

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

ФАКУЛЬТЕТ ВА ГОСПИТАЛ ЖАРРОХЛИГИ  
КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА КЎРИБ ЧИҚИЛГАН  
ВА ТАСДИҚЛАНГАН  
КАФ. МУДИРИ АКАД. КАРИМОВ Ш.И.

**МЕЪДА ВА ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК  
ЯРА КАСАЛЛИГИ АСОРАТАЛАРИ  
(яра тешилиши, пенетрация, малигнизация)**

Даволаш факультетнинг  
4 курс талабалари учун

***маъруза***

ЯМС асосида ёзилган

**Маъруза номи:** *Меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги асоратлари (яра тешилиши, пенетрация, малигнизация)*

**Маъруза мулжалланган:** *даволаш факультетининг 4 курс талабаларига*

**Мавзуни асослаш:** Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги - ҳозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири ҳисобланади. Бу касаллик 1000 аҳолига ҳисоб қилганда 4-5 ҳолларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улғайган ҳамда кекса одамларда ҳам учраб турсада, асосан 20-40 ёшдаги кишиларда бўлади. Ёшликда унинг дуоденал формаси, кексаликда меъда яраси учрайди. Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва ўрта ёшларда 5/6, ёши улғайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон бўлишлари жиҳатидан яра касаллиги 2 - ўринни эгаллайди (юррак-томирлар касалликларидан кейин).

**Маърузу мақсади:** талабаларни меъда ва 12 б. ичак яра касалиги асоратлари (яра тешилиши, пенетрация, малигнизация) билан таништириб, уларнинг этиологияси ва патогенези билан таништириш. Меъда ва 12б. ичак яра касаллиги асоратларини диагностикаси, симптоматикаси ва бажариладиган операция усуллари билан таништириш.

**Тарбиявий мақсадлар:** маъруза давомида талабаларда меъда ва 12б. ичак яра касаллиги асоратлари билан беморлар билан мулоқат қилиш, тўғри диагностика усулларини бажариш, даволаш усуллари билан танишиш, этика ва инсоний ҳурмат, эътиборни шакиллаштириш талаб этилади.

**Маъруза масалалари:** Талабаларни меъда ва 12б. ичак яра касалиги асоратлари билан таништириш (яра тешилиши, пенетрация, малигнизация). Талабаларга меъда ва 12б. ичак яра касаллиги асоратлари этиологияси, патогенези, таснифи, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси билан таништириш. Талабаларга яра касаллиги асоратларидаги операция турини танлашни ўргатиш.

**Мухокама учун саволлар:**

1. Меъда ва 12 бармоқли ичак ярасини тешилиши – 5 мин.
2. Меъда ва 12 бармоқли ичак ярасини тешилиши клиникаси, диагностикаси, дифференциал диагностикаси – 25 мин.
3. Меъда ва 12 бармоқли ичак ярасини тешилиши даволаш принциплари – 25 мин.
4. Пенетрация, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари – 20 мин.
5. Малигнизация, клиникаси, диагностикаси, даволаш усуллари – 15 мин.



## **Тешилган гастродуоденал яралар**

Меъда ва 12-бармоқли ичак яралари перфорацияси - яра касаллигининг энг хавфли асоратларидан биридир: турли муаллифларнинг маълумотларига кўра улар 3 дан 30 фоизгача учрайди.

Яраларнинг тешилиш сабаблари ҳар хил. Кўпинча бундан олдин яра атрофидаги яллиғланиш жараёни кўзийди, симптомлар комплекси кучаяди («продромал» давр), баъзан қорин ичидаги босим ошади.

Яра тешилиши меҳнатга лаёқатли ёшда (20-50 ёш) учрайди. Ёши улғайган ва кекса одамларда яра перфорацияси унчалик кўп кузатилмайди. Яраси тешилган беморларда давомли «яра» анамнези кузатилади, бироқ ёшларда (30 ёшгача) тешилиш батамом тинч шароит фонида пайдо бўлади («соқов» яралар тешилиши).

Беморларнинг 80-85 фоизида 12-бармоқли ичак бошланғич бўлимининг олдинги деворидаги яра, камроқ - меъда пилорик бўлимидаги яра тешилади.

