

ЯРАЛИ ПИЛОРОДУОДЕНАЛ СТЕНОЗЛАРНИ ДАВОЛАШДА ТУРЛИ ҚАРАШЛАР: АДАБИЁТЛАР ШАРҲИ

М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашуров, Ж.Х. Кушиев, А.У. Жуманазаров
Тошкент тиббиёт академияси

Аннотация.

Ушбу мақола пилородуоденал стенознинг турли даволаш усуллари ва адабиётлар шарҳига бағишланган. Пилородуоденал стеноз ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакнинг бошланғич қисмида юз берадиган органик ўзгаришлар натижасида овқатнинг ошқозондан ичакка ўтишини бузилиши ҳисобланади. Бу патология кўпинча ошқозон ва ичак яраси касалликлари билан боғлиқ ҳолда кузатилади. Сўнгги ўн йилликларда ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраси касалликларининг мураккаб шакллари сезиларли даражада камайган бўлса-да, пилородуоденал стенознинг учраш ҳолатлари ошган. Турли статистик маълумотларга кўра, бу касаллик умумий ҳазм қилиш тизими касалликлари орасида 10-20% ни ташкил қилади ва пилородуоденал стенозли беморларнинг ўлим даражаси бошқа асоратларга қараганда 15-20 марта кўпроқ.

Мақолада пилородуоденал стенознинг турлари, пайдо бўлиш сабаблари ва унинг мураккаб жараёнлари батафсил таҳлил қилинган. Замонавий тадқиқотлар, мета-таҳлил натижалари ва адабиётлар асосида пилородуоденал стенозни даволашнинг энг самарали усуллари кўриб чиқилган. Эндоскопик баллон дилатация, стентлаш ва жарроҳлик даволаш усуллари самарадорлиги ва хавфсизлиги ҳақида кенг қамровли маълумотлар келтирилган. Статистик маълумотларга кўра, жаҳонда йилига тахминан 5-10% катталар пилородуоденал стеноз билан касалланиши мумкин. Шунингдек, бу касалликнинг пайдо бўлишида эркаклар аёлларга нисбатан 2-3 марта кўпроқ мойилликка эга. Пилородуоденал стеноз билан оғриган беморларнинг аксарияти (тахминан 60-70%) консерватив даволаш усулларида фойдаланган ҳолда даволанади, аммо 30-40% ҳолатларда жарроҳлик аралашув зарур бўлади.

Калит сўзлар: Пилородуоденал стеноз, ўн икки бармоқли ичак яраси, эндоскопик баллон дилатация, жарроҳлик даволаш

VARIOUS VIEWS IN THE TREATMENT OF ULCERATIVE PYLORODUODENAL STENOSES: LITERATURE REVIEW

M.Sh. Khakimov, Sh.E. Ashurov, J.H. Kushiev, A.U. Jumanazarov
Tashkent Medical Academy

Abstract.

This article is devoted to the review of various treatment methods and literature for pyloroduodenal stenosis. Pyloroduodenal stenosis is a condition characterized by the obstruction of food passage from the stomach to the intestines due to organic changes in the initial part of the stomach and duodenum. This pathology is often associated with gastric and duodenal ulcers. In recent decades, although the incidence of complicated forms of gastric and duodenal ulcers has

significantly decreased, the occurrence of pyloroduodenal stenosis has increased. According to various statistical data, this condition accounts for 10-20% of all digestive system diseases, and the mortality rate of patients with pyloroduodenal stenosis is 15-20 times higher than that of other complications.

The article provides a detailed analysis of the types, causes, and complex processes of pyloroduodenal stenosis. Based on modern research, meta-analysis results, and literature, the most effective treatment methods for pyloroduodenal stenosis have been reviewed. Comprehensive information is provided on the effectiveness and safety of endoscopic balloon dilation, stenting, and surgical treatment methods. According to statistical data, approximately 5-10% of adults worldwide may suffer from pyloroduodenal stenosis each year. Additionally, men are 2-3 times more likely to develop this condition compared to women. The majority of patients with pyloroduodenal stenosis (approximately 60-70%) are treated with conservative methods, while surgical intervention is necessary in 30-40% of cases.

Keywords: Pyloroduodenal stenosis, duodenal ulcer, endoscopic balloon dilation, surgical treatment.

РАЗЛИЧНЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННЫХ ПИЛОРОДУОДЕНАЛЬНЫХ СТЕНОЗОВ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

М.Ш. Хакимов, Ш.Э. Ашуров, Ж.Х. Кушиев, А.У. Джуманазаров
Ташкентская медицинская академия

Аннотация.

Данная статья посвящена обзору различных методов лечения и литературы по пилородуоденальному стенозу. Пилородуоденальный стеноз — это состояние, характеризующееся нарушением прохождения пищи из желудка в кишечник из-за органических изменений в начальной части желудка и двенадцатиперстной кишки. Эта патология часто связана с язвами желудка и двенадцатиперстной кишки. В последние десятилетия, хотя частота осложненных форм язвы желудка и двенадцатиперстной кишки значительно снизилась, случаи пилородуоденального стеноза увеличились. По различным статистическим данным, это состояние составляет 10-20% всех заболеваний пищеварительной системы, и смертность пациентов с пилородуоденальным стенозом в 15-20 раз выше, чем при других осложнениях.

В статье представлен подробный анализ типов, причин и сложных процессов пилородуоденального стеноза. На основе современных исследований, результатов мета-анализов и литературы были рассмотрены наиболее эффективные методы лечения пилородуоденального стеноза. Предоставлена комплексная информация об эффективности и безопасности методов эндоскопической баллонной дилатации, стентирования и хирургического лечения. По статистическим данным, примерно 5-10% взрослых по всему миру могут страдать от пилородуоденального стеноза ежегодно. Кроме того, мужчины в 2-3 раза чаще подвержены этому состоянию по сравнению с женщинами. Большинство пациентов с пилородуоденальным стенозом (примерно 60-70%) лечатся консервативными методами, а хирургическое вмешательство необходимо в 30-40% случаев.

Ключевые слова: Пилородуоденальный стеноз, язва двенадцатиперстной кишки, эндоскопическая баллонная дилатация, хирургическое лечение.

Пилородуоденал стеноз – бу ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг бошланғич қисмида юз берган органик ўзгаришлар туфайли ошқозондан озиқ-овқатнинг юриши бузилишидир. Бу ўзгаришлар 12 бармоқли ичак яра касаллиги, ошқозон ости беши саратони ёки яллиғланишдан кейин содир бўлади. Охириги ўн йилларда ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллигининг мураккаб шакллари сони сезиларли даражада камайди, бу эса консерватив терапиянинг самарадорлиги билан боғлиқ бўлиб, илмий тадқиқотлар ва нашрларнинг камайишига олиб келди [1]. Шунингдек, ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касалликлари умумий тузилишида пилородуоденал стенознинг учраш ҳолатлари 7% дан 63% гача кўпайди, ўртача ҳазм қилиш тизими касалликлари орасида 10-20% ни ташкил қилади [2, 3, 4, 5]. Ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигининг асоратлари орасида стеноздан ўлим ҳолатлари бошқа асоратларга қараганда 1,5-2 баравар кўпроқ кузатилади. Замонавий тадқиқотларда кўрсатилганидек, яра касаллигида суб- ва декомпенсация босқичларидаги стеноз кенг тарқалган. Декомпенсация даражаси жарроҳлик аралашувига кўрсатма бўлиб, ўлимга олиб келувчи асосий сабаблардан биридир. Бошқа асоратлар билан солиштирганда бу кўрсаткич 5-15% бўлиб, стеноз ўлим ҳолатлари 1,5-2 баравар юқоридир. Қўшимча ва сурункали соматик касалликлари бўлган беморларда стеноз кўпинча яра касаллиги билан бирга келади ва бу ҳолатлар 3,3-30% орасида учрайди [6, 7, 8]. Бундай беморларда жарроҳликдан кейинги ўлим даражаси 35% га, катта ёшдаги беморларда эса 56-60% га етади.

