

Тешилган Гастродуоденал Яраларни Хирургик Даволашнинг Ҳозирги Ҳолати

Облоқулов Захриддин Тўлқинович¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

Аннотация: Текширув шуни кўрсатадики, ҳозирда ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши учун бирламчи жарроҳлик ҳажмини аниқлашда ягона ёндашув мавжуд эмас. Перфорацион тешикни оддий тикиш операцияси кўпинча операциядан кейинги узоқ даврда меъда яраси касаллигининг асоратлари ва қайталанишига олиб келади. Операция қилувчи хирургнинг етарли малакасини талаб қиладиган резекцион оператив усуллари яхши узоқ муддатли натижалар беради, аммо операциядан кейинги ўлим даражаси юқори бўлади. Шунинг учун ўн икки бармоқли ичак яраси перфорацияси бўлган беморларда бирламчи операция ҳажмини танлашга ёндашувлар кўшимча ўрганишни талаб қилади.

Ключевые слова: Ўн икки бармоқли ичак яраси, перфорация, хирургик даволаш.

«Тешилган яра» «Миллий клиник кўрсатмаларига (2020) кўра, ҳозирги вақтда тешилган ўн икки бармоқли ичак яраси учун 3 турдаги операциялар қўлланилади – перфорацион тешикни тикиш, ярани имкон даражасидаги пилоропластика ва ваготомия билан кесиш ва меъда резекцияси. «Тешилган яра» Миллий клиник кўрсатмаларида (2020) «ҳозирги вақтда беморларнинг 94% гача перфорацион тешикни тикиш амалга оширилади, беморларнинг 2-11% да ярани кесиш амалга оширилади. Агар оддийроқ оператив ёрдамдан фойдаланиш имкони бўлмаса, меъда резекцияси тавсия этилади».

Бугунги кунда перфорацион ярада перфорацияни оддий тикиш операциясининг ҳажми 75-100% ни ташкил қилади, чунки мамлакатимизнинг кўплаб минтақаларида бу операция тешилган яра учун танланган операция ҳисобланади. Перфорациядан кейинги дастлабки 12 соат ичида пилородуоденал яра тешилиши билан оғриган беморларнинг 79,7% и мурожаат қилади, бу беморларда перитонит ҳолати ривожланмаган бўлади ва бундай беморлар этиопатоген оператив даволашнинг ҳар қандай вариантыни ўтаза олади.

Йигирманчи асрнинг сўнги ўн йиллигида меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси касалликлари ҳамда уларнинг асоратларида миниинвазив эндовидеихирургик аралашувлар ишлаб чиқилди ва тадбиқ қилинди. Хирургларнинг, айнан яра касаллигини минимал жароҳатлар билан даволашга бўлган интилиши ушбу технологияларни пайдо бўлишига олиб келди.

Катта чарви билан перфорацион тешикнинг лапароскопик тампонадаси яра перфорациясини даволашнинг оддий ва самарали усули ҳисобланади. А. Dodiui-Manuel ва бошқ. (2015) перфорацион тешикни катта чарви билан тампонада қилиш билан биргаликда *Helicobacter pylori* эрадикацияси ушбу туркумга кирувчи беморларни даволашнинг самарали усули ҳисобланади, деган хулосага келишди [13].

Яраси тешилган беморларни даволаш натижалари, стационарга мурожаат муддати, ҳамроҳ касалликлар, ёши ва операция усулига боғлиқлиги қайд қилинган. Бундай вазиятда миниинвазив

¹ Пахтачи тумани туманлараро Қўшма жароҳатлар ва Ўткир қон-томир касалликлар маркази Самарқанд, Ўзбекистон

² Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон



технологиялардан фойдаланиш операциядан кейинги асоратлар сонини камайтиради ва беморнинг ижтимоий-меҳнат реабилитациясини тезлаштиради.

S. Guadagni ва бошқ. (2019) беморлар анамнездан қорин бўшлиғининг юқори қаватида операция ўтказганлиги, кардиореспиратор касалликлар ва мурожаат вақтида шок ҳолатининг мавжудлиги лапароскопик аралашувлар учун қарши кўрсатма деб ҳисоблашади. Конверсиянинг юқори эҳтимоли, 1,5 см ва ундан катта перфорацион тешик мавжуд, ўн икки бармоқли ичак орқа деворининг яраси ва Мангейм перитонеал индекси 25 баллдан ортиқ бўлган беморларда тахмин қилинади [15].

