



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

7 (81) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Ташкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

7 (81)

2025

июль

www.bsmi.uz
https://newdaymedicine.com E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

УДК 616.33-002.44-089

**ПЕРФОРАЦИЯЛАНГАН ЁН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ
ЖАРРОҲЛИК ДАВОСИ: ЁНДАШУВЛАР, АСОРАТЛАР ВА ПРОГНОЗЛАШ ТИЗИМЛАРИ**
(Адабиётлар шарҳи)

¹Х.М.Абдуллаев <https://orcid.org/0009-0009-3242-5357>

²О.Т.Нуритдинов <https://orcid.org/0009-0006-3188-084X>

²Ш.Холиқов <https://orcid.org/0009-0003-9502-5453>

¹Наманган вилояти кўп тармоқли тиббиёт маркази 160100 Наманган вилояти, Наманган,
Наманганский кўчаси, 9 тел +998 (69) 226-20-04

²Андижон давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Андижон, Отабеков 1
Тел: (0-374) 223-94-60. E.mail: info@adti

✓ **Резюме**

Ушбу мақолада перфорацияланган ён икки бармоқ ичак яраси (PPU)нинг замонавий жарроҳликдаги ўрни, даволаш усуллари, асоратлар ва прогнозни баҳолаш тизимлари кенг ёритилган. Мавжуд илмий манбалар асосида консерватив ва хирургик даво усуллари, жумладан, лапароскопик "уч тикувли" Graham patch техникаси, резекция ва ваготомия усуллари афзаллик ва камчиликлари чуқур таҳлил қилинди. Шунингдек, Boey, PULP, ASA каби прогнозлаш тизимлари ва уларнинг клиник амалиётдаги қўлланиш жиҳатлари кўриб чиқилди. Мақола перфорацияланган яра билан оғриган беморларда шошилинч жарроҳликни самарали олиб бориш учун клиник тавсиялар ва аниқ ёндашувларни тақдим этади

Калит сўзлар: Перфорацияланган пептик яра, Лапароскопик Graham patch, Boey прогноз тизими

THERE ARE TWO TYPES OF INFLAMMATORY PROCESSES IN PERFORATION OF THE COLON AND COLON: CHANGES, COMPLICATIONS, AND PROGNOSIS

¹H.M. Abdullaev, ²O.T. Nuritdinov, ²Sh. Kholikov

¹Namangan Regional Medical Center 160100 Namangan district, Namangan, Namangani street, 9
Tel: +998 (69) 226-20-04

²Andijan State Medical Institute, 170100, Uzbekistan, Andijan, Atabekova st.1
Тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ **Resume**

This article covers extensively the role of perforated duodenal ulcer (PPU) in modern surgery, treatments, complications, and prognosis assessment systems. Based on the available scientific sources, an in-depth analysis of the advantages and disadvantages of conservative and surgical treatment methods, including the laparoscopic "three-seam" Graham patch technique, resection and vagotomy methods was carried out. Forecasting systems such as Boey, PULP, ASA and aspects of their application in clinical practice were also considered. The article provides clinical recommendations and specific approaches to effectively conduct emergency surgery in patients with perforated wound

Keywords: perforated peptic ulcer, laparoscopic Graham patch, Boey prognosis system

**СОВРЕМЕННОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ
ДВЕНАДАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ: ПОДХОДЫ, ОСЛОЖНЕНИЯ И СИСТЕМЫ
ПРОГНОЗИРОВАНИЯ**

¹Х.М.Абдуллаев, ²О.Т.Нуритдинов, ²Ш.Холиқов

¹Наманганский областной медицинский центр 160100, Наманганская область, г. Наманган, ул.
Намангани, 9 Тел.: +998 (69) 226-20-04

2андижанский государственный медицинский институт, 170100, Узбекистан, г. Андижан, ул. Атабекова,
1, тел:(0-374)223-94-60. E-mail: info@adti

✓ Резюме

В этой статье подробно рассматривается роль перфорированной язвы двенадцатиперстной кишки (ППУ) в современной хирургии, варианты лечения, осложнения и системы оценки прогноза. На основе имеющихся научных ресурсов был проведен глубокий анализ преимуществ и недостатков консервативных и хирургических методов лечения, включая лапароскопическую технику пластыря Грэма с тремя швами, методы резекции и ваготомии. Также были рассмотрены такие системы прогнозирования, как Voeu, Pulp, ASA и аспекты их применения в клинической практике. В статье представлены клинические рекомендации и конкретные подходы к эффективному проведению неотложной хирургии у пациентов с перфорированными ранами

