

OSHQOZON YARASINI XIRURGIK DAVOLASHDAGI AHAMIYATI

Tuzuvchi: **Sodiqov Rustamjon Ergashevich**

Chortoq Abu Ali Ibn Sino nomidagi

Jamoat Salomatligi Texnikumi

Xirurgiya kafedrası

Yetakchi o'qituvchisi

Anotatsiya: Ushbu maqolada Xirurgik aralashuvga mutloq ko'rsatmalar, rejali xirurgik davolashga nisbiy ko'rsatmalar, asosiy xirurgik usullar va ularning maqsadi, oshqozon rezeksiyasi (Bilrot-I yoki Bilrot-II), operatsiyadan keyingi davriy parhez tartibi bo'yicha keng yoritilgan.

Kalit so'zlar: Gastroenterologiya, peptik yara, antisekretor dorilar, perforatsiya, piloroduodenal stenoz, malignizatsiya, displaziya, vagotomiya, nervus vagus, oshqozon rezeksiyasi, taxikardiya, gipoglikemiya.



Oshqozon va o'nikki barmoqli ichak yarasi (peptik yara) kasalligini davolashda zamonaviy gastroenterologiya juda katta yutuqlarga erishdi. Kuchli **antisekretor dorilar** (masalan, proton pompasi ingibitorlari) va *Helicobacter pylori* infeksiyasiga qarshi antibiotiklar paydo bo'lgach, bemorlarning aksariyati dori-darmonlar yordamida to'liq tuzalmoqda.

Biroq, bu muvaffaqiyatlarga qaramay, oshqozon yarasini xirurgik (operativ) davolash o'zining hayotiy muhim ahamiyatini yo'qotgani yo'q. Bugungi kunda xirurgiyaning asosiy o'рни kasallikning og'ir asoratlari rivojlanganda bemor hayotini saqlab qolish va konservativ (dorilar bilan) davolash naf bermagan holatlarda yaqqol namoyon bo'ladi.

1. Xirurgik aralashuvga mutloq ko'rsatmalar (Hayotiy zarur holatlar)

Yara kasalligining ba'zi asoratlari bevosita bemor hayotiga xavf soladi va bunday vaziyatlarda shoshilinch operatsiya yagona chora hisoblanadi:

Yaraning teshilishi (Perforatsiya): Yara oshqozon devorini to'liq teshib o'tib, oshqozon shirasi va ovqat massasining qorin bo'shlig'iga quyilishiga olib keladi. Bu holat o'tkir peritonit (qorin pardasining yallig'lanishi) chaqiradi. Sekundlar va daqiqalar hisobga olinadigan ushbu vaziyatda shoshilinch xirurgik tikish amaliyoti bajariladi.

To'xtamaydigan yoki qaytalanuvchi qon ketish: Endoskopik usullar (yaraning qonayotgan qismini kuydirish yoki klip qo'yish) yordamida qonni to'xtatib bo'lmaganda yoki qon ketish qayta-qayta takrorlanib, bemor hayotiga xavf solganda xirurgik amaliyot qo'llaniladi.

Piloroduodenal stenoz (Torayish): Oshqozonning chiqish qismida (pilorik kanal) yoki o'nikki barmoqli ichakda joylashgan surunkali yaralar bitganda chandiq hosil qiladi. Bu chandiq o'tish yo'lini toraytirib qo'yadi, natijada ovqat oshqozondan ichakka o'ta olmay qoladi. Bemor doimiy qusadi va ozib ketadi. Buni faqat xirurgik yo'l bilan (plastika yoki rezeksiya orqali) bartaraf etish mumkin.

2. Rejali xirurgik davolashga nisbiy ko'rsatmalar

Agar shoshilinch holat bo'lmasa-da, quyidagi vaziyatlarda bemor rejali tarzda operatsiyaga tayyorlanadi:

Konservativ davoga rezistentlik (Chidamlilik): Bemor barcha sxemalar bo'yicha eng kuchli dorilarni 4–6 oy davomida ichishiga qaramay, yara bitmasa va kuchli og'riqlar davom etaversa.