Перфорацион яранинг лапароскопик коррекциясига қарши кўрсатмалар бўлиб, касалликнинг давомийлиги 24 соатдан ортиқлиги, бемор ёши 70 ёшдан ошганлиги ва оғир перитонитлар ҳисобланади.

Перфорацион яралар учун лапароскопик аралашувларда NOTE технологиясидан фойдаланиш истиқболли, аммо беморларни қатъий тартиблар асосида танлашни талаб қилади. Айниқса, NOTE технологияси кекса ва иммунитетни заиф беморларда қўлланилиши керак.

О. Н. Халидов ва ҳаммуалифлар (2015) лапароскопик тикув хирургик даволашнинг очик усулига муқобил деб ҳисоблашади. Лапароскопик технология ўз навбатида перфорацион тешик 10 мм.дан ортиқ, анамнездан узок муддатли каллеоз яра мавжудлиги кабиларда қарши кўрсатмага эга [8].

Тешилган ярани лапароскопик тикиш кичик пилородуоденал канал перфоратив яраси бўлган беморларда ошқозон яраси касаллигининг мумкин бўлган асоратлари бўлмаган тақдирда амалга оширилиши мумкин. Баъзи муаллифларнинг таъкидлашича, тешилган ярани эндовидеохирургик тикиш фақат тешилиш пайтидан бошлаб қисқа вақт ичида беморларда амалга оширилиши мумкин.

Бошқа муаллифларнинг фикрига кўра, ўн икки бармоқли ичак ярасининг перфорацияси учун танлов операцияси минилапаротом усули билан тикиш, ҳамда кўпчилигида бажарилиши мумкин бўлган қорин бўшлиғининг кейинги лапароскопик санацияси операцияси бўлиши керак, Бундай ёндашув, агар керак бўлса, лапароскопия босқичида ваготомия қилиш имконини беради. Ушбу беморларнинг атиги 13 фоизида яъни яра касаллиги бошқа асоратлари бўлган ёки ўн икки бармоқли ичакнинг кўплаб яралари мавжуд бўлганларига устунли ваготомия керак. Кенг тарқалган йирингли перитонит ёки миниинвазив операцияларни бажаришга қарши кўрсатмалар яранинг перфорациясини тикиш учун лапаротомия ёндашуvidан фойдаланиш учун кўрсатма ҳисобланади.

S. Tap ва бошқ. (2016), Q. Wang ва бошқ. (2017) тешилган яраси бўлган беморларни даволашда лапароскопик ва лапаротомик усулларнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини қиёсий таҳлил қилди ва ушбу усуллар ўртасида хавфсизлик, ўлим ва такрорий операция зарурати нуқтаи назаридан статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар мавжуд эмас деган хулосага келди, шунингдек, ўпка ва қорин септик асоратлари сони сони бўйича ҳам [19, 21].

M. Wilhelmsen ва бошқ. (2015), маълумотларига кўра яраси тешилган беморларнинг 20 фоизида такрорий операцияга эҳтиёж бўлган. Лапароскопия билан такрорий операция хавфи очик операция ёки конверсия усули билан қилинган беморлардан паст [22].

Қониқарсиз натижалар жарроҳлик ёндашувига қараб статистик жиҳатдан сезиларли даражада фарқ қилди ва яра перфорациясини лапароскопик даволашда 10,9% ни, очик жарроҳлик усулида 27,5% ни ташкил этди.

Лапароскопик аралашувлардан кейин 0,5-5,2% ҳолларда ичакка қўйилган чокларнинг етишмовчилиги аниқланди, бу тарқалган перитонитнинг ривожланишига олиб келди, «Аксланган (зеркальной)» ярасидан ошқозон-ичак қон кетиши билан 0,5% ҳолларда тешилган ярани лапароскопик тикилгандан сўнг қайд этилган, кейин 6 ой ичида беморларнинг 0,5% ида пилородуоденал стеноз кузатилган. S.Y. Kim ва бошқ. (2017) чоклар етишмовчилиги хавфини



камайтириш учун лапароскопик аралашувлар пайтида ўн икки бармоқли ичакдаги тикув чизиғини катта чарви билан мустаҳкамлаш зарур деб ҳисоблашади [18]. М. Boshnaq ва бошқ. (2016) агар катта чарвидан фойдаланиш имконсиз бўлса, тешилган яраси бўлган беморларни даволашда жигарнинг ўроқсимон бойламидан фойдаланишни таклиф қилишди [10].

