РЖ 8 беморга, Билротнинг иккинчи тамойили бўйича эса ОР 2 беморга бажарилган.

Назорат	гуруҳидаги	беморларнинг	ОР
---------	------------	--------------	----

модификацияларига кўра тақсимланиши 3.2-жадвалда келтирилган.

3.2-жадвал.

Назорат гуруҳидаги беморларнинг ошқозон резекциясининг амалга оширилган модификацияларига кўра тақсимланиши.

Операция усуллари				
	назора т гуруҳи	%	абс	%
	abs		ОР бўйича Б-II	
	Б-I бўйича ОР			
ОР бўйича:	n = 114	19,3	-	-
- Габерер	22	12,3	-	-
- Габерер-Финней	14	13,1	-	-
- Л.Г. Хачиев	15	-	20	17,5
-Гофмейстер- Финст		-	28	24,6
- Ру- Ибадов		-	15	13,2
- Балфур	-	44,7	63	55,3

Қуйидаги 3.2-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳида "қийин" ўн икки бармоқли ичак яралари (ЎБИЯ) бўлган беморларда Билрот I усули модификацияларида резекция 51 (44,7%) беморда амалга оширилган. Асосан Габерер бўйича гастродуоденоанастомоз (ГДА) билан ошқозон резекцияси - 22 (19,3%) беморда бажарилди. Шунингдек, Габерер-Финней бўйича терминология билан ошқозон резекцияси 14 (12,3%) ва Л.Г. Хачиев бўйича 15 (13,1%) беморда амалга оширилди.

Шуни таъкидлаш керакки, назорат гуруҳида асосан

Билрот II усули модификацияларида ошқозон резекцияси - 63 (55,3%) беморда бажарилди, бу оптимал деб ҳисобланган ва ЎБИЯ "қийинлиги" билан олдиндан белгиланган эди. Жумладан, Гофмейстер-Финстерер бўйича ошқозон резекцияси 20 (17,5%) беморда, Балфур бўйича 28 (24,6%) ва Ру-Ибадов бўйича 15 (13,2%) беморда амалга оширилди.

Умуман олганда, назорат гуруҳидаги беморларнинг 51 (44,7%) нафарида Билрот I усули модификацияларида, 63 (55,3%) нафарида эса Билрот II усули модификацияларида ошқозон резекцияси бажарилди.

Назорат гуруҳидаги "қийин" ЎБИЯ билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилишда бир қатор техник ва тактик камчиликлар аниқланди. Жумладан, 2 беморда Гофмейстер-Финстерер бўйича "анъанавий" ошқозон резекцияси сурункали носепсифик дуоденал панкреатит (СНДП) фонида амалга оширилган.

Ушбу беморда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи ва ошқозонни декомпрессия қилиш мақсадида декомпрессион назогастроэюнал зонд қолдирилмаган. Бундан ташқари, ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи яранинг туби билан тўлиқ кесилгандан сўнг тикилган, бу кейинчалик ошқозон ости беzi тўқималарининг шикастланишига сабаб бўлган.

Ушбу камчиликларнинг барчаси биргаликда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилигига ва оқибатда ўлимга олиб келди.

Ушбу ҳолатнинг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, Ру усули бўйича ошқозон резекциясини ўтказиш, шунингдек, ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини декомпрессия қилиш учун ён тешиклари бўлган назогастроэюнал зондни қолдириш керак эди.

Шунингдек, ушбу асоратни ўз вақтида ташхислашни таъминлаш учун Винслов тешигини дренажлаш лозим эди.

7 нафар беморда "қийин" ўн икки бармоқли ичак ярасини мажбурий кесишга интилиш натижасида ошқозон ости беzi тўқималарининг шикастланиши ва қон кетиши кузатилди. Қон кетиши тўхтатилган бўлса-да, бу 6 та

ҳолатда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилигига сабаб бўлиб, ўлим билан якунланди.

"Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси бўйича жарроҳлик амалиёти пайтида 2 беморда жигар эхинококкози аниқланди.

Улардан бир беморда "анъанавий" ошқозон резекциясидан сўнг жигар эхинококкектомияси ўтказилди, иккинчисидан эса жигар эхинококкектомиясидан кейин "анъанавий" ошқозон резекцияси амалга оширилди.

3 нафар беморда "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси билан бир қаторда киндик чурраси аниқланди. Барча 3 ҳолатда жарроҳлик йўли сифатида юқори ўрта лапаротомия қўлланилиб, яра пастга томон кенгайтирилди. Ошқозон резекциясидан ва Винслоу тешигини дренажлашдан сўнг чурра дарвозаси пластикаси ўтказилди ва қорин олд девори қаватма-қават тикилди.

Умуман олганда, операциядан кейинги даврда 4 нафар беморда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги, 2 нафарида операциядан кейинги панкреатит, 2 нафарида мотор-эвакуатор бузилишлар (1 та гастростаз; 1 та анастомозит) кузатилди ва 1 нафар беморда операциядан кейинги даврда чамбар ичак тутқичида анастомознинг қисилиши юзага келди.

2 нафар беморда операциядан кейинги давр тромбоЭмболик асоратлар билан кечди. Улардан 1 нафар беморда ўнг оёқ веналарининг ўткир тромбофлебити кузатилди.

Ўтказилган комплекс даволаш чораларидан сўнг бемор соғайиб, шифохонадан чиқарилди. 1 беморда 5-суткада ўпка артерияси тромбоЭмболияси юзага келиб, ўлим билан якунланди. Таҳлиллар тромбоЭмболик асоратлар профилактикаси ўтказилмаганлигини кўрсатди.

2 нафар беморда "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси ўт тош касаллиги билан бирга кузатилди. Улардан бир беморда ошқозон резекциясидан кейин ўт пуфагининг тубидан холетсистектомия ўтказилди, иккинчисидан эса ўт пуфаги бўйинчасидан холетсистектомия қилинган, ошқозон резекцияси амалга оширилди.

Назорат гуруҳида операциядан кейинги даврда 12

(10,5%) ҳолатда умумий характердаги асоратлар юзага келган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 8 (5,1%) ҳолатни ташкил этди.

Назорат гуруҳидаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, биз бир қатор тактик ва техник камчиликларга йўл қўйганмиз. Хусусан:

1) Билрот-II модификациясидаги ошқозон резекцияси 63 (55,3%) беморда амалга оширилди, бу эса "қийин" ўн икки бармоқ ичак яраси фонида дуоденал чўлтоқни шакллантиришга олиб келди. Бундан ташқари, ўн икки бармоқ ичак яраси олиб ташланмади, баъзи беморларда эса уни кесиш ошқозон ости беги тўқималарининг шикастланиши билан кечди;

2) сурункали носпецифик дуоденал патология ташхиси қўйилганда, бир ҳолатда Гофмейстер-Финстерер бўйича ошқозон резекцияси бажарилди;

3) ошқозон резекцияси бажарилганда, унинг чўлтоғи фақат "классик" усулда шакллантирилди.

Бизнинг фикримизча, ошқозон чўлтоғини резекция қилишда шакллантиришнинг "анъанавий" усуллариининг камчиликлари қуйидагилардан иборат:

а) катта эгрилик томонидан ошқозоннинг юқори учдан бир қисмигача мобилизацияси, бу унинг резервуар функциясини бузади ва кўпинча Билротнинг биринчи тамойили бўйича анастомозни шакллантиришдан воз кечишга сабаб бўлади; ошқозон-чарви артерияси стволи кесилади, бу эса ошқозон чўлтоғининг қон билан таъминланишини бузади;

б) ошқозон чўлтоғи шакллантирилишидан олдин ўн икки бармоқ ичак ошқозондан ичак қисқичи ва ошқозонни эзадиган қисқич ўртасида кесиб олинади;

в) режалаштирилган резекция чегарасида ошқозон қисқичи ва ошқозонни эзадиган қисқич қўйилади, бу эса ошқозон чўлтоғи тўқималарини маълум даражада шикастлайди.

4) "Олиб бўлмайдиган яралар йўқ" шиори остида "қийин" ўн икки бармоқ ичак ярасини албатта кесишга интилиш кўпинча ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи

етишмовчилигининг сабаби бўлган. Шу муносабат билан, назорат гуруҳида ўн икки бармоқ ичак чўлтоғининг етишмовчилиги 10 (8,8%) беморда аниқланган ва 7 (6,1%) беморда ўлим ҳолати кузатилган.

5) ўн икки бармоқ ичак чўлтоғига ишлов беришда уни тикишнинг бир неча усуллари қўлланилган (типик ишлов бериш ва атипик - Юдин, Шалимов бўйича ўн икки бармоқ ичак чўлтоғини тикиш). Ошқозон чўлтоғини "анъанавий" усулда шакллантиришнинг юқорида санаб ўтилган барча камчиликлари кўпинча операциядан кейинги эрта асоратлар ва постгастрорезекцион синдромларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

"Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси (ЎБИЯ) билан оғриган беморларни даволаш натижаларидан қониқмаслик бизни назорат гуруҳида йўл қўйилган камчиликларни қайта кўриб чиқишга ундади. Бунинг учун маълум вақт талаб этилди.

Қониқарсиз натижаларнинг сабабларини таҳлил қилиш ва ушбу тоифадаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш тажрибасининг тўпланиши 2011-йилдан бошлаб жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш имконини берди.

3.2. Операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник услублари

"Қийин" ЎБИЯ бўйича жарроҳлик аралашувида биз ўт пуфаги ва жигардан ташқари ўт йўллариининг жойлашувини ҳисобга олдик. Бундан ташқари, ўн икки бармоқли ичак (ЎБИ) мобилизациясида унинг йўлини очишдан қочиб, ошқозон ва ЎБИ ҳажми ҳамда шаклига эътибор қаратдик. Буларнинг барчаси резекция хусусиятини ва анастомозни шакллантириш усулини аниқлаш имконини беради.

"Қийин" ЎБИЯ билан оғриган беморларда чандиқли ёки ярали-чандиқли деформациянинг яққоллиги туфайли дуоденоюнал ўтиш меъёрга нисбатан юқорироқ жойлашган бўлади. Шунинг учун асосий гуруҳда бу ҳолатларда Стронг операцияси ўтказилди. Бунда

кўндаланг-чамбар ичак, шунингдек, юқори тутқич артерияси ва венасининг шикастланишига йўл қўймаслик керак. Бундан ташқари, "қийин" ЎБИЙ бўйича операцияларни бажаришда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикишда қийинчиликлар юзага келади. Унинг етишмовчилиги хавфи айнан шунда яширинган. "Қийин" яраларда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи етишмовчилигининг олдини олиш бўйича кўплаб таклифлар, бизнинг фикримизча, гастродуоденоанастомоз (ГДА) қўйишдан кўра анча мураккабдир. Шу билан бирга, тўғридан-тўғри ГДА қўйиш фақат ЎБИ орқа деворининг 4-5 мм тўқимасида, ҳатто деворнинг бу қисми чандиқли тўқима бўлса ҳам, мумкин.

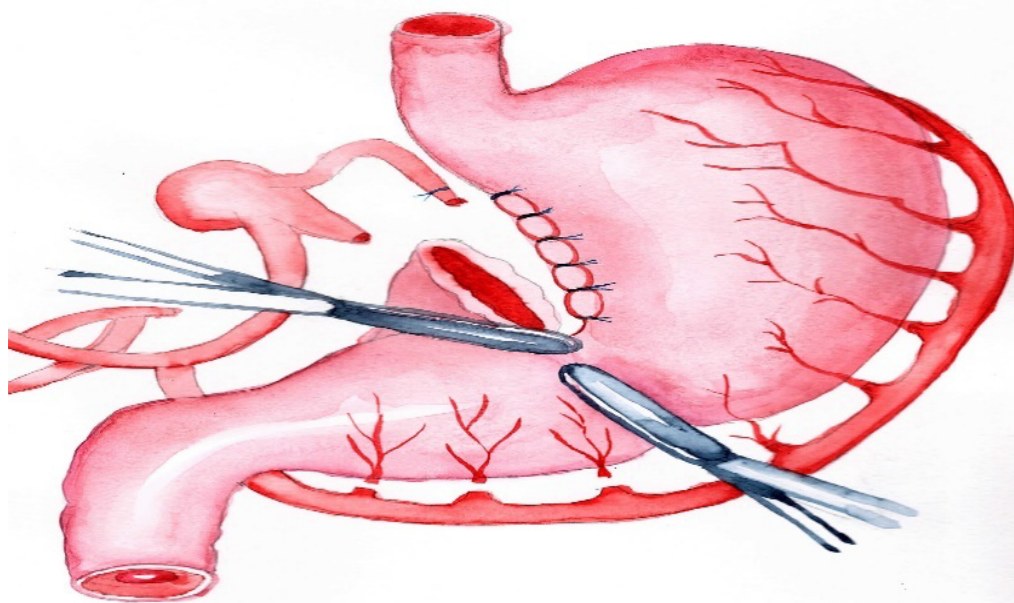
Ошқозон резекцияси усули ва ҳажми яранинг жойлашуви, яра асоратлари характери, операция зонасидаги топографик-анатомик шароитлар, ошқозоннинг мотор-эвакуатор ва кислота ишлаб чиқариш функцияси ҳолатига қараб танланди. ЎБИ яралари чандиқли жараён билан деформацияланган, етарли диаметрга эга бўлган ҳолларда, ЎБИЯ субмукоз кесилгандан ва экстрадуоденизациядан сўнг, тўғри ГДА қўйилди.

Габерер модификациясида ГДА шакллантирилиши техник жиҳатдан энг содда ва Билрот биринчи усулининг модификациялари орасида функционал жиҳатдан ишончли ҳамда фойдали ҳисобланади. Агар бирон сабабга кўра (3 см дан ортиқ узунликдаги ПДС туфайли ЁОК бошланғич қисми - пиёзчаси чандиқли торайиши ёки олдин тикилган тешилган ёхуд қонаётган яра, ГДА чок чизиғининг таранглашиши хавфи ва ҳоказо) тўғридан-тўғри ГДА қўйиш имкони бўлмаса, термино-латерал кўндаланг, камроқ ҳолларда бўйлама ГДА шакллантиришга ўтилган. Шу боис, Габерер-Финней ва Л.Г. Хачиев модификациясидаги ошқозон резекцияси юқорида келтирилган ҳолатларда беқиёс бўлиб, овқатнинг табиий йўналишини сақлаб қолган ҳолда анастомоз қўйиш кўрсатмаларини кенгайтиради. Билрот-II бўйича ошқозон резекциясининг кенгроқ қўлланилиши нафақат табиий йўналишни сақлаш истаги, балки ЎИБИ чўлтоғини тикишдаги қийинчиликларда бундай анастомознинг

афзалликлари билан ҳам боғлиқ.

Бизнинг фикримизча, айнан Билрот-I нинг бир нечта модификацияларини қўллаган ҳолда ошқозон резекциясини амалга ошириш орқали чўлтоқни тикиш заруратидан қочиш ва шу билан бирга ЎИБИ чўлтоғи етишмовчилиги юзага келишини сезиларли даражада камайтириш мумкин. Бироқ, амалий жарроҳликда ошқозон чўлтоғини шакллантиришнинг "анъанавий" усулини 70-80% ҳолларда қўллаш Билротнинг биринчи тамойили бўйича анастомоз қўйиш имконини бермайди. Бунда асосий камчилик шундаки, "анъанавий" ошқозон резекциясида унинг чўлтоғи резервуар қобилиятини сезиларли даражада йўқотади, бу кўпинча Билрот-II тамойили бўйича анастомозни мажбуран шакллантириш заруриятига олиб келади. Шу муносабат билан бўлимимиз ходимлари томонидан ошқозон резекциясида қўлланиладиган бир қатор усуллар ва техник ёндашувлар ишлаб чиқилган, бу эса "қийин" ўн икки бармоқ ичак яраларида ҳам жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди.

Ошқозон чўлтоғини резекция қилишда "қисқичсиз" шакллантириш усули (ЎзР ИДП 2021 РВ патенти, №0127 ДФ 05.03.21 й.).



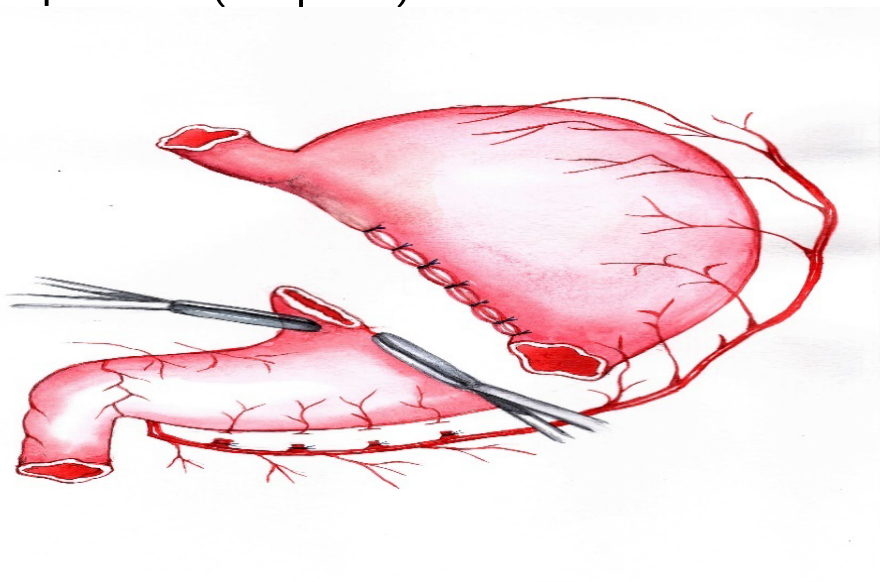
3.1-расм. Ошқозон чўлтоғини сиқувчи усулдан фойдаланмай шакллантириш пайтидаги денервация ва деваскуляризация схемаси

Ихтиро моҳияти. Ошқозонни сафарбар қилишни катта эгриликдан бошлаймиз, келажакдаги чўлтоқ учун 2/3 қисмини қолдирамиз. Сафарбарлик қатъий равишда девор яқинида амалга оширилади, фақат ўнг ошқозон-чарви артериясининг охирги ён шохларини кесиб ўтган ҳолда, шу билан асосий поянинг бутунлигини сақлаб қоламиз. Катта эгрилик томонидан фақат ошқозоннинг олиб ташланадиган қисмига, ошқозон ўқига перпендикуляр равишда, узунлиги 5-6 см гача, яъни келажакдаги анастомоз тешигидан 2 барабар катта бўлган қисқич қўйилади (3.1-расм). Ошқозоннинг кичик эгрилиги томонидан кардиядан 2-4 см масофада чап ошқозон артериясининг пастга тушувчи шохини боғлаш ва кесиш амалга оширилади.

Сўнгра, фақат чарви халтаси томонидан уни томирлар ва адашган нервлар билан бирга ушлаб, қисқич қўйилади, унинг устида босқичма-босқич ошқозоннинг кичик эгрилигини кесиб ташлаймиз (хлорид кислотани ишлаб чиқарувчи қоплама ҳужайраларнинг 90% кичик эгриликда

жойлашган) ва ошқозоннинг катта эгрилиги томонидан қўйилган асбобнинг учига викрил билан тугунли чоклар қўйилади. Унинг устида босқичма-босқич ошқозоннинг кичик эгрилиги кесилади (хлорид кислотани ишлаб чиқарувчи қоплама ҳужайраларнинг 90% кичик эгриликда жойлашган) ва ошқозоннинг катта эгрилиги томонидан қўйилган асбобнинг учигача викрил билан тугунли чоклар қўйилади. Кичик эгриликни капрон билан "П"-симон чоклар ёрдамида перитонизация қилинади.

Кейин катта эгрилик томонидан ошқозоннинг фақат олиб ташланадиган қисмига, унинг ўқига перпендикуляр равишда 5-6 см узунликда қисқич қўйилади ва сероз қобиқ кесилади. Сўнгра викрил билан шиллиқ ости мушак "бурмали" бир қаторли чоклар қўйилади. Натижада, ошқозон чўлтоғи тешигининг диаметри 6-7 см дан 3,0 см гача кичраяди, бу ўн икки бармоқли ичак бошланғич қисмининг диаметрига мос келади. Шундан сўнг ошқозоннинг дистал қисмини кичик чарви қисми билан резекция қиламиз (3.2-расм).



3.2-расм. Меъда чўлтоғининг қисқичсиз шакллантирилганидан кейинги кўриниши

Анастомознинг олдинги лабини ёпишдан олдин, албатта, декомпрессион зонд қолдирилади. Шундан сўнг, Микулич қисқичига маҳкамланган турунда ёрдамида меъда чўлтоғи "кил"идаги гемостазнинг ишончлилигини

текширамыз.

Кейинчалик, ўнг меъда артериясини кесиб ўтган ҳолда, олиб ташланиши лозим бўлган меъданинг дистал қисмини мобилизация қиламыз.

Ушбу усулда: 1) операция техникаси соддалашади, меъда чўлтоғи тўқималарининг сиқилиши бартараф этилади;

2) меъда-чарви артериялари пояларининг бутунлиги сақланиб қолади, бу эса меъда чўлтоғининг тўлиқ қон билан таъминланишини кафолатлайди;

3) меъданинг кичик эгрилигини кичик чарвининг катта қисми билан кесиб олиш орқали хлорид кислотани ишлаб чиқарувчи қоплама ҳужайраларнинг асосий жойлашув ҳудудини 90% гача олиб ташлаш амалга оширилади;

4) меъданинг катта эгрилик томонидаги анчагина қисми сақланиб қолиб, унинг резервуар вазифасини таъминлайди;

5) "бурмали" шиллиқ-мушак-шиллик ости чокларини қўйиш ишончли гемостазни таъминлайди ва овқатнинг қўшимча механик ушланиб қолишига ёрдам беради, бу эса чўлтоқ тешиги диаметрини ичак бошланиш қисми диаметрига мослаштириш имконини беради ва Билрот-И тамойили бўйича анастомоз қўйиш кўрсатмаларини кенгайтиради.