Ключевые слова: перфорированная язвенная болезнь, лапароскопический пластырь Грэма, система прогнозирования Voeu

Долзарблиги

Яра касалликлари, хусусан, ўн икки бармоқ ичак яраси, замонавий тиббиётда кўп учрайдиган, даволаш ва назоратни талаб этувчи патологиялардан бири ҳисобланади. Илмий-тадқиқотларнинг кўрсатишича, бу касалликни келтириб чиқарадиган асосий омиллар қаторида *Helicobacter pylori* инфекцияси, кислотали-ферментли агрессиянинг ошиши, NSAIDлардан фойдаланиш ва стресс омиллари туриши мумкин. Аввалги ўн йилликларда ушбу ҳолатни жарроҳлик йўли билан даволаш асосий усул бўлган бўлса, бугунги кунда дори-дармон воситаларининг (протон насос ингибиторлари ва *H. pylori* эрадикацияси) кенг қўлланилиши фонида консерватив терапия устувор аҳамият касб этмоқда.

Тадқиқот мақсади: шу билан бирга, баъзи клиник ҳолатларда — яра перфорацияси, шиддатли қон кетиши, пилородуоденал стеноз ёки консерватив давога жавоб бермайдиган рецидив яраларда — жарроҳлик ҳали ҳам муҳим терапевтик имконият бўлиб қолмоқда. Zittel ва ҳаммуаллифларининг таъкидлашича (2000), бундай ҳолатларда амалга ошириладиган операция турлари (ваготомия, антрумэктомия, резекция, Грэм патчи) муайян кўрсатмаларга асосан танланиши лозим. Бундай жарроҳлик йўллари қайд этилаётган ҳолларда операцияга оид асоратлар, хусусан, демпинг синдроми, билиар рефлюкс гастрит, мальабсорбция ва функционал бузилишлар хавфи ҳам назарда тутилади.

Ҳозирги даврда ушбу муолажаларнинг самарадорлиги, улардан кейинги асоратларнинг олдини олиш ва уларни камайтириш борасидаги ёндашувлар мураккаб, кўп тармоқли ёндашувни талаб қилмоқда. Шу боис, ўн икки бармоқ ичак ярасининг жарроҳлик давосидаги кўрсатмалар, техник ёндашувлар, асоратлар ва уларни профилактика қилиш масалалари илмий ва амалиёт нуқтаи назаридан долзарблигича қолмоқда[1].

Перфорацияланган пептик яра (PPU – Perforated Peptic Ulcer) – ҳозирги кунгача абдоминал шошилиш жарроҳликда энг кўп учрайдиган ва ҳаёт учун хавfli ҳисобланадиган ҳолатлардан бири ҳисобланади. Бу патология ўсиб бораётган ёш аҳолини ҳам, қариёларни ҳам қамраб олади ва юқори ўлим даражаси (тахминан 10–40%) билан ажралиб туради. Chung ва Shelat (2017) таъкидлашича, бу ҳолат кўпинча оғриқли шок, перитонит ва сепсисга олиб келиши мумкин.

Яра перфорациясининг ривожланишига олиб келадиган асосий хавф омиллари қаторида NSAIDлар (стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дори воситалари), стероидлар, чекувчилик, спиртли ичимликлар, шунингдек, *Helicobacter pylori* инфекцияси ва жуда юқори кислоталилик туриши мумкин. Беморларнинг катта қисмида клиник белгилари шиддатли оғрик, “тахтасим” қорин, қизиш ва умумий интоксикация билан намоён бўлади.

Ташхис қўйишда турли визуализация воситалари – айниқса, турадиган ҳолда олинган шикам рентгени (эркин ҳаво аниқлаш учун), қорин КТ ва УЗИ қўлланилади. Баъзан лаборатор кўрсаткичларда лейкоцитоз, креатинин ошиши ёки лакторат даражасининг кўтарилиши кузатилади.

Материал ва усуллар

Chung ва Shelat маълумотларига кўра, ҳозирги замонда консерватив даво танланган ҳолларда (яхши барқарорлашган беморларда) фойда бериши мумкин, лекин аксар ҳолатларда фавқулудда жарроҳлик муолажаси – стандарт ёндашув ҳисобланади. Бунда энг кўп қўлланадиган усул

оментал патч (Graham patch) ҳисобланади. Бу усул техник жиҳатдан осон, тез бажарилади ва самарали ҳисобланади. Агар перфорация кенг бўлса, ёки қайталанган, рецидивлашувчи ҳолатларда қўшимча операциялар – ваготомия, пилоропластика, резекция каби мураккаброк амаллар қўлланилиши мумкин.