П. А. Ярцев ва ҳаммуаллифлар (2015) яра перфорацияларининг эндоскопик таснифини таклиф қилди, бу тешикнинг диаметрини ҳисобга олди (<2мм – I даража; > 2 мм ва < 5 мм - II даража; > 5 мм ва < 10 мм - III даража; > 10 мм- IV даража) ва ҳажми инфилтратив шиш (<5 мм – А тип; > 5мм ва < 10мм – В тип; > 10мм – С тип). Муаллифлар ишлаб чиқилган тасниф асосида ишлаш усулини танлайдилар. “Z” симон чоклар билан тикиш IA, IB ёки IIА синф яралари учун кўрсатма ҳисобланади. Перфорацияни алоҳида бир қаторли чоклар билан тикиш IC ва IIB синфидаги яраларда амалга оширилади. Аммо IIIА ва IIIВ яралар синфи билан перфорацияни алоҳида икки қаторли чоклар билан тикиш керак. Конверсия IIC, IIC, IVA, IVB ва IVC синфидаги ўн икки бармоқли ичак яраларининг перфорацияси учун кўрсатмадир. Операцияга кириш ва операция техникасини танлашга ушбу ёндашув, муаллифларнинг фикрига кўра, бундай беморларни даволашга ёндашувларни стандартлаштиришга имкон беради [9].

Конверсия даражаси 7,9% дан 12,4% гача ўзгариб туради ва яра ҳажми 6 мм дан катта, яра чегаралари каллеозли, перфорациянинг ошқозон-ичакдан қон кетиши билан комбинацияси, яранинг атипик жойлашиши, конверсия учун хавф омиллари орасида 32 ёшдан ошган ёш, оғрикнинг кучайиши, буйрак етишмовчилиги, қорин бўшлиғини санацацияси қийинлиги ва сурункали яралар мавжудлиги. J.H, Kim ва бошқ. (2015), фикрига кўра фақат яранинг катталиги конверсия учун муҳим хавф омилдир. Перфорация ҳажми 9 мм ва ундан ортиқ бўлган ва касаллик давомийлиги 12,5 соат ва ундан ортиқ бўлган беморларда конверсия қилиш ва чоклар етишмовчилиги хавфи статистик жиҳатдан юқори [17].

М. Zimmermann ва бошқ. (2021) тешилган яраларда жарроҳлик киришнинг конверсияси ўлимнинг кўпайишига олиб келмаслигини кўрсатди. Шундай қилиб, конверсия усули билан операция бўлган беморлар гуруҳида ўлим даражаси дарҳол очик кириш усули билан операция бўлган беморларга қараганда юқори эмас эди [23].

Ҳозирги вақтда конверсия қилиш учун қуйидаги кўрсаткичлар ажралиб туради: қорин бўшлиғининг юқори қаватида битишма жараённинг мавжудлиги, бу перфорацион тешикни кўришни қийинлаштиради; унинг эндовидеохирургик тикувининг техник имкониятлари; перфорацион тешикнинг диаметри 1 см. дан ортиқ; зич ярали инфилтрат, бу перфорацион тешикнинг қирраларини эндоскопик усул билан кўришни имконсиз қилади; йирингли кенг тарқалган перитонитнинг мавжудлиги; яранинг такрорий тешилиши ёки яранинг ярадан қон кетиши билан бирга перфорацияси; яра перфорациясининг чандиқли-ярали стеноз билан комбинацияси; оғир ичак парезининг мавжудлиги ва уни назогастроинтестинал интубациясини амалга ошира олмаслик.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда ўн икки бармоқли ичак яраси тешилишида лапароскопик кириш учун кўрсатмаларни аниқлаштириш қўшимча текширишларни талаб қилади.