Агар яра касаллиги перфорация ёки қон кетиши билан асоратланган бўлса, ошқозон резекцияси, гастродуоденостомия ёки пилоропластикани талаб қилмайдиган операция ўтказилиши мумкин. Бундай ҳолларда пилородуоденал стенозли беморларда операциянинг асосий мақсади озиқ-овқатнинг ошқозондан чиқишини тиклашдир. Шу билан бирга, яра стенози учун амалга ошириладиган операциянинг яна бир муҳим

вазифаси ошқозоннинг эвакуация функциясини тиклаш ва унинг тўғри ишлашини таъминлашдир, бу эса узоқ муддатли муваффақиятли натижаларга олиб келади.

Бебуришвили А.Г. (2019) фикрича, 1968 йилдан 2009 йилгача бўлган 20 та тасодифий танланган клиник синовлар, жами 1794 беморни қамраб олган ҳолда, стволли ваготомияни ошқозон дренажлаш операцияси ёки модификацияланган антрумэктомия билан биргаликда ўтказиш мақсадга мувофиқ деб топилди. Бу ёки Бильрот усули бўйича далилларга асосланган тиббиёт доирасида стенознинг декомпенсацияланган шакллари даволаш бўйича аниқ тадқиқотлар олиб борилмаган [1]. Горбунов В.Н. (1993), Столярчук Е.В. (1997) ва Антонов О.Н. (2015) таъкидлаганларидек, мураккаб яра касаллиги учун турли хил операциялардан кейин ошқозоннинг функционал ҳолатини ўрганиш ҳали ҳам баҳсли масала бўлиб қолмоқда [5, 6, 9].

12 ёшдан катта аҳолининг 8-15 фоизида ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги учрайди. Кўпинча бу касаллик меҳнатга лаёқатли ёшдаги одамлар орасида кузатилади. Эркакларда ўн икки бармоқли ичак яраси аёлларга нисбатан 4-10 марта кўпроқ учрайди, шунингдек, ошқозон яраси ҳам эркакларда 6-27 марта кўпроқ аниқланади [10]. Ўзбекистонда 1 миллионга яқин одам ошқозон ва 12 бармоқли ичак яра касаллигидан азият чекмоқда. Шу билан бирга, 200 мингга яқин киши гастроэнтерологлар рўйхатидан ўтган.

Тадқиқотнинг долзарблиги, замонавий мета-таҳлил маълумотларига кўра, 1994 йилгача ошқозон яраси ва пилородуоденал стенозни даволаш бўйича далилларга асосланган иш бўлмаганлиги билан боғлиқ [1]. Муаллифлар 1980 ва 1996 йиллар оралиғида фақат 13 та 1-даражали далилларни топдилар, бу маълумотлар бир нечта рандомизацияланган назорат остидаги синовларнинг мета-таҳлилидан олинган. Бу ишлар амалда умумий яра касаллиги асоратланган шаклини ва хусусан,

пилородуоденал стенозни даволашга қаратилмаган эди. 1990 йилдан 2004 йилгача 150 та рандомизацияланган клиник синовлар ўтказилди, 2004 йилдан буён ярали пилородуоденал стенозни даволашга далилларга асосланган тиббиётда қизиқиш камайган. Турли ваготомия вариантлари, органларни сақлаш ва резекция аралашуви самарадорлигини қиёсий баҳолашга бағишланган тадқиқотлар кўп бўлган. Ҳозирги пайтда яра касаллигини даволашнинг узоқ муддатли натижаларини ўрганишга бағишланган алоҳида ишлар ва интралюминал эндоскопия имкониятларини тадқиқ этувчи мақолалар чоп этилмоқда. Кўпинча бу ҳолат дори воситалари билан даволашнинг амалиётда кенг қўлланилиши ва шифокор тавсияларисиз даволаш усулларининг изчил ривожланиши билан боғлиқдир.

Охирги 15-20 йил ичида антиацид дори воситаларининг кенг қўлланилиши, турли хил дори воситаларининг мавжудлигига қарамай, ошқозон яра касаллигининг сурункали жараёнларга айланишига олиб келди [11, 12]. Бу вақт мобайнида асоратлар сони 2,5 баравардан кўпроқ ортган [13, 14, 15, 16, 17]. Стяжкина С.Н. (2015, 2017) маълумотларига кўра, гастродуоденал яралар 18 ёшдан катта аҳолининг 10-12% (баъзан 15% гача) ни ташкил қилади [18, 19]. Касаллик асосан 20 ёшдан 50 ёшгача бўлган одамлар орасида кузатилади, энг юқори касалланиш 45 ёшдан 55 ёшгача бўлган даврда учрайди. Эркаклар аёлларга нисбатан 4:1 миқдорда кўпроқ касалланади, беморларнинг ўртача ёши 48,1-48,3 ёшни ташкил қилади. Консерватив ва жарроҳлик даволашдан ўтган беморларда яра касаллиги тарихи ўртача $3,5 \pm 1,2$ йилни ташкил қилади. Беморларнинг 93,8% консерватив даволанган, 4% эса жарроҳлик даволашдан ўтган [18].

Россия Федерациясида 1997-2014 йилларда меҳнатга лаёқатли аҳоли ўртасида ошқозон яраси касалликларидан ўлим даражаси ўзгармасдан қолган - 100 минг аҳолига 3,2-3,5 ҳолат [20]. Ошқозон ва ўн

икки бармоқли ичак яра касаллиги асоратлари ҳам тез-тез учрайди. Стеноз билан бирга қон кетиши 3,4-29,6% ҳолларда, тешилиш билан 2,6-19% ҳолларда, пенетрация билан эса 17-49% ҳолларда кузатилади. Ошқозон яра касаллигининг турли локализациялардаги тақсимооти қуйидагича: кичик эгриликдаги яралар энг кўп учрайди ва барча ҳолатларнинг 40-70% ни ташкил этади [21]. Антрум яралари 10-16% ҳолатларда учрайди [20], катта эгриликдаги яралар эса фақат 10% ҳолатларда [22]. Чиқиш қисмидаги яралар 4-8% ҳолатларни ташкил этади [20], ўн икки бармоқли ичак пиёзча қисмидаги яралар эса барча гастродуоденал яраларнинг 30-50% ни ташкил этади [23]. Шунингдек, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакда бир вақтнинг ўзида икки ёки ундан ортиқ яралар 3-17% ҳолларда кузатилади [24].

