

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

**ОЛИЙ ТАЪЛИМ ТИЗИМИ ПЕДАГОГ ВА РАЎБАР КАДРЛАРИНИ ҚАЙТА
ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРИНИГ МАЛАКАСИНИ ОШИРИШНИ ТАШКИЛ
ЭТИШ БОШ ИЛМИЙ - МЕТОДИК МАРКАЗИ**

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲЎЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ
КАДРЛАРИНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРИНИГ МАЛАКАСИНИ
ОШИРИШ ТАРМОҚ МАРКАЗИ**

ДАВОЛАШ ИШИ

йўналиши

**“Тиббиётда (хирургияда) замонавий
диагностика усуллари”**

модули бўйича

Ў Қ У В – У С Л У Б И Й М А Ж М У А

Тошкент – 2018

*Мазкур ўқув-услубий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг _____ йил
_____сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида
тайёрланди.*

Тузувчилар:

Охунов А.О. – тиббиёт фанлар доктори, профессор, Тошкент Тиббиёт Академияси умумий ва болалар хирургия кафедраси мудири.

Тақризчи: Тошкент Тиббиёт Академияси 1-сон факултет ва госпитал жаррохлик кафедраси мудири. М.Ш. Хақимов

*Ўқув-услубий мажмуа Тошкент тиббиёт академияси Кенгашининг _____ йил
_____сонли қарори билан нашрга тавсия қилинган*

МУНДАРИЖА

I. ИШЧИ ДАСТУР.....	4
II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ.....	19
III. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР.....	27
IV. АМАЛИЙМАШҒУЛОТМАТЕРИАЛЛАР.....	81
V. КЕЙСЛАР БАНКИ.....	174
VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ.....	208
VII. ГЛОССАРИЙ.....	209
VIII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ.....	211

I. ИШЧИ ДАСТУР

Кириш

Дастур Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2015 йил 12 июндаги “Олий таълим муассасаларининг раҳбар ва педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-4732-сон Фармонидаги устувор йўналишлар мазмунидан келиб чиққан ҳолда тўзилган бўлиб, у замонавий талаблар асосида қайта тайёрлаш ва малака ошириш жараёнларининг мазмунини такомиллаштириш ҳамда олий таълим муассасалари педагог кадрларининг касбий компетентлигини мунтазам ошириб боришни мақсад қилади.

Дастур мазмуни олий таълимнинг норматив-ҳуқуқий асослари ва қонунчилик нормалари, илғор таълим технологиялари ва педагогик маҳорат, таълим жараёнида ахборот-коммуникация технологияларини қўллаш, амалий хорижий тил, тизимли таҳлил ва қарор қабул қилиш асослари, махсус фанлар негизида илмий ва амалий тадқиқотлар, технологик тараққиёт ва ўқув жараёнини ташкил этишнинг замонавий услублари бўйича сўнгги ютуқлар, педагогнинг касбий компетентлиги, глобал Интернет тармоғини ўзлаштириш бўйича янги билим, кўникма ва малакаларини шакллантиришни назарда тутди.

Дастур доирасида берилган мавзулар таълим соҳаси бўйича педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш мазмуни, сифати ва уларнинг тайёргарлигига қўйилган умумий малака талаблари ва ўқув режалари асосида шакллантирилган бўлиб, бу орқали олий таълим муассасалари педагог кадрларининг соҳага оид замонавий таълим ва инновация технологиялари, илғор хорижий тажрибалардан самарали фойдаланиш, ахборот-коммуникация технологияларини ўқув жараёнига кенг тадбиқ этиш, чет тилларини интенсив ўзлаштириш даражасини ошириш ҳисобига уларнинг касб маҳоратини, илмий фаолиятини мунтазам юксалтириш, олий таълим муассасаларида ўқув-тарбия жараёнларини ташкил этиш ва бошқаришни тизимли таҳлил қилиш, шунингдек, педагогик вазиятларда оптимал қарорлар қабул қилиш билан боғлиқ компетенцияларга эга бўлишлари таъминланади.

Қайта тайёрлаш ва малака ошириш йўналишининг ўзига хос хусусиятлари ҳамда долзарб масалаларидан келиб чиққан ҳолда дастурда тингловчиларнинг махсус фанлар доирасидаги билим, кўникма, малака ҳамда компетенцияларига қўйиладиган талаблар такомиллаштирилиши мумкин.