Касаллик патогенезида меъда ва дуоденал суюқликнинг озод қорин бўшлиғига доимий оқиб туриши катта аҳамиятга эга, у аввалига шокка олиб келади. Кичкина тешикнинг фибрин, чарви, яқинда жойлашган аъзолар, қаттиқ овқат бўлакчаларидан бекилиб қолиши жараёни чегаралайди: бу ҳолда усти ёпиқ перфорация юз бериши эҳтимол. Яра қорин бўшлиғи орқасига, кичик чарвига, кўкс оралиғига тешилганда камдан-кам юзага келадиган атипик клиника пайдо бўлади.

Тешилган яралар ўткир ёки сурункали характерга эга, якка ёки кўп сонли бўлади.

### **Тешилган яралар классификацияси (Б. Д. Комаров ва В. С. Савельев бўйича)**

I. Этиологияси бўйича: яралари ва гормонал. антрал

II. Жойлашуви бўйича: а) меъда яралари: кичик эгриликдаги, катта эгриликдаги, олдинги девордаги, орқа девордаги, кардиал, препилорик, пилорик қисмларида. б) 12-бармоқли ичак яралари: олдинги деворидаги, орқа деворидаги.

III. Кечиши бўйича: озод қорин бўшлиғига тешилиши, усти ёпиқ тешилиши, атипик тешилиши

**Тешилган гастродуоденал яраларнинг клиник манзараси.** Тешилган гастродуоденал яраларнинг классик клиник манзараси тарихий ривожланишга учрамаган. Тешилишнинг асосий симптоматикаси (Г. Мондор триадаси): «ханжар» билан урилгандек тўсатдан пайдо бўлган оғриқ, қорин мускулларининг қаттиқ таранглашуви, яра анамнезидан иборат.

Дарҳақиқат, кучли оғриқларнинг тўсатдан пайдо бўлиши бирорта касалликда ҳам перфорациядаги каби яққол юзага чиққан бўлмайди. Бундай беморлар оғриққа чидаб бўлмайдиган даражадаги шикоят кайд қиладилар.

«Катта ёшдаги забардаст» одамнинг юз қиёфасидаги ғам-ғусса у тортаётган чексиз азоб-уқубатларни ифодалаб туради» (Г. Мондор).

Оғриқ аввалига эпигастрийда, бунда 12-бармоқли ичакда кўпроқ, ўнг томонда жойлашади, сўнгра қориннинг бутун ўнг ярми бўйлаб тарқалиб, ўнг ёнбош соҳани, кейин бутун қоринни қамраб олади. Оғриқнинг елкага ёки ўнг куракка, кичик чанокқа тарқалиши характерли. Қусиш камдан-кам перитонит ривожлангандагина кузатилади. Стенозловчи яралар тешилганда яра тешилишидан олдин бемор қайт қилади.

Бемор, одатда, чалқанча ёки ёнбоши билан оёқларини қорнига тортиб ётади, рангги оқариб кетган, қўрқув остида, совуқ, тер чиқиши мумкин. Тез-тез, юза нафас олади, қон томир уриши аввалига сийрак, артериал босими пасайиши мумкин.

Тили дастлабки соатларда нам, кейин қуруқлашади, қараш билан қопланади. Оғриқ, билан бир вақтда бошқа симптом - қорин олди девори мушакларининг таранглашуви пайдо бўлади («тахтасимон», қайиқсимон ичига тортилган қорин), тарангланиш аввал эпигастрийда, сўнгра бутун қорин бўйлаб жойлашади.