Америка Қўшма Штатларида 2018 йилда ошқозон яраси асоратларидан катталар ўлим даражаси 100 минг аҳолига 1 ҳолат бўлган [25]. Канадада 2000 йилдан 2016 йилгача ўлим даражаси 100 минг аҳолига 1,4 дан 1,1 гача камайган [26].

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг Johnson H.D.(1965) маълумотида кўра клиник таснифи хорижда ҳам, маҳаллий тиббиётда ҳам кенг тарқалган. У яраларнинг жойлашуви бўйича тақсимланишини ўз ичига олади. Ушбу тасниф бўйича, I типдаги яралар асосан кичик эгриликда, ошқозон танасининг бурчагида жойлашган (60% ҳолларда). II тип ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг комбинациясидан иборат. III тип эса пилорик ва препилорик яраларни ўз ичига олади. 1990 йилда ушбу тасниф тўлдирилди: IV тип - ўткир субкардиал ва каридал яралари, V тип - ўткир симптоматик яралар, шу жумладан ностериод яллиғланишга қарши дори воситаларидан сўнг ҳосил бўилган яралар, глюкокортикостероидлар, стресс ва эндокрин яраларни ўз ичига олади. Ошқозоннинг пилорик ва препилорик яралари (III типдаги ошқозон яраси) барча ошқозон яраларининг тахминан 20% ни ташкил қилади ва

патофизиологик жиҳатдан ошқозон ярасининг махсус гуруҳи сифатида таснифланади [27, 28]. Улар дори терапиясига айниқса чидамли. Рецидив даражаси 16% дан 44% гача [29].

Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси асоратларидан бири пилородуоденал стенозидир. 17-асрда ошқозон кенгайиши билан боғлиқ ҳолда биринчи бор таърифланган. Замонавий адабиётлар пилородуоденал яралар консерватив терапияга чидамли бўлиб, бу ҳолат стеноз ривожланишига олиб келаётганини кўрсатади [30, 31, 32]. Яра касаллиги асоратлари орасида пилородуоденал стеноз частотаси 7% дан 63% гача бўлиб, ўртача 15-30% ни ташкил этади [4, 33, 34, 35]. Асоратланмаган яраларни жарроҳлик йўли билан даволашга нисбатан пилородуоденал стеноздан ўлим даражаси 1,5-2 баравар юқори.

Пилородуоденал стенознинг адабиётлардаги таснифлари, одатда, касалликнинг клиник ва радиологик кўринишларига асосланади. Амалиёт турини танлашда қуйидаги мезонлар муҳим: стеноз даражаси, ошқозон дилатацияси, очликда ошқозонда озик-овқат қолдиқлари бор-йўқлиги ва миқдори, контраст модданинг дастлабки эвакуацияси ва ошқозонни тўлиқ бўшатиш вақти, стеноз майдони диаметри [36, 37]. Умумий қабул қилинган тасниф компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация даражаларини ўз ичига олади [38]. Дурлештер В.М. (2015) клиник кўринишларга, электролитлар бузилиши даражасига ва гастрогеник тетания мавжудлигига асосланиб, декомпенсациянинг уч даражасини қўшимча равишда ажратиб турадилар. Ошқозон чикувчи кисмини сақловчи амалиётлар тарафдори бўлиб, улардан фойдаланиш кўрсаткичларини кенгайтириш тарафдори бўлиб, муаллиф операция усули ва ҳажмини танлашда ошқозон девори мушаклари ҳолатини энг муҳим деб билишади [4].

Панцирев Ю.М. (2003) томонидан таклиф қилинган тасниф клиник, рентгенологик, эндоскопик маълумотлар ва ошқозоннинг функционал

ҳолатига боғлиқлигига асосланади [3]. Муаллифлар қуйидагиларни ажратиб кўрсатишади: пайдо бўлган (I даража), компенсацияланган (II даража), субкомпенсацияланган (III даража) ва декомпенсацияланган (IV даража). Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ҳозирги вақтда пилородуоденал стенознинг суб- ва декомпенсация шакллари устунлик қилади.

Пилородуоденал яра касаллиги билан оғриган беморларнинг катта қисмида касаллик узоқ муддат давом этади. Уларнинг 21 фоизида касаллик 10 йилдан ортиқ давом этиб, декомпенсация ҳолатига олиб келади [8, 39, 40]. Бу узоқ давом этадиган жараён ошқозон ва ўн икки бармоқли ичакнинг доимий шикастланишига сабаб бўлади. Турли факторлар стеноз кўпинча ошқозон яраси касаллигининг бошқа асоратлари билан қўшилади ва 3,3-30% ҳолларда кузатилади [41, 42].

Кузин М.И. (2001) стенознинг урта кетма-кет босқичини ажратишни таклиф қилади: яллиғланиш, чандикли-ярали ва чандикли. Яллиғланиш стенози пилорик каналнинг шишиши ва яллиғланиш инфилтрати билан тавсифланади, чандиқли ярали стеноз - яллиғланиш ўзгаришлари билан ярали нуқсон мавжудлиги ва ҳосил бўлган чандиқли деформация фонида тўқималарнинг шишиши ва ошқозоннинг эвакуация функциясининг доимий бузилишига олиб келадиган пилорик сфинктернинг аниқ чандиқли трансформацияси билан характерланади [43].

Стенозларнинг патогенези ўрганилган ва батафсил тавсифланган. Соғайиш жараёнида ярали жараёнлар пасаяди, яра грануляция тўқималарининг шаклланиши билан фибридан озод қилинади. Яра касаллиги даволанганидан сўнг, шиллиқ қават янгиланади ва яра ўрнида чандиқ ҳосил бўлади. Бу чандиқ тўқимаси атрофдаги шиллиқ қаватга нисбатан кўпроқ гиперемик бўлиб, юлдузсимон ёки чизиқсимон кўринишга эга бўлади. Натижада, ошқозон ёки ўн икки бармоқли ичак шиллиқ қаватининг деформацияси кузатилади, бу эса орган бўшлиғининг қўпол дефор-

мациясига олиб келади [44]. Пилорик каналдаги яралар даволанганда, 74% ҳолларда пилорик стеноз ривожланади. Бироқ, асоратларнинг барча ҳолатлари орасидан ўн икки бармоқли ичакда жойлашган яралар ҳисобига пилородуоденал стеноз кўпроқ ривожланади [45]. Унинг яллиғланиши натижасида шиллиқ қаватнинг шишиши пилорик стенознинг оғирлигини кучайтиради. Стенознинг бошланғич босқичларида ошқозон шиллиқ қавати қалинлашади ва бурмалари янада аниқ бўлиб кўринади. Бунда ошқозон мушак қатламларининг гипертрофияси содир бўлиб, деворларининг тонуси кўтарилади. Бироқ, вақт ўтиши билан бу тонус секинлик билан пасаяди. Стеноз кучайиши билан озиқ-овқатнинг ошқозондан эвакуация қилинишининг бузилиши, унинг ҳаддан ташқари чўзилиши ва ҳажмининг ошиши кузатилади. Овқатларнинг ошқозонда туриб қолиши содир бўлади, кейин чириши ва бижгиши кузатилади. Буларнинг оқибатида доимий қусиш ва прогрессив сув ва электролитлар бузилишига олиб келади. Бундан келиб чиқадики, химуснинг ингичка ичакка тушиши аста-секин тўхтайдди. Кейин метаболик касалликлар ривожланади. [45, 46, 47].