Мамлакатимизда таълим-тарбия тизимини тубдан ислох қилиш, уни замон талаблари даражасига кўтариш, жаҳон стандартларига мослаштириш, миллий кадрлар тайёрлашнинг янгиланган тизимини вужудга келтириш, мустақиллигимизни мустаҳкамлашда хизмат қилувчи билимли, иқтидорли, истиқлол тафаккурини ўзида сингдирган авлодни тарбиялаш бугунги куннинг долзарб вазифаларидан биридир.

Қайта тайёрлаш ва малака ошириш йўналишининг ўзига хос хусусиятлари ҳамда долзарб масалаларидан келиб чиққан ҳолда дастурда тингловчиларнинг махсус фанлар доирасидаги билим, кўникма, малака ҳамда компетенцияларига қўйиладиган талаблар такомиллаштирилиши мумкин.

Модулнинг мақсади ва вазифалари

Модулнинг мақсади: соғлиқни сақлаш тизимида юқори малакали етўқ мутахассисларга бўлган эҳтиёжни қондира оладиган, билим, малака ва амалий кўникмаларни керакли ҳажмда эгаллаган педагог кадрларни таёрлашдан иборат.

Модулнинг вазифалари:

- даволаш иши (хирургия) йўналиши фанларининг тараққиёт йўналишларида касалликларни эрта ташхислашда замонавий технологиялардан фойдаланиш ва амалиётда қўллаш туғрисида маълумотларни ўзлаштириш;
- хирургияда замонавий инвазив ва ноинвазив текшириш усулларини қўллаш учун курсатмалар билан танишиш ва уларни ўз амалиётида ишлатиш. Нур, нурсиз, гологлафик ва эндовизуал усуллар билан ташхислаш деб номланган замонавий технологияларнинг тиббий имкониятларини ўрганиш;
- ҳозирги вақтда дунё тиббиётида хирургия амалиётига киритилаётган ташхислаш янгиликлари, уларнинг афзаллик томонлари, ташхислаш иши йўналишида янгича ёндошишлар, ташхислаш иши йўналиши тармоғида

замонавий инновацион ўзгаришлар билан танишиш ва амалиётда қўллашни ўргатиш.

- малака оширувчилар билан Республикамиз етук марказларига чикиб уларда мутахассисларни жалб қилган ҳолда тулик кунли мастер класс жараенини ташкиллаштириш: Республика йирингли жаррохлик ва кандли диабет жаррохлик асоратлар маркази, Республика болалар каминвазив хирургия маркази ва бошкалар.

Ушбу мажмуа хирургия йуналиши бўйича мулжалланган бўлиб, ўқув режа асосида тузилган ва ягона ўқув-услубий хужжат бўлиб ҳисобланади.

Хирургияда замонавий ташхислаш усуллари, ушбу дастур тингловчиларнинг замонавий талаб даражасида билимга эга бўлиш ва шунга асосан ўқув жараёнини ташкил этишда олган билимларини жорий этишга йўналтирилгандир.

Хирургик касалликлари фани доимо ривожланишда бўлганлиги сабабли, тасаввурлар янгиланиб туради.

Хирургик касалликларини ташхислашда капсулани ва навигацион эндоскопия, 3D ва 4D ультратовуш, рангли спектрал ва контрастли доплерография, позитронэмиSSION ва куп тармокли мультиспирал томография каби янги текшириш усуллари пайдо бўлган ва улар кундан кунга ривожланиб бормоқда, анъанавий тасаввурлар ўзгариб борапти ва кўплаб янгиликлар киритилди. Ушбу модуль тиббиёт олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчилари хирургик касалликлари мутахассислиги бўйича малакасини оширишга мулжалланган ҳажмни ўз ичига олган.

Тингловчиларни хирургик касалликларининг долзарб муаммолари билан таништириш ҳамда ўқитишда замонавий тиббий ва педагогик технологияларни киритиб, ўқув жараёнини такомиллаштиришга интиланган тиббиёт олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчиларининг касбий малакасини оширишга йўналтирилган.