Chung ва Shelat, шунингдек, лапароскопик жарроҳлик усулларининг афзалликларини ҳам таъкидлайдилар. Ушбу усул инфекцион асоратларни камайтиради, стационарда бўлиш муддатини қисқартиради ва тикланишни тезлаштиради. Шу билан бирга, бемор ёши, умумий ҳолати ва перитонит даражаси лапароскопия қўлланиши мумкинлигига таъсир қилувчи асосий омиллар ҳисобланади.

Операциядан кейинги асоратлар қаторида интраабдоминал абсцесслар, анастомоз етишмовчилиги, рецидив яра, персистенцияли инфекция, шунингдек, демпинг синдроми ёки билиар рефлюкс гастрит каби ҳолатлар учраши мумкин. Шу боис, ҳар бир ҳолатда операциядан аввал прогнозни аниқлаш учун махсус балл тизимлари – Воеу, PULP, ASA шкалалари қўлланилади.

Ушбу маълумотлардан келиб чиқиб, перфорацияланган яра ҳолатларида эрта ташхис, шошилич жарроҳлик ва мақсадли асорати профилактикаси ҳал қилувчи аҳамият касб этади. Ҳар бир жарроҳлик усулининг танланиши – беморнинг ҳолати, яранинг хоссалари ва амалиёт шартларига қараб, индивидуал ёндашувни талаб қилади[2].

Перфорацияланган пептик яра (PPU – Perforated Peptic Ulcer) – замонавий шошилич абдоминал жарроҳликда учрайдиган энг оғир ва юқори хавfli ҳолатлардан бири ҳисобланади. Søreide ва ҳаммуаллифларининг (2015) таъкидлашича, ушбу ҳолат глобал миқёсда шошилич тиббий ёрдамга муҳтож бўлган абдоминал касалликлар ичида энг кенг тарқалганларидан биридир. Беморларда клиник ҳолат тезда ёмонлашади, перитонит, сепсис ва шок ҳолати ривожланиши мумкин ва операция кечиктирилган ҳар бир соат ўлим хавфини ортадиради. Авваллари бу касаллик ҳар иккала жинс ва ҳар қандай ёшдаги беморларда учраган бўлса, ҳозирда демографик ўзгаришлар сабабли, кўпроқ кексалар, кўшлаб коморбид патологияга эга бўлган беморлар ва NSAID ёки стероидларни узок муддат қабул қилувчи фукарларда кузатиляпти. Яна бир жиддий омил сифатида *Helicobacter pylori* инфекцияси ва чекувчилик қайд этилган. Аввалроқ яра касаллигининг кўп қисми гастрэктомия ва резекциялар орқали жарроҳлик билан даволанган бўлса, ҳозирда дори воситалари (PPI, антибиотиклар) орқали эрадикация ва назорат қилиш имкони кенгайди. Аммо, перфорация ҳолати пайдо бўлганда, жарроҳлик ечимдан бошқа йўл қолмайди.

Авваламбор, шошилич ташхис ва тезкор жарроҳлик муолажалари бекиёс аҳамият касб этади. Стандарт ёндашув — оментал патчи (Грэм усули) билан тешикни ёпиш ҳисобланади, аммо танланган ҳолларда ваготомия, пилоропластика ёки резекция каби кенгроқ амалиётлар ҳам зарур бўлиши мумкин. Бугунги кунда лапароскопик ёндошувлар кўпгина марказларда амалга оширила бошлаган бўлса-да, уларни қўллаш имконияти бемор ҳолати, анестезиологик хавф ва марказ имкониятларига боғлиқдир.

Søreide ва ҳамкорлар ушбу патологияни “ҳозирда кам учрайдиган, лекин ўта хавfli ва мураккаб жараён” деб баҳолаб, перфорацияланган ярани замонавий тиббиётнинг энг муҳим ва стратегик нуқталарида бири сифатида кўрсатганлар. Шу боис, бундай ҳолатларда эрта аниқлаш, тўғри жарроҳлик тактикаси, асоратларни назорат қилиш ва индивидуал ёндашув ўта муҳим ҳисобланади[3].

