

**ФУНДАМЕНТАЛ ВА
КЛИНИК ТИББИЁТ
АХБОРОТНОМАСИ**

***BULLETIN OF* FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**

2026, №4 (24)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

**BULLETIN OF FUNDAMENTAL
AND CLINIC MEDICINE**
**ФУНДАМЕНТАЛ ВА КЛИНИК
ТИББИЁТ АХБОРОТНОМАСИ**
**ВЕСТНИК ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ И
КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ**

Научный журнал по фундаментальным и клиническим
проблемам медицины
основан в 2022 году

Бухарским государственным медицинским институтом
имени Абу Али ибн Сино
выходит один раз в 2 месяца

Главный редактор – Ш.Ж. ТЕШАЕВ

Редакционная коллегия:

*С.С. Давлатов (зам. главного редактора),
Р.Р. Баймурадов (ответственный секретарь),
М.М. Амонов, Г.Ж. Жарилкасинова,
А.Ш. Иноятов, Д.А. Хасанова, Е.А. Харибова,
Ш.Т. Уроков, Б.З. Хамдамов, Ф.К. Халлоқов*

*Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт имени Абу Али ибн Сино*

2026, № 4 (24)

Адрес редакции:

Республика Узбекистан, 200100, г.
Бухара, ул. Гиждуванская, 23.

Телефон (99865) 223-00-50

Факс (99866) 223-00-50

Сайт <https://bsmi.uz/journals/fundamental-ya-klinik-tibbiyot-ahborotnomasi/>

e-mail baymuradovravshan@gmail.com

О журнале

*Журнал зарегистрирован
в Управлении печати и информации
Бухарской области
№ 1640 от 28 мая 2022 года.*

*Журнал внесен в список
утвержденный приказом № 370/6
от 8 мая 2025 года реестром ВАК
в раздел медицинских наук.*

Отпечатано в типографии ООО
“Шарк-Бухоро”. г. Бухара,
ул. Ўзбекистон Мустақиллиги, 70/2.

Редакционный совет:

Абдурахманов Д.Ш.	(Самарканд)
Абдурахманов М.М.	(Бухара)
Ахмедов Р.М.	(Бухара)
Баландина И.А.	(Россия)
Бахронов Ж.Ж.	(Бухара)
Бернс С.А.	(Россия)
Газиев К.У.	(Бухара)
Деев Р.В.	(Россия)
Дустова Н.К.	(Бухара)
Зокирова Н.Б.	(Ташкент)
Казакова Н.Н.	(Бухара)
Калашникова С.А.	(Россия)
Каримова Н.Н.	(Бухара)
Курбонов С.С.	(Таджикистан)
Маматов С.М.	(Кыргызстан)
Мамедов У.С.	(Бухара)
Мирзоева М.Р.	(Бухара)
Миршарапов У.М.	(Ташкент)
Набиева У.П.	(Ташкент)
Нуралиев Н.А.	(Хорезм)
Наврозов Р.Р.	(Бухара)
Нарзиева Д.Ф.	(Бухара)
Орипов Ф.С.	(Самарканд)
Орипова Ф.Ш.	(Бухара)
Одилова Г.Р.	(Бухара)
Очилов К.Р.	(Бухара)
Раупов Ф.С.	(Бухара)
Рахмонов К.Э.	(Самарканд)
Рахметов Н.Р.	(Казахстан)
Рахматова С.Н.	(Бухара)
Султонова Л.Дж.	(Бухара)
Сайдуллаев З.Я.	(Самарканд)
Удочкина Л.А.	(Россия)
Файзиев Х.Б.	(Бухара)
Хамдамова М.Т.	(Бухара)
Хамдамов И.Б.	(Бухара)
Ходжаева Д.Т.	(Бухара)
Худойбердиев Д.К.	(Бухара)
Шодиева М.С.	(Бухара)
Эшонов О.Ш.	(Бухара)

ПЕРФОРАТИВ ЁН ИККИ БАРМОҚ ИЧАК ЯРАЛАРНИ ЗАМОНАВИЙ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ

Камолов С.Ж.¹, Ахмедов Г.К.²

¹Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали, Самарқанд ш., Ўзбекистон

²Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд ш., Ўзбекистон

Резюме. Мақолада шошилинч жарроҳликнинг асосий муаммоларидан бири бўлган ён икки бармоқ ичак яра касаллиги тешилиши билан беморларни диагностик ва даволашдаги ўзига хос хусусиятлари ҳақида маълумотлар берилган. Тадқиқот учун Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали хирургия бўлимларида оператив даволанган беморларнинг клиник маълумотлари олинган.