Модул бўйича тингловчиларнинг билими, кўникмаси, малакаси ва компетенцияларига қўйиладиган талаблар

“Тиббиётда (хирургияда) замонавий диагностика усуллари” модулини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида

ТИНГЛОВЧИ:

- хирургия фанининг асосий назарий ва амалий соҳаларда эришган ютуқлари, муаммолари ва уларнинг ривожланиш истикболларини;

- хирургия фанини фундаментал ва амалий жиҳатларини;

-хирургия соҳасидаги инновацияларни ва таълим технологияларини ўқув жараёнига татбиқ этишнинг назарий ва амалий асосларини;

- хирургия соҳасидаги мутахассисларга қўйиладиган замонавий талабларни;

- хирургия соҳасидаги амалий хирургик касалликларни ва уларнинг ривожланиш босқичларини;

- хирургия касалликлар диагностикаси стандартларини;

- хирургик касалликларнинг кечиш хусусиятлари ҳақидаги **билимларга эга бўлиши;**

- хирургия фанларини ўқитишда илғор таълим технологияларидан самарали фойдаланиш;

- хирургик касалликларининг ривожланиш босқичларидан келиб чиққан ҳолда уларга ёндашиш;

- хирургик касалликларга социал-демографик муаммолардан келиб чиққан ҳолда ташхис қўйиш;

- замонавий диагностика, даволаш ва профилактика усулларида самарали фойдаланиш;

- хирургик касалликларнинг интеграрлашган усулда даволаш **кўникмаларини эгаллаши;**

- хирургия соҳасида замонавий диагностик усулларида фойдаланиш;

- хирургик касалликларининг кечиш динамикасини аниқлаш;

- хирургия фанларини ўқитишда муаммоли педагогик вазиятларга инновацион ёндашиш **малакаларини эгаллаши;**

- хирургик касалликлар диагностикасида илғор хорижий тажрибаларни амалиётда қўллаш;
- хирургияда учрайдиган шошилиш ҳолатларида тез ёрдам кўрсатиш;
- хирургик операцияларни ўтказишда замонавий диагностик усулларни қўллаш **компетенцияларига** эга бўлиши ва **педагогик креативлик сифатларини** эгаллаши лозим.

Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар

“Хирургияда замонавий диагностика усуллари” модули маъруза ва амалий машғулотлар шаклида олиб борилсада, бунда вазиятли машқлар, слайдларни кўрсатиш, алоҳида педагогик вазиятларни шарҳлаш кабилардан фойдаланиш тавсия этилади.

Модулни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган:

- маъруза дарсларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида презентация ва электрон-дидактик технологиялардан;
- ўтказиладиган амалий машғулотларда техник воситалардан, экспресс сўровлари, ақлий ҳужум, кичик гуруҳлар билан ишлаш, ва бошқа интерфаол таълим усуллари қўллаш назарда тутилади.

Модулни ўқув режадаги бошқа модуллар билан боғликлиги ва ўзвийлиги

“Хирургияда замонавий диагностика усуллари” модули мазмунан ўқув режадаги “Олий таълимнинг норматив-ҳуқуқий асослари”, “Илғор таълим технологиялари ва педагогик маҳорат”, “Таълим жараёнида ахборот-коммуникация технологияларини қўллаш” каби ўқув модуллари билан ўзвий боғлиқ бўлиб, педагогик фаолиятни самарали кечишини таъминлаш учун хизмат қилади.

Модулни олий таълимдаги ўрни

Тингловчилар модул доирасида ўзатиладиган маълумотларни таълим-тарбия жараёнини далил исботларга асосланган тиббиётни амалга ошириб, мақбул қарор қабул қилишга доир касбий компетентликка эга бўладилар.

Модул бўйича соатлар тақсимоти

№	Модул мавзулари	Тингловчининг ўқув юкламаси, соат					
		ҳаммаси	Аудитория ўқув юкламаси				мустакил таълим
			жами	жумладан			
		назарий		амалий машғулот	кўчма машғулот		
1	Хирургик хасталикларини замонавий ташхислаш усулларининг умумий муаммолари	14	14	6	4	4	-
2	Хирургик хасталикларини замонавий ташхислаш усулларининг хусусий бўлими	26	24	8	8	8	2
3	Хирургик хасталикларини ташхислаш усулларининг XXI аср истиқболлари	4	2	2	-		2
	Жами: 44 соат	44	40	16	12	12	4

НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1 – мавзу: Хирургияда замонавий ташхислаш усулларининг шаклланиб бориш босқичлари. Хирургияда қулланиладиган замонавий физиологик текшириш усуллари.

