

**«ЎН ИККИ БАРМОҚЛИ ИЧАК ЯРА КАСАЛЛИГИ
ХИРУРГИЯСИДА “ҚИЙИН ЯРАЛАР»**

**Эгамов Сарварбек Шавкатович
Ботиров Акрамжон Кодиралиевич
Бозоров Нуриддин Эргашевич
Отакузиев Ахмадилло Зокирович
Тургунбоев Ахрорбек.**

Андижон давлат тиббиет институти

Муоммони долзарблиги. Ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ҳозиргача хирургик гастроэнтерологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Яра касаллигини даволашда кўп йиллик тажрибага ва унинг усулларини доимий такомиллаштирилишига қарамай, кўплаб масалалар ҳали ҳам мунозарали бўлиб, тўлиқ ҳал этилмаган. Яра касаллигининг режали хирургиясида эришилган муваффақиятларга қарамай, статистик маълумотларга кўра, ошқозон резекциясида ўлим кўрсаткичи 4-6% ни, хусусан, тешилган яраларда – 3,5-8%, қонаётган яраларда – 15-34%, стенозларда – 6-19% ва пенетрацияланган яраларда – 8-15% ни ташкил қилади [3;4;5;7;8;9]. Бундан ташқари, беморларда постгастрорезекцион синдромлар ривожланади, бу эса 10-40% ҳолларда ногиронликни келтириб чиқаради [1;2;6;10].

Адабиётлар таҳлили шуни кўрсатдики, ушбу вазият, асосан ўн икки бармоқли ичакнинг "олиб ташлаш қийин" бўлган яраларида амалга ошириладиган жарроҳлик аралашувлари билан боғлиқ бўлиб, унга етарлича эътибор қаратилмаган. Бундан ташқари, "қийин" дуоденал яралар тўғрисида ягона аниқ концепциянинг йўқлиги, ташрих амалиётларининг мураккаблиги, уларнинг клиник кечишининг хусусиятлари ва жарроҳлик тактикасини

аниқлашда умумий ёндашувлар ҳақида маълумотларнинг етишмаслиги муаммонинг долзарблигини кўрсатади.

Калит сўзлар: *Жаррохлик, даволаш, тактикаси, назорат.*

**"DUODENAL ULCER DISEASE
"DIFFICULT WOUNDS" IN SURGERY**

**Egamov Sarvarbek Shavkatovich
Botirov Akramjon Kodiralievich
Bozorov Nuriddin Ergashevich
Otakuziev Akhmadillo Zokovich
Turgunboyev Akhrorbek.
Andijan State Medical Institute**

Trade dolzarbligi. Ichak Yara kasalligi is now a gastroenterologist surgeon, dolzarb patterned puzzle. Yara kasalligin Davlata Kyrgyzstan jilik experiments and constantly improves the methodology of unification of Karamai, Kyrgyzstan masalar Khali both controversial issues that have long been solved by ethylmagan. Yara kasalligining surgical regimen of erishilgan successarga Karamai, statistics information about the cortex, osozones resection of uzlim kursatkichi 4-6% ni, in particular, tesilgan yaralarda – 3.5-8%, kanaetgan yaralarda – 15-34%, stenozlarda – 6-19% and penetracarda – 8-15% and yaracarda-8-15% organization of pregnancy [3;4;5;7;8;9]. Bundan tashkent, Hospital postgastroresection sindromlar rivajlanadi, bu esa 10-40% hollardia unknown celtirib chicaradi [1;2;6;10].

Literary studies analysis of the law of his hometown, Ushbu and the ministry, basically, he noted that "Olib Tashain" bulgan yaralarida amalga akhirladigan jarilik aralashuvlari bilan sadlik baylib, unga Illicha really. Bundan Tashkent,"quyin " duodenal yaralar for a long time has been the only one accurately conceptualizing yilligi, visih maintenance operations, clinicism

kechishining characteristic and tactical tactical analysis of the general general access to yondashuvlar truth information for assessing the quality of service.