Касалликнинг дастлабки соатларида ректал текширувда чанок қорин пардасида кескин оғриқ борлигини аниқлаш мумкин. Париетал қорин пардаси нерв охирлари сезувчанлиги бузила борган сайин оғриқ аста-секин босилади, бироқ бемор аввалгидай ҳаракатсиз ётади. Умумий ҳолати яхшиланади, олдинги қорин девори қаттиқлашиши камаяди, кам оғрийди, ўнг ёнбош соҳасида оғриқ камаяди, яъни «сохта тузалиш» даври бошланади (II давр). Яра тешилиш вақтидан кечикиб 6-12 соат ўтгач операция қилиш кейинги давр ривожланишига - перитонитга олиб келади. Перитонит унинг ҳамма клиник манзараси - қон томир уриши тезлашуви, тил қуруқлиги, интоксикация сабабли умумий аҳволнинг оғирлиги, қорин дам бўлиши, ел чиқмаслиги, ич келмаслиги, кўп марталаб қайт қилиш юзага келади. Бу даврда диагноз ҳам, хирургик ёрдам ҳам одатда кечиккан бўлади.

Яра тешилиши учун характерли симптом қорин бўшлиғида озод газ борлиги ҳисобланади, у диафрагманинг ўнг гумбази остида йиғилади. Рентгенологик текширишда бир ёки иккала гумбазлар остида йўл-йўл ёруғ чизик кузатилади.

**Усти ёпиқ тешилиш.** Тешилган яранинг тўсатдан пайдо бўлган типик клиникаси 1-2 соатдан кейин сўнади, оғриқ камаяди, мушакларнинг таранглашуви бардам топади, оз-моз оғриқ, бўлади ва мушаклар таранглиги эпигастрийда кузатилади, холос. Беморларнинг аҳволи шунчалик яхшиланадики, улар ўзларини соғлом деб ҳисоблайдилар.

**Диагнози ва дифференциал диагнози.** Тешилган гастродуоденал яранинг диагностикаси аввало анамнезга, бемордан синчиклаб сўраб-суриштиришга, физикал текшириш маълумотларига асосланади ва рентгенологик ҳамда лаборатория маълумотлари билан тўлдирилади.

Перфорация узоқ вақтгача яра касаллиги билан оғриб юрган беморларда (рентгенологик тасдақланган); яра касаллиги белгилари бўлган (нордон кекирадиган, оч қоринга ёки овқатдан кейин оғриқ пайдо бўладиган, мунтазам

сода ичиб турадиган), бироқ ҳеч қачон текширишлардан ўтмаган ва яра борлиги тўғрисида шубҳа қилинмаган шахсларда юз бериши эҳтимол. Учинчи гуруҳга «диспептик ўтмиши» бўлган, бироқ уни унутиб юборган ва ҳозирги касаллигини аввалги ҳазм бузилишлари билан боғлиқ деб ўйламаган шахсларни киритиш мумкин. Тўртинчи гуруҳга «соқов» яраси тешилган беморлар киритилади.

Беморда продромал давр борлигига - жараённинг кучайиши ёки қўзиши - эпигастрийда оғриқ, кўнгил айнаиши, субфебрил ҳарорат, қусишга аҳамият бериш зарур.

Диагностика учун касалликнинг ўткир бошланиши, беморнинг ўзига хос ҳолати, ташқи кўриниши, қон томир уриши ва қон босими маълумотлари катта аҳамиятга эга. Қоринни текширишда перфорациядан кейин ўтган фурсат ҳақида унутмаслик керак: дастлабки соатларда ифодаланган «тахтасимон» таранглашув кейинроқ, перитонит авж олгандан кейин қорин дам бўлиши кузатилиши мумкин. Ҳар хил ёшдаги беморларда - кексалар, аёллар ва бошқаларда қорин деворининг бўшашган бўлишини назарда тутиш лозим.

Перкуссияда озод газ борлиги 50-60 фоиз беморлардагина, рентгенологик текширувда эса 75-80 фоиз беморларда аниқланади. Бемор тик турганда ёки чап ёнбоши билан ётганида рентгенодиагностика қилиш - беморни текширишнинг асосий диагностик усули бўлиб, диафрагма гумбази устида озод газни аниқлашга (ўнгда ёки чапда) қаратилади.

Ноаниқ ҳолларда беморга 1-2 култур сувда эрувчан контраст модда беришга тўғри келади, рентген текширувида унинг меъда контурлари ташқарисига чиқиши перфорациянинг абсолют белгиси ҳисобланади. Баъзан пневмогастрография ўтказиб (меъдага ҳаво юбориш) такрор рентгенография қилишдан фойдаланилади. Диагностика қилиш мушкул бўлган ҳолларда гастрофибродуоденоскопия ёки лапароскопия қилиш керак бўлади.