Хирургияда қулланиладиган махсус текшириш усулларининг таснифи. Хирургияда ташхислаш усулларнинг шаклланиб бориш босқичлари. Электрофизиологик текшириш усуллари. Ультратовуш текшириш усуллари. Ультратовуш сканерлар замонавий таснифи. Мобил ультратовуш сканер. Допплер тахлили. Кон-томир хирургиясида қулланиладиган ультратовуш текшириш усуллари. Ультратовуш ташхислаш усулларнинг асосий тизимли компонентлари. Ультратовуш текшириш усуллари учун қулланиладиган замонавий электрон датчиклар. Хирургияда қулланиладиган ультратовуш текшириш усулларининг компьютерлаштирилган дастурлари (кардиодастур, ангиодастур ва бошқалар), текшириш учун қулланиладиган замонавий датчиклар (қуйи еки юкори зичликдаги, куп микдордаги пьезоэлементли, каналли), замонавий опциялари (3D, 4D, 5D, эластография ва бошқалар), В-тартибли, рангли дуплекс сканерлар ва бошқалар). Энергетик доплерография, рангли конфергент доплерография, икки ва учулчамли

доплер сканерлар, эхоконтрастлаш усуллари (динамик ангиография ва тукумалар учун).

2 – мавзу: Хирургик хасталикларни замонавий рентгенологик технологиялар куллаш билан ташхислаш усуллари.

Рентгенографик текшириш усулларининг афзаллиги ва қачиликлари. Хирургияда кулланиладиган замонавий компьютерли томография, мультиспирал компьютерли томография, контрастли компьютерли томография. Компьютер томография ердамида кон-томирларни дифференциал текшириш усуллари. Компьютер томографиянинг афзаллиги ва қачиликлари. Корин бушлик хирургик хасталикларини ташхислашда компьютер томографисини куллаш учун курсатмалар. Компьютер томографияни куллаш учун қарши курсатмалар. Контрастли компьютер томография утказиш учун чегармалар. Виртуал колоноскопия. Хирургия фанини уқитишда голографик техник усулларини куллаш. Виртуал аутопсия. Магнит-резонанс томография куллаш учун курсатмалар ва қарши курсатмалар. Магнит-резонанс томография усули тугрисида умумий тушунча. Магнит-резонанс томографиянинг афзаллиги ва қачиликлари. Хирургик хасталикларини ташхислашда Magnetom Espree тизимининг урни. Позитрон-эмиссион томографияни куллаш учун курсатма ва қарши курсатмалар. Позитрон-эмиссион томографиянинг афзаллиги ва қачиликлари. Эндovasкуляр ташхислаш усуллари. Замонавий ангиография ташхислаш усулларини утказиш учун курсатма ва қаршикурсатмалар, афзаллиги ва қачиликлари.

3 – мавзу: Хирургик хасталикларни замонавий эндовизуал технологиялар куллаш билан ташхислаш усуллари.

Эндовизуал технологияларнинг келиб чиқиш қискача тарихи. Замонавий эндовизуал технологияларни ишлаб чиқувчи корпорациялар (Karl Storz, Olimpus). Замонавий эндоскопларни шакллантиришда Филипп Боззини, Пьер Сегалас, Антоний Жан Десормакс, Густав Трауве, Джозеф Леитер, Максимилиян Нитзе, Джохан Микулич, Харолд Хопкинсларнинг урни. Замонавий эндоскоплар учун асосий талаблар. Замонавий эндоскопия турлари (назофарингоскопия, бронхоскопия, гастроскопия, гистероскопия, колоноскопия, кольпоскопия, лапароскопия, отоскопия, ректороманоскопия, уретероскопия, холангиоскопия, цистоскопия, эзофагогастроуденоскопия, фистулоскопия, торақоскопия, ангиоскопия, артроскопия, вентрикулоскопия, кардиоскопия, пиелоскопия). Замонавий i-LOGIC навигацияли бронхоскопия тизими: унинг моҳиятлари ва хирургик хасталикларини эрта ташхислашда афзаллиги. Капсулали эндоскопия – унинг тузулмаси, афзаллиги, текшириш