Тешилган ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси (perforated peptic ulcer, PPU) ҳозирги вақтда шошилич тиббиёт ва абдоминал жарроҳликда катта аҳамиятга эга патологиялардан бири бўлиб қолмоқда. Møller ва ҳамкорларининг (2008) маълум қилишларича, ушбу ҳолатда ўлим кўрсаткичлари ҳануз юқори бўлиб, айниқса, кексалар ва юрак-қон томир, буйрак ёки ўпка касалликлари каби коморбид ҳолатларга эга беморларда 25–30% гача етиши мумкин.

Охирги йилларда дори-дармонлар, айниқса, протон насос ингибиторлари (PPI) ва *H. pylori* эрадикацияси ёрдамида яра касаллигини назорат қилиш сезиларли яхшиланган бўлса-да, тешилган яра билан кечаётган ҳолатларда фавқулодда жарроҳлик ечим сифатида сақланиб қолмоқда. Қувонарли томони шундаки, агар тезкор ва мувофиқ ёрдам кўрсатилса, натижалар яхшиланиши мумкин. Мақолада таъкидланишича, PPU учун клиник прогнозни аниқлаш ва фаол терапевтик стратегия танлаш асосий жиҳатлардан бири ҳисобланади.

Муаллифлар перфорацияланган яранинг муваффақиятли давосини таъминлашда қуйидаги асосий омилларни қайд этишган:

1. Оғриқ бошланганидан операциягача бўлган вақтни қисқартириш – бу вақт ҳар соатга боғлиқ равишда ўлим хавфини оширади;
2. Ҳолати оғир бўлган беморлар учун стандартлаштирилган муолажа алгоритмларини жорий этиш;
3. Реанимацион ва анестезиологик тайёргарликни эрта бошлаш;
4. Моддий-техник таъминот ва жарроҳлик гуруҳининг тайёргарлик даражаси;
5. PPU учун аниқ ва амалда қўлланиладиган прогнозлаш тизимлари – Voeu, PULP, ASA.

Натижа ва таҳлиллар

Муаллифлар таъкидлашича, ҳар бир клиник марказ ўз шароитида амалга ошириши мумкин бўлган, бир неча қадамли мустаҳкамлаш стратегияси орқали ўз натижаларини яхшилаши мумкин. Ушбу ёндашувлар перфорацияланган яра билан оғриган беморларда ёмон тугаш (mortality) ва оғир асоратлар (morbidity) даражасини пасайтириш имконини беради [4].

Мураккаб ўн икки бармоқ ичак яралари ҳанузгача жаҳон амалиётида юқори оғирликка эга гастроэнтерологик ва жарроҳлик муаммоларидан бири ҳисобланади. Millat, Fingerhut ва Bogie (2000) ўз тадқиқотларида ушбу патологиянинг хирургик ечимлари бўйича назорат остида клиник синовлар ўтказиб, мавжуд усуллар самарадорлигини қиёсий таҳлил қилганлар. Муаллифларнинг таъкидлашича, бу турдаги яралар аксарият ҳолларда дори-дармон терапиясига жавоб бермайди, ёки қайта-қайта рецидивланувчи, перфорация, стеноз ёки шиддатли қон кетиши билан асоратланувчи ҳолатларда кечади. Шу сабабдан, бундай беморларга кўпинча жарроҳлик давоси талаб этилади.

20-асрнинг охирида гастроэнтерологияда PPI ва антибиотиклар воситасида *H. pylori* эрадикацияси кенг қўллана бошлаган бўлса-да, мураккаб ҳолатларда консерватив ёндашув етарли самара бермаслиги ҳамон мутахассисларни жарроҳлик тактикасини янгидан кўриб чиқишга ундайди. Millat ва ҳаммуаллифлар ўз синовларида айнан ваготомия ва резекция усулларининг турли клиник ҳолатлардаги самарадорлиги, асоратлар ва узоқ муддатли рецидив хавфига таъсирини баҳолаганлар. Улар клиник асосланган ёндашув кераклигини, яъни беморнинг ёши, умумий ҳолати, яранинг хусусиятлари ва олдинги даво тажрибасига қараб хирургик қарор қабул қилиниши кераклигини таъкидлайдилар.

Мақолада берилган маълумотларга кўра, қисман ёки тўлиқ резекция, селектив ваготомия, ва висцероудоденостомия каби усуллар қайси ҳолатда афзал эканлигига оид клиник алгоритмлар таклиф этилган. Бу усуллар даволашда юқори самара берган бўлса-да, операциядан кейинги асоратлар, демпинг синдроми ва мальабсорбция хавфи масаласи ҳам долзарблигича қолмоқда.