Keywords: *surgery, treatment, tactics, control.*

Тадқиқотнинг мақсади “қийин” дуоденал яраларда ошқозоннинг функционал ҳолати ва касалликнинг клиник кечишининг типологик хусусиятларини аниқлаш, ҳамда ташрих усулларини такомиллаштириш орқали яра касаллигини хирургик даволаш натижаларини яхшилашдан иборат.

Тадқиқотнинг дизайни қуйидагича. “Мураккаб” дуоденал яраларнинг типологик хусусиятларини аниқлаш; таққослаш гуруҳидаги беморларда қўлланилган жаррохлик тактикаси ва амалга оширилган ташрихлар натижаларини таҳлил қилиш; “мураккаб” яраларда бажариладиган ташрих усулларини такомиллаштириш;

Асосий гуруҳдаги беморларда қўлланилган жаррохлик тактикаси ва ишлаб чиқилган усуллар натижалари ва самарадорлигини таҳлил қилиш;

Жаррохлик усулида даволашдан кейинги эрта ва узоқ муддатдаги натижаларни қиёсий жиҳатда клиник баҳолаш.

Тадқиқот давомида клиник, лаборатор, инструментал ва махсус текшириш усуллари қўлланилди. Олинган натижалар статистик қайта ишланди.

Адабиётлари маълумотлари ва шахсий кузатувларимизга асосланган ҳолда, қуйидаги гигант ва каллёз яраларни “қийин” яралар деб ҳисобладик: 12- бармокли ичак пиёзчасининг олд-ёнбош ва орқа девори яралари; постбульбар қисм яралари; атроф аъзоларга пенетрацияланган “кузгули” яралар; ичакнинг кучли чандиқли-яллиғланишли деформацияларига олиб келган яралар; ва юқоридагиларни яра касаллиги асоратлари билан бирга келиши ҳолатлари.

Материал и методы. АДТИ клиникасининг 3-жаррохлик бўлимида 2000-2020 йиллар мобайнида 12- бармокли ичак яра касаллиги туфайли 1567 нафар беморда ташрих ўтказилган. Бундан 494 нафар беморларда “қийин” дуоденал яралар кузатилган. 364 беморда режали равишда, 130 нафарида шошилинч равишда ташрих ўтказилган. Режали ва шошилинч равишда ташрих ўтказилган беморларда жаррохлик тактикаси турлича бўлганлиги сабабли, фақат режали ташрих ўтказилган беморлар таҳлил қилинди. 364 бемор орасида резекцион амалиётлар бажарилган 262 нафар бемор тадқиқот объектини ташкил этди.

Даволашга турлича тактик-техник ёндашувларга кўра беморлар 2 гуруҳга бўлинди:

- назорат гуруҳига – 2001-2010 йилларда анъанавий ёндашувлар ва ташрих усуллари қўлланилган 114 нафар бемор,

- асосий гуруҳга эса, 2011-2020 йиллар мобайнида такомиллаштирилган ёндашувлар ва ташрих усуллари қўлланилган 148 нафар бемор киритилди.

Результаты и их обсуждение. Назорат гуруҳидаги беморларда яра касаллигининг асоратлари – пенетрация 37,7%, пилородуоденал стеноз 34,2% ҳамда пенетрация ва стенознинг бирга учраши 28,1% холларда кузатилган. Асосий гуруҳ беморларида эса, мос равишда, 30,4%, 35,1% ҳамда 34,5% холларда кузатилган.

Назорат гуруҳи беморлари анамнезига кўра, 8 нафари тешилган 12 б/и ярасини тикиш, 5 нафари қонаётган ярани тикиш амалиётларини ўтказган, асосий гуруҳда эса, мос равишда, 26 ва 17 холатда ўтказилган.

12- бармокли ичак ўтказувчанлигини сурункали бузилиши асосий гуруҳ беморларининг 10 нафарида, назорат гуруҳининг эса, 15 нафарида ташхисланган.