Кейинчалик, ўнг ошқозон артериясини кесиб ўтиш орқали олиб ташланиши лозим бўлган ошқозоннинг дистал қисми мобилизация қилинади.

Сўнгра ўн икки бармоқли ичак бошланғич қисмининг орқа деворига дастлаб ипак билан биринчи қатор чок қўйилади. Анастомознинг орқа лабига чок қўйилганда, игна ошқозон четидан 0,8-1,0 см узоқликда, ўн икки бармоқли ичакда эса игна кириши ва чиқиши ичак четидан 0,5-0,6 см масофада бўлиши керак. Бунда ошқозондаги чоклар орасидаги масофа 0,6-0,8 см, ўн икки бармоқли ичакда эса 0,5-0,6 см бўлиши лозим. Шундан сўнг ошқозоннинг дистал қисми яра билан бирга резекция қилинади ва тўқималарни ортиқча таранглаштирмасдан викрил билан 4-5 та чокнинг иккинчи қатори қўйилади. Шу тариқа анастомознинг орқа лаби шакллантирилади.

Анастомознинг олдинги лаби ёпилишидан олдин албатта декомпрессион зонд қолдирилади. Кейин анастомознинг олдинги лаби шакллантирилади.

Анастомознинг олдинги лабига чок қўйишдан аввал, ҳар икки томондан "П"-симон чоклар - анастомознинг ички асосига "қулфлар" қўйиш зарур.

Чунки улар тикилаётган қирраларни техник жиҳатдан мослаштириш ва таққослашни осонлаштиради ҳамда операциядан кейинги эрта даврда анастомоз соҳасига тушадиган асосий юкни кўтаради. Бу ҳам уларнинг чоклари етишмовчилигини олдини олиш чораларидан бири ҳисобланади.

Анастомознинг олдинги лаби кичик эгрилик томонидан бошлаб, сероз-мушак-шиллик ости қатламини қамраб олган ҳолда бир қаторли, ичкарига буралувчи чоклар билан тикилади. Чок қўйиш ошқозон чўлтоғи ва ўн икки бармоқли ичак четидан 0,5-0,6 см узоқликда бошланиб, чиқиш нуқтаси 0,2 см масофада бўлади. Чоклар орасидаги масофа 0,8 см бўлиб, уларнинг сони 4-5 тани ташкил этиши керак. Сероз-мушак чокларининг ўрганилаётган қатори чокларнинг биринчи қатори оралиғида жойлаштирилади. Анастомознинг олдинги лаби чоклари қўйилганда тугунлар ошқозон чўлтоғининг олд деворида жойлашиши лозим, чунки унинг девори ўн икки бармоқли ичакка қараганда мустаҳкамроқ. Бу билан анастомознинг мустаҳкамлиги янада ортади.

Шуни таъкидлаш лозимки, ошқозоннинг олиб ташланиши керак бўлган дистал қисми ўн икки бармоқ ичакдан ажратилганда, ичак чегарасидан 0,5-1,0 см юқорига эзувчи қисқич қўйилади. Ўн икки бармоқ ичакка ён томонларидан олдиндан ушлаб турувчи чоклар қўйилади. Бунда, ошқозонни ўн икки бармоқ ичакдан ажратишни унинг орқа девори томонидан бошлаш мақсадга мувофиқдир. Ўн икки бармоқ ичак таркибининг чиқиб кетиши ҳисобига ифлосланишнинг олдини олиш учун, ичакнинг олд деворини кесишдан олдин, орқа деворда ҳосил бўлган тешик орқали дока салфетка киритиш лозим.

Анастомоз шакллангандан сўнг, жарроҳлик столида

назогастроуденал поливинилхлорид зонд орқали ошқозонни "тоза" сувгача ювиш бошланади. Операциядан кейинги даврда ошқозоннинг доимий декомпрессияси амалга оширилади.

Бунинг натижасида: 1) ошқозон чўлтоғининг кенгайиши, қусиш, кекириш, қайт қилиш ва ҳиқичоқ кузатилмади; 2) анастомозлар ва ўн икки бармоқ ичак чўлтоғининг битиши учун қулай шароитлар яратилди; 3) ошқозон чўлтоғи ва анастомозда яллиғланиш ҳодисаларининг олди олинди, чунки парчаланувчи органик моддалар (қон, шиллиқ, балғам) фаол равишда олиб ташланди; 4) ошқозон ва ичак чўлтоғи парезининг олди олинди, чунки ичакларга парчаланиши натижасида ферментлар ва токсинлар ҳосил қиладиган моддалар тушмади; 5) ётоқ режими муддати қисқарди.

Билрот-I усулида ошқозон резекциясини амалга оширишга имкон бермайдиган ҳолатларни ёдда тутиш керак. Буларга дуоденостаз, постбулбар яралар, 3-5 см давомидаги ўн икки бармоқ ичак стенози ҳамда катта ва пенетрацияловчи яралар киради. Бундай ҳолларда Билрот-II бўйича ошқозон резекцияси бажарилади.

Билротнинг иккинчи тамойили бўйича ошқозон резекциясида биз томонимиздан ўн икки бармоқ ичак чўлтоғини тикиш усули ишлаб чиқилди ва жорий этилди (ЎзР ПВ ИДП 2021 патенти, №0129 ДФ 05.03.21 й.).

Дуоденал чўлтоқни тикиш ва жарроҳнинг «қийин»ўн икки бармоқ ичак ярасини тўлиқ кесиб олишга интилиши кўпинча ошқозон ширасининг фаоллашуви билан операциядан кейинги панкреатит ривожланишига ва юқори ўлим кўрсаткичи билан ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги ривожланишига олиб келади.

Ихтиро моҳияти қуйидагича: "қийин" ўн икки бармоқ ичак яраларида, унинг чўлтоғини тикишдан олдин, яра четларини фақат унинг тубигача субмукоз кесиш амалга оширилади, сўнгра тўқима четлари шиллиқ ости-шиллик ости-мушак бир қаторли тугунли чоклар билан бирлаштирилади, яъни яранинг туби овқат ҳазм қилиш трактидан ташқарига чиқарилади (3.3., 3.4-расмлар).

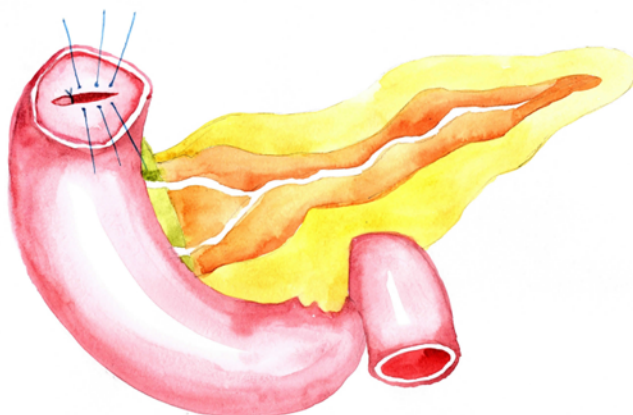
Яралинг бевосита қўшни органларга ёпишган туби улардан ажратилмайди. Яралинг бевосита қўшни органларга ёпишган туби улардан ажратилмаган.



3.3-расм. Яра четларини унинг тубигача субмукоз кесиш

Мукозектомия жарроҳлик техникасини бироз мураккаблаштира-да, меъда ости беzi ва ўт йўлларининг шикастланишини ва ундан келиб чиқадиган оқибатларнинг олдини олишга имкон берди.

Экстрадуоденизация эса ярани оғриқли импульслар ва кейинги асоратларнинг манбаи сифатида бартараф этиш имконини берди.



3.4-расм. Шиллиқ-шиллик ости-мушак қават чокларини қўйиш

Кейинги босқичда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини

ёпиш учун иккита ярим ҳамён чоки қўйилади (3.5-расм).



3.5-расм. Ярим халта чокларни қўйиш

Бунда, игна санчилиши ўн икки бармоқли ичак девори четидан 0,1-0,2 см ичкарида, чиқиш эса ичак девори четидан 0,5-0,7 см ташқарида бўлиши лозим. Бу ўн икки бармоқли ичак деворини унинг шиллиқ қавати билан бирга ичкарига буриш имконини беради. Чокларни тортишда игнанинг кириш ва чиқиш нуқталари орасидаги масофа ҳам 0,5-0,7 см бўлиши керак. Бу ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг ишончилигини таъминлайди. Устидан сероз-мушак-шиллик ости тугунли чоклар қўйилади (3.6-расм). Жарроҳлик амалиёти чўлтоққа декомпрессион зонд киритиш билан якунланади.

Ушбу усулнинг афзалликлари қуйидагилар: 1) яра четларини унинг тубигача кесиб олиб ташлаш ва четки чокларни қўйиш орқали яранинг экстрадуоденизациясига эришилади, бу эса кейинги асоратлар - оғриқ синдроми, қон кетиш каби ҳолатларнинг олдини олади; 2) ошқозон ости бези бошчаси ва ўт йўллариининг шикастланиши олдини олади, бу эса ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чоклари етишмовчилиги ва ўт оқмаларининг профилактикаси ҳисобланади; 3) дуоденал чўлтоқни ушбу усулда тикиш ва унинг бўшлиғида декомпрессион зондни қолдириш техник жиҳатдан осонроқ бажарилади, шунингдек, чоклар етишмовчилиги ва ўлимнинг ишончли олдини олиш усули ҳисобланади.



3.6-расм. Сероз-мушак-шиллик ости чокларини қўйиш

Жарроҳ ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг ишончилигига қанчалик ишонмасин, биз Винслоу тешиги ёнида полихлорвинил найчани қолдирамиз ва уни ўнг қовурға остидаги тешик орқали ташқарига чиқарамиз. Қорин бўшлиғини бутунлай тикиб қўямиз.

Биз ишлаб чиққан техник усуллар "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида жарроҳлик аралашувининг хавфсизлигини таъминлади.

3.3. Текширилаётган гуруҳ беморларида жарроҳлик тактикаси

Назорат гуруҳидаги "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси (ЎБИЯ) бўлган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларидан қониқмаслик "қийин" ЎБИЯда жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш заруриятини келтириб чиқарди.

Ўн икки бармоқли ичак чўлтоғининг етишмовчилигидан ҳимоя қилувчи усуллар йўқлигига ишонч ҳосил қилгач, биз ушбу тоифадаги беморларда жарроҳлик тактикасини ўзгартирдик. У қуйидагилардан иборат.

Операцияни бажаришни осонлаштириш ва унинг натижаларини яхшилаш учун беморларнинг ўрганилаётган гуруҳида биз бир вақтнинг ўзида инфилтратни сўриб

олиш ва ўн икки бармоқли ичак яраси соҳасидаги яллиғланишни бартараф этишга қаратилган операциядан олдинги мақсадли комплекс тайёргарликни ўтказдик.

Шу билан бирга, дори терапияси ва эҳтиёткор парҳез қуйидаги мақсадларга эришишни таъминлади: оғриқ синдроми ва диспептик белгиларни йўқотиш, яра атрофидаги яллиғланиш инфильтрациясини олиб ташлаш ва яранинг ўлчамини камайтириш, гастрит ва дуоденит аломатларини бартараф этиш, меъда ва ўн икки бармоқли ичак ҳаракатчанлиги ҳамда меъданинг секретор функциясини нормаллаштириш.

Фарматсевтика саноатининг ютуқларига ва ЎБИЯни консерватив даволашдаги муваффақиятларга асосланиб, биз қуйидаги тамойилларга амал қилдик:

1. Антисекретор терапия дори дозасини танламасдан ваготомиясиз ўн икки бармоқли ичак яраси кесиб олинган беморларда операциядан кейинги даврда кислота кам ишлаб чиқарилишини кафолатли таъминлашга ёрдам беради (фамотидин (квamatел) кунига 2000 мг ёки омепразол 20 мг кунига 2 марта ёки пантопразол 40 мг кунига 1 марта, метронидазол кунига 1000 мг, ранитидин кунига 300 мг).

2. Ҳеликобактерияга қарши эрадикацион терапия (пантопразол 40 мг кунига 2 маҳал, кларитромитсин 500 мг кунига 2 маҳал, амокситсиллин 1000 мг кунига 2 маҳал, метронидазол 500 мг кунига 3 маҳал, тетрациклин 500 мг кунига 4 маҳал).

3. Даволаш-муҳофаза режими. Ортиқча стрессли вазиятлар ва руҳий-эмоционал зўриқишни истисно қилиш. Овқатланиш меъда шиллиқ қавати механик, кимёвий ва ҳарорат таъсиридан эҳтиётлашга қаратилган бўлиши керак.

Буларнинг барчаси меъда безларининг хлорид кислота ва пепсиноген ишлаб чиқарадиган функционал фаоллигини пасайтиришга ёрдам беради. Баъзи маҳсулотлар (сут, тухум) хлорид кислотани боғлаб, меъда суюқлигининг кислоталилигини камайтиради.

Биз ҳар бир беморнинг ЎБИ "қийин" яраларида операция усулини танлашга индивидуал ёндашдик. Бунда

операция пайтидаги вазият, яъни операцион топилма ҳисобга олинди. Бизнингча, бундай беморларни ошқозон жарроҳлигида катта амалий тажрибага эга жарроҳлар операция қилиши лозим. ДЯ жойлашуви, унинг катталиги, шунингдек, ЎБИ яраси асоратлари ҳамда қўшма жарроҳлик ва ёндош терапевтик касалликлар мавжудлигига эътибор қаратиш зарур.

"Қийин" ДЯларда ОРнинг "ахиллес товони" чўлтоқ етишмовчилигининг юқори частотаси эканлигини ҳисобга олган ҳолда, биз такомиллаштирган усуллар ва операцияларнинг техник усулларида фойдаланган ҳолда Билрот-1 бўйича Габерер усулида ГДА, Хачиев бўйича бўйлама ТЛА ва Габерер-Финней бўйича кўндаланг ТЛА кўринишидаги ОР модификацияларига кўрсатмаларни кенгайтириш ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини шакллантиришдан қочиш имконини беради. Бу эса ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги ва натижада ўлим каби энг хавфли асоратларнинг юзага келишини олдини олади. Беморларнинг ўрганилаётган гуруҳида ЎБИЯК асоратларининг табиати ва частотаси 3.4-жадвалда келтирилган.

3.4-жадвал.

Ўрганилаётган гуруҳдаги асоратларнинг хусусияти ва такрорланиш даражаси.

ЎНБИ яраси асоратининг хусусияти	Асосий гуруҳ (n-148)						шу жумладан		
	ОР Б-I бўйича		ОР Б-II бўйича		жами		а	б	в
	абс	%	абс	%	абс	%			
пенетрация:	41	27,7	4	2,7	45	30,4			
ошқозон ости	30	20,3	4	2,7	34	23,0	-	6	-
безига	11	7,4	-	-	11	7,4	-	-	-
12 бармок бойламига									
Стеноз:	32	21,6	20	13,5	52	35,1			
Компенсация	14	9,4	4	2,7	18	12,1	9	-	4
Субкомпенсация	9	7,9	2	1,4	11	7,4	8	-	2
Декомпенсация	9	7,9	14	9,4	23	15,5	9	-	-

Пенетрация	44	29,7	7	4,7	51	34,5	-	-	-
стеноз:	16	10,8	2	1,4	22	14,9	-	7	2
Компенсация	12	8,1	1	0,7	9	6,1	-	2	4
Субкомпенсация	16	10,8	4	2,6	20	13,5	-	2	-
Декомпенсация									
жами	117	79,1	31	20,9	148	100	26	17	10

Изоҳ: а) анамнезида тешилган ўн икки бармоқли ичак яраси тикилганлар; б) анамнезида ўн икки бармоқли ичак яраси тубида қон кетаётган томир тикилганлар; в) ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши.

Қуйидаги 3.4-жадвалдан кўриниб турибдики, ЎБИЯК билан оғриган тадқиқот гуруҳида пиёзчада жойлашган яра фонида 45 (30,4%) беморда пенетрация кўринишидаги асоратлар аниқланган. ДЯнинг ошқозон ости безига пенетрацияси 34 (23,0%) беморда ва жигар-ўн икки бармоқли ичакка - 11 (7,4%) беморда кузатилган. Турли даражадаги ПДС 52 (35,1%) беморда ташхисланган. Улардан компенсацияланган - 18 (12,1%), субкомпенсацияланган - 11 (7,4%) ва декомпенсацияланган - 23 (15,5%) беморда аниқланган. ДЯ пенетрацияси 51 (34,5%) беморда турли даражадаги ПДС билан бирга келган. Улардан пенетрация компенсацияланган ПДС билан 22 (14,9%), субкомпенсацияланган - 9 (6,1%) ва декомпенсацияланган - 20 (13,5%) беморларда кузатилган.

Тадқиқот гуруҳида, юқорида санаб ўтилган асоратлардан ташқари, жами 26 нафар беморда анамнезида тешилган ўн икки бармоқли ичак яраси тикилиши, 17 нафар беморда ўн икки бармоқли ичак яраси тубида қон кетаётган томир тикилиши ва 10 нафар беморда ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши кузатилган. Таъкидлаш жоизки, ўрганилаётган гуруҳда Билротнинг биринчи тамойили бўйича ошқозон резекцияси модификацияси 117 (79,1%) беморда, Билрот-ИИ модификацияси эса 31 (20,9%) беморда амалга оширилди. Билрот-И модификациясида ошқозон резекциясини бажаришда ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари ва клиник вариантларига қараб беморларнинг тақсимланиши 3.5-жадвалда келтирилган.

3.5-жадвалдан кўриниб турибдики, ўрганилаётган гуруҳда 28 (23,9%) беморда Габерер бўйича ошқозон резекцияси бажарилди. Бунда барча беморларда пиёзсимон қадоқли ўн икки бармоқли ичак яраси бўлиб, 4 (3,4%) нафар беморда жигар-ўн икки бармоқли ичак боғламига кириши, 14 (12,0%) нафар беморда кириш компенсацияланган пилородуоденал стеноз билан бирга, 9 (7,7%) нафар беморда субкомпенсацияланган ва 1 (0,8%) нафар беморда декомпенсацияланган стеноз билан кузатилди. Улардан 13 нафар беморнинг анамнезида тешилган ўн икки бармоқли ичак яраси тикилиши бўлган.

3.5-жадвалдан кўриниб турибдики, текширилаётган гуруҳда 36 (30,8%) беморга Габерер-Финней усули бўйича кўндаланг ТЛА билан ошқозон резекцияси бажарилган. Бунда пиёзсимон каллёз ва/ёки гигант ДЯ (27) ҳамда "кўзгу" яралар фонида 16 (13,7%) беморда ошқозон ости безига ва 4 (1,4%) беморда жигар-ўн икки бармоқ ичак бойламига пенетрация аниқланган. Шунингдек, 5 беморнинг анамнезида ПДА тикиш ва 3 беморники эса яра тубидаги қонаётган томирни тикиш операцияси бўлган.

3.5-жадвал.

Билрот-I бўйича модификацияларда ошқозон резекциясидаги асоратлар хусусияти.

ЎНБИ яраси асоратининг хусусияти		Каллёз улкан	Кўзгусимон	Каллёз	Улкан	Жами (n-117)		шу жумладан	
						абс	%	a	b
пенетрация: жигар-12 бармоқли ичак боғламига		-	-	4	-	4	3,4	-	-
пенетрация ва стеноз:		-	-	14	-	14	12,0	8	-
компенсация		-	-	6	3	9	7,7	4	-
субкомпенсация		-	-	-	1	1	0,8	1	-
декомпенсация									
Жами	абс	-	-	24	4	28	23,9	13	-

пенетрация: ошқозон ости безига жигар-12 бармоқли ичак боғламига		9 2	7 2	- -	- -	16 4	13,7 3,4	- -	3 -
пенетрация+ декомпенсация декомпенсация		7 9	- -	- -	- -	7 9	6,0 7,7	- 5	- -
Жами	абс	27	9	-	-	36	30,8	5	3
пенетрация: ошқозон ости безига жигар-12 бармоқли ичак боғламига		8 -	- -	6 3	- -	14 3	12,0 2,6	- -	3 -
пенетрация + компенсация субкомпенсация декомпенсация		10 12 9	- - -	5 - -	- - -	15 12 9	12,8 10,2 7,7	- - 2	- 7 -
Жами	абс	39	-	14	-	53	45,3	2 20	7 13

Изоҳ: а) анамнезида тешилган ДЯни тикиш операциясини ўтказганлар; б) анамнезида ДЯ тубидаги қонаётган томирни тикиш операциясини ўтказганлар.

3.5-жадвалдан кўриниб турибдики, текширилаётган гуруҳда 53 (45,3%) беморга Л.Г. Хачиев усули бўйича бўйлама ТЛА билан ошқозон резекцияси бажарилган. Пиёзсимон каллёз ва/ёки гигант ДЯ фонида 14 (12,0%) беморда ошқозон ости безига ва 3 (2,6%) беморда жигар-ўн икки бармоқ ичак бойламига пенетрация аниқланган.

Бундан ташқари, пенетрациянинг компенсацияланган ПДС билан биргаликда келиши 15 (12,8%) беморда, субкомпенсацияланган билан 12 (10,2%) ва декомпенсацияланган билан 9 (7,7%) беморда аниқланган. Бунда 2 беморнинг анамнезида ПДА тикиш ва 7 беморники эса яра тубидаги қонаётган томирни тикиш операцияси бўлган.