Бирламчи операция кўлами тўғрисида қарор қабул қилишда уни амалга ошириш имкониятини ҳисобга олиш керак (перфорация пайтидан бошлаб давомийлиги, ёши, хамроҳ касалликлар, шок белгиларининг мавжудлиги). Кейинги, интраоператив вазият (пилорик стеноз, такрорий перфорация, бир неча яралар, 2 см. дан ортиқ перфорация диаметри) баҳолаш керак. Хирург-операторни меъда резекциясини ўтказиш тажрибаси муҳим омил ҳисобланади.

Тешилган яраси бўлган беморларнинг аксариятига ҳозирда ҳажм жиҳатдан минимал паллиатив аралашувлар ўтказилмоқда ва беморни ярали касалликдан тузатиш терапевтларнинг иши ҳисобланади. Бир қатор муаллифларнинг фикрича, яра касаллигини хирургик йўли билан даволаш принципи қуйидагича бўлиши керак: “операциядан олдин - яра касаллиги билан оғриган бемор, операциядан кейин - деярли соғлом одамдек”.



Перфорацион ярани хирургик даволашда меъда резекциясининг солиштирма оғирлиги 1 дан 35% гача ўзгариб туради. Меъда резекцияси операциясида операциядан кейинги ўлим даражаси 4-12% ни ташкил қилади, перфорацион тешикни оддий тикиш операциясида эса ўлим даражаси 1-27% ни ташкил қилади. Перфорацион ярани тикиш операциясидан кейин ўлим даражаси 36,0%, меъда резекцияси операциясидан кейин ўлим даражаси 3,1% ни ташкил этди. Шу билан бирга, муаллифлар 75 ёшдан ошган беморлар гуруҳида ўлим даражаси сезиларли даражада ошганини қайд этишди. Тешилган ярани тикиш билан оғриган беморлар гуруҳида операциядан кейинги ўлимнинг энг юқори кўрсаткичлари кузатилади.

Тешилган яраси бўлган беморларнинг 30,1% да меъда резекцияси бирламчи хирургик аралашувнинг зарур ва мумкин бўлган тури эди. N. Chereau ва бошқ. (2016) антрум резекция гастродуоденоанастомоз билан операциясини тешилган ўн икки бармоқ ичак яраси бўлган беморларда хавфсиз ва самарали, ҳамда паст даражадаги хирургик асоратлари ва узоқ муддатли яхши натижалар берадиган операция деб ҳисоблашади [11].

Кўпгина муаллифларнинг фикрича, перфорацион яралар учун тикув операцияларининг кенг жорий этилиши ўзини оқламади. Шунинг учун, агар унга қарши кўрсатмалар бўлмаса, бу ҳолатда радикал жарроҳлик операциясини амалга ошириш керак.

В.Е. Розанов ва ҳаммуаллифлари (2015) лапароскопик яра тикувини Т. Тайлор бўйича комбинирланган ваготомия билан тўлдиришни яра тешилиши учун оптимал деб ҳисоблашади [6].

И.С. Малков ва ҳаммуаллифлари (2015) перфорацион тешикни эндоскопик тикиш учун қовузлок тикинли чок ишлаб чиқди. Ушбу чок тикувни осонроқ ва ишончлилигини таъминлайди, унинг асосида В.А. Оппел ва Н. Поликарповлар томонидан ишлаб чиқилган дефектни аутопластик ёпиш усули ётади. Ушбу усул Оппел ва Поликарпов усули ўртасидаги фарқ катта чарви оёқчасини ичак йўлига киритишда эмас, балки нуқсонни фақат асл чоклар туфайли девор калинлиги билан тўлдиришдангина иборат [4].

К. Jani ва бошқ. (2016) ўн икки бармоқли ичак перфорацион тешиги ўлчами 20 мм. дан катта бўлган беморларни даволаш натижаларини баҳолашди ва перфорацион тешик етишмовчилигини чарви билан маҳкамлаш орқали олдини олиш мумкинлигини таъкидлашади [16].

Ўн икки бармоқли ичак яраси перфорацияси билан оғриган беморларнинг 63,4% субкомпенсирланган пилородуоденал стеноз белгиларига эга. Дуоденопластикадан сўнг олинган маълумотлар меъдадан ўн икки бармоқли ичакка ўз вақтида эвакуация қилиш билан компенсацияланган моторикани акс эттирди.