Ушбу слайдда назорат гуруҳидаги беморларнинг ошқозон резекцияси усулига кўра тақсимланиши келтирилган. 27,2% холларда ошқозон резекцияси Бильрот-I усулида турли хил модификацияларда амалга

оширилган. Таъкидлаш лозимки, ушбу гурух беморларида ошқозон резекцияси, кўп холларда, яъни 72,8% холатда Бильрот-II усулида амалга оширилган.

Асосий гуруҳда эса, 79,1% холларда ошқозон резекцияси Бильрот-I усулида амалга оширилган. Бунда ошқозон резекцияси Габерер бўйича – 18,9%, Габерер-Финней бўйича – 24,3% ва Хачиев бўйича – 35,8% холларда амалга оширилган. Назорат гуруҳидаги беморларда Бильрот-II усулида ошқозон резекцияси фақатгина 31 нафар, яъни 20,9% беморда бажарилган. Шундан 12 нафарида Гофмейстер-Финстерер ва 19 нафарида Ру-Ибадов бўйича ошқозон резекцияси амалга оширилган.

Текширилаётган гуруҳлардаги 83 нафар беморда хамроҳ терапевтик касалликлар аниқланган. Жумладан, беморларнинг 20 нафарида – юрак-қон томир касалликлари, 16 тасида – гепатобилиар тизим касалликлари ва 22 нафарида – сийдик чиқариш тизими касалликлари аниқланган.

Беморлоарнинг 28 нафарида хамроҳ хирургик касалликлар аниқланган. Жумладан, 3,4% холларда сурункали ўт-тош касаллиги, 5,3% холларда вентрал чурралар хамда 1,9% холларда жигар эхинококкози аниқланган.

“Қийин” дуоденал яраларнинг клиник кечишининг типологик хусусиятларини хамда ошқозоннинг секретор ва мотор-эвакуатор функцияларини аниқлаш учун 262 нафар “қийин” дуоденал яралари бўлган беморлар билан 94 нафар “оддий” яралари бўлган беморлар натижалари солиштирма жиҳатдан таҳлил қилинди

Ушбу тоифадаги беморларда қуйидаги кўрсаткичлар: еши; жинси; яра анамнези давомийлиги; яра касаллигининг зўрайиши; оғриқларнинг локализацияси; оғриқ синдроми хусусияти; диспепсик бузилишлар; тана вазни етишмовчилиги; ошқозоннинг секретор функцияси хусусиятлари хамда ошқозоннинг мотор-эвакуатор функцияси хусусиятлари бўйича натижалар солиштирма таҳлил қилинди.

10 та кўрсаткичлар бўйича ўтказилган солиштирма таҳлил натижасида “қийин” дуоденал яраларнинг клиник кечишининг қуйидаги типологик хусусиятлари аниқланди:

1. “Қийин” яралар 89% холларда 19-59 ёшда, “оддий” яралар эса 91,5% холларда 19-44 ёшда учрайди;

2. “Қийин” яраларда эркакларнинг аёлларга нисбати “оддий” яраларга қараганда 3:1 дан 10:1 га қадар ортади;

3. “Оддий” яраларнинг клиник кечиши сезиларли даражада қоникарли, “қийин” яралар эса агрессив клиник кечиш билан намоён бўлади;

4. Касалликнинг 2-5 йилда 1 марта зўрайиши “қийин” яраларда 2,4% холларда, “оддий” яраларда 80,9% холларда кузатилади. 1 йилда 2-4 марта зўрайиши эса, аксинча, “қийин” яраларда 82% холларда, “оддий” яраларда 7,4% холларда кузатилади.

5. Белга иррадиацияланувчи эпигастрал оғриқлар “қийин” яраларда 36,7% холларда, “оддий” яраларда эса 22,4% холларда кузатилади;

6. Овқат истеъмол қилишга боғлиқ бўлган оғриқ синдромининг хусусияти “қийин” яраларда “оддий” яраларга нисбатан деярли 10 марта кам учрайди, ва аксинча, овқатга боғлиқ бўлмаган, яъни доимий хусусиятга эга бўлган оғриқлар эса, 6 марта кўп учрайди;