Таърифланган механизм тез-тез кучайиши ва пилорик каналда ёки ўн икки бармоқли ичакда жойлашган консерватив терапияга қаршилик фонида яраларнинг чандиқларидан кейин пилородуоденал стенознинг шаклланиши учун хосдир. Қодиров Д.М. (2010) пилородуоденал стенознинг ривожланиши коллаген синтезининг кучайиши ва ҳаддан ташқари фиброгенез билан саногенезнинг бузилишига асосланган деган хулосага келди. Муаллифнинг сўзларига кўра, пилородуоденал соҳада торайиш пайдо бўлишининг сабаблари ошқозон яраси, кислота-пептик агрессия, липид пероксидациясининг фаоллашиши ва аутоиммун компонент ҳисобланади [37]. Нагиев Е.Ш. (2009) томонидан олиб борилган тадқиқотга кўра, деярли барча йирик пилородуоденал яралар меъда чиқиши стенози билан кечади [48].

Оноприев В.И. (2006) тадқиқотлари ярали стенознинг асосий морфологик белгисини кўрсатади - ўткир даврда шишнинг устунлиги юзага келса, ремиссия даврида эса девордаги чандиқли ўзгаришлар шаклланади. Ярали нуқсонни даволашдан сўнг, ўн икки бармоқли ичак деворининг думалоқ мушак қатламида қайтарилмас ўзгаришлар, миоцитларнинг бириктирувчи тўқима билан алмаштирилиши тулик қайд этилган. Шунини таъкидлаш керакки, бу ерда чандиқли доира ҳосил бўлади - пилоруснинг чандиқли трансформацияси ичак найининг ригидлиги ривожланишига, пилорик сфинктернинг тўлиқ ёпилмаслигига олиб келади, ўн икки бармоқли ичак рефлюкси ва касалликнинг қайталаниши учун шароит яратади [49].

Кўпинча бу асоратнинг ривожланиши ушбу соҳадаги тешилган ярани тикиш натижасида юзага келади, бу эса беморларнинг 0,3-19% да кейинги стенозга олиб келади [40, 50, 51]. Борисов А.Е. (2010) томонидан олинган маълумотларга кўра, тешилган яра тикилганидан кейин биринчи 2-3 йил ичида беморларнинг 76,6% да ва 7 йилдан 9 йилгача бўлган беморларнинг 23,4% да пилородуоденал стеноз пайдо бўлган [52].

Сўнги йилларда адабиётда келтирилган пилородуоденал соҳанинг стеноз яраларини жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар шунга ўхшаш ёндашувга эга. Сўнги 10-15 йил ичида кўрсаткичлар ўзгармади [6, 51, 53]. Кўпгина муаллифлар стеноз билан асоратланган ошқозон яраси бўлган барча беморларни унинг оғирлигидан қатъий назар операция қилиш зарур деб ҳисоблайдилар [54, 55]. Аммо, баъзи муаллифларнинг фикрига кўра, стенознинг компенсация босқичи ҳам жарроҳлик учун кўрсатма ёки консерватив даволаниши мумкин ҳисобланади. Стенознинг юқори даражаси режали жарроҳлик амалиётлари учун тўлиқ кўрсатма ҳисобланади. Стенознинг суб- ва декомпенсация босқичларида эвакуация тўлиқ бузилган бўлиб, юқориги ҳазм қилиш аъзоларининг ўтказувчанлиги ўткир шакли асосида шошилиш жарроҳлик амалиётга

тавсия этилади [1]. Агар эндоскопия пайтида ингичка ичакни интубация қилишнинг имкони бўлмаса ва декомпенсацияланган стеноз туфайли ошқозон чиқиши тўсиб қўйилган бўлса, операцияни касалхонага ётқизилгандан 3-4 кун ўтгач амалга ошириш керак. Бу вақт давомида метаболик муаммоларни бартараф этиш учун инфузион препаратлар билан операцияга тайёргарлик ишлари олиб борилади. Пилоруснинг тўлиқ то-раймаган ҳолда декомпенсацияланган стеноз даражаси билан бирга субкомпенсацияланган стенознинг мавжудлиги энтерал озиқланиш учун ингичка ичакни интубация қилиш имконини беради. Беморларни овқат-лантиришдан ташқари, ярага қарши стандарт терапия ўтказилади. III турдаги яра стенози бўлган беморларда эрадикация терапияси ёки эндо-скопик даволаш самарасиз бўлганда, хорижий тадқиқотчиларнинг фикрича, жарроҳлик аралашуви зарур [56, 57]. Жарроҳлик муолажалари-нинг самарадорлигини ошириш мақсадида операциядан олдинги тайёр-гарлик учун турли схемалар тавсия этилган [58, 59].

Бойко В.В. (2013) пилородуоденал стенознинг кеч босқичлари бўлган беморларни ўргандилар. Аввало, гастродуоденал соҳада яллиғланиш жараёнининг фаоллигини камайтириш ва ошқозон ярасини даволашга эришишдир. Тадқиқотчилар H2-блокаторларини бир вақтнинг ўзида вена ичига юбориш орқали юқори натижаларга эришдилар. Улар биринчи 5 кун давомида кунига 4 марта 20 мг доза қўлладилар. Кейинги 10 кун мобайнида терапияни кунига 2 марта 20 мг дозада давом эттирдилар, бу эса умумий суткалик дозани 40 мг га етказди. Шу билан бир қаторда H. Pylori. нинг бир қатор антимикроб препаратларга сезгирлиги асосида те-рапияси буюрилди [60].

Иккинчи йўналиш – прокинетик дори воситаларидир 30 мг: 10 мг дан кунига 3 марта ёки ташқи ўрта частотали синусоидал модуляцияланган оқимлар (амплипулс терапияси) ёрдамида электр стимуляциясини бую-риш орқали ошқозоннинг мотор-эвакуация функциясининг захира имко-

ниятларини тиклаш ёки яхшилашдир. Беморларнинг энтерал озиқланиши стеноз соҳаси орқали ўн икки бармоқли ичакка ўтказилган найча орқали таъминланади. Энтерал озиқлантириш ҳозирда найча орқали юбориладиган оқсил аралашмалари билан амалга оширилади, ва кунига тахминан 1500 ккал калория тавсия этилади. Муаллифлар энтерал йўл билан мономер-электролит эритмаларини қўллаш сув-электролитлар мувозанатини тиклашда самарали эканини таъкидлайдилар. Бу усул оқсил ва энергетика бузилишларини бартараф этишда анъанавий инфузион терапиядан яхшироқ натижалар беради. 2016 йилда ESPEN (Европа Клиник Озиқлантириш ва Метаболизм Ассоциацияси) ягона тайёрлаш алгоритмини ишлаб чиқди. Озиқлантириш қўллаб-қувватлаш операция олдидан тайёргарликнинг ажралмас қисми ҳисобланади. Глушков И.В. (2017), пилородуоденал стенози бўлган кекса беморларни жарроҳлик даволашга тайёргарлик кўраётганда, мувозанатли энтерал аралашмаларни киритиш тезлигини ошириш муҳимлигини маълум қилди [63]. Қўллаш тезлиги соатига 50 мл дан бошланади; адекват сўрилиши билан, ҳар бир кейинги кун давомида юбориш тезлиги жарроҳлик даволанаётган беморлар учун соатига 25 мл га оширилади.