Калит сўзлар: меъда ва ён икки бармоқ ичак яраси, яра перфорацияси, эндоскопик диагностика, лапароскопик операциялар.

MODERN METHODS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF PERFORATED DUODENAL ULCERS

Kamolov S.J.¹, Axmedov G.K.²

¹Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Samarkand, Uzbekistan

²Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan

Resume. The article presents information on the features of diagnosis and treatment of patients with perforated duodenal ulcer disease, which is one of the main problems of emergency surgery. For the study, clinical data of patients who underwent surgical treatment in the surgical departments of the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care were taken.

Keywords: gastric and duodenal ulcer, ulcer perforation, endoscopic diagnosis, laparoscopic operations.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ ЯЗВ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Камолов С.Ж.¹, Ахмедов Г.К.²

¹Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, г. Самарканд, Узбекистан

²Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Резюме. В статье представлена информация об особенностях диагностики и лечения пациентов с перфорацией язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, которая является одной из основных проблем неотложной хирургии. Для исследования были взяты клинические данные пациентов, прошедших оперативное лечение в хирургических отделениях Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

Ключевые слова: язва желудка и двенадцатиперстной кишки, перфорация язвы, эндоскопическая диагностика, лапароскопические операции.

Мавзунинг долзарблиги. Перфоратив ён икки бармоқ ичак яраларнинг эпидемиологиясига кўра, йилига 100 000 аҳолига 7-10 та ҳолат билан диагноз қўйилади [3, 6, 9, 12]. Айниқса, стресс даражаси юқори бўлган, нотўғри овқатланиш, тамаки чекиш ва анамнизи ва спиртли ичимликлар истеъмол қиладиган популяцияларда касалланиш даражаси юқори. Қўшимча касалликлар фонида эга бўлган ва тўқималарни тиклаш қобилияти пасайган кекса беморлар алоҳида хавф остида. Уларда ошқозон яраси тешилиши тез-тез атипик бўлиб, аломатлари кам бўлиб, ўз вақтида ташхис қўйишни қийинлаштиради [1, 5, 7, 11].

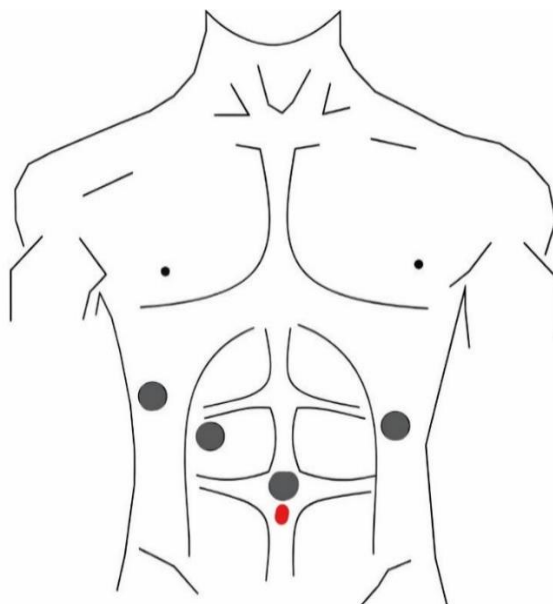
Тешилган яраларда ўлим даражаси тешилиш пайтидан бошлаб даволаниш бошланишигача бўлган вақт билан бевосита боғлиқ. Дастлабки 6 соат ичида қабул қилинганида, омон қолиш даражаси 90% дан ошади, кечиктирилган ташхис ва умумий перитонит ривожланиши билан ўлим даражаси 50% ёки ундан кўп бўлиши мумкин. Энг ёмон натижалар кекса одамларда, иммуносупрессия,

кандли диабет, оғир юрак-қон томир этишмовчилиги ва сурункали буйрак патологияси бўлган беморларда кузатилади [2, 4, 8, 10, 13].