Шундай қилиб, тадқиқ этилаётган гуруҳда Билрот-I модификациясида ошқозон резекцияси 117 (79,1%) беморда амалга оширилди, бу назорат гуруҳига нисбатан 34,4% кўпдир. Бу ҳолат муҳим аҳамиятга эга, чунки бу

контингентда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини шакллантириш зарурати сезиларли даражада камаяди ва бундан келиб чиқадиган оқибатлар юзага келмайди. Назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, сурункали носпециффик ўн икки бармоқли ичак яраси фонида ҳеч бир ҳолатда Билрот-I модификациясида ошқозон резекцияси бажарилмади. Бу назорат гуруҳидаги камчиликларни ҳисобга олган ҳолда олдиндан белгиланди. Бундан ташқари, барча беморларда операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник услублари қўлланилди. Билрот-II модификациясида ошқозон резекциясини бажаришда ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари ва постбулбар локализацияли яраларга қараб беморларнинг тақсимланиши 3.6-жадвалда келтирилган.

3.6-жадвалдан кўриниб турибдики, тадқиқот гуруҳидаги 12 (38,7%) беморда Гофмейстер-Финстерер усули бўйича ошқозон резекцияси бажарилган. Постбулбар каллёз ва/ёки гигант ДЯ фонида 4 (12,9%) беморда ошқозон ости безига пенетрация, 6 (19,4%) беморда декомпенсацияланган стеноз ва 2 (6,3%) беморда пенетрациянинг компенсацияланган стеноз билан биргаликда келиши аниқланган. Шу билан бирга, 3 нафар беморда анамнезида ПДА тикилиши, 3 нафарида яра тубидаги қонаётган томир тикилиши ва 1 нафар беморда ЎБИЎСБ бўлган.

Тадқиқот гуруҳидаги 19 (61,3%) беморда Ру-Ибадов усули бўйича ошқозон резекцияси бажарилган. Постбулбар каллёз ва/ёки гигант ДЯ фонида 4 (12,9%) беморда компенсацияланган стеноз, 2 (6,4%) беморда субкомпенсацияланган стеноз ва 8 (25,8%) беморда декомпенсацияланган стеноз аниқланган. Бундан ташқари, пенетрациянинг субкомпенсацияланган стеноз билан биргаликда келиши 1 (3,3%) ва декомпенсацияланган стеноз билан 4 (12,9%) беморда кузатилган. Шу билан бирга, 3 нафар беморда анамнезида ПДА тикилиши, 1 нафарида яра тубидаги қонаётган томир тикилиши ва 9 нафар беморда ЎБИЎСБ бўлган.

3.6-жадвал.

Билрот-11 бўйича ошқозон резекциясидаги асоратлар хусусияти.

Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги асоратларининг хусусиятлари		клиник ДЯ вариантлари		Жами		шу жумладан		
			каллёз ва улкан	мутл ақ сон	%	a	b	v
Гофмейстер-Финстерер бўйича ошқозон резекцияси								
Ошқозон ости безига пенетрация			4	4	12,9	-	-	-
Декомпенсацияланган стеноз пенетрация ва компенсацияланган стеноз			6 2	6 2	19,4 6,3	1 2	3 -	- 1
Жами	абс		12	12	38,7	3	3	1
Ру-Ибодов бўйича ошқозон резекцияси								
компенсацияланган стеноз			4	4	12,9	1	1	4
субкомпенсацияланган стеноз			2	2	6,4	2	-	5
декомпенсацияланган стеноз			8	8	25,8			
пенетрация+субкомпен сатор стеноз			1	1	3,3			
пенетрация+декомпен сатор стеноз			4	4	12,9			
Жами	абс		19	19	61,3	3	1	9

Изоҳ: а) анамнезида тешилган ДЯ тикилишини бошдан кечирганлар;

б) анамнезида ДЯ тубидаги қонаётган томирнинг тикилишини бошдан кечирганлар; в) ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши.

Операция қилаётган жарроҳнинг "қийин" ярани албатта кесиб олишга интилиши кўпинча ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилигига олиб келади. Шу сабабли, асосий гуруҳда фақат яра четларини тубигача кесиб, кейинчалик ичак четларини бирлаштириш амалга оширилди. Натижада, яра тубининг экстрадуоденизацияси, яъни унинг овқат ҳазм қилиш найи

ташқарисига чиқарилиши содир бўлди. Бизнинг иш тажрибамиз шуни кўрсатдики, "қийин" ДЯ ва ЎБИЎСБ биргаликда келганда Ру-Ибадов усули бўйича ошқозон резекцияси танлов операцияси бўлиши мумкин.

Бажарилган ошқозон резекцияси модификацияларига қараб беморларнинг ўрганилаётган гуруҳдаги тақсимланиши 3.7-жадвалда келтирилган.

3.7-жадвал.

Ошқозон резекциясининг амалга оширилган модификацияларига қараб асосий гуруҳ беморларининг тақсимланиши.

Операция усуллари	Асосий гуруҳ			
	мутлақ	%	мутлақ	%
	Б-I бўйича резекция		Б-II бўйича резекция	
Резекция:	n - 148			
- Габерер	28	18,9	-	-
- Габерер-Финней	36	24,3	-	-
- Л.Г. Хачиев	53	35,8	-	-
- Гофмейстер- Финстерер	-	-	12	8,1
- Ру инвагинацион анастомоз билан	-	-	19	12,8
Жами: мутлақ %	117	79,1	31	20,9

3.7-жадвалдан кўриниб турибдики, назорат гуруҳидан фарқли ўлароқ, тадқиқот гуруҳида 117 (79,1%) беморда Билрот-II бўйича ошқозон резекцияси модификациялари амалга оширилди. Улардан 28 (18,9%) беморда Габерер бўйича, 36 (24,3%) беморда Габерер-Финней бўйича торакоскопик лапароскопик асистенция билан ва 53 (35,8%) беморда Л.Г. Хачиев бўйича ошқозон резекцияси бажарилди.

Тадқиқот гуруҳида «қийин»ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган беморларда Билротнинг иккинчи усули модификациясидаги ошқозон резекцияси фақат 31 (20,9%) беморда амалга оширилди. Улардан 12 (8,1%) беморда Гофмейстер-Финстерер бўйича ва 19 (12,8%)

беморда Ру-Ибадов бўйича бажарилди.

Умуман олганда, назорат гуруҳидаги беморларнинг 51 (44,7%) тасида Билрот-1 модификациясида, 63 (55,3%) тасида эса Билрот-II модификациясида ошқозон резекцияси ўтказилди. Шу билан бирга, тадқиқот гуруҳидаги беморларнинг 117 (79,1%) тасида Билрот-I модификациясида, 31 (20,9%) тасида эса Билрот-II модификациясида ошқозон резекцияси амалга оширилди. Яъни, асосий гуруҳда Билрот модификациясидаги ошқозон резекциялари сони 34,4% га ошди.

"Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилишда назорат гуруҳида бир қатор техник ва тактик камчиликлар аниқланди. Жумладан, 2 беморда Гофмейстер-Финстерер бўйича "анъанавий" ошқозон резекцияси сурункали нонобструктив дуоденал патенцияси фонида амалга оширилди. Ушбу беморда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи ва ошқозонни декомпрессия қилиш мақсадида декомпрессияли назогастроэюнал зонд қолдирилмаган. Бундан ташқари, ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи яранинг туби билан тўлиқ кесиб олингандан сўнг тикилди, бу кейинчалик ошқозон ости беzi тўқималарининг шикастланишига сабаб бўлди.

Тадқиқот гуруҳидаги барча беморларда ёндош касалликларни ҳисобга олган ҳолда операциядан олдинги комплекс тайёргарлик ўтказилди, операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник кўникмалари қўлланилди, шунингдек, операциядан кейинги даврда ТEO профилактикасига алоҳида эътибор қаратилган ҳолда даволаш олиб борилди.

Тузатишни талаб қиладиган қўшма жарроҳлик патологияси аниқланганда, асосий гуруҳдаги беморларда симультан операция босқичларини танлашда оқилона кетма-кетликка қатъий риоя қилинди. Кейинчалик, ўрганилаётган гуруҳда симультан операцияни бажариш ҳажми ва тартиби аниқ қўшма касаллик турига қараб белгиланди.

Барча беморларда жарроҳлик кириш йўли сифатида

юқори ўрта лапаротомия қўлланилди, чунки у интраоперацион текширув талабларига тўлиқ жавоб беради ва ошқозонда ҳам, жигар ва ўт йўлларида ҳам амаллар учун тенг шароит яратади.

"Қийин" ўн икки бармоқли ичак яралари ўт пуфаги ва ўт йўллари касалликлари билан биргаликда кузатилганда, биринчи босқичда холетсистектомия ва кўрсатмаларга кўра ўт йўлларида амалиёт бажарилди. Иккинчи босқичда эса ўн икки бармоқли ичак яралари сабабли ошқозон резекцияси усулларида бири қўлланилди (3 нафар беморда).

Бундай кетма-кетлик нафақат энг кам зарарланган аъзони даволашга интилиш билан, балки холетсистектомиянинг тез бажарилиши ва ошқозондаги амалиётни қийинлаштирмаслиги билан ҳам боғлиқ. Аксинча, ошқозонда операциядан кейин холетсистектомия бажарилса, ўт йўллари патологиясини тўлиқ текшириш ва тузатиш учун бир қатор техник қийинчиликлар юзага келади. Бундан ташқари, ичак найи тортилиши муқаррар бўлиб, бу анастомоз чизиғи чокининг таранглашишига олиб келади.

"Қийин" ўн икки бармоқли ичак яралари жигар эхинококкози билан биргаликда кузатилганда, биринчи босқичда ошқозонда операция, кейин эса жигарда амалиёт ўтказилди. Бундай тартиб эхинококк кистаси бутунлигининг бузилиши ва уни ажратишда қорин бўшлиғига инфекция тушиши эҳтимоли билан боғлиқ. Ушбу комбинацияда юқорида кўрсатилган анатомик боғлиқлик йўқ, шунинг учун ошқозондаги амалиёт жигар эхинококкэктомиясини бажаришни мураккаблаштирмайди.

"Қийин" ўн икки бармоқ ичак яраси ташқи вентрал чурралар билан бирга келганда, биз юқори ўрта лапаротомиядан фойдаландик (қориннинг оқ чизиғи чурралари - 3, киндик чурралари - 4). Киндик чурраларида кесма қўшимча равишда пастга қараб кенгайтирилди. Қийшиқ чов чурраси бўлган 1 нафар беморда биз қўшма жарроҳлик патологиясини бир вақтнинг ўзида тузатмадик. Қолган барча беморларда бир вақтнинг ўзида

операциялар ўтказилди.

Шундай қилиб, ўн икки бармоқ ичак ярасининг "қийин" турлари бўлган беморларда режали жарроҳликда ўн икки бармоқ ичак олдинги деворининг пиёзсимон каллез ва гигант яраларида Габерер бўйича гастродуоденал анастомоз билан ошқозон резекциясини бажариш ўзини оқлайди. Ошқозон резекциясидан кейин ўн икки бармоқ ичак бошланғич қисмининг ён девори бўш қолган бўлса, Габерер-Финней бўйича бўйлама термолятерал анастомоз қўйилди, агар ўн икки бармоқ ичак бошланғич қисмининг олд девори бўш қолган бўлса, Л.Г. Хачиев бўйича кўндаланг термолятерал анастомоз қўйилди. Худди шундай вазиятларда термино-латерал анастомозларни қўйиш ўн икки бармоқ ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши йўқлиги, шунингдек, уларни қўллаш орқали биз "қийин" ўн икки бармоқ ичак яраларида ўн икки бармоқ ичак чўлтоғининг шаклланишига йўл қўймаслигимиз билан белгиланди.

Шундай қилиб, олиб борилган ишлар натижасида беморларнинг ўрганилаётган гуруҳида Билрот-I бўйича модификациялар 79,1% ҳолларда амалга оширилди, бу ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи чоклари етишмовчилигининг хирургик профилактикасида чора-тадбирлардан бири бўлди.

Билрот-I бўйича модификацияларда ошқозон резекциясини бажариш имконияти бўлмаганда, Гофмейстер-Финстерер ёки Балфур бўйича ошқозон резекцияси амалга оширилди. "Қийин" постбулбар ўн икки бармоқ ичак яраси ва сурункали ўн икки бармоқ ичак ўтказувчанлиги бузилишида танлов операцияси Ру-Ибадов бўйича ошқозон резекцияси ҳисобланади.

IV БОБ

ЖАРРОҲЛИК ДАВОЛАШНИНГ ЯҚИН ВА УЗОҚ МУДДАТЛИ НАТИЖАЛАРИ

4.1. Яқин натижаларнинг клиник баҳоланиши

Қорин бўшлиғи аъзоларида ўтказиладиган жарроҳлик амалиётлари пайтида юзага келадиган хатолар, хавф-хатарлар ва асоратлар клиник жарроҳликнинг энг мураккаб муаммоси ҳисобланади. Ушбу муаммонинг алоҳида аҳамияти шундаки, айнан шу омиллар жарроҳлик даволашнинг қониқарсиз натижаларига олиб келади ва кўпинча беморнинг ўлимига сабаб бўлади.

"Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган беморларда назорат ва асосий гуруҳларда юзага келган асоратлар иккита кичик гуруҳга бўлинган. Бунда биз беморларимизда кузатилган асоратларнинг хусусиятидан келиб чиққан ҳолда ушбу таснифга амал қилдик ва, фикримизча, у бажарилган операциялар натижаларини тўлиқ таҳлил қилиш имконини беради.

1. Ошқозонда ўтказилган жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар: чоклар етишмовчилиги, анастомозит, чамбар ичак тутқичи ойнасида анастомознинг қисилиши, панкреатит (панкреонекроз).

2. Организмнинг бошқа аъзолари ва тизимларида ўтказиладиган жарроҳлик амалиётларида ҳам юзага келиши мумкин бўлган умумий характердаги операциядан кейинги асоратлар: бронх-ўпка асоратлари, тромбоемболик асоратлар, жарроҳлик жароҳати билан боғлиқ асоратлар.

Назорат ва тадқиқот гуруҳларида ошқозонда ўтказилган жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ маҳаллий асоратларнинг частотаси ва табиати 4.1-жадвалда келтирилган.

Қуйидаги 4.1-жадвалдан кўриниб турибдики, "мураккаб" ўн икки бармоқли ичак яраси билан оғриган беморларда, назорат гуруҳида (114 та) ошқозонда ўтказилган жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ маҳаллий

асоратлар 22 (19,3%) беморда аниқланган. Улардан 10 (8,8%) нафар беморда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги аниқланган бўлиб, 5 (4,4%) ҳолат ўлим билан якунланган.

4.1-жадвал.

Назорат ва тадқиқот гуруҳларида ошқозонда ўтказилган жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ асоратларнинг частотаси ва хусусиятлари.

Операциядан кейинги асоратлар хусусияти		Беморлар гуруҳлари			
		назорат (n-114)		Тадқиқот (n-148)	
беморлар сони (n)		абс %		абс %	
чок етишмовчилиги		10 (5)	8,8+2,6	2 (1)	1,3+0,9
панкреатит		4 (2)	5	-	-
(панкреонекроз)			3,5+1,7		
анастомозит		7		7	4,7+1,7
ошқозон кулидан қон кетиши		-	6,1+2,2	1	0,9
йўғон ичак тутқичида		1	-	-	-
анастомознинг қисилиши			0,9		
Жами	абс %	22 (7)	19,3	10 (1)	6,7+2,1

() да ўлим кўрсаткичи келтирилган.

Ўн икки бармоқ ичак (ЎБИ) чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги барча беморларда "мураккаб" ЎБИ яраси туфайли ЎБИ чўлтоғини қайта ишлашда техник қийинчиликлардан келиб чиққан. Бундан ташқари, уларнинг 6 тасида гигант (5) ва қадоқли (2) ЎБИ яраларини кесиб олиш мақсадида ЎБИ бошланғич қисмининг ҳаддан ташқари ажратилиши ва ЎБИни озиқлантирадиган қон томирларнинг (2) шикастланиши амалга оширилган. Бу ҳолат ошқозон ости безининг жароҳати билан кечган ва улардан 1 тасида - ўн икки бармоқ ичак ўтказувчанлигининг тузатилмаган сурункали бузилиши кузатилган.

Кузатишлардан мисол келтирамиз:

Бемор Ю., 58 ёшда, касаллик тарихи №2966/230, 11.02.07 санасида ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги,

қопқоқнинг декомпенсацияланган стенозийланган ҳолда асоратланиши ташхиси билан бўлимга ётқизилган.

Қабул қилингандаги шикоятлари: овқат егандан сўнг эпигастрал соҳада оғриқ, оғирлик ва кенгайиш ҳисси, озиб кетиш, оғиздан ёқимсиз ҳид келиши, ўт аралаш қайт қилиш ва меҳнат қобилятининг пасайиши.

Касаллик тарихи: 9 йилдан бери касал. Инструментал-лаборатор текширувда ЎБИ олд деворининг диаметри 2,5/3,0 см дан катта бўлган яраси ва унинг катта эгрилиги кенгайиши ҳисобига ошқозоннинг катталашганлиги, 24 соатдан кейин ошқозонда 40% барий сульфатнинг эвакуацияси секинлашгани, меъда шираси - норматсид эканлиги аниқланди. Тана вазнининг камайиши 14 кг ни ташкил этди. Ўн икки бармоқ ичак олд деворининг $d = 2,5 \times 3,0$ см ўлчамли яраси ўт пуфагига ўтган.

Беморга 21.02.07 санасида кенг қамровли операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг эндотрахеал наркоз остида жарроҳлик амалга оширилди. Жарроҳлик пайтида ўн икки бармоқ ичакнинг булбар қисмидан кейинги олдинги деворида $2,5 \times 3,0$ см ўлчамли зич ярали инфильтрат аниқланди. Беморга Гофмейстер-Финстерер усули бўйича ошқозон резекцияси қилинди. Ичакни мобилизация қилиш пайтида қон кетиши юз берди. Ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи техник қийинчиликлар туфайли ностандарт усулда тикилди.

Операциядан кейинги даврнинг 5-кунида дренаждан ажралма бўйича ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги аниқланди.

Шошилиш тарзда қайта лапаротомия ўтказилиб, қорин бўшлиғи санация қилинди, дуоденал чўлтоқ соҳаси дренажланди ва тампонланди. Кейинчалик дуоденал оқма ва диафрагма ости абсцесси ривожланди.

Операциядан кейинги даврда ўтказилган барча комплекс чора-тадбирларга қарамасдан, 29.04.07 санасида бемор вафот этди.

Ушбу ҳолатни ретроспектив таҳлил қилганимизда, гигант ярани мажбурий кесиш мақсадида ичак деворини 1,5-2,0 см масофада ортиқча очиб қўйилгани ва уни

озиқлантирувчи томирларнинг шикастлангани, бу эса ошқозон ости безининг жароҳати билан бирга келиб, мазкур асоратнинг юзага келишига сабаб бўлгани ҳақида хулосага келдик.

Шу боис, сўнгги 10 йил ичида "мураккаб" дуоденал яраларда биз асоратларнинг жарроҳлик профилактикаси чораси сифатида Билротнинг биринчи усули модификациясидаги ошқозон резекциясини афзал кўрдик. Билротнинг биринчи усули модификацияларига кўрсатмаларни кенгайтиришга, шунингдек, бўлимимизда ишлаб чиқилган ва клиник синовдан ўтган бир қатор операция усуллари ва техник ёндашувлар имкон берди.

Назорат гуруҳида 4 (3,5%) беморда операциядан кейинги даврда панкреонекроз ривожланиши билан кечган травмадан кейинги панкреатит аниқланди, шундан 2 (1,7%) ҳолат ўлим билан якунланди. 2 (1,7%) беморда операция "қийин" дуоденал ярани даволашда сезиларли техник қийинчиликлар билан ўтказилди, бу эса ўлимга олиб келган ошқозон ости безининг жароҳатланишига сабаб бўлди. Шу сабабли, операциядан кейинги панкреатитнинг олдини олиш мақсадида биз кейинчалик без соҳасида эҳтиёткорлик билан муолажа қилдик, парапанкреатик тўқиманинг новокаинли блокадасини ўтказдик, операциядан сўнг фермент ингибиторлари ва ситостатиклар тавсия этилди, глюкоза-новокаин аралашмаси, шунингдек спазмолитиклар ва антибиотиклар комбинацияси қўлланилди.

Назорат гуруҳида анастомоз соҳасидаги яллиғланиш жараёни натижасида анастомозит кўринишидаги ҳаракат бузилишлари 7 (6,1%) беморда аниқланди. Анастомозит операциядан кейинги даврнинг 5-9-кунларида рентген-эндоскопик текширув ва узлуксиз радиогастрография ёрдамида ташҳисланди. Бунда анастомоз соҳасида сезиларли шиш, димланиш суюқлиги мавжудлиги ва ОМЭФ секинлашгани қайд этилди.

Ушбу беморларда анастомозит ривожланишининг сабаби қўпол тикув материалидан фойдаланиш ва анастомозни шакллантиришдаги техник хатоликлар билан боғлиқ эди.

Назорат гуруҳидаги 1 (0,9%) беморда операциядан кейинги даврнинг 5-кунда шошилиш релапаротомия талаб қиладиган "ўткир қорин" клиник манзараси юзага келди. Релапаротомия ўтказилганда, чокларнинг ёрилиши натижасида кўндаланг-чамбар ичак тутқичи дарчасида ичак чиқарувчи қовузлоғининг қисилганлиги аниқланди. Ичакнинг ҳаётлиги сақланган бўлиб, мезаколон дарчасининг тутқичи қайта меъда чўлтоғига маҳкамланди. Бемор соғайиб кетди.

Бизнинг фикримизча, ушбу асоратнинг келиб чиқишига операция вақтида йўл қўйилган техник хато сабаб бўлган.