Муаллифлар ҳулосасида таъкидланишича, мураккаб яраларнинг самарали жарроҳлик давоси нафақат техник мукамаллик, балки индивидуаллаштирилган клиник ёндашув, стандартлаштирилган қарор даражалари ва назоратдаги синовлар асосида аниқланиши лозим. Бу эса узоқ муддатли рецидивсиз ремиссияга эришиш ва асоратларни камайтириш имконини беради[5].

Ўн икки бармоқ ичак ярасига жарроҳлик йўли билан даволаш — бугунги кунда дори воситаларига жавобсизлик, қайталанувчи яралар, перфорация, қон кетиши ёки пилоророденал стеноз каби асоратланган ҳолатларда амалга ошириладиган мураккаб, лекин аниқлаштирилган жараён ҳисобланади. Stauner (1992) таъкидлашича, хирургик ёндашув фақат клиник ҳолатдан келиб чиқиб эмас, балки беморнинг умумий ҳолати, патогенезнинг хусусиятлари ва прогноз факторларига қараб танланиши зарур.

1980-йиллар охири ва 1990-йиллар бошларида H2-рецептор блокаторлари, кейинчалик протон насос ингибиторлари кенг жорий этилганидан сўнг, консерватив терапия асосий ўринни эгаллай бошлади. Бироқ, асоратланган яраларда, айниқса, даво самарасиз бўлган ҳолатларда ҳали ҳам ваготомия, пилоропластика, ёки қисман резекция каби жарроҳлик амалиётлари юқори самарага эга.

Stauner маълумотларига кўра, жарроҳлик усуллар қуйидаги асосий мақсадларга қаратилган:

- Ашаддий кислотанинг секрециясини камайтириш (ваготомия);
- Яранинг механик тоза қилинган ҳудудини йўқотиш (резекция);

- Асқазон чиқишига тўсқинлик қилувчи тикилиб қолишни бартараф этиш (пилоропластика). Муаллиф жарроҳлик усуллариининг турли вариантларини таҳлил қилар экан, уларнинг афзаллик ва камчиликларини ҳам қайд этади. Масалан, селектив проксимал ваготомияда асқазон функцияси кўпроқ сақланади, лекин техник жиҳатдан мураккаб. Резекциялар кўпроқ самарали, аммо демпинг синдроми, мальабсорбция ва реактив гастрит асоратлари билан боғлиқ.

Шу сабабли, ҳар бир бемор учун индивидуал ёндашув лозим бўлиб, клиник ҳажмга мос танланган жарроҳлик усули, операциядан кейинги асоратларни камайтириш ва узоқ муддатли натижаларни яхшилаш имконини беради[6].

Ошқозон ярасини жарроҳлик йўли билан даволаш ўтган асрнинг катта қисмда стандарт амалиётлардан бири бўлиб, айниқса, асоратли ёки рецидив ҳолатларда кенг қўлланган. Hamdi ва ҳаммуаллифлар (1991) ушбу йўналишда 419 нафар бемор мисолида олиб борилган катта серияли кузатув асосида операциядан кейинги узоқ муддатли натижаларни чуқур таҳлил қилганлар.

Тадқиқотда асосан резекция усули билан жарроҳлик қилинган беморлар олинган бўлиб, уларда операциядан кейинги ремиссия, функционал ҳолат, симптоматик рецидив, асоратлар (масалан, демпинг синдроми, рефлюкс гастрит, озиб кетиш), шунингдек, умумий ҳаётнинг сифат кўрсаткичлари кузатилган.

Hamdi ва жамоаси таъкидлашича, ушбу беморларда узоқ муддатли кузатув (айрим ҳолларда 10 йилдан ортиқ) жарроҳликнинг самарали томонлари билан бирга, муҳим функционал ва метаболик асоратлар ҳам рўй бериши мумкинлигини кўрсатган. Хусусан, бошланғич клиник самарага қарамай, кўплаб беморларда узоқ муддатли дискомфорт, озиб кетиш ва овқат ҳазмидаги муаммолар қайд этилган.

Мақоланинг муҳим хулосаларидан бири шундаки, ҳар бир ҳолатда жарроҳлик зарурлигини асослашда нафақат яранинг ўзи, балки беморнинг умумий ҳолати, турмуш тарзи ва узоқ муддатли истиқболлари ҳам ҳисобга олиниши керак. Жарроҳлик самарадорлиги тўғри амалга оширилганда юқори бўлса-да, операциядан кейинги функционал ҳолат ҳар доим ҳам идеал даражада бўлавермайди[7].