Malignizatsiya (Saratonga aylanish xavfi): Oshqozon yaralari (ayniqsa, katta hajmli yaralar) saratonga moyil bo'ladi. Biopsiya natijasida hujayralar o'zgarishi (displaziya)

aniqlansa, xavfning oldini olish uchun oshqozonning o'sha qismi operatsiya qilib olib tashlanadi.

3. Asosiy xirurgik usullar va ularning maqsadi

Xirurgik davolashning maqsadi nafaqat yaraning o'zini yo'qotish, balki oshqozonda kislota (tuz kislotasi) ishlab chiqarilishini kamaytirishga qaratilgan.

Zamonaviy jarrohlikda asosan quyidagi operatsiyalar bajariladi:

Vagotomiya: Oshqozonda kislota ajralishini rag'batlantiruvchi adashgan asab tolalari (nervus vagus) kesiladi. Bu kislotalilikni keskin kamaytirib, yaraning bitishiga sharoit yaratadi.

Oshqozon rezeksiyasi (Bilrot-I va Bilrot-II usullari): Oshqozonning yara joylashgan va kislota ishlab chiqaruvchi gormon (gastrin) ajratuvchi pastki qismi (2/3 qismi) kesib tashlanadi va qolgan qismi ichakka ulanadi (anastamoz qilinadi). Yarani ekskizitsiya qilish (kesib olish) yoki tikish: Ko'pincha perforatsiya yoki qon ketish kabi shoshilinch holatlarda minimal invaziv (laparoskopik) usulda yara sohasi tikib qo'yiladi.

Xulosa

Xirurgik davolashning bugungi kunda oshqozon yarasidagi asosiy ahamiyati — bu asoratlarni bartaraf etish, malignizatsiyaning oldini olish va dorilar yordam bera olmagan eng og'ir vaziyatlarda radikal chora sifatida bemor hayoti va sog'lig'ini saqlab qolishdir. Bugungi kunda operatsiyalarning aksariyati ochiq emas, balki kichik kesiklar orqali — laparoskopik usulda bajarilmoqda, bu esa bemorlarning tezroq oyoqqa turishini ta'minlaydi.

Oshqozon rezeksiyasi (Bilrot-I yoki Bilrot-II) — bu oshqozonning katta qismi olib tashlanadigan jiddiy operatsiya. Bu amaliyotdan keyin ovqat hazm qilish tizimining anatomiyasi va fiziologiyasi butunlay o'zgaradi. Oshqozon o'zining "rezervuar" (ovqatni to'plab, sekin-asta ichakka o'tkazish) funksiyasini yo'qotadi.

Natijada, chaynallab-chaynallmagan, yuqori konsentratsiyali ovqat massasi to'g'ridan-to'g'ri ingichka ichakka tezlik bilan tushadi. Bu esa dumping sindromi (ichakka ovqatning keskin "tashlanishi") deb ataladigan og'ir holatga sabab bo'lishi mumkin.

To'g'ri tashkil etilgan parhez va ovqatlanish xulqi bu asoratning oldini olishda eng muhim qurol hisoblanadi.

1. Operatsiyadan keyingi davriy parhez tartibi

2. Oshqozon hajmi kichraygani sababli, ovqatlanish tartibi bosqichma-bosqich tiklanadi. Umumiy qoida: tez-tez va juda kichik porsiyalar bilan (kuniga 6–8 marta) ovqatlanish.

Bosqichlar:

Muddat:

Ruxsat etilgan taomlar:

I bosqich (Erta davr) Operatsiyadan keyingi 3–5 kun Faqat suyuqliklar: gazzsiz suv, kam yog'li bulyon, shakarsiz na'matak qaynatmasi (barchasi oz-ozdan, qultumlab ichiladi).

II bosqich (Pishgan/Ezilgan taomlar) 1-2 haftadan boshlab Suvda pishgan va elakdan o'tkazilgan bo'tqalar (guruch, suli), go'shtli va baliqli pyurelar, parovoy kletlet, tvorog.

III bosqich (Tuzalish davri) 2–3 oydan keyin Sekin-asta kengaytirilgan parhez (Pevzner bo'yicha 1-sonli parhez). Ovqatlar qaynatilgan, bug'da pishirilgan yoki dimlangan bo'lishi shart.