Тадқиқ қилинаётган беморлар гуруҳида (148) ошқозонда ўтказилган жарроҳлик амалиёти билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар 10 (6,7%) беморда аниқланди. Улардан 2 (1,3%) нафар беморда ошқозон резекциясидан сўнг чоклар етишмовчилиги юзага келди, 1 (0,7%) ҳолатда ўлим кузатилди.

Ушбу ҳолатнинг кейинги таҳлили шуни кўрсатдики, биз Габерер усули бўйича ошқозон резекциясига кўрсатмаларни ҳаддан ташқари кенгайтирган эканмиз. Бизнинг фикримизча, бу вазиятда Л.Г. Хачиев усули бўйича ошқозон резекцияси ўтказилиши мақсадга мувофиқ бўларди, чунки бу усулда ошқозон чўлтоғининг орқа девори ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чоклари чизиғини тўсиб қўйган бўларди.

Тадқиқот гуруҳида анастомозит кўринишидаги ҳаракат бузилишлари 4 (4,7%) беморда аниқланди. Бизнинг фикримизча, ошқозон резекциясидан кейин анастомозитнинг пайдо бўлиши анастомозларни шакллантиришдаги техник хатоликлар (анастомозни шакллантиришда тор бўшлиқ ҳосил қилиш, қўпол тикув материалларидан фойдаланиш, ортиқча миқдордаги чокларни қўйиш) билан боғлиқ эди.

Анастомозит операциядан кейинги даврнинг 4-7 кунда рентген-эндоскопик ва узлуксиз радиогастрография ёрдамида аниқланди. Бунда анастомоз соҳасининг сезиларли шиши, унинг бўшлиғини торайтириши, димланиб қолган суюқликнинг мавжудлиги қайд этилди, бу эса ошқозоннинг мотор-эвакуатор

функциясининг секинлашишига сабаб бўлди. Бундан ташқари, ушбу беморларда анастомозитнинг ривожланиш сабаби дағал тикув материалидан фойдаланиш ва анастомозни шакллантиришдаги техник хатоликлар билан боғлиқ эди.

Тадқиқот гуруҳидаги 1 (0,9%) беморда Гофмейстер-Финстерер усули бўйича ўтказилган ошқозон резекциясидан сўнг ошқозон чўлтоғи килидаги қон кетиш ҳолати кузатилди.

Кузатишлардан мисол келтирамиз:

Бемор Ю., 32 ёшда, касаллик тарихи №23493/1696, 16.12.12 санасида клиникага "очлик" оғриқлари, овқат қабул қилгандан кейин ўнг ва чап қовурғалар остида кучаяувчи оғриқлар, кекириш, оғизда аччиқлик, озиб кетиш, меҳнат қобилиятининг пасайиши шикоятлари билан мурожаат қилган.

Анамнезидан: 1994-йилда ўн икки бармоқ ичак тешилган ярасини тиктиришни бошдан кечирган.

Клиник ташхис қўйилди: Ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги, дарвозабоннинг субкомпенсацияланган стенози билан асоратланган. Бунда яра ўн икки бармоқ ичак пиёзининг олд деворида жойлашган, ўлчами 2,0 x 2,2 см. Меъда шираси - базал кислота ишлаб чиқариши - 13,1; максимал кислота ишлаб чиқариши - 28,6; базал пепсин ишлаб чиқариши - 87,1; максимал пепсин ишлаб чиқариши - 189,2. НРГГ маълумотларига кўра - ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси секинлашган (бир соатдан кейин қабул қилинган овқатнинг қолдиқ фаоллиги 21,9; ярим чиқарилиш даври - 21,5). МПП - 189,2. НРГГ маълумотларига кўра - ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясининг секинлашиши (бир соатдан кейин қабул қилинган овқатнинг қолдиқ фаоллиги 21,9; ярим чиқарилиш даври - 21,5).

Беморга 24.12.12 санасида кенг қамровли операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг эндотрахеал наркоз остида жарроҳлик амалиёти ўтказилди. Жарроҳлик пайтида яранинг жигар-ўн икки бармоқли ичак бойламига ҳам тарқалганлиги аниқланди. "Клиника услуги" бўйича ошқозон чўлтоғига ишлов берилгач, ўн икки бармоқли

ичак ярасини "ўчириш" мақсадида ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикиб, ошқозон резекцияси амалга оширилди. Гофмейстер-Финстерер усулида анастомоз яратилди. Жарроҳлик амалиёти жигар ости бўшлиғини дренажлаш ва босимни камайтириш учун бурун-ошқозон-ичак зондини қолдириш билан якунланди. Жарроҳликдан 8 соат ўтгач, бурун-ошқозон зондидан тиниқ қизил қон ажрала бошлади. Эндоскопик коагуляция ўтказиш имкони бўлмади.

Беморга ошқозонни ювиш билан бир қаторда норадреналин ёрдамида криолаваж ҳамда кенг қамровли гемостатик даволаш ўтказилди. Консерватив чоралар натижасиз бўлгач, шошилинич тарзда 3 соатдан сўнг қайта лапаротомия, гастротомия ўтказилиб, ошқозон чўлтоғи асосидаги қонаётган томир тикилиб қўйилди.

Операциядан кейинги давр силлиқ кечди. Операциядан кейинги даволаш бўйича кенг қамровли чоралар кўрилди. Бемор қониқарли аҳволда шифохонадан чиқарилди.

Ушбу асоратнинг сабаби ошқозон чўлтоғини қисқичсиз шакллантириш усулини ўзлаштириш даврининг давом этаётганлиги эди. Бу асорат анастомозни шакллантиришдан олдин ошқозон чўлтоғининг асосида қон тўхташини пухта текшириш зарурлигини кўрсатади. Кейинги иш фаолиятимизда бундай асорат кузатилмади.

Яллиғланишга қарши комплекс даволаш, кунига 3 марта бисекадил шамлари билан ошқозон-ичак трактини стимуллаштириш орқали ошқозонни доимий декомпрессия қилиш, парентерал ва энтерал зонд орқали овқатлантириш ушбу асоратни бартараф этди ва қайта жарроҳлик аралашувини талаб қилмади.

Шундай қилиб, "қийин" ДЯ билан оғриган беморларда жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш ошқозондаги жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар фоизини 19,3 дан 6,7 фоизгача, яъни 12,6 фоизга, шунингдек, ўлим ҳолатларини 6,1 дан 0,7 фоизгача, яъни 5,4 фоизга камайтириш имконини берди.

Назорат ва тадқиқот гуруҳларида тананинг бошқа аъзолари ва тизимларида жарроҳлик аралашувлар

пайтида юзага келиши мумкин бўлган умумий характердаги операциядан кейинги асоратларнинг частотаси ва хусусиятлари 4.2-жадвалда келтирилган.

4.2-жадвал.

Операциядан кейинги умумий асоратларнинг частотаси ва хусусиятлари.

Операциядан кейинги		Беморлар гуруҳлари				
асоратлар хусусияти		назорат		Р	тадқиқот	
беморлар сони (n)		n - 114			n - 148	
- БЛО		6	5,3	0,317 3	4	2,7
- ТИО		4	3,5	0,002 7	1	0,7
- операция жароҳатининг йиринглаши		2	1,7	0,563 7	3	2,0
Жами	абс %	12	10,5+2, 9		8	5,4+1,9

4.2-жадвалдан кўриниб турибдики, умумий характердаги асоратлар назорат гуруҳида 12 та (10,5%) беморда аниқланган. Шундан 6 та (5,3%) беморда бронх-ўпка асоратлари қайд этилган (2 тасида бронхопневмония ва 4 тасида сурункали бронхитнинг кучайиши). Бизнинг фикримизча, бу асоратларнинг келиб чиқиши чекишдан воз кечиш ва ётиб даволаниш тартиби (кам ҳаракатлилик) натижасида юзага келган гипертония оқибатида чекувчилар бронхитининг мавжудлиги билан боғлиқ эди. Бундан ташқари, ушбу беморларнинг барчаси қиш мавсумида жарроҳлик амалиётидан ўтган.

Барча беморларга антибиотикотерапия курси, нафас олиш машқлари, вибромассаж ва физиотерапевтик муолажалар ижобий натижа билан ўтказилди.

Назорат гуруҳида 4 та (3,5%) беморда тромбоэмболик асоратлар аниқланган. Уларнинг 2 тасида ўнг оёқнинг ўткир тромбофлебети, 1 тасида геморроидал веналарнинг ўткир тромбофлебети ва 1 та беморда ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТЭ) кузатилган. ЎАТЭ билан оғриган бемор вафот этган. Консерватив даволанишдан сўнг

қолган 3 та бемор қониқарли ҳолатда шифохонадан чиқарилган.

Назорат гуруҳида 2 та (1,7%) беморда жароҳатнинг йиринглаши кузатилган. Тегишли даволаш курсидан сўнг (жароҳатни дренажлаш, антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари қўллаш, боғламлар) жароҳат битиши бошланган.

Ўрганилаётган беморлар гуруҳида умумий характердаги асоратлар 8 нафар беморда аниқланди, бу 5,4% ни ташкил этди. Шулардан, бронх-ўпка асоратлари кўринишида пневмония (1) ва сурункали бронхитнинг кучайиши 4 (2,7%) беморда, оёқ венаси тромбофлебити 1 (0,7%) беморда ва жарроҳлик яраси соҳасида инфильтрат 3 (2,0%) беморда кузатилди.

Барча беморларда ушбу асоратлар умумқабул қилинган усуллар билан консерватив даволанди.

Умуман олганда, ўрганилаётган беморлар гуруҳида умумий характердаги асоратлар 10,5% дан 5,4% гача камайди (5,1% га пасайиш).

Шу билан бирга, умумий характердаги асоратлар пасайиш тенденциясига эга бўлса-да, биз назорат гуруҳи беморларига нисбатан сезиларли яхшиланишни аниқлай олмадик. Профилактик чора-тадбирлар мажмуаси ўтказилишига қарамасдан, улар маълум бир доимийлик билан кузатилди.

Операциянинг ижобий натижаси, шунингдек, операциядан кейинги эрта даврни фаол рационал бошқариш билан олдиндан белгиланди. Ичакнинг ҳаракат ва эвакуатор функциясини ўз вақтида тиклаш ҳамда метаболик бузилишларни тузатиш мақсадида, умумқабул қилинган интенсив терапия билан бир қаторда биз ичакни эрта стимуллаштириш фонида ўтказиладиган зонд орқали энтерал озиқлантириш усулидан фойдаландик.

Икки каналли зонд (декомпрессия ва энтерал озиқланиш учун) гастроэнтероанастомозни шакллантиришдан олдин ингичка ичакка Трейтс бойламидан камида 30-40 см пастроққа ўтказилади.

Ўтказилаётган интенсив тузатувчи терапия фонида, операция тугагандан кейинги иккинчи суткада беморга

ичак стимуляциясининг биринчи сеанси (тозаловчи ҳуқналар, ошқозон ва анастомоз соҳасининг доимий декомпрессияси, реглан, тсерукал, тўшакда умумқабул қилинган гимнастика машқлари) тайинланди.

Бироқ, ичакнинг сўриш функцияси 1-2 суткада фақат тузли эритмалар таркибий қисмларига нисбатан сақланиб қолганини ҳисобга олган ҳолда, бу муддатларда зонд орқали энтерал озиқлантириш 1-1,5 литр полиион эритмалар ҳисобига амалга оширилди. Овқат ҳазм қилиш ва сўрилиш жараёнлари нормаллашгандан сўнг, ичак стимуляцияси фонида 2-3 кунларда ярим субстрат эритмалари - оқсил гидролизатлари ва табиий маҳсулотлар аралашмаларини энтерал юборишга ўтилди.

Пластик материалга бўлган эҳтиёж модда алмашинувининг бузилиш даражаси, жарроҳлик аралашувининг оғирлиги ва патологик йўқотишлар миқдорини инобатга олган ҳолда аниқланди. Энтерал юборилган аралашмаларнинг ҳажми 3-суткадан бошлаб 2,5-3,0 литргача етди. Озиқавий аралашмалар бевосита юборишдан олдин тайёрланиб, 36-38°C ҳароратгача иситилган ҳолда дақиқасига 60-70 томчи тезликда юборилди. Бемор оғиз орқали овқатланишга ўтгач, зонд олиб ташланди.

Чоклар етишмовчилигида беморлар одатда узоқ вақт давомида энтерал овқатланиш имкониятидан маҳрум бўладилар. Бу оқсил захираларининг тугашига олиб келади, азот ва энергия баланслари салбий бўлиб қолади, сув-туз алмашинуви ва организмнинг бошқа ҳаётий муҳим моддалари издан чиқади.

Шундай қилиб, ошқозонда ўтказиладиган операцияларда асосий ҳазм безлари ширалари билан биргаликда энтерал зондли озиқлантириш (ўн икки бармоқли ичак таркиби зонд орқали қайта қуйилди) оғир ҳолатдан чиқаришнинг самарали усули ҳисобланади. Таъкидлаш жоизки, операциядан кейинги даврнинг турли босқичларида киритиладиган (ичак ичига) озиқавий аралашмалар таркибига шакар ёки асал - 100 г, Б гуруҳи витаминлари, аскорбин кислотаси, никотин кислотаси киритилган. Учинчи суткадан бошлаб озуқа

аралашмасининг ҳажми 3-3,5 литргача етказилди. Киритилаётган чойнинг ҳажми камайиб, булон миқдори ошди, сут, қаймоқ, тухум сариғи, сариёғ қўшилди. Тўртинчи кундан бошлаб шарбатлар ҳам киритилди.

Беморларда иштаҳа тикланди, сувсизланиш белгилари сезиларли даражада камайди, сийдик ажралиши ва ичак фаолияти меъёрига қайтди.

Ошқозонни ювиш жуда самарали қўшимча чора бўлди. Бемор бемалол юта олиши биланоқ Рингер эритмаси ёки тузли энтерал эритмани оз-оздан ичишга рухсат берилди. Ичилган суюқлик декомпрессия учун зонд канали орқали чиқариб юборилади, яъни ошқозон қолдиғини ювиш амалга оширилади. Суюқликнинг бундай истеъмоли ("хаёлий ичимлик") беморга ижобий руҳий таъсир кўрсатди ва чанқоқни қондирди. Ортиқча кислота ҳосил бўлишини тўлиқ бостириш ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини баҳолашда асосий мезонлардан бири ҳисобланади. Амалга оширилган операциялардан кейинги яқин муддатларда (8-10 кун) жарроҳлик аралашувининг самарадорлигини ҳолисона баҳолаш учун биз ошқозон секрециясининг хусусиятларини ўргандик.

"Қийин" ДЯ билан оғриган 126 нафар беморда (назорат гуруҳидаги 40 нафар ва текширилаётган гуруҳидаги 60 нафар беморда) ўтказилган жарроҳлик амалиётларидан сўнг қисқа муддат ичида текширув ўтказилди. Таъкидлаш жоизки, назорат ва асосий гуруҳлардаги "қийин" ДЯли ЎБИЯК беморлари ошқозон шираси кўрсаткичларининг қиёсий баҳоланиши статистик жиҳатдан сезиларли фарқланмади. Шу сабабли, бажарилган операциялардан кейин ошқозон секрецияси кўрсаткичларининг пасайиш даражасини аниқлаш учун уларнинг дастлабки маълумотларини бирлаштирилган ҳолда назорат сифатида қабул қилдик.

"Қийин" ДЯ билан оғриган беморларда ўтказилган операциялардан кейинги ошқозон секрецияси кўрсаткичларини таққослаш мақсадида биз уларни соғлом шахсларнинг кўрсаткичлари билан солиштириб кўрдик. Бунда соғлом шахсларда БПКнинг ўртача

кўрсаткичлари $3,9 \pm 0,8$ ммол/соат, МПК – $18,4 \pm 0,9$ ммол/соат, БПП – $47,6 \pm 3,9$ ммол/соат ва МПП $94,5 \pm 10,1$ ммол/соатни ташкил этди. Назорат ва текширилаётган гуруҳлардаги "қийин" ДЯ билан оғриган беморларда операциядан кейинги дастлабки даврдаги ошқозоннинг секретор функцияси кўрсаткичларининг дастлабки кўрсаткичларга нисбатан қиёсий баҳоланиши 4.3-жадвалда келтирилган.

4.3-жадвал.

Дастлабки даврдаги ошқозоннинг секретор функцияси кўрсаткичлари.

Ошқозон ширасини кўрсаткичлари	Tekshirilgan guruhlar				
	"қийин" ОЯда дастлабки кўрсаткичлар	назорат	пасайиш даражаси (% да)	тадқиқот	пасайиш даражаси (% да)
тадқиқотлар сони	n - 126 (P ₁)	n - 40 (P ₂)		n - 60 (P ₃)	
БПК (ммол/соат)	$12,6 \pm 1,2$	$2,9 \pm 2,9$	77,0	$2,7 \pm 1,8$	78,6
МПК (ммол/соат)	$29,3 \pm 1,5$	$7,8 \pm 3,5$	73,4	$6,9 \pm 3,7$	76,5
БПП (мг/%)	$89,9 \pm 8,4$	$35,3 \pm 3,2$	60,7	$28,5 \pm 2,4$	68,3
МПП (мг/%)	$192,4 \pm 7,3$	$84,2 \pm 7,4$	56,2	$70,7 \pm 5,4$	63,3

Изоҳ: 1) $P_2-3 > P_1$ - "қийин" ДЯ билан касалланган беморларда хлорид кислота ва пепсин ишлаб чиқаришининг базал ва максимал кўрсаткичлари ўртасидаги фарқларнинг ишончлилиги операциядан кейинги яқин муддатларда дастлабки кўрсаткичларга нисбатан статистик жиҳатдан ишончли, аммо ўзаро ишончсиз.*

4.3-жадвалдан кўришиб турибдики, ошқозон резекцияси ўтказилгандан сўнг 1 йилгача бўлган муддатда беморларда ўртача кўрсаткичлар: БКИ $-2,9 \pm 2,9$ ммол/соат ва МКИ $-7,8 \pm 3,5$ ммол/соатни; БПИ – $35,3 \pm 3,2$ ммол/соат ва МПИ – $84,2 \pm 7,4$ ммол/соатни ташкил этди.

"Клиника усули" бўйича ошқозон резекцияси ўтказган беморларда кислота ва пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқарилишининг ўртача кўрсаткичлари қуйидагича

бўлди: БКИ $-2,7 \pm 1,8$ ммол/соат ва МКИ $-6,9 \pm 3,7$ ммол/соат; БПИ – $28,5 \pm 2,4$ ммол/соат ва МПИ – $70,7 \pm 5,4$ ммол/соат.

4.3-жадвалдан кўриниб турибдики, ошқозоннинг секретор функцияси кўрсаткичлари операциядан кейинги яқин муддатларда иккала гуруҳда ҳам операциядан олдинги кўрсаткичларга нисбатан асосан 2 баробардан кўпроқ пасайган. Хусусан, ошқозон секрециясининг дастлабки кўрсаткичлари билан таққослаганда, назорат гуруҳидаги беморларда кислотанинг базал маҳсулоти 77,0%, максимал маҳсулоти эса 73,4% га камайди. Шу билан бирга, пепсиннинг базал ишлаб чиқарилиши 60,7% га, максимал ишлаб чиқарилиши эса 56,2% га пасайди.

Тадқиқот гуруҳидаги операция қилинган беморларда яқин муддатларда кислотанинг базал ишлаб чиқарилиши 78,6% га, максимал ишлаб чиқарилиши эса 76,5% га камайди. Шу билан бирга, пепсиннинг базал маҳсулоти 68,3% га, максимал маҳсулоти эса 63,3% га пасайди. Яъни, назорат ва тадқиқот гуруҳларидаги "қийин" ИЯ билан операция қилинган беморларда ошқозон секрецияси кўрсаткичларининг сезиларли даражада пасайиши қайд этилди.

Ошқозон жарроҳлик амалиётидан 1 йил ва ундан кўп вақт ўтгач, беморларда кислота ва пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқаришининг ўртача кўрсаткичлари меъёрий қийматларга яқин бўлди. Бу дренаж функциясининг нормаллашиши, антисекретор дори воситаларини қабул қилиш ва катта ёшдаги гуруҳларнинг маълум контингенти билан боғлиқ эди. Бироқ, комплекс текширув шуни кўрсатдики, айрим беморларда гиперсекретор синдром билан кислота ҳосил бўлишининг узлуксиз тури мавжуд эди.

Ўтказилган мотор-эвакуатор функция жарроҳлик амалиётларидан сўнг яқин муддатларда биз узлуксиз электрогастрография ва узлуксиз радиогастрография, шунингдек, ошқозон-ичак тракти рентгеноскопиясини ўтказдик.

Узлуксиз электрогастрография 93 беморда 1 йилгача ва 68 беморда 1-5 йил давомида қўлланилди. Шу билан

бирга, УЭГГнинг ўртача кўрсаткичлари назорат гуруҳи кўрсаткичларига етмайди. 1 йил ва ундан ортиқ муддатда УЭГГ кўрсаткичлари ўртача кўрсаткичлар операция қилинган ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясининг тикланишини кўрсатди. Умуман олганда, яқин натижалар билан таққослаганда, бажарилган операциялардан кейин узоқ муддатларда ошқозоннинг мотор фаолияти фаоллашганидан далолат берувчи ўзгаришлар кузатилади.

Узлуксиз электрогастрография кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили жарроҳлик амалиёти ўтказилган ошқозоннинг мотор функцияси 1 йилгача бўлган муддатда сезиларли даражада тикланганлигини кўрсатди. Бироқ, узлуксиз электрогастрографиянинг ўртача кўрсаткичлари назорат гуруҳи кўрсаткичларига етмади. 1 йил ва ундан ортиқ муддатда узлуксиз электрогастрография кўрсаткичлари операция қилинган ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси тикланганлиги ҳақида далолат берди. Умуман олганда, яқин натижалар билан таққослаганда, бажарилган операциялардан кейин узоқ муддатларда ошқозоннинг мотор фаолияти фаоллашганини кўрсатувчи ўзгаришлар кузатилди.