усулини бажариш боскичлари). Кичик инвазив эндовизуал технологияларнинг турлари ва уларни шошилиш ва режали хирургияда куллаш урни. Бир портли лапароскопик хирургия турлари: SPL, SPA, SILS, LESS, OPUS, E-NOTES, NOTUS, TUES, TULA, LESSS ва бошқалар. NOTES технологияси, уни 205 йилда ташкил булиши учун келиб чиккан замин. NOTES нинг экспериментал усуллари ва бугунги кунда дуне микиесида куллаш мохаратлари. Эндоскопик бирламчи субмукоз тунеллаш усуллари. Эндовизуал технологиялар учун кулланиладиган асбобларнинг ривожланиш истикболлари.

4 – мавзу: Хирургик хасталикларни замонавий робототехника куллаш билан ташхислаш усуллари

Хирургияда ташхислашда роботизация жараени ривожланиши. Робототехникани тадбик килиниши. Робототехникани хирургияда самарадорлиги. Робототехниканинг компонентлари: хирург консоли, операцион стол олдидаги ускуна, InSite курик тизими (High definition), EndoWrist асбоблари. Робототехника ердамида кулланиладиган текшириш ва хирургик амалиетлар усуллари. Замонавий технологияларни таснифи: ex-vivo porcine model setup for gastric ESD, USGI “TransPort” ва бошқалар. Замонавий робототехника ердамида бажариладиган амалиетларни видеотасвирларини намоиш килиш.

5 – мавзу: Хирургик инфекцияни замонавий ташхислаш усуллари

Хирургик сепсис замонавий таърифи. Чикаго (АКШ) келишув конференциясида кабул килинган асосий коидалар. Хирургик сепсиснинг замонавий атамалари: бактериемия, тизимли яллигланиш синдроми, сепсис-синдром, огир сепсис, септик карахт, полиорган дисфункция синдроми. Хирургик сепсиснинг таснифи: келиб чикиши буйича, учокнинг жойланиши буйича, кузгатувчини тури буйича, учоклари буйича, ривожланиш вакти буйича, клиник кечиш буйича, организмнинг реакция турлари буйича, клиник-анатомик белгилар буйича, клиник кечиш фазалари буйича). Хирургик инфекция этиологияси. Хирургик инфекция патогенези назариялари. Цитокинлар тугрисида тушунча. Полиорган дисфункцияни ривожланиш патогенези. Септик карахтни ривожланиш патогенези. Хирургик инфекцияни ташхислаш лаборатор усуллари: лейкоцитоз еки лейкопения, тромбоцитопения, бактериемия, анемия, ЭЧТ, сийдикдаги узгаришлар. Хирургик инфекцияни ташхислаш маркерлари. Прокальцитонин – хирургик инфекцияни замонавий ташхислаш курсатгичи. Полиорган дисфункцияни ташхислаш алгоритми.

6 – мавзу: Хирургик хасталиклар ва шикастланишларни замонавий интеграл дастурлар ва усулларни куллаш билан ташхислаш усуллари

Интеграл ташхислаш усулларнинг бугунги кундаги долзарблиги. Интеграл ташхислаш усулларни куллаш учун асосий максоди. Прогностик ташхислаш усулларнинг асосий тузулмалари. Хирургик хасталикларнинг кечишини прогноз килиш ва бемор ахволини баҳолаш учун кулланиладиган куп табакали тизимлар (APACHE, SUPPORT, HIS, TISS, NEMS, POSSUM, SAPS, Sicknes Score, RAPS ва MPM). Моно- еки полиорган дисфунция (етишмовчилик)ни ривожланиш даражасини интеграл ташхислаш усуллари (MOFSG, LODS, MODS, OFC, MOFST ва SOFA). Болалар хирургик хасталикларда ташхислаш жараени учун кулланиладиган интеграл усуллар (NTISS, PSI, PSI/TISS ratio, PRISM, DORA, SNAP, SNAP-PE, APSC ва CRIB). Умумий хирургик инфекция жараенини ташхислаш учун кулланиладиган замонавий интеграл усуллар (SS, SSS, PMFBS, ODIN, PSISU, PGNI ва бошкалар). Эндоген интоксикацияни ташхислаш интеграл усуллари. Хирургик беморларни огирлик даражасини аниклаш усуллари. Аник хирургик хасталиклар еки шикастланиш турлари буйича кулланиладиган интеграл ташхислаш усуллари.