2. Demping sindromi nima va u qanday namoyon bo'ladi?

Demping sindromi asosan ikki xil bo'ladi:

Erta demping sindromi: Ovqatlangandan 15–30 daqiqa o'tib boshlanadi. Ichakka gipertonik (quyuq va shirin) ovqat tez tushishi natijasida qon tomirlaridagi suyuqlik ichak bo'shlig'iga outiladi. Belgilari: kuchli holsizlik, terlash, yurak urib ketishi (taxikardiya), bosh aylanishi, qorin dam bo'lishi va diareya.

Kechki demping sindromi (Gipoglikemiya): Ovqatlangandan 2–3 soat o'tib kuzatiladi. Uglevodlar tez so'rilishi natijasida qonda glyukoza keskin ko'tariladi, bunga javoban me'da osti bezi juda ko'p insulin ajratadi va natijada qonda shakar darajasi me'yoridan ham pastga tushib ketadi (hypoglycemia). Belgilari: keskin ochlik hissi, titroq, sovuq ter bosishi, ko'z oldi qorong'ulashishi.

3. Demping sindromining oldini olish qoidalari:

Demping sindromidan qutulish yoki uning yuzaga kelish ehtimolini minimal darajaga tushirish uchun quyidagi oltin qoidalarga qat'iy amal qilish kerak:

Suyuqlik va qattiq ovqatni ajrating: Ovqatlanish jarayonida yoki ovqatdan sovet keyin darhol suyuqlik (suv, choy, sho'rva) ichish qat'iyman etiladi. Suyuqlik ovqatni ichakka yanada tezroq surib yuboradi. Suyuqlikni ovqatlanishdan 30 daqiqa oldin yoki ovqatdan 45–60 daqiqa keyin ichish kerak.

Tez hazm bo'luvchi uglevodlarni (shirinliklarni) cheklang: Shakar, asal, murabbo, shirin ichimliklar, qandolat mahsulotlari va hattoki juda shirin mevalar erta va kechki demping sindromining asosiy tetikleyuvchisidir.

Oqsillar va to'g'ri yog'larni ko'paytiring: Ratsionda qaynatilgan tovuq, mol go'shti, baliq, tuxum va tvorog kabi oqsillar yetakchi bo'lishi kerak. Ular ichakda sekinroq hazm bo'ladi va energiya darajasini barqaror ushlaydi.

Oshqozonni aldamang — sekin chaynang: Har bir luqmani juda uzoq va yaxshilab chaynash lozim. Ovqat og'iz bo'shlig'idayoq mexanik ishlovdan o'tishi, kichraygan oshqozon va ichakning yukini yengillashtiradi.

Ovqatning haroratiga e'tibor bering: Taomlar juda issiq yoki juda sovuq bo'lmasligi kerak. Xona haroratiga yaqin yoki iliq ovqatlar ichak motorikasini qo'zg'atmaydi.

Ovqatdan keyingi gorizontal holat (Eng samarali usul): Ovqatlanib bo'lgach, darhol 20–30 daqiqa davomida chalgancha yoki yonboshlab yotish (yoki yarim yotiq holatda dam olish) kerak. Bu mexanik ravishda ovqatning oshqozon qoldig'idan ichakka o'tishini sekinlashtiradi va demping xurujining oldini oladi.

4. Muhim terapevtik eslatma:

Oshqozon rezeksiyasidan keyin asidlik (kislota) kamayishi va me'da ichki faktori (Kastla faktori) yo'qolishi sababli, bemorlarda vaqt o'tishi bilan B12-defitsitli va temir tanqisligi anemiyasi (kamqonlik) hamda kalsiy so'rilishi buzilishi rivojlanishi mumkin. Shuning uchun, operatsiyadan keyingi hayot davomida shifokor nazoratida vaqti-vaqti bilan qon tahlillarini topshirib turish va zarurat bo'lsa, B12 vitamini, temir hamda kalsiy preparatlarini inyeksion yoki dorilar shaklida qabul qilib turish hayotiy ahamiyatga ega.



Foydaniilgan adabiyotlar:

1. B.Babadjanov, D.Oxunov - Umumiy xirurgiya
2. A.J.Hamrayev - Xirurgiya
3. W.W.W. –Google internet saytlari