Шундай қилиб, нохуш оқибатлар сабабларини таҳлил қилиш, клиник кечишнинг типологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш ҳамда операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник услубларини кенг қўллаш натижасида биз ошқозондаги жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар частотасини 12,6 фоизга (19,3 фоиздан 6,7 фоизгача) камайтириш, шунингдек, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичини 5,4 фоизга (6,1 фоиздан 0,7 фоизгача) пасайтириш имкониятига эга бўлдик.

4.2. Узоқ муддатли натижаларнинг клиник баҳоси

Умумий эътироф этилганидек, узоқ муддатли натижаларни ўрганиш жарроҳлик тактикасининг тўғрилиги ва операция усулини танлаш ҳақида хулоса чиқариш

имконини беради, бу айниқса ЎБИЯК жарроҳлигида муҳимдир. Чунки айнан ЎБИЯКни жарроҳлик йўли билан даволашда кўпинча "операция қилинган ошқозон касаллиги" атамаси остида бирлаштирилган жарроҳлик аралашувининг нохуш оқибатлари юзага келади.

"Қийин" ДЯда ЎБИЯКни жарроҳлик йўли билан даволашнинг узоқ муддатли натижаларини 1 йилдан 10 йилгача бўлган муддатда 227 (86,6%) беморда кузатишга эришдик. Жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижаларини баҳолаш Висик А.А. нинг умумқабул қилинган таснифи асосида амалга оширилди [137].

Бажарилган операциялардан сўнг, 227 нафар бемордан 79 нафари бир йил ва ундан ортиқ муддатда стационар шароитда текширилди. Қолган беморлар амбулатор тартибда кўриқдан ўтказилди. Уларда ошқозон секрециясининг хусусиятларини аниқлаш учун рентген-эндоскопик ва радиологик текширувлар ўтказилди. Баъзи беморларда (17) ёндош касалликлар туфайли қўшимча текширувлар ва тегишли мутахассисларнинг маслаҳатлари ўтказилди.

Олинган маълумотлар анкета-сўровнома билан таққосланди ва умумлаштирилган ҳолда жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижаларига баҳо берилди.

Биз қўллаган анкета-сўровномада қуйидаги масалаларга эътибор қаратилди: 1 - операциядан кейинги даврнинг шикоятлари ва анамнези (оғриқ, кўнгил айниши, қусиш, жиғилдон қайнаши, ошқозон-ичакдан қон кетиши, демпинг синдроми белгилари, ютиш қийинлиги, ич кетиши ва бошқалар); 2 - амбулатор, стационар даволанганми, дори-дармон ва бошқа турдаги терапияни ҳисобга олган ҳолда санаторий-курортда даволанганми; 3 - операциядан кейин касаллик варақасида бўлган вақт; 4 - операциядан кейинги меҳнат қобилияти (аввалги ишига қайтиш, енгил меҳнатга ўтиш, ногиронликка ўтиш); 5 - операциядан кейинги умумий ҳолатни шахсан баҳолаш (тузалиш, яхшиланиш, ўзгаришсиз, ёмонлашиш); 6 - соғлиқ ҳолати тўғрисида қўшимча маълумотлар.

227 нафар бемордан 109 нафари жарроҳлик амалиётидан сўнг 10 йилгача бўлган турли муддатларда

стационар шароитда текширувдан ўтказилди. Қолган беморлар амбулатор тартибда кўриқдан ўтказилди. Умуман олганда, назорат гуруҳида 92 нафар, асосий гуруҳда эса 135 нафар бемор текширилди.

А.А. Визиск таснифига кўра, операциядан кейин яра касаллиги белгилари бутунлай йўқолганда натижа аъло ҳисобланади. Бемор амалда соғлом, парҳезга риоя қилмайди, аввалги ишини бажаради (ТМЭК кўрсатмасига биноан меҳнатга жойлашишда чекловлар йўқ).

Бемор жарроҳлик амалиёти натижасидан мамнун бўлса, узоқ муддатли натижалар яхши деб баҳоланган. Баъзи озиқ-овқат маҳсулотларини истеъмол қилгандан сўнг юзага келадиган ноқулайлик билан боғлиқ шикоятлар мавжудлиги аниқланди. Бироқ, текширувда сезиларли ўзгаришлар топилмади. Бемор амалда соғлом, вазни ошган. Меҳнат қобилияти тўлиқ тикланган, бемор аввалги ишини бажармоқда.

Нazorат гуруҳида 65 (70,7%) беморда аъло ва яхши узоқ муддатли натижалар қайд этилди. Асосий гуруҳда эса аъло ва яхши натижалар 115 (85,2%) беморда кузатилди.

Асосий гуруҳда ўтказилган операцияларнинг аъло ва яхши узоқ муддатли натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, беморларнинг аксарияти - 180 (79,3%) ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги белгиларидан халос бўлган.

Енгил даражадаги демпинг синдроми, вақти-вақти билан ич кетиш, кучсиз ифодаланган ва кам учрайдиган ютиш қийинлиги, даврий жиғилдон қайнаши кузатилганда натижани қониқарли деб ҳисобладик. Текширувда шикоятларнинг сабабини тушунтирувчи у ёки бу бузилишлар аниқланди. Беморларнинг кўпчилиги вақти-вақти билан санаторий-курортларда даволанишга ва амбулатор текширувларга муҳтож. Улар шикоятлар пайдо бўлган даврда парҳезга риоя қиладилар, айрим маҳсулотларни истеъмол қилишни чеклайдилар. Тана вазни барқарор ёки пасайиш тенденциясига эга. Юқорида санаб ўтилган ҳолатлар бемор ҳаётига жиддий таъсир кўрсатмайди. У ВМЯК кўрсатмаси бўйича айрим касбларга

доир чекловларга эга бўлса-да, аввалги ишини бажариши мумкин.

Назорат гуруҳида қониқарли натижалар 19 та (20,6%) беморда кузатилди. Асосий гуруҳда эса қониқарли натижалар 16 та (11,6%) беморда аниқланди.

Назорат гуруҳидаги 13 та беморда қониқарли натижанинг сабаби енгил (10 та) ва ўрта даражадаги (3 та) демпинг-синдроми бўлди. 4 та беморда атрофик гастрит белгилари билан кечувчи дуоденогастрал рефлюкс, 2 тасида эса ўрта оғирликдаги ич кетиши қониқарли натижага сабаб бўлди.

Асосий гуруҳда 11 та беморда рентген-эндоскопик текширув орқали дуоденогастрал рефлюкс аниқланди, бу эса уларнинг бир неча бор консерватив даволанишига сабаб бўлди.

5 та беморда овқат истеъмор қилгандан сўнг эпигастрал соҳада кучли оғриқлар, кўнгил айниши, оғирлик ҳисси кузатилди. Инструментал текширув натижасида биз анастомозит ташхисини қўйдик.

Юқорида санаб ўтилган ҳолатлар беморларнинг ҳаётига жиддий таъсир кўрсатмади. Улар ТМЭК йўриқномаси бўйича айрим касблар бўйича чекловларга эга бўлсалар-да, аввалги ишларини бажаришда давом этишди.

Бу гуруҳ алоҳида эътиборни талаб қилади, чунки уларни ўз вақтида даволаш ва оқилона ишга жойлаштириш учун уларнинг ҳолатини тўғри баҳолаш зарур. Улар мунтазам равишда диспансер назоратидан ўтказилиши лозим. Бундай ёндашув жарроҳлик амалиёти ўтказилган беморларнинг ёмон натижалар билан операция қилинганлар гуруҳига тушиб қолишининг олдини олади. Аниқланган ўзгаришлар дори-дармонлар, парҳез, кун тартиби ёрдамида тузатилди ва беморнинг кундалик ҳаёт ритмига деярли таъсир кўрсатмади.

Назорат гуруҳида жарроҳлик даволашнинг қониқарсиз натижалари 8 та (8,7%) ҳолатда аниқланди. Асосий гуруҳда - Билрот биринчи усулининг модификациялари бўйича ошқозон резекциясидан кейин - 4 та (3,0%) ҳолатда кузатилди. Назорат ва асосий гуруҳларда қониқарсиз

натижаларнинг сабаби касалликнинг қайтарилиши ва пептик яралар бўлди.

Беморларнинг иккинчи тадқиқ гуруҳи бўйича ўтказилган операцияларнинг аъло ва яхши узоқ муддатли натижаларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, беморларнинг аксарияти ЎИБ ичак яра касаллигининг кўринишларидан бутунлай халос бўлди.

Шундай қилиб, салбий оқибатлар сабабларини таҳлил этиш ва жарроҳлик тактикасини клиник кечишнинг типологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қайта кўриб чиқиш, шунингдек, такомиллаштирилган жарроҳлик усуллари ва техник ёндашувларни қўллаш "мураккаб" дуоденал яралар учун жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш ва кўзланган мақсадга эришиш имконини берди. Натижада, ошқозонга жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ операциядан кейинги асоратларнинг частотаси 12,6 фоизга (19,3 дан 6,7 фоизгача), операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи эса 5,4 фоизга (6,1 дан 0,7 фоизгача) камайди. Бундан ташқари, асосий гуруҳда умумий характердаги асоратлар 10,5 фоиздан 5,4 фоизгача пасайди (5,1 фоизга камайиш). Шу билан бирга, узоқ муддатли кузатувларда аъло ва яхши натижалар 14,5 фоизга ошди (70,7 дан 85,2 фоизгача), қониқарли натижалар 9 фоизга (20,6 дан 11,6 фоизгача) ва қониқарсиз натижалар 5,7 фоизга (8,7 дан 3 фоизгача) камайди.

ХОТИМА

Эришилган ютуқларга қарамасдан, меъда яра касаллигининг режали жарроҳлигида, турли йиллардаги статистик маълумотларга кўра, меъда резекцияси ҳамон юқори ўлим даражаси - 4-6% билан кечмоқда. Бундан ташқари, операциядан кейинги беморларда постгастрорезекцион бузилишлар ривожланиб, 10-40% ҳолларда ногиронликка олиб келади: биринчи йили операция қилинганларнинг 20-30% ида ва 10-15% ида кейинги даврларда [58;64;78;89;90].

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, бу ҳолат асосан ўн икки бармоқли ичакнинг "қийин олиб ташланадиган" яраларида жарроҳлик амалиётлари билан боғлиқ бўлиб, бунга етарлича эътибор қаратилмаган. Бизнинг фикримизча, бу бир қатор сабаблар билан боғлиқ: "қийин" дуоденал яралар ҳақида ягона тушунчанинг йўқлиги; уларни ташхислаш ва жарроҳлик амалиётининг мураккаблиги; уларнинг клиник кечиши ва ошқозоннинг функционал ҳолати хусусиятлари бўйича маълумотларнинг етишмаслиги, шунингдек, жарроҳлик тактикасини белгилашда ягона ёндашувларнинг мавжуд эмаслиги. Айнан шу ҳолатлар ушбу тадқиқотнинг ўтказилишига туртки бўлди.

2001-йилдан 2020-йилгача бўлган даврда Андижон Давлат Тиббиёт Институти жарроҳлик касалликлари ва урология кафедраси базасида ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги бўйича 1567 нафар бемор операция қилинган. Шундан 494 (31,5%) беморда "қийин" дуоденал яра ташхиси қўйилган. Уларнинг 364 (73,7%) нафари режали ва 130 (26,3%) нафари шошилиш тартибда операция қилинган. "Қийин дуоденал яра"ли 364 нафар бемордан 102 нафарида ваготомия билан дренажиловчи операциялар бажарилган. Сўнгги ўн йил ичида фақат резекция усуллари қўлланилгани ва натижаларни таққослаш имконияти йўқлиги сабабли, ушбу тадқиқотнинг предмети сифатида режали тартибда операция қилинган "қийин" дуоденал яралари 262 нафар

бемор олинган.

Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги бўйича жарроҳлик амалиётларида жарроҳлар кўпинча жиддий техник қийинчиликларга дуч келишади. Бундай ҳолатлар, одатда, ўн икки бармоқли ичакнинг постбулбар, каллёз, гигант, пенетрацияланувчи ва "кўзгу" яраларида кузатилади. Тадқиқотчилар бундай яраларни "қийин бартараф этиладиган" ёки "қийин" яралар деб атайдилар.

Адабиёт маълумотларини кўриб чиқиб ва шахсий кузатувларимизга асосланиб, қуйидагиларни "қийин" деб ҳисоблаш керак деган хулосага келдик: пиёзнинг олд-ён ва орқа деворларидаги гигант ва/ёки каллёз яралар, булбардан кейинги қисмдаги яралар, атрофдаги аъзоларга ўтиб кетган "кўзгу" яралар, шунингдек, ичакнинг кучли чандиқли-яллиғланишли деформациялари, айниқса улар яра касаллигининг асоратлари билан бирга келганда.

Клиник кечишнинг типологик хусусиятларини, ҳамда ошқозоннинг секретор ва ҳаракат-эвакуатор функциясини аниқлаш учун биз "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида (262 та) ва касалликнинг асоратланмаган кечиши билан ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида (94 та), яъни "қийин" ўн икки бармоқли ичак яралари бўлмаганда илмий таҳлил ўтказдик.

Материални баён қилишни соддалаштириш учун биз шартли равишда 2 гуруҳни ажратдик:

- "қийин" ўн икки бармоқли ичак яралари - асосий гуруҳ (262 бемор);

- асоратсиз кечувчи яра касалликли - таққослаш гуруҳи (94 бемор).

Таққослаш гуруҳида яра касаллиги эркакларда 71 та (75,5%) ҳолатда, аёлларда эса - 23 та (24,5%) ҳолатда 3:1 нисбатда аниқланди. Асосий гуруҳда эса - эркакларда 238 та (90,8%) ҳолатда, аёлларда эса - атиги 24 та (9,2%) ҳолатда 10:1 нисбатда. Яъни, "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида касалланиш эркакларда аёлларга нисбатан сезиларли даражада кўпроқ учрайди.

Таққослаш гуруҳида яра касаллиги асосан 19-44 ёшда - 88 та (91,5%), яъни ўсмирлик ва ёшлик даврида аниқланди. Асосий гуруҳда эса 19-59 ёшда (89,0%), яъни ёш ва ўрта

ёшда.

Таққослаш гуруҳида асосий қисмни яра анамнези давомийлиги 6 йилгача бўлган беморлар - 76 та (80,9%) ташкил этди, ўрганилаётган гуруҳда эса яра анамнези давомийлиги 11-15 йилни ташкил этди - 213 та (81,2%) бемор. Таъкидлаш жоизки, ўрганилаётган гуруҳда яра анамнезининг давомийлиги 16 йил ва ундан ортиқ 36 та (13,9%) беморда аниқланган, таққослаш гуруҳида эса яра анамнезининг бундай давомийлиги кузатилмаган.

Шунингдек, биз "қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида (асосий гуруҳ) ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг асоратланмаган кечишида (таққослаш гуруҳи) касалликнинг клиник кўринишини ўргандик.

Асоратланмаган ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида касалликнинг кечиши анча қулай бўлди. "Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида клиник кўриниш касалликнинг сезиларли даражада агрессив кечиши билан намоён бўлди.

Таққослаш гуруҳида касалликнинг кучайиши 2-5 йилда бир марта 79 та (80,9%) ҳолатда кузатилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич атиги 6 та (2,4%) ҳолатни ташкил этди. Йилига 2-4 марта кучайиш таққослаш гуруҳида фақат 7 та (7,4%) ҳолатда қайд этилган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 215 та (82%) ҳолатга етди.

Таққослаш гуруҳида оғриқнинг эпигастрал соҳада ва бошқа жойларда (белга тарқалиши билан) жойлашиши фақат 21 та (22,4%) ҳолатда аниқланган бўлса, асосий гуруҳда бу кўрсаткич 96 та (36,7%) ҳолатни ташкил этди.

Таққослаш гуруҳида оғриқ синдроми 85 та (90,4%) ҳолатда овқатланиш билан боғлиқ бўлган ва 9 та (9,6%) беморда овқатланиш билан боғлиқ бўлмаган. Бунга қарама-қарши ўлароқ, асосий гуруҳда оғриқ синдроми фақат 38 та (14,5%) ҳолатда овқатланиш билан боғлиқ бўлган ва 224 та (85,5%) ҳолатда боғлиқ бўлмаган, яъни доимий характерга эга бўлган.

Таққослаш гуруҳида диспептик бузилишлар кўнгил айланиши 30 та (31,9%) ва жиғилдон қайнаши 53 та (56,4%) кўринишида ўртача даражада ифодаланган ва ташхисланган, қусиш эса фақат 9 та (9,6%) ҳолатда қайд

этилган. Асосий гуруҳда диспептик бузилишлар кўнгил айланиши 187 та (76,3%) ва жиғилдон қайнаши 214 та (81,7%) кўринишида янада кучлироқ ифодаланган, қусиш эса 154 та (58,8%) ҳолатда аниқланган.

Таққослаш гуруҳида 59 та (62,8%) беморда тана вазни танқислиги кузатилмаган. 5 кг дан 20 кг гача тана вазни етишмовчилиги 11 та (11,7%) ҳолатда аниқланган. Асосий гуруҳда тана вазни танқислиги фақат 16 та (6,1%) ҳолатда кузатилмаган бўлса, 5 кг дан 20 кг гача тана вазни танқислиги 160 та (61%) ҳолатда аниқланган.

Ошқозоннинг функционал ҳолати (ошқозоннинг секретор функцияси) хусусиятларини аниқлаш учун биз "қийин" ўн икки бармоқ ичак яраси (асосий гуруҳ) ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратсиз кечиши бўлган беморларда (таққослаш гуруҳи) ошқозон шираси кўрсаткичларини ўрганиб чиқдик ва таққосладик. Олинган натижаларни клиник баҳолаш учун унинг кўрсаткичлари 50 нафар соғлом шахсда ўрганилди.

Соғлом одамларда базал кислота ишлаб чиқариш $3,9 \pm 0,8$ ммол/соатни, максимал кислота ишлаб чиқариш эса $18,4 \pm 0,9$ ммол/соатни ташкил этди. Шу билан бирга, таққослаш гуруҳидаги беморларда базал кислота ишлаб чиқаришнинг ўртача кўрсаткичлари $7,9 \pm 0,7$ ммол/соатни, асосий гуруҳда эса $12,6 \pm 1,2$ ммол/соатни ташкил этди.

Шундай қилиб, асосий гуруҳда базал кислота ишлаб чиқариш кўрсаткичлари соғлом шахслардаги шунга ўхшаш кўрсаткичлардан 3,2 баравар, таққослаш гуруҳига нисбатан эса 1,5 баравар юқори бўлди.

Меъда шираси таркибидаги пепсинни ўрганиш натижасида соғлом шахсларда базал пепсин ишлаб чиқариши (БПИ) ўртача $47,6 \pm 3,9$ мг/% ни, максимал пепсин ишлаб чиқариши (МПИ) эса $94,5 \pm 10,1$ мг/% ни ташкил этганлиги аниқланди. Асосий гуруҳда базал ва максимал пепсин ишлаб чиқариш кўрсаткичлари мос равишда $89,9 \pm 8,4$ мг/% ва $192,4 \pm 17,3$ мг/% ни ташкил этди. Таққослаш гуруҳида эса БПИ ўртача $68,7 \pm 7,2$ мг/%, МПИ эса $166,3 \pm 15,3$ мг/% ни ташкил этди.

Умуман олганда, тадқиқотларимиз шуни кўрсатдики, соғлом шахсларда, таққослаш гуруҳида ва асосий

гуруҳларда пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқарилиши бир хил тенденцияни намоён этди.

Ошқозоннинг функционал ҳолати (ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси) хусусиятларини аниқлаш мақсадида биз рентгенологик текширув маълумотларини ўрганиб, таҳлил қилдик. Асосий гуруҳ беморларида (132) ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси (ОМЭФ) асосан пилородуоденал стеноз (ПДС) даражасига боғлиқлиги аниқланди.

Рентгенологик текширувлар билан бир қаторда узлуксиз электрогастрография (УЭГГ) ҳам ўтказилди. УЭГГ маълумотларига кўра, резекция қилинган ошқозонда 1 йилгача бўлган муддатда $R_{\max}$ кўрсаткичи $1,21 \pm 0,48$ мВ ни ташкил этди. 1 йил ва ундан ортиқ муддатда эса бу кўрсаткич $1,02 \pm 0,46$ мВ га тенг бўлди.

УЭГГ кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили шуни кўрсатдики, операция қилинган ошқозоннинг мотор функцияси 1 йилгача бўлган муддатдаёқ сезиларли даражада тикланган. Бироқ, УЭГГнинг ўртача кўрсаткичлари назорат гуруҳи кўрсаткичларига тўлиқ етмайди. 1 йил ва ундан ортиқ муддатда УЭГГ кўрсаткичлари операция қилинган ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси тўлиқ тикланганлиги ҳақида далолат берди. Шуни таъкидлаш жоизки, компенсацияланган ПДС билан асоратланган асосий гуруҳда ОМЭФ кейинги вақт оралиғида меъёрлашиши ҳисобига компенсацияланди. Декомпенсацияланган ПДС билан асоратланган асосий гуруҳ беморларида эса ОМЭФнинг тўлиқ бузилиши кузатилди.

Хулоса қилиб айтганда, "қийин" дуоденал яралар учун ошқозоннинг клиник кечиши ва функционал ҳолатининг ўзига хос хусусиятларини аниқлаб, асосий гуруҳни (262 бемор) шартли равишда икки гуруҳга бўлдик, бу эса даволашнинг тактик ва техник ёндашувларида фарқланишга олиб келди.