Тадқиқот мақсади: ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги тешилиши асорати билан беморларни турли оператив даволаш усуллари тақомиллаштириш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Тадқиқотимизда перфоратив ўн икки бармоқ ичакнинг яраси сабабли оператив даво қилинган 50 нафар беморнинг касаллик тарихлари муҳокама қилинди. Тадқиқот касалликлар ва улар билан боғлиқ соғлиқ муаммоларининг халқаро статистик таснифига мувофиқ касаллик ёки ҳолатнинг (касалликлар ёки шароитлар гуруҳи) кодлаш хусусиятига мувофиқ ўтказилди.

Ўн икки бармоқ ичак яраси перфотация асоратида лапароскопик усулда операция қилишда беморнинг операцион столдаги умумий ҳолати Фоулер ҳолатида бўлиб, операцион столни чап томонга бироз буриш тавсия этилади. Чунки, бизнинг операция қиладиган соҳамизда газтўлиқ бўшлиқ ҳосил бўлиши ва ичакларнинг ҳалақит қилмаслиги мақсадида пастга сурилиб туриши учун бу ҳолат ниҳоятда қулайдир. Албатта, бу беморнинг конституционал ҳолатларига ҳам боғлиқдир. Қорин олд деворида троакарларни киритишдан олдин уларнинг киритиш нуқталари белгилаб олинади. Биз одатда эпигастрал соҳага битта ва ўнг қовурға ёйи остидан учта тешикчалар орқали портларни киритишни маъқул кўрдик (1-расм).



1-расм. Қорин олд деворида троакарлар учун шартли нуқталар

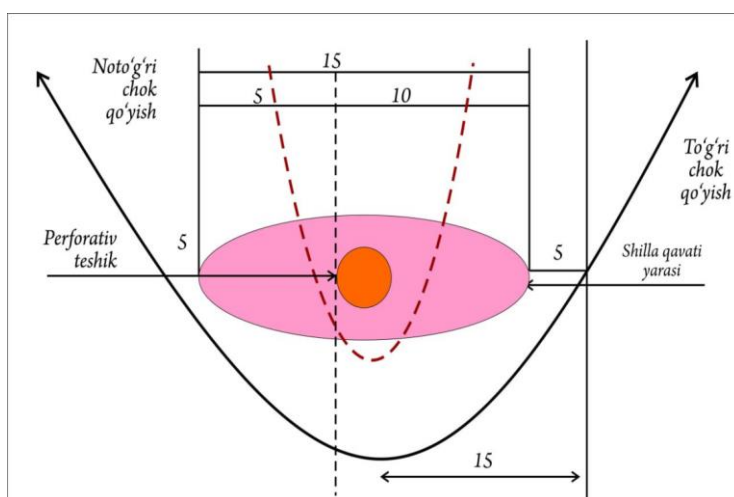
Баъзи ҳолатларда қўшимча битта ёки иккита порт ҳам киритилиши мумкин. Қўшимча портларга кўрсатма сифатида меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг жойлашган топографияси ва синтопияси, тешилган яранинг жойлашган ўрни ва ҳажми кабиларни мисол қилсак бўлади. Бизнинг кузатувимизда 36,4% ҳолларда битта, 13,6% ҳолларда иккита ва 6,4% ҳолларда учта қўшимча троакарлардан фойдаланилган.

Бизнинг тадқиқотимизда тешилган яраларни тикишда операциядан олдинги диагностик босқичда эндоскопияда шиллиқ қаватдаги ва лапароскопик операция вақтида сероз қаватдаги яра ва деффектнинг кратерининг ўлчамлари баҳлаган ҳолда, уларнинг нисбати ишлаб чиқилган ва тешилган ярани тикиш операциясида алоҳида фазовий нисбатлардан фойдаланилган ҳолда қўлланилган бўлиб, бу яранинг жойлашув кратери ва ўлчамларини нисбий олиб, уни сероз қават томонидан тикишда яранинг йиртилиб, янада катталашувини олидини олади (2-расм.).