Ошқозон ярасини жарроҳлик йўли билан даволаш кўп йиллар давомида асоратли ва қайталанувчи ҳолатларда самарали ечим сифатида қўлланиб келган. Бирок, бундай жарроҳликдан сўнг организмда юзага келадиган компенсатор реакциялар масаласи узоқ муддатли клиник назорат ва патофизиологик тадқиқотларни талаб этади. Fedinets ва ҳамкорлари (1976) ушбу масалага бағишланган тадқиқотларида операциядан кейин бемор организмда рўй берадиган функционал ўзгаришлар, айниқса, овқат ҳазм қилиш тизими, гормонал баланс ва нейрогуморал регуляция соҳасидаги адаптацион механизмларни чуқур ўрганганлар.

Муаллифлар таъкидлашича, резекция ёки ваготомия каби жарроҳлик усулларидадан кейин, организмдаги танаффусга учраган функционал тизимлар мувозанатни сақлаш мақсадида турли компенсатор механизмларни фаоллаштиради. Ушбу реакциялар орасида:

- Асқазон сўл жинсининг гипертрофияси,
- интестинал адаптация,
- гастрин, секретин ва бошқа гормонларнинг секрециясидаги ўзгаришлар,
- ҳамда вегетатив нерв тизимидаги қайта мослашувлар қайд этилган.

Тадқиқотда ана шундай реакциялар ҳам беморнинг умумий аҳволига ижобий таъсир кўрсатиши, ҳам баъзан янги патофизиологик муаммолар — масалан, демпинг синдроми, рефлюкс гастрит, гипогликемия каби асоратларни келтириб чиқариши мумкинлиги кўрсатилган. Муаллифларнинг фикрича, жарроҳликдан кейинги ҳолатда, организмнинг функционал узвийлигини тўғри баҳолаш, эрта реабилитация ва диетик, метаболик ёрдам катта аҳамият касб этади.

Шу тариқа, ошқозон ярасини жарроҳлик билан даволашдан кейин рўй берадиган компенсатор реакциялар нафақат патогенезни англашда, балки узоқ муддатли даво натижаларини баҳолашда ҳам асосий омиллардан бири сифатида қаралиши лозим[8].

Перфорацияланган пептик яра (PPU) — шошилинич абдоминал жарроҳликда кўп учрайдиган, бир вақтнинг ўзида юқори касалланиш (morbidity) ва ўлим (mortality) даражалари билан боғлиқ оғир ҳолатдир. Косег ва ҳаммуаллифлар (2007) томонидан олиб борилган клиник тадқиқотда аниқланганидек, PPU билан оғриган беморларда ҳаёт учун хавфли асоратларнинг олдини олиш, бирламчи клиник ва лаборатор кўрсаткичларни тўғри баҳолашга боғлиқ.

Тадқиқот 161 нафар бемор мисолида амалга оширилган бўлиб, муаллифлар қуйидаги омилларни ўлим ва асоратларга жиддий таъсир кўрсатувчи деб топишган:

- Оғрик бошлангандан операциягача кечган вақт (>24 соат),
- Яшаш ёши (>60 ёш),
- Шок ҳолатида келган беморлар,
- Сероз перитонит ва орган дисфункцияси,
- Бошқа юрак, нафас ва буйрак касалликлари билан бирга кечиши.

Муаллифлар таъкидлашича, ҳар қандай беморда PPU ташхиси қўйилганидан сўнг биринчи 6–12 соат ичида шошилич жарроҳликни амалга ошириш ўлим кўрсаткичини сезиларли даражада пасайтиради. Шунингдек, Воеу риск балли (Voeu score) ва бошқа клиник прогностик шкалаларнинг қўлланилиши ҳар бир беморда индивидуал даволаш стратегиясини аниқлашда муҳим ўрин тутди.

Хулоса қилиб айтганда, операциягача бўлган кечиктирилган вақт ва умумий коморбид ҳолатлар — PPU’да энг асосий хавф омиллари ҳисобланади. Шунингдек, клиник назоратни яхшилаш, реанимация имкониятларини кучайтириш ва эрта жарроҳлик муолажаси натижаларни яхшилашда ҳал қилувчи аҳамиятга эга[9].