Ўрганилаётган беморлар тоифасининг гуруҳларга тақсимланиши:

- назорат гуруҳи - 2001-йилдан 2010-йилгача - 114 (43,5%) нафар бемор;

- тадқиқот гуруҳи - 2011-йилдан 2020-йилгача - 148 (56,5%) нафар бемор.

Назорат гуруҳида ЎБИЯК 43 (37,7%) беморда атрофдаги аъзоларга ўтиш, 39 (34,2%) беморда пилородуоденал стенознинг турли даражалари, шунингдек, 32 (28,1%) беморда ПДСнинг турли даражалари билан ўтиш биргаликда кузатилган. Таъкидлаш жоизки, назорат гуруҳида беморлар илгари 8 та ҳолатда ПДАни тикишни, 5 та ҳолатда яра тубидаги қонаётган томирни тикишни бошдан кечирган ва 15 та ҳолатда СНДП ташхиси қўйилган.

Тадқиқот гуруҳида ЎБИЯК 45 (30,4%) беморда ўтиш билан, 52 (35,1%) беморда турли даражадаги ПДС билан ва 51 (34,5%) беморда ўтишнинг турли даражадаги ПДС билан биргаликда кузатилган. Таъкидлаш жоизки, ўрганилаётган гуруҳда 26 та ҳолатда беморлар анамнезида тешилган ДЯни тикиш, 17 та ҳолатда яра тубидаги қонаётган томирни тикиш ва 10 та ҳолатда ЎБИЯКнинг СНДП билан биргаликда кузатилиши қайд этилган.

"Қийин" ДЯ билан оғриган беморларда ҳамроҳ терапевтик касалликлар 83 (31,7%) беморда аниқланган. Улардан юрак-қон томир тизими касалликлари - 20 (7,6%), нафас олиш аъзолари касалликлари - 17 (6,5%), шунингдек, жигар, ўт йўллари - 16 (6,1%) ва буйраклар ҳамда сийдик йўллариининг терапевтик касалликлари - 22 (8,4%) беморда кузатилган. Жумладан, 4 (1,5%) ҳолатда ошқозон ости беzi касаллиги ва 4 (1,5%) ҳолатда спастик колит кўринишидаги ичак касалликлари аниқланган.

"Қийин" ДЯ билан оғриган беморларда 28 (10,7%) ҳолатда қўшма жарроҳлик касалликлари аниқланган. Улардан ўт-тош касаллиги 9 (3,4%) беморда, қорин чурралари 14 (5,3%) беморда ва жигар эхинококкози 5 (1,9%) беморда қайд этилган.

Назорат гуруҳидаги "мураккаб" дуоденал ярали беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларини таҳлил қилишда бир қатор техник ва тактик камчиликлар аниқланди. 2 та беморда Гофмейстер-Финстерер усули бўйича "анъанавий" ошқозон резекцияси дуоденостаз фонида амалга оширилган; 7 та беморда

"қийин" дуоденал ярани мажбурий кесишга интилиш натижасида ошқозон ости беи тўқималарининг шикастланиши ва қон кетиши юзага келган. 6 та ҳолатда ўлим юз берган; 2 та ҳолатда "қийин" дуоденал яра бўйича операция пайтида жигар эхинококкози аниқланган; 2 та ҳолатда "мураккаб" дуоденал яралар ЎТК билан бирга кузатилган; 4 та ҳолатда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокларининг етишмовчилиги юзага келган; 2 та ҳолатда тромбоэмболик асоратлар пайдо бўлган.

Назорат гуруҳидаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш натижаларининг ретроспектив таҳлили шуни кўрсатдики, биз бир қатор тактик ва техник камчиликларга йўл қўйганмиз. Хусусан:

1) Билрот-II модификациясида ошқозон резекцияси 63 (55,3%) беморда амалга оширилган, бу эса "қийин" ўн икки бармоқ ичак яраси фонида дуоденал чўлтоғни шакллантиришга сабаб бўлган. Бундан ташқари, ўн икки бармоқ ичак яраси олиб ташланмаган ва баъзи беморларда уни кесиш ошқозон ости беи тўқималарининг шикастланиши билан кечган;

2) сурункали нодуоденал патология ташхиси қўйилганда бир ҳолатда Гофмейстер-Финстерер бўйича ошқозон резекцияси бажарилган;

3) ошқозон резекциясини бажаришда унинг чўлтоғи фақат "классик" усулда шакллантирилган.

Бизнинг фикримизча, ошқозон чўлтоғини резекция қилишда шакллантиришнинг "анъанавий" усулларининг камчиликлари қуйидагилардан иборат: а) ошқозоннинг катта эгрилиги томонидан унинг юқори учдан бир қисмигача мобилизация қилиниши, бу унинг резервуар функциясини бузади ва кўпинча Билротнинг биринчи принципи бўйича анастомоз шакллантиришдан воз кечишга сабаб бўлади; ошқозон-чарви артерияси пояси кесилади, бу ошқозон чўлтоғининг қон билан таъминланишини бузади; б) ошқозон чўлтоғини шакллантириш олдидан ўн икки бармоқ ичак ичак қисқичи ва ошқозонни эзувчи қисқич орасидан ошқозондан ажратилади; в) режалаштирилган резекция чегарасида ошқозон қисқичи ва ошқозонни эзувчи

қисқичлар қўйилади, бу маълум даражада ошқозон чўлтоғи тўқималарини шикастлайди.

4) "олиб ташлаб бўлмайдиган яралар йўқ" шиори остида "қийин" ўн икки бармоқ ичак ярасини мажбурий равишда кесиб ташлашга интилиш кўпинча ўн икки бармоқ ичак чўлтоғи етишмовчилигининг сабаби бўлган. Шу муносабат билан, назорат гуруҳида ўн икки бармоқ ичак чўлтоғининг етишмовчилиги 10 (8,8%) беморда аниқланган ва 7 (6,1%) беморда ўлим билан якунланган.

5) ЎБИ чўлтоғини тикишда бир нечта усул қўлланилган (типик ишлов бериш ва атипик - Юдин, Шалимов усули бўйича ЎБИ чўлтоғини тикиш).

Ошқозон чўлтоғини "анъанавий" усулда шакллантиришнинг юқорида санаб ўтилган барча камчиликлари кўпинча операциядан кейинги эрта асоратлар ва постгастрорезекцион синдромларнинг ривожланишига сабаб бўлади.

"Қийин" ДЯ билан оғриган беморларни даволаш натижаларидан қониқмаслик бизни назорат гуруҳида йўл қўйилган камчиликларни қайта кўриб чиқишга ундади. Бунинг учун маълум вақт талаб этилди.

Қониқарсиз натижаларнинг сабабларини таҳлил қилиш ва ушбу тоифадаги беморларни жарроҳлик йўли билан даволаш тажрибасининг тўпланиши 2011-йилдан бошлаб жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш имконини берди.

"Қийин" дуоденал яралар бўйича операцияларни бажаришда дуоденал чўлтоқни тикишда қийинчиликлар юзага келади. Айнан шу ерда унинг етишмовчилиги хавфи яширинган. "Қийин" яраларда дуоденал чўлтоқ етишмовчилигининг олдини олиш бўйича кўплаб таклифлар, бизнинг фикримизча, гастродуоденоанастомоз қўйишдан кўра анча мураккабдир. Бироқ, амалий жарроҳликда ошқозон чўлтоғини шакллантиришнинг "анъанавий" вариантини 70-80% ҳолларда қўллаш Билротнинг биринчи тамойили бўйича анастомоз қўйиш имконини бермайди, чунки ошқозон резервуар қобилятини сезиларли даражада йўқотади.

Шу муносабат билан бўлимимиз ходимлари томонидан

ОРда операцияларнинг бир қатор усуллари ва техник услублари ишлаб чиқилган бўлиб, улар "қийин" дуоденал яраларда жарроҳлик даволаш натижаларини яхшилаш имконини берди - ОРда чўлтоқни "қисқичсиз" шакллантириш усули (ЎзР ПВ ИДП 2021 ихтиросига ижобий қарор, №0437/ДФ 25.01.21й.) ва Билрот-II бўйича ОРда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикиш усули (ЎзР ПВ ИДП 2001 ихтирога ижобий қарор, №0541/ДФ 28.04.21й.). Биз томонимиздан ишлаб чиқилган техник усуллар жарроҳлик аралашувининг хавфсизлигини таъминлади. Биз томонимиздан ишлаб чиқилган техник усуллар жарроҳлик аралашувининг хавфсизлигини таъминлади.

Операцияни бажаришни осонлаштириш ва унинг натижаларини яхшилаш учун беморларнинг асосий гуруҳида биз бир вақтнинг ўзида инфилтратни сўриб олиш ва дуоденал яралар соҳасидаги яллиғланишни бартараф этишга қаратилган операциядан олдинги мақсадли комплекс тайёргарликни ўтказдик.

Ҳар бир беморга операция усулини танлашда индивидуал ёндашувни қўлладик. Бунда жарроҳлик пайтидаги топилмалар ҳисобга олинди. Ушбу тоифадаги беморларни ошқозон жарроҳлигида катта амалий тажрибага эга бўлган жарроҳлар операция қилишлари лозим. Ўн икки бармоқли ичак ярасининг жойлашуви, унинг ўлчами, шунингдек, яра асоратлари ҳамда қўшма жарроҳлик ва ҳамроҳ терапевтик касалликларнинг мавжудлигига алоҳида эътибор қаратиш зарур.

"Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида ошқозон резекциясининг "заиф нуқтаси" чўлтоқ етишмовчилигининг юқори частотаси эканлигини инобатга олган ҳолда, Билрот-I усули бўйича ошқозон резекцияси модификацияларига кўрсатмаларнинг кенгайиши ушбу асоратнинг юзага келишини ва натижада ўлим ҳолатларини истисно қилади.

Тадқиқот гуруҳида яранинг пиёзчада жойлашуви фонида 45 (30,4%) беморда пенетрация, 52 (35,1%) беморда турли даражадаги пилородуоденал стеноз (ПДС) ва 51 (34,5%) беморда ўн икки бармоқли ичак яраси

пенетрацияси турли даражадаги ПДС билан биргаликда кузатилганлиги аниқланди. Санаб ўтилган асоратлар билан бир қаторда, умуман олганда, 26 бемор анамнезида тешилган ўн икки бармоқли ичак яраси тикилиши, 17 беморники - ўн икки бармоқли ичак яраси тубида қон кетаётган томир тикилиши ва 10 беморники - дуоденостаз қайд этилган.

Таъкидлаш жоизки, ўрганилаётган гуруҳда Билрот-I бўйича ошқозон резекцияси модификацияси 117 (79,1%) беморда, Билрот-II модификацияси эса 31 (20,9%) беморда амалга оширилди. Жумладан, 28 (23,9%) беморда Габерер усули бўйича ошқозон резекцияси бажарилди. 36 (30,8%) беморда Габерер-Финней усули бўйича кўндаланг термино-латерал анастомоз ва 53 (45,3%) беморда Л.Г. Хачиев усули бўйича бўйлама термино-латерал анастомоз билан ошқозон резекцияси ўтказилди.

Шундай қилиб, тадқиқот гуруҳида Билрот-I модификацияларидаги ошқозон резекцияси 117 (79,1%) беморда амалга оширилди, бу назорат гуруҳига нисбатан 34,4% га кўпдир.

Тадқиқот гуруҳидаги барча беморларда ҳамроҳ касалликларни ҳисобга олган ҳолда операциядан олдинги комплекс тайёргарлик ўтказилди, операцияларнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник йўллари қўлланилди, шунингдек, операциядан кейинги даврда йирингли-септик асоратлар ва тромбоэмболик асоратларнинг мақсадли профилактикаси ўтказилди.

Коррекция талаб қиладиган қўшма жарроҳлик патологияси ташхисланганида, симультан операциянинг ҳажми ва кетма-кетлиги қўшма касалликнинг аниқ турига боғлиқ эди.

Назорат гуруҳида (114) ошқозондаги жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ маҳаллий асоратлар 22 (19,3%) беморда аниқланди. Шулардан 10 (8,8%) беморда ЎБИ культаси чокларининг етишмовчилиги ташхисланди, бунда 5 (4,4%) ҳолат ўлим билан якунланди.

Назорат гуруҳидаги 4 (3,5%) беморда операциядан кейинги даврда панкреонекроз ривожланиши билан кечувчи посттравматик панкреатит аниқланди, бунда 2

(1,7%) ҳолат ўлим билан якунланди. 2 (1,7%) беморда "қийин" ДЯни даволашдаги сезиларли техник қийинчиликлар меъда ости безининг шикастланишига ва оқибатда ўлимга олиб келди. Шу сабабли, операциядан кейинги панкреатитнинг олдини олиш мақсадида, биз кейинчалик без соҳасида эҳтиёткорона манипуляция ўтказдик, паропанкреатик тўқиманинг новокаинли блокадасини амалга оширдик, операциядан сўнг фермент ингибиторлари ва ситостатиклар тайинладик, глюкоза-новокаин аралашмасини ҳамда спазмолитиклар ва антибиотиклар комбинациясини қўлладик.

Назорат гуруҳида анастомоз соҳасидаги яллиғланиш жараёни натижасида юзага келган анастомозит кўринишидаги ҳаракат бузилишлари 7 (6,1%) беморда аниқланди. Анастомозит операциядан кейинги даврнинг 5-9-кунларида рентген-эндоскопик текширув ва узлуксиз радиогастрография ёрдамида ташхисланди. Бунда анастомоз соҳасида сезиларли шиш, димланиш суюқлигининг мавжудлиги ва ОМЭФнинг секинлашиши кузатилди.

Анастомозит ривожланишининг сабаби дағал тикув материалдан фойдаланиш ва анастомозни шакллантиришдаги техник хатолар билан боғлиқ эди. Назорат гуруҳидаги 1 (0,9%) беморда операциядан кейинги даврнинг 5-кунида шошилиш релапаротомия талаб қилувчи "ўткир қорин" клиник кўриниши юзага келди. Бемор қониқарли ҳолатда шифохонадан чиқарилди.

Беморларнинг ўрганилаётган гуруҳида (148) ошқозонда жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар 10 (6,7%) беморда ташхисланган. Улардан 2 (1,3%) беморда ошқозон ости безидан кейин чоклар етишмовчилиги юзага келди, 1 (0,7%) ҳолатда ўлим ҳолати кузатилди. Ушбу кузатувнинг кейинги таҳлили шуни кўрсатдики, ушбу ҳолатда биз Габерер бўйича ОСга кўрсатмаларни ҳаддан ташқари кенгайттирдик. Бизнинг фикримизча, ушбу ҳолатда Л.Г. Хачиев бўйича резекция ўтказилиши керак эди, чунки бу усулда ошқозон чўлтоғининг орқа деворининг ўзи ЎБИ чўлтоғи чоклари чизиғини тампонлаган бўларди. Анастомозит

кўринишидаги ҳаракат бузилишлари 4 (4,7%) беморда аниқланган. Бизнинг фикримизча, ошқозон ости безидан кейин анастомозитнинг пайдо бўлиши анастомозларни шакллантиришдаги техник хатоликлар (анастомозни шакллантиришда тор бўшлиқни яратиш, қўпол тикув материалларидан фойдаланиш, ортиқча миқдордаги чокларни қўйиш) билан боғлиқ эди.

Анастомозит операциядан кейинги даврнинг 4 - 7 кунда рентген-эндоскопик ва узлуксиз радиогастрография билан ташхисланган. Шу билан бирга, анастомоз соҳасининг сезиларли шиши, унинг бўшлиғини торайтириши, димланиш суюқлигининг мавжудлиги қайд этилди, бу ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясининг секинлашишига сабаб бўлди.

Тадқиқот гуруҳида 1 (0,9%) беморда Гофмейстер-Финстерер бўйича ошқозон чўлтоғи кистасидан ошқозон-ичак тракти бўшлиғига қон кетиши кузатилган. Ушбу асоратнинг сабаби ошқозон чўлтоғини бўғимсиз шакллантириш усулини ўзлаштириш даврининг ўтганлиги эди. Ушбу асорат анастомозни шакллантиришдан олдин ошқозон чўлтоғининг "кили"да гемостазнинг ишончлилигини синчковлик билан текшириш керак деган хулосага келиш имконини беради. Кейинги ишимизда бу асорат кузатилмади. Комплекс даволаш такрорий жарроҳлик аралашувини талаб қилмади.

Шундай қилиб, "қийин" ДЯ билан оғриган беморларда жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш ошқозонда жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ бўлган операциядан кейинги асоратлар фоизини 19,3 дан 6,7% гача, яъни 12,6% гача, шунингдек, ўлим ҳолатларини 6,1 дан 0,7% гача, яъни 5,4% гача камайтириш имконини берди.

Назорат гуруҳида умумий характердаги асоратлар 12 (10,5%) беморда аниқланди. Шундан, 6 (5,3%) нафар беморда бронх-ўпка асоратлари кузатилди (2 нафарида бронхопневмония ва 4 нафарида сурункали бронхитнинг зўрайиши). Барча беморларга антибиотикотерапия курси, нафас олиш машқлари, вибромассаж ва физиотерапевтик муолажалар ўтказилиб, ижобий натижага эришилди. 4 (3,5%) беморда тромбоэмболик асоратлар аниқланди.

Улардан 2 нафарида ўнг оёқнинг ўткир тромбофлебити, 1 нафарида геморроидал веналарнинг ўткир тромбофлебити ва 1 нафар беморда ўпка артерияси тромбоэмболияси (ЎАТЕ) кузатилди. ЎАТЕ билан оғриган бемор вафот этди. Қолган 3 бемор консерватив даволанишдан сўнг қониқарли аҳволда шифохонадан чиқарилди. Жарроҳлик яраси йиринглаши 2 (1,7%) беморда қайд этилди. Тадқиқот гуруҳида умумий характердаги асоратлар 8 нафар беморда аниқланди, бу 5,4% ни ташкил этди. Улардан бронх-ўпка асоратлари: пневмония (1) ва сурункали бронхитнинг зўрайиши 4 (2,7%) беморда, оёқ венаси тромбофлебити 1 (0,7%) ва жарроҳлик яраси инфильтрати 3 (2,0%) беморда кузатилди. Барча беморларда ушбу асоратлар умумқабул қилинган усуллар билан консерватив даволанди.

Умуман олганда, беморларнинг тадқиқот гуруҳида умумий характердаги асоратлар 10,5 дан 5,4% гача камайди (5,1% га пасайиш).

"Қийин" ўн икки бармоқ ичак яраси билан оғриган беморларда ўтказилган операциялардан кейин ошқозон секрецияси кўрсаткичларини таққослаш учун биз соғлом шахсларнинг ошқозон секрецияси кўрсаткичлари билан солиштириб ўргандик. Бунда соғлом шахсларда базал кислота ишлаб чиқаришнинг (БКИ) ўртача кўрсаткичлари $3,9 \pm 0,8$ ммол/соат, максимал кислота ишлаб чиқариш (МКИ) – $18,4 \pm 0,9$ ммол/соат, базал пепсин ишлаб чиқариш (БПИ) – $47,6 \pm 3,9$ ммол/соат ва максимал пепсин ишлаб чиқариш (МПИ) $94,5 \pm 10,1$ ммол/соатни ташкил этди. Ошқозон резекцияси (ОР) ўтказилганидан сўнг 1 йилгача бўлган муддатда беморларда ўртача кўрсаткичлар қуйидагича бўлди: БКИ $-2,9 \pm 2,9$ ммол/соат ва МКИ $-7,8 \pm 3,5$ ммол/соат; БПИ – $35,3 \pm 3,2$ ммол/соат ва МПИ – $84,2 \pm 7,4$ ммол/соат. "Клиника усули" бўйича ОР ўтказган беморларда кислота ва пепсиннинг базал ва максимал ишлаб чиқарилишининг ўртача кўрсаткичлари: БКИ $-2,7 \pm 1,8$ ммол/соат ва МКИ $-6,9 \pm 3,7$ ммол/соат; БПИ – $28,5 \pm 2,4$ ммол/соат ва МПИ – $70,7 \pm 5,4$ ммол/соатни ташкил этди.

Ошқозоннинг секретор функцияси кўрсаткичлари яқин муддатларда иккала гуруҳда ҳам операциядан сўнг

операциядан олдинги кўрсаткичларга нисбатан асосан 2 баробардан кўпроқ пасайди. Хусусан, назорат гуруҳидаги беморларда ошқозон секрециясининг дастлабки кўрсаткичларига нисбатан кислотанинг базал ишлаб чиқарилиши 77,0% га, максимал ишлаб чиқарилиши эса 73,4% га камайди. Шу билан бирга, пепсиннинг базал ишлаб чиқарилиши 60,7% га, максимал ишлаб чиқарилиши эса 56,2% га пасайди.

НЭГГ кўрсаткичларининг қиёсий таҳлили операция қилинган ошқозоннинг ҳаракат функцияси 1 йилгача бўлган муддатда сезиларли даражада тиклангани ҳақида яққол далолат беради. Бироқ УЭГГнинг ўртача кўрсаткичлари назорат гуруҳи кўрсаткичларига етмайди. 1 йил ва ундан ортиқ муддатда УЭГГ кўрсаткичлари операция қилинган ошқозоннинг ҳаракат-эвакуатор функцияси тиклангани ҳақида гувоҳлик берди. Умуман олганда, операциядан кейинги узоқ муддатларда ошқозоннинг ҳаракат фаолияти фаоллашганини кўрсатувчи ўзгаришлар кузатилади.