7. Кўнгил айниши, зарда бўлиш ва қусиш каби диспепсик бузилишлар “қийин” яраларда “оддий” яраларга нисбатан деярли 2 марта кўп намоён бўлади;

8. Тана вазнининг 5 кг дан 20 кг гача танқислиги “қийин” яраларда 61% холларда, “оддий” яраларда эса 11,7% холларда кузатилади;

9. Ошқозоннинг секретор функцияси кўрсаткичлари “қийин” яраларда “оддий” яраларга нисбатан сезиларли даражада юқори бўлади;

10. Ошқозоннинг мотор-эвакуатор функциясининг бузилишлари “қийин” яраларда яққолроқ намоён бўлиб, бу асосан пилородуоденал стеноз даражасига боғлиқ бўлади.

“Қийин” яраларнинг ушбу типологик хусусиятларини хирургик тактика ва ташрих усулини танлашда инобатга олиш лозим.

Тадқиқотнинг кейинги босқичида назорат гуруҳидаги 114 нафар беморларда қўлланилган хирургик тактика ретроспектив равишда ўрганилди.

“Қийин” дуоденал яраларнинг асоратлари хусусияти ва частотаси қуйидаги жадвалда кўрсатилган. Беморларнинг 43 нафарида пенетрация, 39 нафарида стеноз ва 32 нафарида пенетрация ва стенознинг биргаликда келиши асоратлари кузатилган.

Ушбу слайдда назорат гуруҳидаги беморларда бажарилган ошқозон резекцияларининг модификацияларига кўра тақсимланиши келтирилган

44,7% беморларда Бильрот-I усулида ошқозон резекцияси амалга оширилган. Бунда, асосан Габерер бўйича гастродуоденоанастомоз қўйиш 19,3% холларда, Габерер-Финней бўйича терминолатерал анастомоз қўйиш 12,3% холларда ва 13,1% холларда Хачиев бўйича терминолатерал анастомоз қўйиш ташрихлари бажарилган.

Таъкидлаш жоизки, назорат гуруҳидаги беморларда ошқозон резекцияси 55,3% холларда асосан Бильрот-II усулида амалга оширилган. Бунда, Гофмейстер-Финстерер модификациясида 20 нафар беморда, Бальфур бўйича 28 нафар беморда ҳамда 15 беморда Ру-Ибадов бўйича ошқозон резекцияси бажарилган.

Назорат гуруҳи беморларида ўтказилган ретроспектив таҳлил натижалари қуйидаги тактик ва техник хатоликлар йўлга қўйилганлигини кўрсатди

1. Беморларни ташрихдан олдин тайёрлашга “қийин” яраларнинг типологик хусусиятлари инобатга олинмаган холда етарлича эътибор қаратилмаган;

2. Аксарият холларда Бильрот-II бўйича ошқозон резекцияси амалга оширилган. Бу эса “қийин” дуоденал яра фонида 12- бармокли ичак

чўлтоғини шакллантиришга сабаб бўлган. 12- бармокли ичак чўлтоғи туфайли асоратлар частотаси ортган.

3) Ташрих усулини танлашга адекват ёндашилмаган. Масалан, 12- бармокли ичак ўтказувчанлигини сурункали бузилишида Гофмейстер-Финстерер бўйича ошқозон резекцияси бажарилган;

4) хамрох хирургик касалликлар ташхисланганда, уларни бартараф этишда симультан ташрихларни ўтказиш кетма-кетлигига амал қилинмаган.

5) Ошқозон резекциясини амалга оширишда, унинг чўлтоғи фақатгина “анъанавий” усулда шакллантирилган.

Қониқарсиз натижалар сабабларини таҳлил қилиш ва ушбу тоифадаги беморларни хирургик даволашда тўпланган тажрибамиз 2011 йилдан жарроҳлик тактикасини ва ташрих усулларини такомиллаштиришга имкон берди.

Бизнинг фикримизча, турли хил модификацияларда Бильрот-I бўйича ошқозон резекциясини амалга ошириш дуоденал чўлтоқ шакллантириш заруратини бартараф этади ва шу билан чўлтоқ етишмовчилиги асорати ривожланишини сезиларли даражада камайтиради.