ESPEN маълумотларига кўра, стационар беморларнинг кунлик эҳтиёжи тана вазнига 20-25 ккал/кг ни ташкил қилади [61]. Беморларнинг протеинга бўлган эҳтиёжи тана вазнига 1,2-2 г/кг гача. Ҳозирги вақтда озиқ-овқат энтерал қўллаш учун аралашмаларнинг кенг ассортименти мавжуд. Операциядан олдинги тайёргарлик даврида турли хил парэнтерал озиқлантириш усуллари кенг қўлланилади. Ушбу усуллар орасида ёғ эмулсиялари, глюкоза ва аминокислоталарнинг эритмалари, ҳамда комбинацияланган препаратлар мавжуд. Адабиётларга кўра, бу тайёргарлик жараёни 3 кундан 2 ҳафтагача давом этади, бу вақт давомида беморнинг умумий ҳолатини яхшилаш мақсадида турли озиқ моддалар билан таъминлашга урғу берилади [64].

Ўз тадқиқотида Hogan R.B.(1986) биринчи бўлиб эндоскопик баллон кенгайишини жарроҳлик даволаш мумкин бўлмаганда паллиатив усул сифатида кўриб чиқдилар, чунки бу аралашувни стенозни енгиллаштирадиган жарроҳлик операция деб ҳисоблаш мумкин эмас [65]. Бироқ, ҳозирги вақтда бу тартиб жуда кенг тарқалган ва Россияда амалга оширила бошланди. Ушбу усулнинг афзаллиги пилорик сфинктернинг сақланиши ва ошқозондан озиқ-овқат маҳсулотларини қисман қабул қилишни рефлексли тартибга солиш механизмидир. Дилатациянинг самарадорлиги 16-96% ни ташкил қилади [66, 67, 68, 69]. Мутахассисларнинг айримлари ярали пилородуоденал стенозни даволашда аввал антисекретор терапияни, сўнгра эндоскопик баллон дилатациясини тавсия қиладилар [68, 70, 71]. Аммо, бу усул 2,5-3 йил ўтгач беморларнинг 84% да стенознинг қайта пайдо бўлишига олиб келади ва улар жарроҳлик даволашни талаб қилади [68, 70]. Бундан ташқари, дилатация жараёни девор тешилиши ва қон кетиш хавфини оширади [68, 70], шунинг учун бу усул кенг қўлланилмайди. Эрадикация терапияси баллон дилатациясидан кейин ошқозон яраси касаллигининг асоратлари ривожланиш хавфини сезиларли даражада камайтириши кўрсатилган [72].

Ошқозонни стентлаш камроқ инвазив технология сифатида кенг тарқалди. Муваффақиятли стент қўйиш ва стент жойлаштиришнинг муваффақият даражаси 87-94% ни ташкил қилади [73]. Кўпгина муаллифлар коррекцияланмайдиган стенозларнинг самарасизлигини ва стентларнинг нотўғри жойлаштирилишини тушунтирадилар. Стент қўйишнинг асоратлари орасида перфорация, қон кетиш, стент миграцияси, рестеноз, ўт йўлларининг обструкцияси ва техник жиҳатдан муваффақиятли жойлаштирилганига қарамай, тўлиқ кенгайтира олмаслик киради. Тешилиш 0,7%, қон кетиш 0,5% ҳолларда кузатилиб, ҳаёт учун потенциал хавф туғдиради ва дарҳол жарроҳлик даволашни талаб қилади. Дорман А.Ж. (2001) операциядан олдинги тайёргарлик учун металл стентни

вақтинча жойлаштиришнинг (8 кун - 12 ҳафта) ижобий таъсирини исботлади [74]. Бир қатор муаллифларнинг фикрига кўра, ярали стенозда пилоро- ёки дуоденодилация ярали жараённинг бориши нуқтаи назаридан мантиқий эмас ва фақат чекланган ҳолларда қўлланилиши мумкин. Эндоскопик баллон кенгайишини A. Farketal жарроҳлик даволаш имкони бўлмаган ҳолларда самарали паллиатив усул сифатида кўриб чиқади. Унга кўра, бу усул стенозни бартараф этиш учун асосий жарроҳлик амалиёти эмас, балки вақтинчалик енгиллик берувчи чора сифатида қабул қилиниши керак.

Пилородуоденал соҳанинг стеноз яраларини жарроҳлик йўли билан даволаш бўйича маълумотлар адабиётда жуда кенг тарқалган. Пилородуоденал стенозни жарроҳлик йўли билан даволашнинг назарий асослари 1810 йилда итларда пилорус резекциясини амалга оширган Мерреминг экспериментал ишларига асосланган еди. Бу иш 1874-йилгача Бильротнинг ёрдамчи жарроҳлари S.Gussenbauer ва A.Von Vinivarter лар бир хил тажрибани такрорлашгунга қадар тўғри баҳоланмаган ва эсда қолмаган [75].

Ҳозирги кунда ошқозон резекцияси ва дренажловчи операциялар кенг тарқалган бўлиб, бу турдаги амалиётлар турли хил яра касалликларини самарали даволашда қўлланилади. Ушбу турдаги операцияларнинг 20 дан ортиқ турлари мавжуд бўлиб, уларни пилорик сфинктерни кесиш билан ва кесишсиз амалга ошириладиган усулларга бўлиш мумкин. Пилорик сфинктерни кесиш билан амалга ошириладиган операциялар сфинктернинг қисилишини олдини олишга қаратилган, кесишсиз усуллар эса сфинктерни сақлаб қолган ҳолда ошқозоннинг эвакуация функциясини яхшилашга қаратилган. Энг кўп қўлланиладиганларидан бири Jabouley ва Finney гастродуоденостомия усуллари ҳисобланади. Бу усуллар ошқозоннинг эвакуация функциясини яхшилашга қаратилган ва кўпинча пилородуоденал яра стенози билан

боғлиқ муаммоларни ҳал этишда самаралидир. Шунингдек, Heineke-Mikulich ва Judd пилоропластика операциялари ҳам кенг тарқалган бўлиб, улар пилорик сфинктерни сақлаб қолган ҳолда ошқозоннинг эвакуация функциясини яхшилашга қаратилган [76]. Бундай турдаги амалиётлар мураккаб бўлса-да, уларни амалга оширишда тажрибали жарроҳлар юқори самарадорликка эришадилар. Ушбу операциялар беморларнинг ҳаётини яхшилашга ва уларнинг умумий соғлигини тиклашга хизмат қилади.