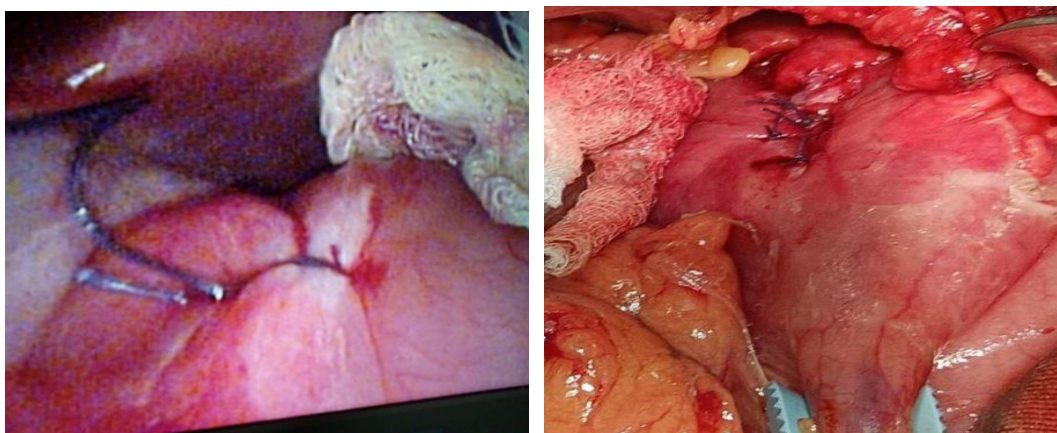
Тадқиқот натижалари. Баъзи ҳолатларда қўшимча битта ёки иккита порт ҳам киритилиши мумкин. Қўшимча портларга кўрсатма сифатида меъда ва ўн икки бармоқ ичакнинг жойлашган топографияси ва синтопияси, тешилган яранинг жойлашган ўрни ва ҳажми кабиларни мисол қилсак бўлади. Бизнинг кузатувимизда 36,4% ҳолларда битта, 13,6% ҳолларда иккита ва 6,4% ҳолларда учта қўшимча троакарлардан фойдаланилган.

Кузатувимиздаги беморларда ўтказилган лапароскопик операцияларнинг таҳлилида дастлабки даврларда операция давомийлиги 30 дақиқадан 150 дақиқача давом этган бўлса, охириги йилларда

жамоамиз хирургларининг малака ва маҳоратлари ошиб борганлиги сабабли ушбу кўрсаткич ўртача 40-50 дақиқани ташкил қилмоқда (3-расм).



2-расм. Тешилган яранинг фазовий диаграммаси



3-расм. Перфоратив ярани лапароскопик усулда тикиш лавҳалари.

Худди шундай операциялар лапаротомик усулда бажарилганда, операцияларнинг давомийлиги ўртача 80-90 дақиқани ташкил қилган. Ушбу тоифадаги беморларнинг 30 нафарида яранинг локализацияси бўйича қуйидаги ўзига хос хусусиятлар аниқланди:

- меъда яраларининг асосий қисми кичик эгриликда бўлиб, бу 23% ни ташкил қилди;
- 25% ҳолатда яраларнинг ўлчами 8-10 ммдан катта диаметрغا эга эди;
- 15% беморларда тешилган яранинг атрофи зич инфильтратга эга бўлиб, уни чўктиришда ипларни кенгроқ тарзда қўйишга тўғри келди;
- 23% беморларда меъда тешилган яраси аниқ инфильтрацияли қирраларга эга бўлган;
- 3% беморларда қорин бўшлиғига кирилганда, субкомпенсация босқичидаги битишмали жараён аниқланиб, битишмаларни ажратишга кетган вақт ҳисобига операция вақти ҳам чўзилган.

Лапаротомик операция ўтказган 13.4% (n=7) беморларда тарқалган йирингли перитонит сабабли операциядан кейинги даврда 2-3 кун давомида ичаклар парезига курашилди. Қолган беморларимизда, айниқса лапароскопик операция ўтказган беморларда ичаклар моторикаси 6-12 соатда тикланишига эришилган.