Аммо, “қийин” яраларда ошқозон резекциясини амалга оширишда меъда чўлтоғи “анъанавий” усулда шакллантирилганда 70-80% холларда Бильрот-I тамойили бўйича анастомоз қўйишга имкон бўлмайди.

Шу муносабат билан биз “Ошқозон резекциясида унинг чўлтоғини “қисқичларсиз” шакллантириш усули”ни ишлаб чиқдик ва амалиётга тадбиқ этдик. Ушбу ихтирога патент учун ижобий хулоса олдик.

Ихтиронинг моҳияти қуйидагилардан иборат: ошқозон мобилизацияси ўнг ошқозон-чарви артериясининг асосий томирини сақлаган холда, катта эгриликнинг проксимал қисмидан бошланади; кичик эгрилик дастлаб мобилизация, сўнгра перитонизация қилинади; катта эгрилик томондан аъзо ўқига перпендикуляр равишда ошқозоннинг олиб ташланувчи 5-6 см қисмигагина қисқичлар қўйилади; кичик эгрилик томондан юқоридан

ошқозон чўлтоғига йўналтирилган холда 2-қисқич қўйилади. Бунда резекция қўйилган қисқичнинг медиал томонидан амалга оширилади; ошқозон чўлтоғи учун қолдирилган 5-6 см катталиқдаги қисмга “гофрирловчи” шиллик-шиллик ости-мушак қавати чоклари қўйилади. Натижада 12 б/и нинг бошланувчи қисми диаметрига мос келувчи 3 см катталиқдаги ошқозон чўлтоғи шакллантирилади; сўнгра ошқозоннинг дистал қисми мобилизация қилиниб, 12 б/и бошланиш қисми орқа деворига биринчи қатор чоклар қўйилади ва ошқозон дистал қисми яра билан биргаликда резекция қилинади ҳамда анастомоз орқа деворининг 2-қатор чоклари қўйилади; анастомознинг 2 четига “П”симон кулф чоклари қўйилади ва декомпрессион зонд 12-бармокли ичак бўшлиғига ўтказилади сўнгра анастомознинг олдинги лаби 1 қаторли чоклар ёрдамида шакллантирилади.

Ушбу усулнинг афзалликлари қуйидагилардан иборат:

1) ташрих ўтказиш техникаси соддалашади, ошқозон чўлтоғи тўқималари шикастланмайди;

2) Ошқозон-чарви артерияси асосий томири бутунлиги сақлаб қолиниши сабабли ошқозон чўлтоғининг қон билан таъминланиши бузилмайди;

3) Кичик эгриликни резекция қилиш оқибатида хлорид кислота ишлаб чиқарувчи қопловчи хужайралар жойлашган соха олиб ташланади;

4) ошқозоннинг катта эгрилиги томонидан сезиларли қисми сақлаб қолинади, бу эса унинг резервуар функциясини таъминлайди;

5) “Гофрирловчи” чокларни қўйиш ишончли гемостазни, механик пишиқликни ҳамда анастомоз қўйилувчи аъзолар диаметрини ўзаро мос келишини таъминлайди. Шу билан Бильрот-I усулига кўрсатмаларни кенгайтиради.

Дуоденостаз, постбульбар яралар ва 12- бармокли ичак нинг гигант ҳамда пенетрацияланган яралари билан бирга 3-5 см масофада пилородуоденал стенозларда Бильротнинг 2-усулида ошқозон резекция қилинади. Билрот-2 усулида ошқозон резекциясида эса дуоденал чўлтоқни

шакллантириш долзарб муаммо хисобланади. Шу сабабли биз “Ошқозон резекциясида 12- бармокли ичак чўлтоғини тикиш усули”ни ишлаб чиқдик ва амалиётга тадбиқ этдик. Ушбу ихтирога патент учун ижобий хулоса олдик.