Шаҳар ва туман шифохоналарида танланган операция ҳажми бўйича минимал операция сифатида тешилган ярани тикиш операцияси бўлиши керак. Агар техник жиҳатдан иложи бўлса, уни лапароскопик усулда бажариш керак. Агар сурункали яра катта ҳажмга эга бўлса ва уни тикиш мумкин бўлмаса, ярани пилоро ёки дуоденопластика билан кесиб олиб ташлаш керак.

Баъзи муаллифлар тешилган ўн икки бармоқли ичак яраси учун танланган операция деб ярани кесиб олиш ва дренажлаш операциялари дуоденопластикаси билан деб ҳисоблашади, бу патогенездаги барча босқичларга таъсир кўрсатадиган яхши натижалар беради.

Дуоденопластиканинг ишончлилигини ошириш учун Л.И. Василенко (2015) ўн икки бармоқли ичак девори дефектини олд ўн икки бармоқли ичак деворидан ўз қирғоғи билан пластик ёпиш техникасини ишлаб чиқди [1].

Яра касаллигининг бир нечта асоратлари комбинацияси билан тешилган ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган беморларда жарроҳлик аралашувнинг оптимал усули меъда-проксимал ваготомияси (орқа магистрал ваготомияси танасининг олдинги серомиотомияси ва меъданинг кардио-фундал қисми билан), ярани кесиб олиш пилоропластика ёки дуоденопластика амалиёти билан биргаликда ҳисобланади.



Перфорацион яраларни даволашда оптимал оператив усули танланган ваготомия билан ярани тикиш ва дуоденопластика қилиш ҳисобланади, чунки бу операциядан кейинги ўлим паст ва яхши функционал натижаларни беради. Уни амалга оширишга қарши кўрсатмалар: йирингли перитонит, каллеоз яра ва перфорациядан ташқари яра касаллигининг бошқа асоратлари мавжудлиги.

Ўн икки бармоқли ичак ярасининг перфорацияси учун операция ўтказишда яра касаллигининг бошқа асоратлари ва «аксланувчи (зеркальная)» яралари эҳтимоли ҳақида унутмаслик керак.

М. Тимербулатов ва ҳаммуаллифлари (2015) яра касаллигининг бир нечта асоратлари комбинацияси бўлса, меъда резекция қилиш ёки ваготомия билан пилоропластика қилиш керак деб ҳисоблашади [7].

Меъда резекцияси тешилган меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси учун бажарилиши мумкин бўлган операциялар орасида қолиши керак. Шу билан бирга, Билрот-I усули билан меъда резекцияси ўлим даражасининг пастлиги, операциядан кейинги асоратларнинг паст фоизи ва узоқ муддатли яхши натижаларни берганлиги сабабли, хирург уни амалга оширишга эътибор қаратиши керак.

Кўпинча яранинг тешилиши пилородуоденал стеноз билан бирга келади, бу перфорацион тешикнинг оддий тикилиши билан бартараф этилмайди, бу эрта релапаротомия ва ўлимга олиб келадиган натижалар ва ноқулай узоқ муддатли натижаларга олиб келади. Пилородуоденал стенозни бартараф этиш операциядан кейинги ўлимни камайтиради ва стеностик ҳамда операциядан кейинги асоратларни олдини олади.

Ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши билан оғриган беморларни даволаш ҳали ҳам муҳокама мавзуси бўлиб, бу унинг асосий тамойилларини аниқлаштириш зарурлигини кўрсатади. - Муаллифлар диагностик лапаротомия ва перфорацион тешикни катта чарви билан маҳкамлашни бундай беморларни даволашда оптимал вариант деб ҳисоблашади. Катта яраларда перфорацияни тикишда муваффақиятсизлик хавфи юқори бўлиб, меъда резекцияси операциясини ўтказишни оқилона асослайди.

Кислота ҳосил бўлишини камайтириш принципи ўн икки бармоқли ичак ярасида меъда резекцияси ва ваготомия операцияларидан, шунингдек H2-блокаторлари ва протон насоси ингибиторларидан фойдаланишни асослайди.