Лаборатория текширувида қон ва сийдик томонидан бирор специфик бузилишларни аниқлашга муваффақ, бўлинмайди, бироқ, перитонит ривожланганда лейкоцитоз, эритроцитлар чўкиш тезлигининг ошиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ифодаланган бўлади.

Тешилган ярани яра касаллигининг қўзишидан фарқ қилиш зарур, бунда оғриқ характери унчалик кучли эмас, руй-рост таранглашиш, озод газ йўқ.

Ўткир холецистит билан аксарият ёши ўтган семиз аёллар касалланадилар, уларнинг анамнезида ўнг қовурғалар остида ёғлиқ овқат ейиш билан боғлиқ бўлган қайталанадиган оғриқ бўлади. Оғриқ ўнг қовурғалар остида жойлашади. Орқага, елкага, куракка берилади, доимий бўлади. Кўп марта қусиш билан ўтади. Мускуллар таранглиги кам ифодаланган, ўт пуфаги пайпасланади, лейкоцитоз ифодаланган.

Ўткир панкреатит учун ўткир кескин доимий оғриқлар хос, бироқ улар ўраб оладиган характерга эга ва парҳез бузилиши билан боғлиқ (ёғлиқ ёки кучли овқат ейиш, ичкилик ичиш). Бемор бир неча марталаб қайт қилади, у яра тешилганидаги каби ҳаракатсиз эмас, мускул таранглашуви одатда бўлмайди, Мейо - Робсон симптоми яхши ифодаланган, қонда амилаза миқдорининг кўрсаткичлари ошган бўлади.

Ўткир аппендицит билан дифференциал диагностикаси энг қийин, чунки ҳар иккала ҳолда ҳам касаллик эпигастрийда оғриқ пайдо бўлишидан бошланиб, кейинроқ ўнг ёнбош соҳасига ўтади. Бироқ ўткир аппендицитда бу оғриқлар сустроқ, эпигастрийда мускуллар таранглашмаган, ўнг ёнбош соҳада симптоматика бирмунча юзага чиққан. Касаллик кучайиб кетган ҳолларда ривожланиб бўлган перитонит фонида дарднинг сабаби аксарият ўрта лапаротомияда аниқланади.

Миокард инфаркти (гастралгик формаси), стенокардиянинг бошланғич босқичларидаги ўткир бошланиш перфоратив яра клиникасига ўхшаб кетиши мумкин. Бемор ёшининг улуғлиги, анамнезда тез-тез стенокардия борлиги, тез аритмик қон томир уришида бемор ҳолатининг оғирлиги, артериал босимнинг пасайганлиги, юрак тонларининг бўғиқлиги, электрокардиографик ўзгаришлар, жигар тўмтоқлигининг сақланиб қолиши юрак патологиясидан далолат беради.

Базал зотилжам ва плеврит учун ҳам ўткир бошланиш, қориннинг юқори қисмида муайян жойлашган ўрни бўлмаган оғриқ хос бўлади. Беморнинг актив ҳатти-ҳаракати, юза нафас олиш, бурун қанотларининг ҳаракати, ҳарорат, ўпка томонидан олинадиган маълумотлар, қорин томонидан ўзгаришлар бўлмаслиги - буларнинг жами рентгенологик текширув ёрдамида аниқланадиган тўғри диагноз қўйишга ёрдам беради.

Дифференциал диагностикани касаллик бошланишидан бошлаб дастлабки соатларда ўтказиш мумкин; у бирмунча қийин ва анчагина вақт ўтгач ва туташ перитонит клиникаси юзага чиққандан кейин ўрта лапаротомиядагина ўтказилиши мумкин.

**Даволаш.** Касалхонага ётқазилгунга қадар тез ёрдам кўрсатиш зарур. Яра тешилганига шубҳа бўлганда беморни шошилиш равишда стационарга олиб бориш керак. Юрак дорилари юбориш, кислород берилиши мумкин. Касаллик клиникасини яшириши мумкин бўлган оғриқ қолдирадиган воситаларни сира юбориб бўлмайди. Хирургик бўлимда беморни тинчлантириш, унга операция қилиш зарурлигини тушунтириш керак.