Ўтказилган операцияларнинг операциядан кейинги эрта даврдаги қиёсий таҳлил қилганимизда лапаротомик усулда операция қилинган беморларнинг 11 нафарида турли асоратлар кузатилди (1-жадвал). Уларнинг 1,9% ҳолатида қорин бўшлиғининг абсцесслари аниқланган бўлиб, уларга УТТ назоратида пункция қилинди ва дренажланди. Яна 1,9% беморларда тешилган ярани тикиш жойида чоклар етишмовчилиги кузатилган бўлса, бу лапаротомик усулда 2,9%ни ва лапароскопик усулда 0,9%ни ташкил қилди. Барча беморларга динамикада ижобий аҳволда жавоб берилди. Беморлар орасида леталлик кузатилмади.

Тешилган гастродуоденал ярани тикиш турига қараб операциядан кейинги асоратлар

Асоратлар	Операция	
	2 группа	1 группа
Қорин бўшлиғи абцесси	-	2 (1,9%)
Чоклар етишмовчилиги	1 (0,9%)	3 (2,9%)
Яралинг йиринглаши	-	1 (0,9%)
Жами:	1 (0,9)	10 (9,8%)

Лапароскопик усулда операция қилинган беморларимизда операциядан кейинги жарохат соҳасидаги чокларни олиниши 6-7 кундан бошланган. Ушбу кўрсаткич лапаротомик операцияларни ўтказганларда ўртача 9-10 кунни ташкил қилди.

Барча беморларимизда операциядан кейинги даврда оғриқ синдроми ўрганишда Вонг-Бакер шкаласидан фойдаландик. Унга кўра, лапаротомик операция ўтказган беморларда операциядан кейинги илк 24 соат ичида 4,3 балл, 2-куни 3,67 балл, 3-куни эса 2,67 баллни ташкил қилган бўлса, лапароскопик усулда операция қилинган беморларда оғриқ синдроми анчагина кам кўрсаткичларда бўлди, яъни улар илк уч кунда 2,8, 2,2 ва 1,2 баллни ташкил қилди (3.3.6 расм).

Беморларга оғриқ қолдириш мақсадида қўлланилган анальгетикларнинг таъсирини ўрганиш натижаларига кўра, лапаротомик операция ўтказган беморларда кучли оғриқ бўлганлиги сабабли кунига 3 марта турли усулларда (м/о ва в/и) нонаркотик анальгетиклар қўлланилган. Худди шундай муолажалар лапароскопик усулда операция қилинган беморларига кунига 1-2 мартани ташкил қилди.

Операция қилинган беморларнинг кўпчилигида операциядан кейин тана ҳароратининг кўтарилиши кузатилиб, динамикада пасайиш тенденциясига эга бўлди. Очик усулда операция қилинган беморларда 1-2 кунларда тана ҳарорати фебрил даражада сақланди. 3-кунга келибгина ҳарорат субфебрил кўрсаткичларга тушди.

Шундай қилиб, 3.3.7-расми тахлили иккала гуруҳ беморларида операциядан кейинги даврда сезиларли даражада фарқ борлигини кўрсатди. Лапароскопик операция ўтказган беморларда операциядан кейинги даврда гипертензив асоратлар анчагина кам кузатилди.

Операциядан кейинги даврда беморларни эрта ўрнидан турғизиш ва фаоллаштириш учун 1-гуруҳдагиларга (лапаротомия) операциядан кейинги 24-48 соатларда, тана ҳарорати субфебрил ёки нормага тушганда, ҳамда беморлар оғриққа шикоятлари пасайган ҳолатларда амалга оширилди. Уларнинг операциядан кейинги ўрин-кунлари 5-8 кунни ташкил қилиб, ўртача $6,5 \pm 0,7$ кун эканлиги аниқланди. Худди шундай фаоллаштириш 2-гуруҳ (лапароскопик усулдаги) беморлари учун илк 24 соат ичида (ўртача 12-16 соатда) турғзилиб, бу гуруҳдаги беморларда операциядан кейинги ўрин-кунлари 3-5 кунни ташкил қилиб, ўртача $3,6 \pm 0,6$ кун эканлиги аниқланди.