Перфорацион яраси бўлган беморларда оддий тикув ва пилоропластика ваготомия билан натижаларини солиштирганда, худди шундай натижаларга эришилди, аммо пилоропластика ва ваготомия билан операция қилинган беморлар узоқроқ касалхонага ётқизишни талаб қилишди. Пилоропластикани магистрал ваготомия билан яқунлаш операциядан кейинги даврда ишемик инсульт хавфини перфорацион тешикни оддий тикиб қўйган беморларга нисбатан камайтиради.

C.W. Fang ва бошқ. (2017) тешилган яраси бўлган беморларнинг 95,4 фоизида орган сақловчи операцияларни бажарган, қолган беморлар эса меъда резекциясини талаб қилган [14]. R.. Tanaka ва бошқ. (2022) касалхонада қолиш муддати ва операциядан кейинги асоратлар частотасида орган сақловчи операциялар ва меъда резекцияси операцияси ўртасидаги статистик жиҳатдан сезиларли фарқни қайд этмади. Бироқ, меъда резекцияси пайтида операция вақти ва қуйилган қон таркибий қисмларининг миқдори кўпроқ эди [20].

Перфорацион тешикни оддий тикишнинг ташқи соддалиги билан бир қаторда камчиликлардан холи эмас. Беморларнинг 50-90 фоизида перфорацион тешикни оддий тикишдан кейин яранинг қайталаниши кузатилади, беморларнинг 60 фоизи 10 йил ичида яра касаллигининг асоратлари пайдо бўлиши туфайли такрорий операцияларни ўтказадилар - стеноз, қон кетиш, такрорий тешилиш ёки бир нечта асоратлар биргаликда.

Кейинги дори терапияси билан ярани оддий тикиш беморларнинг 78,4 фоизида яра шаклланишининг қайталанишига олиб келади ва кейинчалик беморларнинг 21,5 фоизида радикал операцияни талаб қилади. Меъда дренаж операцияси билан магистрал ваготомиясини



ўтказган ҳар учинчи беморда постваготомик бузилишлар ва яра касаллигининг қайталаниши қайд этилган. Энг яхши узоқ муддатли даволаш натижалари бирламчи меъда резекциясидан сўнг олинган.

Яранинг қайталаниши беморларнинг перфорацион тешикни оддий тикишдан кейин деярли 63 фоизида 1 йилдан 16 йилгача бўлган даврда ривожланган. Улардан беморларнинг деярли 83% дастлабки 5 йил ичида яра касаллигининг қайталанишини, қолган 17% беморларда эса 5 йилдан кейин қайталаниш ривожланган. Пептик яранинг қайталанишининг чўққиси ва унинг асоратларининг ривожланиши перфорацияни тикиш операциясидан кейинги биринчи йилда содир бўлади - беморларнинг 47,5% да.

Перфорацион тешикни оддий тикиш операциясидан кейин рецидив яра касаллиги бўлган беморларнинг деярли 92 фоизида радикал жарроҳлик амалга оширилди. Бу перфорацион яра туфайли операция қилинган беморларнинг умумий сонининг 54 фоизини ташкил этди.

Перфорацион тешикни оддий тикиш операциясидан кейин яра касаллигининг қайталанишининг юқори даражаси 30-50% даражасида перфорацион тешикни оддий тикиш операциясининг салбий томони ҳисобланади. Яра касаллигининг максимал қайталаниш даражаси тикувдан 3-4 йил ўтган даврга тўғри келади.

U. K. Soblijn ва бошқ. (2015) чекиш, кортикостероидлар ва ностероид яллиғланишга қарши дорилар яра касаллигини оператив даволашдан кейин яранинг қайталаниш хавфини оширишини кўрсатди [12].

A. A. Кулчиев ва ҳаммуаллифлар (2015) беморларнинг деярли 68 фоизида тешилган ярани тикиш операциясидан кейин узоқ натижалар қониқарсиз деб ҳисобланиши керак ва беморларнинг фақат 5 фоизида бу операцияни самарали ва асосли деб ҳисоблаш мумкин деб ҳисоблашади [2]. Кўпинча ноқулай натижалар тикув соҳада стеноз ҳодисаларининг кўпайиши билан боғлиқ.