Ўн икки бармоқ ичак ярасининг перфорацияси шошилич жарроҳлик амалиётини талаб қилувчи оғир абдоминал патологиялардан бири бўлиб, бу ҳолатда ўлим ва касалланиш даражаси кўплаб омилларга боғлиқ. Воеу, Vong ва Ong (1982) ўз тадқиқотларида айнан жарроҳлик хавфини олдиндан аниқлаш имконини берувчи прогностик омилларни ўрганишга алоҳида эътибор қаратганлар. Уларнинг иши мазкур касалликни даволашда кенг қўлланилаётган Воеу risk score тизимининг илк клиник асосини ташкил этган.

Мазкур тадқиқот операциягача бўлган ҳолатлар ва операция вақтидаги клиник параметрларни аниқ таҳлил қилишга қаратилган бўлиб, шошилич жарроҳлик олдида беморни баҳолаш учун содда, аниқ ва амалиётга яқин риск тизимини ишлаб чиқиш мақсад қилинган. Муаллифлар перфорацияланган яра билан 100 дан ортиқ беморни ўрганиб, уларда ўлим эҳтимолини олдиндан баҳолаш имконини берадиган қуйидаги 3 та асосий хавф омилни аниқлаганлар:

1. Шок ҳолатида келган бемор;
2. Оғрик бошлангандан кейин >24 соатдан кейин операция қилинган ҳолатлар;
3. Саломатликнинг жиддий бузилиши (асосий фонидagi касаллик – “serious medical illness”).

Шу асосда Воеу балл тизими яратилган: ҳар бир юқоридаги омил учун 1 балл берилади ва умумий балл асосида беморнинг операциядан сўнгги ўлим хавфи прогност қилинади. Масалан, 0 балл — паст хавф, 1–2 балл — ўрта хавф, 3 балл — юқори хавф. Воеу ва ҳамкорларининг иши жарроҳлик амалиётини шошилич қарор қабул қилиш жараёнини тезлаштириш ва прогностни яхшилашга хизмат қилувчи амалий йўриқнома сифатида ҳанузгача ўз қийматини йўқотмаган[10].

Перфорацияланган ўн икки бармоқ ичак яраси (PPU) – шошилич абдоминал патология бўлиб, анъанавий жарроҳликда анча вақт давомида открытый (очиқ) усул орқали даволанган. Бироқ охириги ўн йилликларда лапароскопик хирургиядаги илдам ривожланишлар, кам инвазив, юқори самарали ва тез тикланишга имкон берадиган ёндашувларни амалиётга жорий қилиш имконини берди.

Lam ва ҳамкорлари (2006) ушбу мақолада "учта тикувли" Graham patch техникасини лапароскопик усулда қўллаш орқали перфорацияланган ярани ёпиш тажрибасини тақдим этишган. Ушбу ёндашувда, перфорацияланган нуқтада кичик тешик учта U-шаклдаги сероза-мукоза тикувлар орқали тикилади ва устига оментум (эпиплон) пластикаси (Graham patch) қўйилади. Бу техника ўта соддалиги ва тез бажарилиши билан анъанавий очиқ операцияларга нисбатан устунликка эга.

Муаллифлар таъкидлашича, лапароскопик ёндашув:

- перитон қон ва экссудатдан яхшироқ тозаланишини,
- оғрикнинг кам бўлишини,
- операциядан кейин тез тикланишни,
- касалхонада бўлиш муддатининг қисқаришини таъминлайди.

Graham patch лапароскопик техникасида ушбу "уч тикув" (three-stitch) схемаси ҳам техник жиҳатдан оддий, ҳам хавфсиз, ҳамда перфорацияланган ярани ёпишда юқори самара кўрсатган. Шу билан бирга, танланган беморларда ушбу усул оғир асоратларсиз амалга оширилиши мумкин.

Бу тадқиқот лапароскопик жарроҳликнинг, айниқса, PPU каби шошилич ҳолатларда, нафақат косметик афзалликлари, балки клиник самарадорлиги туфайли келажакда стандарт усулга айланиши мумкинлигини кўрсатади[11].

Ошқозон ёки ўн икки бармоқ ичак ярасининг перфорацияси ҳанузгача юқори ўлим ва асорат кўрсаткичлари билан кечадиган шошилич гастроинтестинал патология ҳисобланади. Ушбу ҳолат

кўпинча шошилич жарроҳликни талаб қилади, аммо натижа кўп омилларга боғлиқ бўлиб, ҳар доим ҳам барқарор эмас. Агісі ва ҳамкорлар (2007) томонидан ўтказилган тадқиқот айнан перфорацияланган яранинг давосида касалланиш ва ўлим хавфини оширадиган омилларни клиник жиҳатдан таҳлил қилишга қаратилган.