Ихтиронинг моҳияти қуйидагилардан иборат: Дуоденал чўлтоқни тикишдан аввал яра қирғоқлари яранинг тубига қадар субмукоз кесиб олинади, бунда яра туби қолдирилади ва яра атрофи шиллик-шиллик ости-мушак қаватли чоклар ёрдамида тикилади. Натижада яра экстрадуоденизация қилинади, яъни касаллик манбаси бартараф этилади; яра тубини кесиб олмаслик ошқозон ости беши ва ўт йўллари жароҳатланишларини олдини олади; Сўнгра 12- бармокли ичак чўлтоғи 2 та полукисет чоклар ёрдамида тикиб, ёпилади ва устидан шиллик-шиллик ости-мушак қаватли чоклар ёрдамида тикилади. Дуоденал чўлтоққа декомпрессион зонд ўтказилади; ушбу такомиллаштирилган усуллар асосий гуруҳ беморларида қўлланилган.

Тадқиқотнинг навбатдаги босқичи асосий гуруҳ беморларини хирургик даволаш натижаларини таҳлил қилишдан иборат бўлди. Ушбу слайдда 12- бармокли ичак яра касаллигининг асоратлари частотаси ва хусусиятлари келтирилган. Асосий гуруҳ беморларида пенетрация 45 беморда, стеноз 52 нафарда, пенетрация ва стенознинг биргаликда келиши 51 беморда кузатилган.

Беморларни ошқозон резекцияси модификацияларига кўра тақсимланиши, 117 нафар беморда Б-1, 31 нафарда эса Б-2 усули қўлланилганлигини кўрсатди. Б-1 усули Габерер модификациясида 28 беморда, Габерер-Финней бўйича – 36 ва Хачиев бўйича 53 нафар беморда амалга оширилган. Б-2 усулида эса, Гофместер-Финстерер бўйича 12 ва Ру-Ибадов бўйича 19 нафар беморда амалга оширилган.

Ушбу слайдда “қийин” дуоденал яраларни хирургик даволашда ташрих усулини танлаш схемаси келтирилган. Бунга кўра, ошқозон резекцияси 12 б/и пиёзчаси олдинги деворининг каллёз ва гигант яраларида – Б-1 Габерер усулида; Агар ошқозон резекциясидан сўнг 12- бармокли ичак бошланғич

қисмининг ён девори эркин ҳолатда бўлса – Габерер-Финней, олдинги девори эркин ҳолатда бўлса – Хачиев усулида амалга оширилади.

Ошқозон резекциясини Б-1 усулида амалга ошириш имконияти бўлмаган тақдирда, Б-2 усулининг Гофмейстер-Финстерер ёки Бальфур модификацияларида, “қийин” яралар 12- бармокли ичак ўтказувчанлигининг сурункали бузилиши билан бирга келганда эса Ру-Ибадов усулида бажарилади.

Қўлланилган жаррохлик тактикаси ва ишлаб чиқилган усуллар самарадорлигини баҳолаш учун ташрихдан кейинги яқин ва узоқ муддатдаги натижалар таҳлил қилинди. Яқин муддатдаги натижалар жами 126 нафар беморда ўрганилди. Таққосланаётган гуруҳ беморларида специфик асоратлар частотаси ва хусусияти таҳлили шуни кўрсатдики, назорат гуруҳи беморларида 19,3% ҳолатда специфик асоратлар кузатилган. Бунда, 12 б/и чўлтоғи чоклари етишмовчилиги 8,8% ни, ўлим кўрсаткичи эса 4,4% ни ташкил қилган. Асосий гуруҳда ушбу асоратлар мос равишда 6,7; 1,3 ва 0,7% ни ташкил қилган.

Таққосланаётган гуруҳ беморларида умумий асоратлар частотаси эса, назорат гуруҳида 10,5% ни, асосий гуруҳда 5,4% ни ташкил қилган, яъни 2 баробар камайган.

Ошқозоннинг секретор функцияси ташрихдан кейинги яқин муддатларда ўрганилганда, иккала гуруҳ кўрсаткичлари ҳам ташрихгача бўлган кўрсаткичларга нисбатан ўртача 2 баробар камайган. Назорат гуруҳида базал кислота продукцияси 77% га, максимали эса 73,4% га камайган. Базал пепсин продукцияси эса, мос равишда, 60,7 ва 56,2% га камайган.