Тешилган яраси видеоэндоскопик тикилган беморларнинг аксариятида консерватив терапия фониде яра дефектининг чандиклашиши пайдо бўлади. Шу билан бирга, меъдада кучли ифодаланган морфофункционал ўзгаришлар қолади, бу эса яраларнинг қайталанишига шароит яратиб беради.

A. A. Погосян ва ҳаммуаллифлар (2015) шуни кўрсатдики тешилган ярани тикиш учун операция қилинган беморлар 3 йил давомида жарроҳ ва гастроэнтеролог томонидан диспансер назоратида туради, чунки уларда кўпинча яра касаллигининг қайталанишини ривожланган [5].

A. Майстренко ва ҳаммуаллифлари (2015) тешилган яра учун операциядан кейинги барча беморларга икки ярим ҳафта давомида антисекретор терапия буюрилиши керак ва *Helicobacter pylori* бактерияси билан касалланган беморларга қўшимча равишда уч компонентли эрадикация терапияси буюрилиши керак [3].

Медикоментоз даволашнинг тиббий курслари билан диспансер кузатуви ёрдамида яра касаллигининг қайталаниш частотаси ва жарроҳлик даволашни талаб қиладиган яра асоратларининг ривожланиши атиги 25% га камайтириш мумкин.

Шундай қилиб, ҳозирги вақтда ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши учун бирламчи жарроҳлик ҳажмини аниқлашда ягона ёндашув мавжуд эмас. Перфорацион тешикни оддий тикиш операцияси кўпинча операциядан кейинги узоқ муддатли даврда яра касаллигининг асоратлари ва қайталанишига олиб келади. Операция қилувчи жарроҳнинг етарли малакасини талаб қиладиган операциянинг резекция усуллари яхши, узоқ муддатли натижалар беради, аммо операциядан кейинги ўлим даражаси юқори бўлади. Шунинг учун ўн икки бармоқли ичак яраси тешилиши бўлган беморларда бирламчи жарроҳлик ҳажмини танлашга ёндашувлар қўшимча ўрганишни талаб қилади.



Адабиётлар.

1. Василенко Л.И. Усовершенствованная методика пилородуодено - и дуодено- пластики при перфоративных и стенозирующих пилородуоденальных язвах [Текст] / Л.И. Василенко // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на- Дону, 2015. - С. 365 - 366.
2. Кульчиев А.А. Результаты ушивания перфоративных пилородуоденальных язв в отдаленном периоде [Текст] / А.А. Кульчиев, А.А. Морозов, С.В. Тигиев и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 53 - 56.
3. Майстренко Н.А. Лечение и реабилитация больных язвой двенадцатиперстной кишки, осложненной перфорацией [Текст] / Н.А. Майстренко, П.Н. Ромащенко, П.А. Сидорчук // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015.
4. Малков И.С. Эндохирургия перфоративных дуоденальных язв [Текст] / И.С. Малков, Р.Ш. Шаймарданов, М.Р. Тагиров и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 438 - 439.
5. Мустафакулов, И. Б., Нарзуллаев, С. И., Мизамов, Ф. О., & Шоназаров, И. Ш. (2023). Синдром внутрибрюшной гипертензии при сочетанных абдоминальных травмах. *Scientific approach to the modern education system*, 2(14), 175-182.
6. Облокулов, З. Т., & Шоназаров, И. Ш. (2024). Перфорация двенадцатиперстной кишки. Патобиохимия перитонита. *Formation of psychology and pedagogy as interdisciplinary sciences*, 2(25), 246-249.
7. Погосян А.А. К вопросу о постановке диагноза «перфоративная язва желудка и 12типерстной кишки» [Текст] / А.А. Погосян, М.С. Митюрин, Л.М. Григорян и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 821 - 822.
8. Розанов В.Е. Комбинированные хирургические вмешательства при перфоративных пилородуоденальных язвах с использованием видеолaparоскопической техники [Текст] / В.Е. Розанов, Н.П. Истомина, А.В. Кильдяшов и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 233 - 233.
9. Тимербулатов В.М. Традиционное и малоинвазивные методы ушивания перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / В.М. Тимербулатов, Д.И. Мехдиев, Р.Р. Фаязов и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 31 - 32.
10. Халидов О.Х. Малоинвазивные методы хирургического лечения острой перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки [Текст] / О.Х. Халидов, А.С. Бородин, В.К. Гаджимурадов // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 1007 - 1008.
11. Шоназаров, И. Ш. (2008). Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости: дис.
12. Шоназаров, И. Ш., & Адизов, Ф. Э. У. (2023). Оптимизация современных лечений острой тонкой кишечной непроходимости. *Research Focus*, 2(3), 227-235.
13. Шоназаров, И., Нарзуллаев, С., Мизамов, Ф., Мансуров, Т., & Холмирзаев, О. (2017). Наш опыт диагностики и лечения повреждений двенадцатиперстной кишки при сочетанной абдоминальной травме. *Журнал проблемы биологии и медицины*, (3 (96)), 122-125.
14. Юлдашев, Ш. С., Хайдаров, Г. А., Шоназаров, И. Ш., Улугмурадов, А. А., Хаитов, У. Х., & Нормурадов, Д. К. (2016). Болада ёт жисм таъсирида кизилунгач перфорациям. *Вестник экстренной медицины*, (4), 69-71.
15. Ярцев П.А. Видеолaparоскопия при перфоративных язвах желудка и 12- перстной кишки в условиях перитонита [Текст] / П.А. Ярцев, А.Г. Лебедев, И.И. Кирсанов и др. // Материалы XII Съезда хирургов России Ростов-на-Дону, 2015. - С. 259 - 260.