Хулоса: Ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги тешилиши сабаби беморларни операция қилишда асосан лапароскопик усулдан фойдаланиш операциядан кейинги даврни тезлашишига ва реабилитация даврининг самарали қисқаришига олиб келади. Беморларда операциядан олдинги даврда эндоскопик теширишнинг ўтказилиши яралинг ва тешилган дефектнинг хажими, характери ва деворларининг кратерини аниқлашда катта аҳамиятга эгадир.

Адабиётлар рўйхати:

1. Даминов Ф.А., Бобокулов А.У., Ахмедов Ғ.К. Эндоскопик гемостаз турлари ва уларнинг амалиётда қўлланилиши // Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси. – 2025. – № 4(18). – С. 24–27. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.15761160>

2. Короткевич А. Г. и др. Оценка инфильтрационного эндоскопического гемостаза при неварикозных желудочно-кишечных кровотечениях // Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. – 2012. – № 3. – С. 16–20.

3. Машкин А.М., Ефанов А.В. и др. Экономическая эффективность метода эндоскопиче-

ской аргонплазменной коагуляции при язвенных гастродуоденальных кровотечениях // Медицинская наука и образование Урала. – 2015. – Т. 16. – № 1 (81). – С. 95–98.

4. Панцырев Ю.М., Федоров Е.Д., Тимофеев М.Е., Михалев А.И. «Эндоскопическое лечение кровотечений, обусловленных синдромом Меллора-Вейсса. Хирургия. 2003 г. №10. стр.35-41.

5. Петухов В.А. Сравнительная оценка эффективности современных способов эндоскопического гемостаза у больных с гастродуоденальным язвенным кровотечением. // дисс. на соискание кандидата наук. Москва-2017.

6. Сатторова С.Ж., Худайназаров У.Р., Ахмедов Г.К. Тактика лечения при кровотечениях язв желудка и двенадцатиперстной кишки. // Материалы XV конференции «Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки» 24.04.2020 г. г.Душанбе. стр. 217-218.
7. Тарасенко С. В. Хирургия осложнений язвенной болезни: монография / С. В. Тарасенко, О. В. Зайцев, В. П. Кочуков. – М.: Проспект, 2015. – 242 с.
8. Bang C.S, Lee Y.S, and others. Characteristics of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage in patients with chronic kidney disease // World. J. Gastroenterol. 2013 Nov 21;19(43):7719–25.
9. Daminov F.A., Bobokulov A.U. Factors in the development of bleeding in gastroduodenal ulcers. (Literature review) // Journal of Biomedicine and Practice. 2025, vol. 10, issue 2, pp. 87-93.
10. Fujimoto D, Taniguchi K, Kobayashi H. Double-Tract Reconstruction Designed to Allow More Food Flow to the Remnant Stomach After Laparoscopic Proximal Gastrectomy. World J Surg. 2020 Aug;44(8):2728-2735. doi: 10.1007/s00268-020-05496-0. PMID: 32236727.
11. Kadirov R.N., Khursanov Y.E., Kamolov S.J. Modern aspects of diagnosing and treatment of acute pathology of the abdominal cavity organs // Journal of Biomedicine and Practice. 2025, vol. 10, issue 2, pp.156-160.
12. Kamolov S.J., Mavlyanov F.Sh., Khursanov Y.E. Features of the postoperative period in patients with destructive forms of acute appendicitis // Journal problems of biology and medicine. 2025, vol. 2, pp.75-77.
13. Rothenberg KA, Palmer BJ, Idowu O, Kim S. Laparoscopic Magnet-Assisted Percutaneous Endoscopic Gastrostomy Placement. J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2019 Mar; 29 (3):430-432. doi: 10.1089/lap.2018.0343. Epub 2018 Nov 8. PMID: 30407112.

Иқтибос учун: Камолов С.Ж., Ахмедов Г.К. Перфоратив ўн икки бармоқ ичак яраларни замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари // Фундаментал ва клиник тиббиёт ахборотномаси. – 2026. – № 4(24). – Б. 140–144. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.19453930>