Ошқозон-ичак трактининг рентгеноскопияси 1 йилгача бўлган муддатда 112 нафар беморда, 1 йил ва ундан ортиқ муддатда эса 67 нафар беморда ўрганилди. Бунда операциядан кейинги яқин муддатларда беморларнинг аксариятида девор тонусининг пасайиши, перисталтиканинг сусайиши ва оч қоринда ошқозонда шилимшиқ ва суюқлик мавжудлиги аниқланди. Буларнинг барчаси ошқозоннинг ҳаракат-эвакуатор функцияси секинлашишига олиб келади. Бироқ, кейинчалик ўтказилган жарроҳлик аралашувларидан сўнг, ошқозоннинг ҳаракат-эвакуатор функцияси меъёрий кўрсаткичларга яқинлашиб, тикланишига аниқ тенденция кузатилди.

Нохуш оқибатлар сабабларини таҳлил қилиш ва клиник кечишнинг типологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда жарроҳлик тактикасини қайта кўриб чиқиш ҳамда такомиллаштирилган жарроҳлик усуллари ва техник йўллари кенг қўллаш ошқозондаги жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар частотасини 12,6% га (19,3 дан 6,7% гача), шунингдек,

операциядан кейинги ўлим кўрсаткичини 5,4% га (6,1 дан 0,7% гача) камайтириш имконини берди.

"Қийин" ДЯ бўлган беморларда 1 йилдан 10 йилгача бўлган даврда жарроҳлик даволашнинг узоқ муддатли натижаларини 227 (86,6%) беморда кузатишга муваффақ бўлдик. Узоқ муддатли натижаларни баҳолаш умумеътироф этилган Висик таснифи бўйича амалга оширилди.

Назорат гуруҳида аъло ва яхши узоқ муддатли натижалар 65 (70,7%) беморда, асосий гуруҳда эса 115 (85,2%) беморда кузатилди.

Назорат гуруҳида қониқарли натижалар 19 (20,6%) беморда қайд этилди. Асосий гуруҳда эса қониқарли натижалар 16 (11,6%) беморда аниқланди. Назорат гуруҳидаги 13 нафар беморда қониқарли натижага енгил (10) ва ўрта оғирликдаги (3) демпинг синдроми сабаб бўлди. Беморлар вақти-вақти билан даволовчи шифокорлар билан маслаҳатлашиб, амбулатор даволанишни олдилар.

Тадқиқот гуруҳида 11 нафар беморда рентген-эндоскопик усулда дуоденогастрал рефлюкс ташхиси қўйилган, бу эса уларнинг бир неча бор консерватив даволанишига сабаб бўлган. 5 нафар беморда инструментал текширувда биз анастомозит ташхисини қўйдик. Санаб ўтилган ҳолатлар бемор ҳаётига жиддий таъсир кўрсатмади.

Назорат гуруҳида қониқарсиз натижалар 8 (8,7%) ҳолатда аниқланди. Асосий гуруҳда - Билрот-1 бўйича ошқозон резекциясидан кейин - 4 (3,0%) ҳолатда кузатилди. Назорат ва асосий гуруҳларда қониқарсиз натижаларнинг сабаби касалликнинг қайтарилиши ва пептик яралар бўлди. Барча беморларга такрорий жарроҳлик аралашувлари ўтказилди.

Шундай қилиб, ножўя оқибатлар сабабларини таҳлил қилиш ва жарроҳлик тактикасини клиник кечишнинг типологик хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қайта кўриб чиқиш, жарроҳликнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник усуллари қўллаш "мураккаб" ўн икки бармоқли ичак яраларида жарроҳлик даволаш

натижаларини яхшилаш ва кўзланган мақсадга эришиш имконини берди. Натижада, ошқозонда жарроҳлик аралашуви билан боғлиқ бўлган операциядан кейинги асоратларнинг частотаси 12,6% га (19,3 дан 6,7% гача), операциядан кейинги ўлим эса 5,4% га (6,1 дан 0,7% гача) камайди. Бундан ташқари, асосий гуруҳда умумий характердаги асоратлар 10,5 дан 5,4% гача камайди (5,1% га пасайиш). Шу билан бирга, узок муддатли даврда аъло ва яхши натижалар 14,5% га яхшиланди (70,7 дан 85,2% гача), қониқарли натижалар 9% га (20,6 дан 11,6% гача) ва қониқарсиз натижалар 5,7% га (8,7 дан 3% гача) камайди.

ХУЛОСАЛАР

1. "Қийин" ДЯларда бир қатор типологик хусусиятлар кузатилади: эркакларнинг аёлларга нисбати 3:1 дан 10:1 гача ошади; яра анамнезининг давомийлиги 81,2% ҳолатларда 11-15 йилни ташкил этди (назорат гуруҳида 80,9% ҳолатларда 5 йил), 84% ҳолатларда касалликнинг кучайиши йилига 2-4 марта қайд этилди (таққослаш гуруҳида - 19,1%), 62,6% ҳолатларда оғриқ синдроми овқат қабул қилиш билан боғлиқ бўлмади (таққослаш гуруҳида - 9,6%); диспептик бузилишлар яққолроқ намоён бўлди, тана вазни етишмовчилиги 71,8% ҳолатларда 5-20 кг ни ташкил этди (таққослаш гуруҳида - 37,2%).

2. "Қийин" ДЯларнинг режали жарроҳлигида такомиллаштирилган усуллар ва техник ёндашувлар 79,1% ҳолларда Билрот-I бўйича модификацияларда ошқозон резекциясини амалга ошириш имконини беради. Бу эса ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикиш заруратини истисно қилиб, етишмовчиликнинг жарроҳлик профилактикаси чораси ҳисобланади.

3. Ўн икки бармоқли ичакнинг юқори горизонтал қисмини сақлаб қолишда кўндаланг анастомозга (Габерер-Финней бўйича), бошқа ҳолларда эса бўйлама анастомозга (Л.Г. Хачиев бўйича) устунлик бериш лозим. Билротнинг биринчи тамойили бўйича ошқозон резекциясини бажариш имконияти бўлмаганда, Гофмейстер-Финстерер ёки Балфур бўйича ошқозон резекцияси амалга оширилади, сурункали ўн икки бармоқли ичак ўтказувчанлигининг бузилиши билан биргаликда эса Ру-Ибадов бўйича ошқозон резекцияси танланган операция ҳисобланади.

4. "Қийин" ДЯларни жарроҳлик йўли билан даволашда янги ёндашувларни жорий этиш ошқозондаги операцияларга хос бўлган операциядан кейинги асоратлар частотасини 19,3 дан 6,7% гача, операциядан кейинги ўлим кўрсаткичини 6,1 дан 0,7% гача ва умумий характердаги асоратларни 10,5 дан 5,4% гача камайтириш имконини берди. Узоқ муддатли даврда аъло ва яхши натижалар 70,7 дан 85,2% гача яхшиланди, қониқарли натижалар 20,6

дан 11,6% гача ва қониқарсиз натижалар 8,7 дан 3% гача камайди.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. "Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраси (ДЯ) бўлган беморларда жарроҳлар меъданинг типологик хусусиятлари ва функционал параметрларини ҳисобга олган ҳолда такомиллаштирилган жарроҳлик усуллари ва техник услублардан фойдаланишлари тавсия этилади.

2. "Қийин" ДЯларда меъда чўлтоғини резекция қилишда "сиқишсиз" шакллантириш усулидан фойдаланиш тавсия этилади (ЎзР ПВ ИДП 2021 №0127 ДФ ихтироси учун ижобий қарор), бу жарроҳлик техникасини соддалаштиради, меъда чўлтоғи тўқималарининг сиқилишини истисно қилади; меъда-чарви артериялари пояларининг бутунлиги сақланиб қолади, қопловчи ҳужайраларнинг асосий жойлашув соҳаси олиб ташланади; меъданинг резервуар вазифаси сақланиб қолади ва Билрот-И усулида анастомоз шакллантириш имконияти ошади.

3. Амалиётчи жарроҳларга меъда резекциясида ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини тикиш усулидан фойдаланиш тавсия этилади (ЎзР ПВ ИДП 2021 №0129 ДФ ихтиросига ижобий қарор), бунда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғида кейинги асоратлар манбаи сифатида яра бўлиши истисно қилинади, ошқозон ости беши боши ва ўт йўллари шикастланишининг олди олинади, бу эса ўн икки бармоқли ичак чўлтоғи чокининг етишмовчилиги ва ўт оқмаларининг олдини олади.

4. Ушбу беморларда, жарроҳликнинг такомиллаштирилган усуллари ва техник услубларига риоя қилган ҳолда, Габерер усулида гастродуоденоанастомоз билан меъда резекциясини кенг қўллаш тавсия этилади. Агар олдинги девор бўш қолса, Л.Г. Хачиев усулида бўйлама торайтирувчи-лахта анастомоз (ТЛА) шакллантирилади, агар ён девор бўш қолса, Габерер-Финней усулида кўндаланг ТЛА

шакллантирилади, бу эса ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини шакллантириш заруратини ва бундан келиб чиқадиган оқибатларни камайтиради.

5. Билротнинг биринчи тамойили бўйича меъда резекциясини бажариш имкони бўлмаса, Гофмейстер-Финстерер ёки Балфур усулида резекция қилиш тавсия этилади. Сурункали носпесфик ўпка касалликлари билан бирга келганда, танлов операцияси сифатида РУ-Ибадов усулида меъда резекцияси бажарилиши лозим.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Авакимян В.А. Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида тешилиш ва қон кетишнинг биргаликда кечиши // Кубан илмий тиббиёт ахборотномаси. - 2017. - 6-сон. 6.

2. Акимов В.П. Меъда резекциясидан кейин демпинг-синдромни жарроҳлик йўли билан тузатиш усулларига доир // Жарроҳлик ахборотномаси. - 2005. - 1-сон. - 100-101-б.

3. Асадов С.А., Алиев Э.Э., Титаров Д.Л. Тажрибада меъда антрал қисмининг шиллиқ пардаси олиб ташланган девори ёрдамида ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини пластик қоплаш // РУДН Ахборотномаси. Қатор: Тиббиёт. 2003. 5-сон. - 129-130-б.

4. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю., Смирнов А.Д. Яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш стратегияси // Жарроҳлик. Москва, 2016; 5: 26-30.

5. Багненко С.Ф., Куригин А.А., Синенченко Г.И. ва бошқ. Ўн икки бармоқли ичак ярасининг қўшма асоратлари ва уларни жарроҳлик йўли билан даволаш // И.И. Греков номидаги жарроҳлик ахборотномаси. - 2009. - 168-жилд (6). - 12-15-б.

6. Барванян Г.М., Никитин Н.А., Головизнин А.А. "Мураккаб" ўн икки бармоқли ичак яраларида Билрот-И бўйича меъда резекциясини бажаришнинг янги ечими // Вятка тиббиёт ахборотномаси. - 2006. - 2-сон. - 116-117-б.

7. Бородач А.В. Яра касаллигининг замонавий концепцияси: у қанчалик асосланган // Жарроҳлик. - Москва, 2014; 10: 38-42.

8. Бусалов А.А., Коморовский Ю.Т. Меъда резекциясидан кейинги патологик синдромлар - М.: Тиббиёт, 1966. - 238 б.

9. Валякис Д.А., Баришев А.Г., Хачатурян Н.В. ва бошқ. Меъда саратони билан оғриган беморларни жарроҳлик усулида даволашда ўн икки бармоқли ичак чўлтоғини шакллантиришнинг янги усулини қўллаш натижалари. Кубан инновацион тиббиёти. 2018; (2): 24-28.

10. Власов А.П., Сараев В.В., Рубтсов О.Ю. ва бошқалар. Ўн икки бармоқли ичак қийин яраларини даволашга комплекс ёндашув //Тиббиёт альманахи. – 2012. - №2. – Б. 153-156.

11. Власов А.П., Сараев В.В., Степанов Ю.П., Рубтсов О.Ю. Ўн икки бармоқли ичакнинг "қийин" яраларини жарроҳлик йўли билан даволашда янги технологиялар (тахририят шарҳи билан) //Жарроҳлик. Н.И. Пирогов номидаги журнал. – 2008. – № 8. – Б. 44-48.

12. Власов А.П., Кукош М.В., Сараев В.В., Степанов Ю.П. //Ошқозонни резекция қилиш жарроҳияси - Нижни Новгород: НГМА, 2005. 358 б.

13. Волевач Л.В. ва бошқалар. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида ирсий мойилликнинг хусусиятлари //Фан ва таълимнинг замонавий муаммолари. – 2017. - №. 5.- Б. 136-136.

14. Волков В.Э., Волков С.В. Ошқозонни пилорик усти резекцияси ва гастректомияда ўн икки бармоқли ичак культасини герметизация қилишнинг баъзи усуллари клиник баҳолаш [электрон манба] //Аста медика Эурасиа. - 2018. -№1. –б.1-8.

15. Волков Э.Ю. Ўн икки бармоқли ичакнинг улкан ярасининг тешилиши // Клиник жарроҳлик. - 1992. - №8. - Б. 42-44.

16. Габибов Р.С., Дадамов Р.А. Ҳелисобастер пйлори инфекцияси билан боғлиқ сурункали гастрит ва яра касаллигининг тарқалиши, патогенези, ташхиси ва даволаш муаммолари //Далилга асосланган гастроэнтерология. - 2017. - Т. 6. - №. 4. - Б. 20-24.

17. Геллер Л.И. Соғлом инсонларда ошқозон секрецияси ва унинг бошқарилиш механизмлари //Л., Фан,

1975. –131 б.

18. Генрих С.Р. Ўн икки бармоқли ичакнинг проксимал қисмида кенг тарқалган чандиқли-яра ўзгаришларини жарроҳлик йўли билан тузатиш: Тиббиёт фанлари доктори дисс. автореферати. Краснодар, 1999. - 32 б.

19. Голубев С.В. Пенетрация ва қон кетиш билан асоратланган ўн икки бармоқли ичак яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволашнинг қиёсий баҳоланиши / Тиббиёт фанлари номзоди дисс. автореферати. -Москва, 2000. 24 б.

20. Горбашко А.И., Батчаев О.Х., Напалков А.Н., Егоров Н.В. Ўн икки бармоқли ичакнинг постбулбар яраларини оператив даволашнинг хусусиятлари // Хирургия ахборотномаси. - 1987. - № 6. - Б. 15-21.

21. Горбашко А.И., Иванов Н.Н. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги бўйича операция қилинган беморларда рефлюкс-гастритнинг эндоскопик баҳоси // И.И. Греков номидаги хирургия ахборотномаси. 1988. - №10. - Б. 22-26.

22. Гулов М.К. "Қийин" дуоденал яралар сабабли ошқозон резекциясининг эрта хирургик асоратларини комплекс диагностикаси, профилактикаси ва даволаш // Тиббиёт фанлари доктори диссертацияси. Санкт-Петербург, 2007.

23. Жабборова А.М., Хакимова Ю.А., Махмудова М.Л. Ошқозон яра касаллигининг таснифи ва клиник кечишининг хусусиятлари // Интернаука. - 2020. - № 44(173). - Б. 43-44.

24. Дуденко Г.И., Зибин В.М. Постваготомик синдромлар - Киэв, 1987. - 254 б.

25. Дуденко Ф.И., Лисенко Б.Ф., Ковалев А.П. ва бошқ. Паст жойлашган ўн икки бармоқли ичак ярасининг асоратларини хирургик даволаш // Клиник хирургия. - 1995. - №3. - Б. 18-20.

26. Жаров С.В., Нарезкин Д.В., Романенков С.Н. Кекса ва қари ёшдаги беморларнинг ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак гигант яраларининг асоратларини оператив даволаш натижалари // Хирургия янгиликлари. 2012. №2. - Б. 25-28.

27. Жебровский В.В. Қорин бўшлиғи аъзолари хирургиясида эрта ва кечки операциядан кейинги асоратлар / Симферопол: КГМУ нашриёт маркази, 2000. - 688 б.

28. Жерлов Г.К., Фурсова О.Н., Гибадулина И.О. ва бошқ. Ўн икки бармоқли ичакнинг постбулбар яраларини диагностикаси ва хирургик даволаш // Хирургия ахборотномаси. - 2001. - Т. 160, №1. - Б. 21-24.

29. Жерлов Г.К., Баранов А.И., Борш Д.Г. ва бошқ. Ошқозоннинг қийин яраларини хирургик даволаш. // Хирургия ахборотномаси. - 1999. - Т. 158. №3. - Б. 46-50.

30. Россия аҳолисининг 2019 йилдаги касалланиш кўрсаткичлари / Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг статистик материаллари // М., 2020. 140 б.

31. Зайтсев О.В. 1995-2009 йиллар давомида яра касаллиги асоратларининг тарқалишидаги ўзгаришлар // Замонавий фан ва таълим муаммолари. - 2011. - №. 4. - Б. 15-15.

32. Зайтсев О.В., Тарасенко С.В., Наталский А.А., Морозов К.С. Қийин дуоденал яра шароитида ошқозон резекциясини бажаришнинг техник жиҳатлари // Тинч океани тиббиёт журнали. - 2011. - №3. - Б. 75-79.

33. Земляной В.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М., Котков П.А. Яра касаллиги хирургиясининг тарихий босқичлари (Т. Биллрот томонидан таклиф этилган биринчи муваффақиятли ошқозон резекциясининг 135 йиллигига) // И.И. Греков номидаги хирургия ахборотномаси. -2016. - Т. 175. - №. 6. - Б. 91-94.

34. Зубарева М.В. Постгастрорезекцион синдромли беморларда реконструктив операциялар // Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси. М., 2019. - 168 б.

35. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Сарков П.В. ва бошқ. Катталарда яра касаллигини диагностикаси ва даволаш (Россия гастроэнтерология ассоциацияси, Россия колоректал хирурглар жамияти ва Россия эндоскопия жамиятининг клиник тавсиялари) // Россия гастроэнтерология, гепатология, колопроктология журнали. 2020. - Т. 30(1). - Б. 49-70.

36. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., Шептулин А.А.

Катталарда Ҳелисобастер пйлори инфекциясини ташхислаш ва даволаш бўйича Россия Гастроэнтерология Ассоциациясининг тавсиялари // Росс журн. Гастроэнтерол. Гепатол. колопроктол. - 2012. -Т. 22(2). - Б. 87-9.

37. Кадиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Кадиров Д.М. ва бошқалар. Ўн икки бармоқли ичак ярасида пенетрация ва пилородуоденал стенознинг биргаликда келиши // Авиценна ахборотномаси. 2020. - 311-319-бетлар.

38. Калиш Ю.И., Постлов А.М., Ризаев Р. ва бошқалар. Пастки дуоденал яраларни жарроҳлик йўли билан даволаш // Жарроҳлик. - 1989. - 10-сон. - 29-34-бетлар.

39. Калиш Ю.И., Турсуметов А.А. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак қўшма яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш // Жарроҳлик. Н.И. Пирогов номидаги журнал. - 2009. - 6-сон. - 27-29-бетлар.

40. Карагюлян Р.Г. "Қийин" ўн икки бармоқли ичак яраларида ошқозон резекцияси // Жарроҳлик. - 1987. - 5-сон. - 39-42-бетлар.

41. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э. Яра қон кетишларида эндоклипированиянинг ўрни ва аҳамияти // Шошилинч тиббиёт ахборотномаси. 2018. 4-сон - 21-25-бетлар.

42. Козлова И.Г., Коршунова Т.П., Никитин Н.А. "Қийин" дуоденал яраларда ўн икки бармоқли ичак тўқимасини пластик дупликатура усулида қайта ишлаш // Янги тиббий технологиялар ахборотномаси. - 2007. - 14-жилд. - 3-сон. 3.

43. Коноваленко В.Г. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигида ошқозон резекциясидан кейин асоратларнинг олдини олиш ва даволаш: Тиббиёт фанлари номзоди... диссертацияси автореферати. Владивосток, 2003. - 22 бет.

44. Кориға В.Р., Вавринчук С.А., Чернишев Д.С. Ошқозон резекциясида ўн икки бармоқли ичак "қийин" тўқимаси масаласига доир // Узоқ Шарқ тиббиёт журнали. - 2007. - 3-сон. - 64-67-бетлар.

45. Корита В.Р., Вавринчук С.А., Чернишев Д.С. Ошқозон резекциясида ўн икки бармоқли ичак "қийин" тўқимаси масаласига доир. Субернетиса.Ру - 2017. - 64-67-

бетлар.

46. Косторний А.В., Косенко А.В., Каминский И.В. Ошқозон жарроҳлигида эрта интраабдоминал асоратлар муаммосига доир // Сонсилиум Медисум. 2017; 19 (7.2. жарроҳлик): 42-44.

47. Крилов Н.Н. XX асрда ошқозон яраси эпидемиологияси тарихидан: ижтимоий омиллар ва касалланиш даражаси // Тиббиёт тарихи. - 2017. - 4-жилд. - 1-сон. - 5-15-бетлар.

48. Кузнетсов В.А., Федоров И.В. Демпинг-синдром терапевтик ва жарроҳлик муаммоси сифатида //Жарроҳлик. - 1993. -3-сон. - 79-82-бетлар.

49. Қурбонов К.М. Ошқозон ости беи бошчасига ўтган постбулбар яраларнинг жарроҳлик йўли билан даволаниши //Жарроҳлик. - 1999. - 2-сон. - 8-10-бетлар.

50. Куригин А.А. Жарроҳлик гастроэнтерологиясида ваготомия: афсоналар ва ҳақиқат // И.И. Греков номидаги жарроҳлик ахборотномаси. - 2006. - 165-жилд. - 4-сон. - 83-86-бетлар.

51. Кутяков М.Г., Хребтов В.А., Аймагамбетов М.Ж. Ўн икки бармоқли ичак ярасини кесиб олиш билан селектив проксимал ваготомия //Жарроҳлик. -2000. - 4-сон. - 9-12-бетлар.