16. Boshnaq M. Utilisation of the falciform ligament pedicle flap as an alternative approach for the repair of perforated gastric ulcer [Text] / M. Boshnaq, A. Thakrar, I. Martini et al. // B.M.J. Case Rep. - 2016. - Vol. 21. - P. 2016.
17. Chereau N. Antroduodenectomy with Gastroduodenal Anastomosis: Salvage Emergency for Complicated Peptic Ulcer Disease - Results of a Double Institution Study of 35 Patients [Text] / N. Chereau, M.M. Chandeze, C. Tantardini et al. // J. Gastrointest. Surg. - 2016. - Vol. 20. - № 3. - P. 539 - 545.
18. Coblijn U.K. Symptomatic marginal ulcer disease after Roux-en-Y gastric bypass: incidence, risk factors and management [Text] / U.K. Coblijn, S.M. Lagarde, S.M. de Castro et al. // Obes. Surg. - 2015. - Vol. 25. - №5. - P. 805 - 811.
19. Dodiya-Manuel A. Presentation and management of perforated peptic ulcer disease in a tertiary center in south Nigeria [Text] / A. Dodiya-Manuel, P.N. Wichendu, V.C. Enebeli // J. West Afr. Coll. Surg. - 2015. - Vol. 5. - №3. - P. 36 -48.
20. Fang C.W. Association of Vagotomy and Decreased Risk of Subsequent Ischemic Stroke in Complicated Peptic Ulcer Patient: an Asian Population Study [Text] / C.W. Fang, C.H. Tseng, S.C. Wu et al. // World J. Surg. - 2017. - Vol. 41. - №12. - P. 3171
21. Guadagni S. Laparoscopic repair of perforated peptic ulcer: single-center results [Text] / S. Guadagni, I. Cengeli, C. Galatioto et al. // Surg. Endosc. - 2019. - Vol. 28.
22. Jani K. Omental plugging for large-sized duodenal peptic perforations: a prospective randomized study of 100 patients [Text] / K. Jani, A.K. Saxena, R. Vaghasia // South. Med. J. - 2016. - Vol. 99. - № 5. - P. 467 - 471.
23. Kim J.H. Risk factors associated with conversion of laparoscopic simple closure in perforated duodenal ulcer [Text] / J.H. Kim, H.M. Chin, Y.J. Bae et al. // Int. J. Surg. - 2015. - Vol. 15. - P. 40 - 44.
24. Kim S.Y. Laparoscopic reinforcement suture on staple-line of duodenal stump using barbed suture during laparoscopic gastrectomy for gastric cancer [Text] / S.Y. Kim, S.H. Nam, J.S. Min et al. // Ann. Surg. Treat. Res. - 2017. - Vol. 93. - №6. - P. 305 - 309.
25. Obloqulov, Z. T., & Shonazarov, I. Sh. (2024). Perforation of the stomach in newborns. *Sustainability of education, socio-economic science theory*, 2(14), 184-186.