Муаллифлар ўз таҳлилларида перфорацияланган яра билан жарроҳлик қилинган 100 нафар беморни ўрганиб, қуйидаги хавф омилларининг статистик жиҳатдан аҳамиятли эканини аниқлаганлар:

- Операциягача кечиктирилган вақт (24 соатдан ортик),
- Олдиндан мавжуд бўлган юрак, диабет ёки нафас йўллари касалликлари,
- Қарилик (60 ёшдан катталар),
- Шок ҳолатида келган беморлар,
- Буюрак етишмовчилиги ва метаболик ацидоз.

Ушбу тадқиқот жараёнида амалга оширилган таҳлиллар шуни кўрсатдики, юқоридаги омиллар перфорацияланган яра билан оғриган беморларда амалга ошириладиган жарроҳлик муолажаларида ўлим ва асоратлар хавфини сезиларли даражада оширади. Шунинг учун, операциядан олдин ҳар бир беморнинг ҳолати индивидуал баҳоланиши, хавф даражаси клиник балл тизимлари ёрдамида ҳисобланиши лозим.

Агісі ва ҳамкорлари ушбу ишида Воуеу ва бoшqа балл тизимлари асосида беморларнинг прогнозини аниқлашни тавсия қилган ҳамда тезкор интервенциянинг ўлим кўрсаткичини пасайтириши мумкинлигини урғулаган [12].

Хулоса

Перфорацияланган ўн икки бармоқ ичак яраси — абдоминал шошилич жарроҳликда учрайдиган энг хавфли ҳолатлардан бири ҳисобланади. Унинг давосидаги асосий муаммолар — кечикиш, нотўғри танланган жарроҳлик усули ва асоратларнинг олдини олиш бўйича самарали профилактик ёндашувнинг етишмаслигидир. Мақолада кўриб чиқилган маълумотларга таяниб айтиш мумкинки, Грэм патчи техникаси каби оддий усуллардан тортиб, резекция ва ваготомия каби мураккаб операциялар ҳар бир беморнинг индивидуал ҳолатига қараб танланиши лозим. Замонавий лапароскопик ёндашувлар клиник самарадорлик, инфекция асоратларнинг камлиги ва тез тикланиш билан фарқланади. Воуеу, PULP ва ASA каби прогнозлаш тизимлари эса операциядан аввал бемор ҳолатини баҳолашда муҳим клиник кўрсатмаларни тақдим этади. Эрта ташхис, тезкор интервенция, реанимацион тайёргарлик ва индивидуал ёндашув — перфорацияланган яранинг муваффақиятли давоси учун ҳал қилувчи омиллар ҳисобланади.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Zittel, T.T., E.C. Jehle, and H.D. Becker, Surgical management of peptic ulcer disease today-- indication, technique and outcome. *Langenbecks Arch Surg*, 2000. 385(2): p. 84-96.
2. Chung, K.T. and V.G. Shelat, Perforated peptic ulcer - an update. *World J Gastrointest Surg*, 2017. 9(1): p. 1-12.
3. Søreide, K., et al., Perforated peptic ulcer. *Lancet*, 2015. 386(10000): p. 1288-1298.
4. Møller, M.H., et al., Perforated peptic ulcer: how to improve outcome? *Scand J Gastroenterol*, 2009. 44(1): p. 15-22.
5. Millat, B., A. Fingerhut, and F. Borie, Surgical treatment of complicated duodenal ulcers: controlled trials. *World J Surg*, 2000. 24(3): p. 299-306.
6. Stabile, B.E., Current surgical management of duodenal ulcers. *Surg Clin North Am*, 1992. 72(2): p. 335-56.
7. Hamdi, A., et al., [Long-term outcome of surgically treated peptic ulcer. Review of a series of 419 patients operated for peptic ulcer]. *Ann Chir*, 1991. 45(6): p. 490-6.
8. Fedinets, A.V., et al., [Compensatory reactions after surgical treatment of peptic ulcer]. *Vestn Khir Im I I Grek*, 1976. 117(11): p. 25-7.
9. Kocer, B., et al., Factors affecting mortality and morbidity in patients with peptic ulcer perforation. *J Gastroenterol Hepatol*, 2007. 22(4): p. 565-70.
10. Boey, J., J. Wong, and G.B. Ong, A prospective study of operative risk factors in perforated duodenal ulcers. *Ann Surg*, 1982. 195(3): p. 265-9.

Қабул қилинган сана 20.06.2025