52. Лобанков В.М. ХХИ аср бўсағасида ошқозон яраси касаллигининг жарроҳлик йўли билан даволаниши /В.М. Лобанков //Жарроҳлик. - 2005. - 1-сон. - 58-64-бетлар.

53. Лутсевич Э.В., Белов И.Н., Праздников Э.Н. Э.В. Ошқозон-ичак қон кетишларини ташхислаш ва даволаш. - Жарроҳлик бўйича 50 та маъруза. //М.: Медиа Медика, 2003. - 260-263-бетлар.

54. Марийко В.А. Ошқозон яраси касаллигининг режали жарроҳлик ҳолатининг замонавий таҳлили //Жарроҳлик. Н.И. Пирогов номидаги журнал. - 2019. - 4-сон. - 24-29-бетлар.

55. Мелникова И.Ю., Новикова В.П. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси касаллиги /китобда: Болалар гастроэнтерологияси: амалий қўлланма //И.Ю. Мелникова таҳрири остида. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2018. - 221-233-бетлар.

56. Мидленко В.И., Чаришкин А.Л. Ошқозонни кесиш

пайтида ўн икки бармоқли ичак тўқмасини қайта ишлаш варианты // Қозон тиббиёт журнали. - 2006. - 87-жилд. - 3-сон. 3.

57. Морозов С.В. ва бошқалар. Ўн икки бармоқли ичак "қийин" асоратли яралари бўйича меъда резекциясида ўткир панкреатитнинг олдини олиш имкониятлари //И.И. Греков номидаги жарроҳлик ахборотномаси. - 2009. - Т. 168 (№5). - Б. 20-23.

58. Назиров Ф.Г., Нишанов М.Ф. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги бўйича меъда резекциясининг эрта асоратларини олдини олиш //Ўзбекистон терапевтик ахборотномаси журнали. - Тошкент, 2015. - №3 - Б.339-344.

59. Назиров Ф.Г., Нишанов М.Ф. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги жарроҳлигида тежамкор меъда резекцияси билан гастродуоденоанастомозни асослаш //Шошилинч ҳолатларда тиббиёт. 2014. №1 (56). - Б. 37-40.

60. Насонов С.В. "Паст" асоратли дуоденал яранинг жарроҳлик даволашида операциядан кейинги панкреатитнинг олдини олиш //Тиббиёт фанлари номзоди диссертацияси автореферати. - Барнаул, 2001. - 29 б.

61. Никитин В.Н., Клипач С.Г. Асоратли гигант ва пенетрацияланувчи пилородуоденал яраларда "қийин" култя //Жарроҳлик янгиликлари. 25-жилд. - №6. 2017. - б.574-581.

62. Никитин Н.А. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг шошилинч жарроҳлигида "қийин" дуоденал култя //Жарроҳлик. - 2001. - № 5. - Б. 36-39.

63. Никитин Н.А. ва бошқалар. Перфоратив ярада меъда резекциясининг баъзи жиҳатлари //Трансфузиология ва клиник тиббиётнинг долзарб масалалари. - 2015. - №1. 1.

64. Нишанов Ф.Н. Ўн икки бармоқли ичак яраларининг биргаликдаги асоратларида жарроҳлик тактикаси //Н.И. Пирогов номидаги Миллий тиббий-жарроҳлик маркази ахборотномаси - 2018. - Т. 13. - №3. 3.

65. Оморов Р.А., Бейшенбаев Р.К. Меъда резекциясидан кейинги яқин ва узоқ даврда ўт йўллари ва уларнинг сфинктерларининг функционал ҳолати //Жарроҳлик. - 2005. - №5. - Б. 28-31.

66. Оноприев В.И., Пахилина А.Н., Пахилин Д.В. Паст дуоденал яра патоморфологияси ва уни жарроҳлик йўли билан даволаш усуллари // Кубан илмий тиббиёт ахборотномаси. - 2006. - №. 7-8.

67. Орфаниди А.Х. Ошқозон яраси касаллиги сабабли ошқозон резекциясидан кейин эрта жарроҳлик асоратлари ва уларнинг олдини олиш чоралари // Тиббиёт фанлари доктори дисс. автореферати. Москва, 1985. - 34 б.

68. Панцирев Ю.М., Гринберг А.А. Асоратланган ўн икки бармоқ ичак яраларида ваготомия - М.: Тиббиёт, 1979. - 159 б.

69. Плешков В.Г., Афанасев В.Н., Москшев А.П. ва бошқ. Улкан пенетрацияланган дуоденал яраларда Биллротҳ-1 бўйича ошқозон резекцияси. Ошқозон ва ичак жарроҳлиги // Смоленск: СГМА, 1995. - Б. 25-29.

70. Полуэктов В.Л., Никитин В.Н., Клипач С.Г. Биллротҳ-2 бўйича ошқозон резекциясида ўн икки бармоқ ичак культасини қўлда шакллантириш усули // Жарроҳликнинг долзарб муаммолари: илмий мақолалар тўплами. 2019. - б.27-36.

71. Полуэктов Л.В. Қандли диабет билан оғриган беморда гигант асоратланган дуоденал яра // Жарроҳлик. Н. И. Пирогов номидаги журнал - 2019. - № 5. - Б. 77-81.

72. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В. Пилородуоденал стеноз билан оғриган беморларни даволаш // Жарроҳлик - 2007. - № 10. - Б. 23-27.

73. Пятенко Е.А., Шептулин А.А. Яра касаллиги: у ўз "қиёфаси"ни ўзгартирдими? // Россия гастроэнтерология, гепатология, колопроктология журнали - 2017. - Т. 27, № 6. - Б. 14-19.

74. Пятнитский Н.П. Ошқозон ширасидаги пепсин фаоллигини аниқлаш // Клиник тиббиёт. - 1955. - №4. - Б.74-76.

75. Рабин И.Р. Ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг асоратланган шакллари даволашда терминологияга гастродуоденоанастомоз билан ошқозон резекцияси / Рабин И.Р. // Тиббиёт фанлари номзоди дисс. автореферати. - Актюбинск, 1996. - 28 б.

76. Русин В.И., Румянцев К.Э., Русин В.В., Машура В.В.

Ошқозон ярасини даволаш учун ошқозон резекциясидан кейин ўн икки бармоқли ичак культининг етишмовчилигини олдини олиш ва даволашда гастродуоденостомия // Хирургия янгиликлари. 2020. №4. - 460-469 б.

77. Сахаров В.В. Ўн икки бармоқли ичак пиёзчаси "қийин" яраларини (гигант, пенетрацияланган) операция усулини танлаш: тиббиёт фанлари номзоди ... автореферат. Томск, 2003. - 23 б.

78. Сатсукевич В.Н. Тешилган гастродуоденал яраларни жарроҳлик йўли билан даволаш // Хирургия. - 2001. - №5. - 24-27 б.

79. Синякин С.Ю. Бошқариладиган дори-дармон симпатик денервацияси ва магнитотерапиядан фойдаланган ҳолда ошқозон резекциясидан кейин ўткир панкреатитнинг олдини олиш ва даволаш: Тиббиёт фанлари номзоди ... автореферат. Саратов, 2003. - 25 б.

80. Спину А.В., Бужор П.В., Орган А.Н. Ўн икки бармоқли ичакнинг постбулбар яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш // Хирургия ахборотномаси. - 1990. - № 1. - 35-37 б.

81. Ступин В.А., Баглаенко М.В., Кан В.И. ва бошқ. Яра гастродуоденал қон кетишларида ўлим тузилмаси // Н.И. Пирогов номидаги Хирургия журнали. - 2013. - № 5. - 31-35 б. - С. 31-35.

82. Сумин В.В. Ошқозоннинг найчали резекцияси // Ижевск, Экспертиза, 1997. - 123 б.

83. Тарасенко С.В., Зайтсев О.В., Песков О.Д., Копейкин А.А. Ўн икки бармоқли ичакнинг қийин яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш // Хирургия. - 2005. - № 1. - 29-32 б.

84. Тарасенко С.В., Зайтсев О.В., Песков О.Д. ва бошқ. Асоратли яра касаллиги жарроҳлик даволаш. Монография // М.: "Проспект" нашриёти, 2015.

85. Томашук И.П., Петров В.П., Томашук И.И., Беляева О.А. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак операцияларидан кейин эрта ўткир панкреатит // Киэв: Соғлиқ, 2002. - 319 б.

86. Томнюк Н.Д., Рябков И.А., Данилина Е.П. ва бошқалар. Биллрот II бўйича ошқозон резекциясидан кейин ўн икки бармоқли ичак культаси чокларининг

етишмовчилик сабаблари. //Халқаро амалий ва фундаментал тадқиқотлар журналі. -2016. -№6 (1-қисм) - 74-77-б. -Но6 (1-қисм) -74-77-б.

87. Тулеуов Б.М. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак перфоратив яраларини замонавий хирургик даволаш усуллари. Адабиётлар шарҳи //Қозоғистон хирургия хабарномаси. – 2011. – №. 2 (26). – 12-16-б.

88. Турсуметов А.А., Киршев В.С., Аскарлов Т.А. ва бошқалар. Иккинчи турдаги ошқозон яраларини ташхислаш ва хирургик даволаш //Евросиё педиатрия хабарномаси. -2019. 3 (3): 258-265.

89. Умарова Ш.З., Султонбоева Н.М.У., Норов А.З. Ўзбекистон Республикасида гастроэнтерологик беморлар статистикасининг таҳлили - Матн: бевосита // Ёш олим. - 2019. № 3 (241). -100-105-б.

90. Хожибоев А.М. Пилорус сфинктери функциясини моделлаштириш билан ошқозонни резекция қилишнинг янги усули //Шошилинич тиббиёт хабарномаси. 2020. №1-2. – 101-106-б.

91. Хачиев Л.Г., Калиш Ю.И., Ризаев М.Н. ва бошқалар. Ошқозон ва унинг культаси мотор-эвакуатор фаолиятини ўрганишда узлуксиз электрогастрография ва радиогастрография усуллари //Услубий тавсиялар. - Тошкент, 1979. –25 б.

92. Циммерман Я.С. Яра касаллиги: муаммонинг ҳозирги ҳолати танқидий таҳлили //Экспериментал ва клиник гастроэнтерология. - 2018. – Т. 149(1). – 80–89-б.

93. Чернооков А.И., Наумов Я.А., Яковченко А.В. ва бошқалар. Шошилинич хирургияда ўн икки бармоқли ичак яраларининг комбинацияланган асоратлари бўлган беморларни хирургик даволаш тактикаси //Хирургия йиллиги. – 2010. - № 2. – 11-18-б.

94. Чернооков Л.И., Горбунов В.Н. ва бошқалар. Мураккаб гигант пилородуоденал яраларда операция усулини танлаш // Хирургик гастроэнтерология ахборотномаси. 2011. - №2. - Б. 31-35.

95. Черноусов А.Ф., Шестаков А.Л. Танлаб проксимал ваготомия // М.: ИздАТ, 2001. - 158 б.

96. Черноусов А.Ф., Хоробрих Т.В., Богополский П.М.

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг жарроҳлик даволаш // М.: Амалий тиббиёт, 2016. - 352 б.

97. Чернишев В.Н., Белоконев В.И., Александров И.К. Гастродуоденал яралар жарроҳлигига кириш // Самара, 1993. - 214 б.

98. Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. Яра касаллиги: охирги 50 йил ичида унда нима ўзгарди? // Клиник тиббиёт. - 2020. - 98-жилд. - №8. - Б. 583-587.

99. Abbass A, Khalid S, Boppana V, Hanson J, Lin H, McCarthy D. Gigant ошқозон яралари: Ғайриоддий айбдор // Dig Dis Sci. 2020 окт;65(10):2811-2817.

100. Baghdanian A.H., Baghdanian A.A., Puppala A.A. ва бошқалар. Компьютер томографиясида пептик яра касаллигининг тасвирий кўринишлари // Semin Ultrasound CT MR 2018; 39(2)-жилд: 183-192.

101. Bardhan K.D., Williamson M., Royston C., Lyon C. Буюк Британиянинг Трент ҳудудида пептис яра учун қабул қилиш кўрсаткичлари, 1972-2000. Ўзгарувчан намуна, ўзгарувчан касалликми? // Dig Liver Dis. - 2004. - 36-жилд. - В. 577-588.

102. Best L.M., Takwoingi Y., Siddique S. ва бошқалар. Helicobacter pylori инфекциясини аниқлаш учун ноинвазив диагностик тестлар // Cochrane Database Syst Rev 2018; 3-жилд: CD012080.

103. Bianchi P., Parente F. "Қийин" ўн икки бармоқли ичак яра беморлари: клиник ва терапевтик муаммолар // Dig. Dis. - 1991. - 9-жилд, №4. - В. 219-228. - Р. 219-228.

104. Boltin D., Levi Z., Gingold-Belfer R., Gabay H., Shochat T., Schmilovitz-Weiss H., Dotan I., Birkenfeld S. Олдинги нитроимидазол даволашининг Ҳелисобастер пйлори эрадикацияси муваффақиятига таъсири. J Clin Gastroenterol. 2020 апр; 54(4): 333-337

105. Calvet X. Протон насос ингибиторлари даврида Helicobacter pylori инфекциясини ташхислаш. Gastroenterol Clin N Am. 2015; 44: 507-518

106. Chang W.L., Yeh Y.C., Sheu B.S. Н. пйлори вирулентлик омилларининг гастродуоденал касалликлар ривожланишига таъсири // J Biomed Sci. – 2018. – 25(1)-сон. - 68. - 68.

107. Dunlap J.J., Patterson S. Peptikulser kasalligi. Gastroenterol Nurs. 2019.

108. Guevara B., Cogdill A.G. Helicobacter pylori: Ҳозирги ташхислаш ва даволаш стратегияларининг таҳлили. Dig Dis Sci. 2020-йил июль; 65(7): 1917-1931.

109. Guo H., Lam A.Y., Shaheen A.A., Forbes N., Kaplan G.G., Andrews C.N., Laffin M., Singh S., Jairath V., Teriaky A., Lee J.K., Ma C. Америка Қўшма Штатларида пептикулсер касаллигининг эпидемиологияси, даволаш ва натижалардаги шаҳар-қишлоқ тафовутлари ва вақт бўйича тенденциялари // Am J Gastroenterol. 2021-йил 1-февраль; 116(2): 296-305.

110. Havens J.M., Castillo-Angeles M., Nitzschke S.L., Salim A. Пептикулсер касаллигидаги тафовутлар: миллий тадқиқот // Am J Surg. -2018. -216(6)-сон. -1127-1128-b. - P. 1127-1128.

111. Hooi J.K.Y., Lai W.Y., Ng W.K. ва бошқ. Helicobacter pylori инфекциясининг глобал тарқалиши: Тизимли кўриб чиқиш ва мета-таҳлил // Gastroenterology. – 2017. – 153-сон. – 420–429-b.

112. Hu Z.H., Shi A.M., Hu D.M., Bao J.J. Ўн икки бармоқли ичак яраси бор беморлар учун протон насос ингибиторларининг самарадорлиги: Рандомизацияланган назорат синовларининг жуфт ва тармоқ мета-таҳлили // Saudi J Gastroenterol 2017; 23(1)-сон: 11-19

113. Jamieson G.G. Пептик яра касаллигида жарроҳлик амалиётлари кўрсатмаларининг ҳозирги ҳолати // World J Surg. – 2000. – 24(3)-сон. – 256-8-b. - P. 256-8.

114. Kamada T., Satoh K., Itoh T. ва бошқ. Пептикулсер касаллигини даволаш бўйича далилларга асосланган клиник амалиёт бўйича кўрсатмалар 2020 // J. Gastroenterol. - 2021-йил 23-февраль. doi: 10.1007/s00535-021-01769-0.

115. Kanizaj T.F., Kunac N. Helicobacter pylori: уч ўн йиллик тажрибани акс эттирувчи терапиядаги келажак истиқболлари //World J Gastroenterol. - 2014. -Vol. 20. -б. 699-705.

116. Kavitt R.T., Lipowska A.M., Anyane-Yeboah A., Gralnek I.M. Пептик яра касаллигини ташхислаш ва даволаш //Am

J. Med. -2019. -Vol. 132(4). -б. 447-456.

117. Lanas A., Chan F.K.L. Пептис яра касаллиги //Lancet. - 2017. - Vol. 390(10094). - б. 613-624.

118. Lassen A., Hallas J., Schaffalitzky O.B. de Muckadell. Дания округидаги мураккаб ва мураккаб бўлмаган пептис яралар 1993-2002: аҳолига асосланган когорт тадқиқоти //Am J. Gastroenterol - 2006. - Vol. 101. - б. 945-953.

119. Lau J.Y., Sung J., Hill C. ва бошқ. Мураккаб пептис яра касаллиги эпидемиологиясининг тизимли таҳлили: тарқалиши, қайтарилиши, хавф омиллари ва ўлим кўрсаткичи //Digestion. 2011; 84:102-13.

120. Losurdo G., Cubisino R., Barone M. ва бошқ. Пробиотик монотерапия ва Ҳелисобастер пйлори эрадикацияси: умумлаштирилган маълумотлар таҳлили билан тизимли кўриб чиқиш //World J Gastroenterol. 2018-йил 7-январь; 24(1): 139-149.

121. Malfertheiner P., Schulz C. Пептис яра: боб ёпилдими? //Dig Dis. 2020-йил 6-январь:1-5. doi: 10.1159/000505367.

122. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. ва бошқ. Helicobacter pylori инфекциясини бошқариш - Maastricht V/Florensiya Консенсус ҳисоботи. Gut 2017; 66(1): 6-30.

123. Marcus E.A., Sachs G., Scott D.R. Helicobacter pylorининг кислота билан бошқариладиган ген экспрессияси: кислотадан ҳимояланиш ва ошқозон колонизацияси ҳақида тушунча //Helicobacter. -2018. -Vol. 23. - e12490.

124. Milivojevic V., Milosavljevic T. Гастродуоденал касалликларнинг глобал нуқтаи назардан аҳамияти //Curr Treat Options Gastroenterol. - 2020-йил 28-январь. doi: 10.1007/s11938-020-00277-z.

125. Milosavljevic T., Kostić-Milosavljević M., Jovanović I. Пептис яра касаллигининг асоратлари //Dig Dis. - 2011. - Vol. 29(5). -P. 491-3.

126. Munoz Abraham A.S., Osey H., Martino A. ва бошқалар. Болаларда перфорацияланган пептис яралари: болалар стационар базасини таҳлил қилиш ва лапароскопик оментал ямоғ билан даволанган иккита ҳолатни ҳисоботи. //Journal of Laparoendoscopic &

Advanced Surgical Techniques. - 2018. - 00-son. - 248-255-b.
doi: 10.1089/lap.2018.0186/ 248-255. doi:
10.1089/lap.2018.0186/

127. Nazirov F.G., Nishanov M.F., Bozorov N.E., Egamov S.Sh., Xojimetov D.Sh. Пилородуоденал стеноз билан асоратланган ўн икки бармоқ ичак яраси: даволашнинг техник ва тактик ёндашувлари //American journal of Medicine and Medical Sciences -№10 (2), 2020. 96-101-b.

128. Olufajo O.A., Wilson A., Yehayes B. ва бошқалар. Асоратланган пептис яра касаллигини жарроҳлик йўли билан даволаш ва натижаларининг тенденциялари //Am Surg. - 2020. - 86(7)-сон. - 856-864-b. - б. 856-864.

129. Peng C., Hu Y., Ge Z-M., Zou Q.M., Lyu N.H. Болалар ва кекса аҳоли орасида Ҳелисобастер пйлори инфекцияларини ташхислаш ва даволаш //Chronic Diseases and Translational Medicine. 2019; 5: 243-251-б.

130. Post P.N., Kuipers E.J., Meijer G.A. Нидерландияда пептис яра касаллигининг камайиши, лекин унинг асоратларининг камаймаслиги: миллий тадқиқот //Aliment Pharmacol Ther. - 2006. - 23(11)-сон. - 1587-1593-b. - б. 1587-1593.

131. Reshetnyak V.I., Burmistrov A.I., Maev I.V. //World J Gastroenterol. Helicobacter pylori: Комменсал, симбионт ёки патоген? - 2021. - 27(7)-сон. - 545-560-б.

132. Romano C., Oliva S., Martellossi S., Miele E., Arrigo S., Graziani M.G., Cardile S., Gaiani F., de'Angelis G.L., Torroni F. Педиатрик ошқозон-ичак қон кетиши: Италия педиатрик

С.Ш. Эгамов, А.К. Ботиров

**ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ
ЖАРРОҲЛИГИДАГИ " ҚИЙИН" ЯРАЛАР**

МОНОГРАФИЯ

Муҳаррир: К.Б. Бахридинов
Дизайнер: С.Б. Бахридинова

«ЖАҲОНА НАШР» МЧЖ
Андижон шаҳри, Ю. Отабеков кўчаси 1-уй
Нашриёт тасдиқнома рақами: № 188180,
ТРБТР № Х-25264 15.12.2023. да берилган.

Босмахонага 2025-йил 15-июлда берилди.
Босишга 2025-йил 06-августда рухсат этилди.
Бичими 60x84/16. Ҳажми 8 босма табоқ,
Тимес Нев Роман гарнитураси,
офсет қоғоз, офсет усулида чоп этилди.
Buyurtma № 82/2026 Adadi 10

О'zbekiston Respublikasi Prezidenti administratsiyasi
huzuridagi Axborot va ommaviy kommunikatsiyalar agentliging
26.04.2024 dagi № 263419 raqamli guvohnomasi.

«JAHONA NASHR» MCHJ bosmaxonasida chop etildi.
Andijon shahri, Yu. Otabekov ko'chasi 11/G-uy.
Telefon: +998900601058, +998901703415
g-mail: jahonanashr@gmail.com
<http://jahonanashr.uz>