Кўплаб жарроҳлар пилородуоденал ярали стенозда ошқозон резекциясини афзал кўрадилар, чунки бу операция касалликнинг қайталаниш даражасини минимал даражага туширади ва асоратларни бартараф этишнинг ишончли усули ҳисобланади [32]. Ваготомия ва гастрэктомиянинг афзалликлари ва камчиликлари бўйича турли хил фикрлар мавжуд бўлиб, бу операциялар учун кўрсатмаларда ягона қарашлар йўқ. Баъзи манбаларда суб- ва декомпенсацияланган стеноз жарроҳлик учун кўрсатма ҳисобланса, бошқаларида фақат декомпенсацияланган ҳоллар кўрсатма ҳисобланади [77].

Zittel T.T. (2000) пилородуоденал стеноз учун пилоропластиканинг самарасизлигини кўрсатиб, ошқозон резекциясини ягона самарали усул деб ҳисоблади, аммо Бильрот II бўйича ошқозон резекциясида 5-8% ҳолларда рестеноз учраган. Стенознинг дастлабки босқичларида ваготомия билан бирга пилоропластика тавсия этилади, декомпенсацияланган ҳолларда эса гастрэктомия қўлланилади [78]. Ошқозон резекциясидан кейинги ўлим даражаси 30% гача бўлиши мумкин. Ушбу операциядан кейинги асоратлар орасида ўн икки бармоқли ичак чокларининг ишдан чиқиши (30% ва ундан юқори ўлим даражаси) ҳам учрайди. Ошқозон резекциясидан кейинги синдромлар беморларнинг 10-15% да учрайди ва кўпинча уларнинг ногиронлигига

сабаб бўлади. Демпинг синдроми учун мураккаб реконструктив операциялардан сўнг фақат ярмида ижобий натижалар кузатилади [22, 35].

Dahm K. (1979) томонидан олиб борилган тадқиқотлар, Билрот II резекциясидан сўнг узоқ муддатда (10 йилдан ортиқ) меъда бўшлиғи саратони билан касалланишнинг анча юқори эканлигини кўрсатади. 5000 та ошқозон резекцияси натижаларини таҳлил қилгандан сўнг, муаллифлар операция қилинганларнинг 10% да чўлтоқ саратон ривожланишини таъкидладилар [79]. Гастрэктомиядан кейинги узоқ муддатли морфологик тадқиқотлар шиллиқ қаватида атрофик гастрит ва ичак метаплазияси кўринишидаги аниқ ўзгаришларни кўрсатади. Билрот II бўйича ошқозон резекцияси беморларнинг 10% да демпинг синдромининг ривожланиши билан бирга келади.

Ярали пилородуоденал стеноз ва ошқозон яраси касаллигининг асоратларини жарроҳлик йўли билан даволаш муаммоси ҳали ҳам тўлиқ ҳал қилинмаган. Мураккаб ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак ярасини даволашда ягона стандарт йўқлиги катта муаммоларни келтириб чиқаради, айниқса шошилич ҳолатларда қўшма асоратлар мавжуд бўлганда [80, 81]. Жарроҳлик операцияси вақтини танлашда умумий қабул қилинган тамойиллар мавжуд бўлса-да, яра жойлашуви, ҳажми ва операциядан кейинги даврни бошқаришда оптимал усуллар ҳақида ягона фикр йўқ. Шунингдек, операциядан кейинги асоратларни олдини олиш ва даволаш бўйича турли қарашлар мавжуд. Бу соҳада ҳали кўплаб изланишлар олиб борилиши лозим.

Пилородуоденал стенозга чалинган, аммо радикал ёки паллиатив оператив жарроҳлик усулларини умуман ёки вақтинча кўтара олмайдиган беморлар тоифаси учун кам инвазив усуллар – эндоскопик баллон дилатацияни ўтказиш вақти, тартиби ва самарадорлигини баҳолаш ҳозирги кунда мунозарали масала бўлиб қолмоқда. Ушбу усулнинг қанчалик самарали эканлиги, қачон қўлланилиши кераклиги ва

қандай тартибда ўтказилиши ҳақида турли фикрлар мавжуд. Баъзи мутахассислар бу усулни афзал кўришса, бошқалари унинг самарадорлиги ҳақида шубҳаланишади. Эндоскопик баллон дилатацияси кам инвазив бўлишига қарамай, унинг узоқ муддатли самарадорлиги ва хавфсизлиги бўйича аниқ тавсиялар йўқ. Шунинг учун ушбу усулни қўллаш масаласи ҳали ҳам тадқиқот ва баҳсларга сабаб бўлмоқда.

Фойдаланилган адабиётлар рўйҳати:

1. Бебуришвили А.Г., Федоров А.В., Сажин В.П., Панин С.И., Зюбина Е.Н. Хирургическое лечение язвенного пилородуоденального стеноза // Хирургия. – 2019. – № 4. – С. 94-99.
2. Чернооков А.И. Выбор способа операции при осложненных гигантских пилородуоденальных язвах // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 2. – С. 31–35.
3. Панцырев Ю.М., Михайлов А.И., Федоров Е.Д. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв // Хирургия. - 2003. - № 3. - С. 43-49.
4. Дурлештер В.М. Лечение декомпенсированного рубцово–язвенного дуоденального стеноза // Тезисы XII съезда хирургов России. – Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. – 2015. – № 2. – С. 27–28.
5. Горбунов В.Н. Пути улучшения результатов хирургического лечения кровоточащих и прободных пилородуоденальных язв: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Москва, 1993. – 33 с.
6. Антонов О.Н. Лечебно–диагностическая тактика при сочетанных осложнениях язвенной болезни: Автореф. Дисс... докт. мед. наук. – Москва, 2015 – 47 с.
7. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Синенченко Г.И., Демко А.Е., Перегудов, С.И. Сочетанные осложнения язвы двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение //Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2009. – №. 6. – С. 12-15.
8. Дидигов М.Т. Сравнительная оценка методов хирургического лечения декомпенсированного рубцово-язвенного стеноза двенадцатиперстной кишки //Кубанский научный медицинский вестник. – 2007. – №. 4-5. – С. 70–72.
9. Столярчук Е.В. Сравнительная оценка вмешательств на выходном отделе желудка при осложненных пилорических и препилорических язвах: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1997. – 24 с.