Консерватив даволаш тешилиш вақтидан 2 сутка ўтгач ўтказилиши мумкин, бунда тешиқ усти бекилган, беморнинг умумий аҳволи қониқорли, тешиқ яхши чегараланган бўлади, чунки инфильтрат бўлган шароитларда операция қилиш асоссиз шикастланиб қолишга сабаб бўлиши мумкин.

Вангенстин ва Тейлорнинг тешилган яраларни даволаш учун меъда суюқлигини доимий аспирация қилиш усули (консерватив усул) ўз вақтида танқид қилинган эди. Бироқ бемор операциядан қатъиян бош тортганда ёки унинг аҳволи ниҳоятда оғир бўлган аҳён-аҳён ҳолларда бу усул - қўлланилиши мумкин.

Операциядан олдинги тайёргарлик имкон борица қисқа бўлиши ва шокни даволаш, дезинтоксикацион тадбирлар, меъдага зонд қўйишни ўз ичига олиши керак.

Операция характери ҳар кимнинг ўзига хос бўлиши ва беморнинг аҳволига, ярадаги ўзгаришлар характерига, шунингдек хирург ва ёрдамчи хизматларнинг техник имкониятларига боғлиқ.

Тешилган ярани чарви билан пластика қилиб тикиш бошқа операциялар ўтказишга кўрсатмалар бўлмаганда, туташ перитонитда, ёш беморларда ёки, аксинча, кекса ёшдаги беморларда, зарур инструментарий, аппаратура йўқлигида, хирург малакаси етарлича бўлмаганда қўлланилади.

Тешилган ярани тикиш беморни перитонитдан қутқариб, яра касаллигига бардам бера олмайди ва кейинчалик беморларнинг 40-50 фоизи бу касалликнинг турли асоратлари сабабли такрорий операция қилинишга мажбур бўладилар.

Тешилган ярани бекитишнинг бошқа кўпгина пластик усуллари ҳам паллиатив операциялар гуруҳига киради ва уларни қўлланишнинг кейинги натижалари шунча қониқарсиз оқибатлар процентини беради.

Қорин бўшлиғи микрофлора ҳолати ва унинг характери яра этиологияли перитонит ва бошқа этиологияли перитонитлар билан таққослаб ўрганиш шуни кўрсатдики, меъда-ичак тизими дистал йўналиши бўйлаб анаэроб микроорганизмлар кўпайиб бориши кузатилади. Шунга мос равишда бактериялар концентрацияси ҳам ўзгаради. Гастродуоденал перитонитларда қорин бўшлиғининг нисбатан кам миқдорда микроблар билан ифлосланиши кузатилади. Ўтказилган микробиологик текширувлар бундай ҳолатларда радикал жарроҳлик амалиётларини ўтказиш мақсадга мувофиқлигини асослаб берди.

1928 йилда С. С. Юдин жорий қилган тешилган яраларда меъдани бирламчи резекция қилиш бизнинг мамлакатимизда ҳам, чет элда ҳам талайгина олимларнинг даққат-эътиборини қозонди. Яра касаллигини даволаш учун ўтказилиши мумкин бўлган радикал жарроҳлик амалиётларининг кўрсатмаларини аниқлашда қорин бўшлиғи микрофлора ҳолатини ўрганишдан ташқари қуйидаги омиллар бўлиши зарурдир: меъда резекция учун мутлак, кўрсатмалар борлиги (стеноз, профуз қон кетиши, малигнизацияга шубҳа бўлиши); нисбий кўрсатмалар борлиги: яра пенетрацияси, унинг каллёз характери, антрал бўлим ва катта эгриликдаги яралар, яра анамнезининг давомлилиги, илгари қайталаниб турган қон кетишлар борлиги (перфорация вақтидан операциягача ўтган вақт 6 соатдан ошмаган тақдирда, тажрибали хирург ва техник жиҳозланган операция хонаси, оғриқсизлантириш учун зарур шароитлар борлиги).