Асосий гуруҳ беморларида ушбу кўрсаткичлар, мос равишда, 78,6; 76,5; 68,3 ва 63,3% ни ташкил қилди.

Ташрихдан кейинги 1 йилдан 10 йилгача бўлган муддатларда 227 нафар беморда узоқ муддатдаги натижалар Визик усулида ўрганилди. Ундан 79

нафар бемор стационар равишда, қолганлари эса амбулатор шароитда ўрганилди.

Назорат гуруҳида аъло ва яхши натижалар 70,7% беморларда, асосий гуруҳда эса, 85,2% беморларда қайд этилди. Қоникарли натижалар, мос равишда, 20,6 ва 11,6% холларда, қоникарсиз натижалар эса, 8,7 ва 3% холларда қайд этилди. Иккала гуруҳда ҳам қоникарсиз натижаларга яранинг қайталаниши ва пептик яралар сабаб бўлиб, ушбу беморларда такрорий ташрих амалиётлари ўтказилган.

Заключение. Шундай қилиб, “қийин” яраларнинг типологик хусусиятларини инобатга олиш, хирургик тактика ва ташрих усулларини такомиллаштириш специфик асоратларни 19,3% дан 6,7% га, умумий асоратлар частотасини 10,5 дан 5,4%га, ўлим кўрсаткичини 6,1 дан 0,7% га камайтиришга, ташрихдан кейинги узоқ муддатларда аъло ва яхши натижаларни 70,7% дан 85,2% гача оширишга, қоникарсиз натижаларни эса 8,7% дан 3% га пасайтиришга имкон бергани холда “қийин” дуоденал яраларни хирургик даволаш натижаларини яхшилашга эришилди.

Список использованной литературы

1. Акимов В.П. К методике хирургической коррекции демпинг-синдрома после резекции желудка //Вестник хирургии. - 2005. - №1. - С. 100-101.
2. Барванян Г. М. Новое решение выполнения резекции желудка по Бильрот-I при «трудных» дуоденальных язвах //Вятский медицинский вестник. – 2006. – №. 2. – С. 116-117.
3. Волков В.Е., Волков С.В. Клиническая оценка некоторых методов герметизации культи двенадцатиперстной кишки при надпривратниковой резекции желудка и гастрэктомии //Acta medica Eurasia. -2018. -№1. –с.1-8.

4. Земляной В.П. Исторические вехи развития хирургии язвенной болезни (к 135-летию первой успешной резекции желудка, предложенной Т. Бильрот) /Земляной В.П., Сигуа Б.В., Данилов А.М., Котков П.А. //Вестник хирургии имени И.И. Грекова. -2016. - Т. 175. - №. 6. - С. 91-94.

5. Кадиров Ф.Д., Сайдалиев Ш.Ш., Кадыров Д.М. и др./Сочетание пенетрации и пилородуоденального стеноза при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Вестник Авиценны. 2020. – С. 311-319.

6. Марийко В.А. Анализ современного состояния плановой хирургии язвенной болезни /Марийко В.А. //Хирургия. Журнал им. НИ Пирогова. – 2019. – №. 4. – С. 24-29.

7. Никитин В.Н., Клипач С.Г. «Трудная» культия при осложненных гигантских и пенетрирующих пилородуоденальных язвах //Новости хирургии. Том 25. –№6. 2017. –с.574-581.

8. Kavitt R.T. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease /Kavitt R.T., Lipowska A.M., Anyane-Yeboah A., Gralnek I.M. //Am J. Med. -2019. -Vol. 132(4). -P. 447-456.

9. Lanis, A. Peptic ulcer disease / Lanis A., Chan F.K.L. //Lancet. – 2017. – Vol. 390(10094). – P. 613-624.

10. Wang A. Surgical management of peptic ulcer disease /Wang A., Yerxa J., Agarwal S. et al. //Curr Probl Surg. 2020. – Vol. 57 (2). – P. 100728.