10. Григорян Р.А. Абдоминальная хирургия, том 1: Москва, Издательство «МИА». - 2006. – 608 с.
11. Лазебник Л.Б., Царегородцева Т. М., Серова Т. И. Антитела к *Helicobacter pylori* при болезнях желудка // Терапевтический архив. – 2006. – № 2. – С. 15–19.
12. Самсонов А.А. Ингибиторы протонной помпы – препараты выбора в лечении кислотозависимых заболеваний // Фарматека. – 2007. – № 6. – С. 10–15.
13. Березницкий Я.С., Ратчик В.М. Хирургические методы в лечении язвенной болезни. // Медицинская газета «Здоровье Украины». – 2008. – №219.
14. Лебедев Н.В., Климов А.Е., Соколова П.Ю., Циноева Ф.И. Сравнительная оценка систем прогноза рецидива язвенного гастродуоденального кровотечения // Хирургия. – 2013. – № 8. – С. 28–31.
15. Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Д.Н. Современные аспекты диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* (по материалам консенсуса Маастрихт IV, Флоренция, 2010) // Медицинский совет. – 2012. - № 8. – С. 10-19.
16. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Ашуров Ш.Э., Бекназаров И.Р., Нормухаммедов С.Г., Дехконов Ж.К., Кушиев Ж.К. // Роль и место эндоклипирования при язвенных кровотечениях // Вестник экстренной медицины. – 2018. - № 4. – С. 21-25.
17. Старостин Б.Д. Ингибиторы протонной помпы в гастроэнтерологии // Русский Медицинский Журнал. – 1998. – № 19. – С. 6–12.
18. Стяжкина С.Н., Бекмачева Е.С., Грузда А.М. Структура заболеваемости язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 2. – С. 67.
19. Стяжкина С.Н., Брагина Е.Ю., Захарова Е.А. Тактика ведения пациента хирургического профиля с язвенной болезнью желудка, осложненной кровотечением // Научные исследования. – 2017. – № 5. – С. 16-17.
20. Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки: Москва, Издательство «МЕДпресс-информ». – 2002. – 376 с.
21. Штыгаева О.В., Агеева Е.С., Бурлакова А.В. Клинические и эндоскопические особенности современной язвенной болезни // Крымский терапевтический журнал. – 2022. – № 3. – С. 59-63.
22. Самсонов В.А. Язвенная болезнь. Новые материалы к патоморфологии осложненных ее форм: Издательство «Карелия». – 1975. – 260 с.
23. Комаров Б.Д., Чекмазов И.А., Гришин С.Г., Суворов А.Н. Хирургическое лечение длительно нерубцующихся язв желудка // Экспе-

- риментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2002. – № 3. – с. 72–74.
24. Комаров Ф. И., Калинин А.В. Руководство по гастроэнтерологии: Москва, Издательство «Медицина». – 1995. - 673 с.
25. Kavitt R.T., Lipowska A.M., Adjoa A.Y. Diagnosis and Treatment of Peptic Ulcer Disease // The American journal of medicine. – 2019. - № 4. – P. 447-456.
26. Chandra S., Srivastava A., Manwani K. Peptic ulcerogenesis: etiology, pathogenesis and various clinical aspects // International journal of pharmaceutical sciences and research. - 2020. - № 11. - P. 5334-5345.
27. Johnson H.D. Gastric ulcer: classification, blood group characteristics, secretion patterns and pathogenesis // Annals of surgery. – 1965. – № 6. – С. 996-1004.
28. Johnson H. D., Love A.H., Rogers N.C., Wyatt A.P. Gastric ulcers, blood groups, and acid secretion // Gut. – 1964. – № 5. – С. 402-411.
29. Ali A., Ahmed B.H., Nussbaum M.S. Surgery for peptic ulcer disease // Shackelford's Surgery of the Alimentary Tract, 2 Volume Set. – 2019. – С. 673–701.
30. Дасаева Л.А., Лопатина В.В., Топорова С.Г. Особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в зависимости от локализации язвы //Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – №. 2. – С. 44– 46.
31. Колесникова И.Ю., Павлова Е.К., Григорьева Ю.В. «Высокие» и «Низкие» язвы желудка в постхеликобактерную эру – актуально ли это деление? //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2013. – №. 12. – С. 58–61.
32. Behrman S.W. Management of complicated peptic ulcer disease // Archive Surgery. - 2005. - № 2. - P. 201–208.
33. Гришаева А.С., Полежаев А.А., Макаров В.И. Хирургическое лечение сочетанных осложнений язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Материалы XI съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград. – 2011. – С. 660–661.
34. Афендулов С.А., Журавлев Г.Ю. Хирургическое лечение больных язвенной болезнью: Москва, Издательство « ГЭОТАР – Медиа». - 2008. – 336 с.
35. Уханов А.П.,Захаров Д.В., Жилин С.А., Большаков С.В., Муминов К.Д., Асельдеров Ю.А. Лапароскопическая технология лечения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. - 2023. - № 8. - С. 100-109.
36. Горбунов В.Н., Нагиев Э.Ш., Столярчук Е.В. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 3. – С. 63–69.

37. Кадыров Д.М., Кодиров Ф.Д., Курбонов Д.М., Косимов Х.Ш. Хирургическое лечение постбульбарных язв, осложненных стенозом // Хирургия. – 2010. – № 5. – С. 42–46.
38. Гришин И.Н., Бордаков В.Н., Лобко П.И., Чур Н.Н., Руденок В.В., Бачко В.Н. Функциональные и органические стенозы пилородуоденального канала: Минск, Издательство «Вышэйшая школа». – 2011. - 318 с.
39. Рычагов Г.П. Ошибки, опасности и осложнения желудочной хирургии: Минск, Издательство «Вышэйшая школа». – 1993. - 183 с.
40. Толстокоров А.С., Дергунова С.А., Александров Д.А. Варианты лечения больных с пилородуоденальным стенозом и их результаты // Научно-технический прогресс как фактор развития современного общества. Вестник ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И.Разумовского» – 2018. – С. 266-270.
41. Багненко С.Ф., Синенченко Г.И., Вербицкий В.Г., Курыгин А.А. Применение протоколов организации лечебно–диагностической помощи при язвенных гастродуоденальных кровотечениях в клинической практике // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2007. – № 4. – С. 71–75.
42. Курыгин А.А. Хирургические заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки: Руководство для врачей. – Санкт-Петербург, Издательство «Лань». - 2005. – 896 с.
43. Кузин М.И. Актуальные проблемы хирургии язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 27–32.
44. Гостищев В.К., Евсеев М.А., Головин Р.А. Перфоративные гастродуоденальные язвы: взгляд на проблему // Русский медицинский журнал. – 2005. – Т.13. – №25. – С. 156–162.
45. Рыбачков В.В., Евтихов Р.М., Дряженков И.Г. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки: Ярославль, ООО «Издательский дом «Верхняя Волга». – 2008. - 231 с.
46. Пугаев А.В., Негребов М.Г., Соболев В.В. Лечение больных с пилородуоденальным стенозом // Хирургия. – 2007. – № 10. – С. 23–27.
47. Соболев В.В. Тактика предоперационной подготовки с пилородуоденальными стенозами: Дисс... канд.мед. наук. – Москва, 2004. – 138 с.
48. Нагиев Э.Ш., Столярчук Е.В., Горбунов В.Н. Осложненные гигантские пилородуоденальные язвы: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2009. – № 3. – С. 63–68.
49. Оноприев В.И. Новые концепция, тактика и технологии хирургического лечения осложнённых дуоденальных язв // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2006. – № 1. – С. 11–16.