Тешилган яраларда меъдани резекциясини бажариш натижалари тешилган ярани тикиб қўйишдан афзалдир, бироқ уни ўтказиш учун кўп сонли шароитларнинг зарурлиги бирламчи резекциялар сонини бирмунча камайтиради.

Кейинги ҳол тешилган яралар шошилишч хирургиясига аъзони сақлаб қоладиган ва ваготомия билан бирга қилинадиган операцияларнинг турли вариантлари кенг жорий қилиниши билан боғлиқ. Ярани кесиб қилинадиган ствол ваготомияси ва пилоропластика энг маъқул усул саналади.

Радикаллиги нуктаи назаридан бу операция меъдани бирламчи резекция қилишга тенглаштирилиши мумкин. Айни вақтда камроқ шикастлантириши ва ўлимнинг бирмунча пастлиги, уни хирурглар томонидан одатдаги шароитларда қўлланиш мумкинлиги бу операцияни истиқболли қилади.

Тешилган яраларда операциянинг энг муҳим томони операция пайтида қорин бўшлиғининг тўлиқ санациса ҳисобланади. У нечоғлик пухта ўтказилган бўлса, операциядан кейинги давр шунчалик осон ўтади ва йирингликлар ҳосил бўлиши учун имкониятлар камаяди.

### **Яра пенетрацияси**

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири бўлиб, пенетрациянинг 3 босқичи фарқ қилинади: I-деворнинг ҳамма бўлимлари орқали ўтиши - девор ичи пенетрацияси, II-қўшни аъзо билан фиброз қўшилиб кетиш босқичи; III-пенетрациянинг тугалланиш ва қўшни аъзо - кичик чарви, меъда ости беzi, жигар, кўндалангчамбар ичак ёки унинг ичак тутқичи, диафрагма, талокқа кириши.

Пенетрациянинг ўзига хос симптомлари оғриқнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел соҳасига, куракка, бўйинга (пенетрация рўй берган аъзога кўра) тарқалиши, қаттиқ, тунги оғриқлар, консерватив даволашнинг фойдаси йўқлиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ўт йўлига пенетрация бўлиши эҳтимол, у ўт пуфагига камдан-кам киради. Бу ҳолда билиодигестив оқма яра ҳосил бўлади.

Меъда ости беziга пенетрация орқага ўраб оладиган оғриқ билан ўтади, меъда ости беzi бошчасига пенетрация бўлганда сариклик пайдо бўлиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда оғриқ, куракка, юракка тарқалади.

Ковак аъзога пенетрация оқма ҳосил бўлиши билан тугалланиши мумкин, йўғон ичакка пенетрация бўлганда ахлатда овқат, ахлат аралашган, ахлат ҳиди келадиган қусиш билан ўтади.

Пенетрацияли яраларда, айниқса оқма пайдо бўлганда жарроҳлик амалиётлари қийинчилик билан кечади.

### **Яра малигнизацияси**

Меъда яралари 15-20 фоиз ҳолларда малигнизацияга учрайди. Бу айниқса катта эгриликда ва меъда пилорик бўлими зонасида жойлашган яраларга таалукли. Малигнизацияга аксарият каллёз яралар ва асосан 40 ёшдан ошган одамлардаги яралар учрайди. Меъда яраси диаметри 1,5 см дан катта бўлса, уни хавфли яра сифатида баҳолаш керак.

Меъда ярасининг малигнизациясида беморларда қайд қилинадиган белгилар касаллик бошланган ҳолларда учрайди. Меъда яраси катта эгриликда, пилорик ва кардиал қисмларда, диаметри 1,5 см дан катта бўлса, унинг малигнизацияга учраганлиги мумкинлиги ҳақида уйлаш лозим; меъда шираси кислоталигининг пасайиши, яра анамнезининг давомлилиги; бемор учун одатдаги оғриқ характерининг ҳар қандай ўзгариши; 4-6 ҳафта мобайнида комплекс консерватив даволашнинг наф бермаганлиги ҳам шундан дарак беради.