50. Толстокоров А.С., Стрелков А.С., Дергунова С.А. Хирургическая тактика при гастродуоденальных кровотечениях, сочетанных с другими осложнениями язвенной болезни // Тезисы докладов Первого конгресса московских хирургов «Неотложная и специализированная хирургическая помощь». 19–21 мая. – 2005. – С. 33.
51. Циммерман Я.С. Нерешенные и спорные проблемы современной гастроэнтерологии: Москва, Издательство «МЕДпресс-информ». – 2013. – 224 с.
52. Борисов А.Е., Веселов Ю.Е., Пуруа К.Д. Постульцерорафический синдром: причины развития и патогенетические формы // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2010. – № 3. - С. 25-28.
53. Белоногов Н.И., Валька Е.Н., Янголенко В.В. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и их хирургическое лечение // Медицинский альманах. – 2011. – № 2. - С. 68-71.
54. Lundell L. Acid secretion and gastric surgery // Digestive Diseases. – 2011. – № 5. – С. 487–490.
55. Swahn F., Arnelo U., Enochsson L., Löhr M., Agustsson T., Gustavsson K., A D'Souza M., Lundell L. Endoscopic closure of a perforated peptic ulcer //Endoscopy. – 2011. – № 2. – P. 28–29.
56. Behrman SW. Management of complicated peptic ulcer disease // Archive Surgery. - 2005. - № 2. - P. 201–208.
57. Satoh K., Yoshino J., Akamatsu T., Itoh T., Kato M., Kamada T., Takagi A., Chiba T., Nomura S., Mizokami Y., Murakami K., Sakamoto C., Hiraishi H., Ichinose M., Uemura N., Goto H., Joh T., Miwa H., Sugano K., Shimosegawa T. Evidence-based clinical practice guidelines for peptic ulcer disease 2015 //Journal of gastroenterology. – 2016. – № 3. – С. 177–194.
58. Кондратенко Г.Г., Неверов П.С., Василевич А.П. Хирургия осложнений язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Минск, БГМУ. - 2023. - 60 с.
59. Абакумов М.М., Костюченко Л.Н. Энтеральное питание у больных с язвенными и постожоговыми рубцовыми стриктурами пищевода и выходного отдела желудка // Хирургическая гастроэнтерология. – 2009. – № 2. - С. 76-82.
60. Бойко В.В., Ткач С.В., Грома В.Г., Шевченко А.Н., Лыхман В.Н., Клименко В.П., Багиров Н.В. Предоперационная подготовка и послеоперационное лечение больных с язвенным пилородуоденальным стенозом // Харківська хірургічна школа. – 2013. – №4. – С. 88–91.
61. Arends J., Bachmann P., Baracos V., Barthelemy N., Bertz H., Bozzetti F., Fearon K., Hutterer E., Isenring E., Kaasa S., Krznaric Z., Laird D., Larsson M., Laviano F., Mühlebach S., Muscaritoli V., Oldervoll L., Ravasco P., Solheim T., Strasser F., Van der Schueren M., Preiser J.C. ESPEN

- guidelines on nutrition in cancer patients 2016 // Clin Nutr. - 2017. - № 1. - P. 11-48.
62. Иванова Ю.В., Макаров В.В., Тарабан И.А. Комплексное лечение стенозов выходного отдела желудка // Харківська хірургічна школа. – 2016. – № 1. – С. 146–148.
 63. Глушков Н.И., Горшенин Т.Л., Дулаева С.К. Пути улучшения результатов лечения больных пожилого и старческого возраста с пилородуоденальным стенозом // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 6. – С. 81–87.
 64. Луфта В.М., Багненко С.Ф., Щербук Ю.А., Луфта А.В. Энтеральное питание больных в интенсивной медицине: Практическое руководство. - Санкт-Петербург, СПб НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. - 2010.-180 с.
 65. Hogan R.B., Hamilton J.K., Polter D.E. Preliminary experience with hydrostatic balloon dilation of gastric outlet obstruction // Gastrointestinal endoscopy. – 1986. – № 2. – С. 71–74.
 66. Kochhar R., Sethy P.K., Nagi B., Wig J.D. Endoscopic balloon dilatation of benign gastric outlet obstruction //Journal of gastroenterology and hepatology. – 2004. – № 4. – С. 418–422.
 67. Najm W.I. Peptic ulcer disease //Primary Care: Clinics in Office Practice. – 2011. – № 3. – С. 383–394.
 68. Hamzaoui L., Bouassida V., Mansour I.B., Medhioub V., Ezzine H., Touinsi H., Azouz M.M. Balloon dilatation in patients with gastric outlet obstruction related to peptic ulcer disease // Arab Journal of Gastroenterology. – 2015. – № 3–4. – С. 121–124.
 69. Kim J.H., Shin J.H., Song H.Y. Benign strictures of the esophagus and gastric outlet: interventional management // Korean journal of radiology. – 2010. – № 5. – С. 497–506.
 70. Kochhar R., Kochhar S. Endoscopic balloon dilation for benign gastric outlet obstruction in adults // World journal of gastrointestinal endoscopy. – 2010. – № 1. – P. 29-35.
 71. Lam Y., Lau J.W., Fung T.M., Ng E.K., Wong S.K., Sung J.J., Chung S.S. Endoscopic balloon dilation for benign gastric outlet obstruction with or without Helicobacter pylori infection //Gastrointestinal endoscopy. – 2004. – № 2. – P. 229–233.
 72. Taskin V., Gurer I., Ozyilkan E., Sare M., Hilmioglu F. Effect of Helicobacter pylori eradication on peptic ulcer disease complicated with outlet obstruction //Helicobacter. – 2000. – № 1. – С. 38–40.
 73. Chun H.J., Yang S.K., Choi M.G. Clinical Gastrointestinal Endoscopy: Springer. - 2018. - 23 p.
 74. Dormann A.J., Deppe H., Wigglinghaus B. Self-expanding metallic stents for continuous dilatation of benign stenoses in gastrointestinal tract—first results of long-term follow-up in interim stent application in

- pyloric and colonic obstructions // Zeitschrift für Gastroenterologie. – 2001. – № 11. – С. 957–960.
75. Weil P.H., Buchberger R. From Billroth to PCV: a century of gastric surgery // World journal of surgery. – 1999. – № 7. – P. 736-742.
76. Finney J.M.T. A new method of pyloroplasty // Bull Johns Hopkins Hosp. – 1902. – № 13. – P. 155.
77. Yazici P., Kaya C. Management of recurrent peptic ulcer perforation: problem-focused or definitive surgery? // II Int. J. Surg. – 2014. – № 8. – P. 803– 804.
78. Zittel T.T., Jehle E.C., Becker H.D. Surgical management of peptic ulcer disease today – indication, technique and outcome // Langenbeck's Arch. Surg. – 2000. – № 2. – С. 84–96.
79. Dahm K., Werner B., Eichen R., Mitschke H. Experimental cancer of the gastric stump // Gastric cancer. – Springer, Berlin, Heidelberg, 1979. – P. 44-59.
80. Khakimov M.Sh., Ashurov Sh.E., Dekhkonov J.K., Kushiev J.Kh. The role of morphological analysis in the treatment of ulcer and its complications // Central Asian Journal of Medicine. - 2023. - № 2. - P. 95-104.
81. Хакимов М.Ш., Ашуров Ш.Э., Кушиев Ж.Х. // Опыт этапной эндоскопической баллонной дилатации при пилоростенозе // В материалах конференции «Вахидовские чтения - 2023» «Роль малоинвазивных, высокотехнологичных и гибридных оперативных вмешательств в трансформации хирургической службы страны». - Самарканд, 2023. - С. 83-84.