Эҳтимол малигнизация диагностикаси унга шубҳа туғдирган дастлабки белгилардаёқ ўтказилади (меъда яраси бўлган беморлар ҳар 3-6 ойда мунтазам текширилиб туришлари лозим). Рентгенологик белгилар одамда кеч пайдо

бўлади (тўлиш нуқсони, четлари ўйиқлиги, инфильтрация ва бошқалар). Асосий текшириш усули гастропиброскопия қилиб, яралинг бир неча соҳасидан биопсия олиш ҳисобланади. Манфий гистологик жавоб малигнизация йўқ, деган маънони билдирмайди, чунки биопсия зонасига малигнизация бўлган қисм тушмай қолиши мумкин. Ҳар қандай шубҳалар бўлганда такрорий текширув ўтказилиши лозим. Айни вақтда малигнизацияга шубҳа бўлганда беморни операция қилиш керак. Меъда резекцияси асосий операция тури ҳисобланади. Бунда гастрозентеро - ёки бўйича гастродуоденоанастомоз қўлланилади. Унинг сабаби меъданинг секрет чиқарадиган қисмини олиб ташлаш ва пилорик қисм механизмини тугатиш, шунингдек дуоденал пассажни йўқотиш бўлиши мумкин.

## АДАБИЁТ

1. Камаров Б.Ю. Мехда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши. //Корин бушлиги аъзолари шошилини жаррохлиги. М.: Тиббиёт. 2000.
  2. Курыгин А.А., Перегудов С.И. Перфоратив гастродуоденал яраларнинг хирургик давосида яйрим муоммалар. //Хирургия 2001. №6 б. 15-19
  3. Зубарев П.Н., Качетков А.В., 12 бармокли ичак яра касаллигида комбинациялашган ваготомиянинг кулланиши. //Вестник хирургии 1999. №4 б. 25-28
  4. Бабалич А.К. 12 бармокли ичак яра касаллигини хирургик даволаш йуллари. Хирургия 1999 №7 б. 19-22
  5. Басыстюк И.И. Операциядан кейинги даврда рецидив гастродуоденал кон кетишнинг диагностикаси ва давоси //Вестник – Хирургия 2000 №4 Том 158. б. 60-64 с. 16-34.
  6. Гурин Н.Н., Логунов К.В., Дмитренко В.В., Солдатов А.И., Макарев М.Р. Меъда касаллигида оператив даволанинг кенг кулланиши. //Вестник хирургии 2002. б. 17-19.
  7. Зайцев В.Г., Лагада А.Е., Леопатягин Г.Ф., Байков В.В. 12 бармокли ичак яра касаллигида ваготомиянинг кулланиши //Клиническая хирургия 2001. №4 б. 47-52
  8. Мартироссов Ю.К. Гигант гастродуоденал яралар, асорати кон кетиш ва хирургик даволаш йуллари //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2003. №6 б. 73-75.
  9. Мышкин К.И., Скопец М.Д., Скопец С.М. Гастродуоденал яраларда ваготомиянинг натижалари //Хирургия 2001 №4 б. 3-6
  10. Ратнер Г.Л., Коротцев В.Н., Катков С.А., Афанасенко В.П. 12 бармокли ичак касаллиги асорати кон кетиш пайтида хирургик даво. //Хирургия 2003. №6 б.23-24.
  11. Melton L.J. 3-rd., Crowson C.S., Khasla S et. al. Fracture risk after surgery for peptic ulcer disease a population – based cohort study. //Bone. 2001. №25 (1) P.61-67
  12. Bitsch V. Gastric secretory patterns before and after vagotomy //Lancet – 2001 Vol. 1, №7450 – p.1288-1291
  13. Hoffman J., Fisher A., Jensen H., Unsuccessful experience with closure of Japoulay gastroduodenostomosis in the treatment of postvagotomy dumping and diarrhea //Ann. Surg. 2002. vol. 198. №2 p. 142-145
- Маъруза бўйича Интернетдаги адреслар:
- <http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
- <http://medi.ru/doc/83.htm>
- <http://www.rmj.net/index.htm>
- <http://www.consilium-medicum.com/media/refer>