7 – мавзу: Замонавий комплекс ташхислаш усуллар ва алгоритм стандартларини мохияти

Хирургияда замонавий комплекс ташхислаш тугрисида умумий тушунча. Бугунги кунда ташхислаш алгоритмларинг хаётимизга кириб келиши. Ташхислаш стандартларининг мохияти. Алгоритм стандартларини тузилмаси буйича назарий асослари. Ташхислаш стандартлари куллаш табакалари: туман микийёсида, сахар микийёсида, вилоят микийёсида, Республика ихтисослаштирилган марказлар микийёсида. Ташхислаш стандартларини тузишда чет-эл стандартлари билан киеслаш мохияти.

8 – мавзу: Замонавий гибрид ва кичик инвазив хирургик ташхислаш усулларининг мохияти ва камчиликлари. Ташхислаш жараенининг истикболлари

Гибрид усулларнинг атамалари, турлари ва таснифи. Гибрид текшириш усулларни утказиш учун операцион хоналар тузулмаси. Гибрид текшириш усулларнинг асосий йуналишлари. Гибрид операциялар. Кичик инвазив ташхислаш усуллари. Хирургияда кичик инвазив ташхислаш усулларни куллаш учун курсатмалар ва карши курсатмалар. Хирургияда кулланиладиган кичик инвазив ташхислаш усулларнинг афзаллиги ва камчиликлари. Аорта клапанларини транскатетерли имплантация утказиш. Хирургик аритмологияда

кичик инвазив гибрид аралашувларни куллаш. Кичик инвазив ташхислаш технологияларни онкология, урология, гинекология, кардиохирургия, торакал хирургия сохаларида урни.

АМАЛИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

1–амалий машғулот:

Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердэм курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш усуллар (1-кисми)

Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердэмда ташхислаш стандартларининг мохияти. Уткир аппендицитни замонавий ташхислаш усуллари. Дифференциал ташхислаш усуллари. Ошқозон ва УБИ хасталикларини замонавий ташхислаш усуллари. Ошқозон ва УБИ яра касалликлари асоратларини замонавий ташхислаш усуллари: пилоростеноз, пенетрация, перфорация, ярадан кон кетиш. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Жигар ва ут йуллари хасталикларини замонавий ташхислаш усуллари: ут-тош касаллиги, уткир калькулез холецистит, холедохолитиаз, холангит, ут йуллари стриктураси, билиодегистив окма яралар, уткир панкреатит, панкреонекроз, йирингли-некротик панкреатит, корин орти бушлигининг флегмонаси. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

2–амалий машғулот:

Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердэм курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш усуллар (2-кисми)

Ичак ва унинг туткичини хирургик хасталикларини замонавий ташхислар боскичлари. Ингичка ва югон ичаклар дивертикули, ичак окма яралари, мезентериал кон томирлар кон айланиши уткир бузилиши, ичак уткир тутилиши ва унинг боскичлари. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

Кисилган чурралар ва унинг асоратлари. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

3–амалий машғулот:

Хирургия йуналлишидаги тез тиббий ердан курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш усуллар (3-кисми)

Корин очик ва эпик шикастлари, уларнинг асоратлари (карахт, кон кетиш, перитонит). Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Корин бушлигига кирувчи ва кирмаган жароҳатларни дифференциал ташхислаш усуллари. Корин ички аъзоларнинг шикастланиши ва жароҳатланиши. Талок ерилиши. Жигар ерилиши. Ковак аъзо ерилиши. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Чанок соҳасидаги жароҳатланишлар. Чанок соҳасидаги ук теккат жароҳатлари. Чанок аъзоларини жароҳатланиши. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

4–амалий машғулот:

Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллари (1-кисми).

Чурралар: корин олди девори чурраларининг анатомияси, келиб чиқиш сабалари, таснифи, клиник манзараси ва ташхисланиши. Кайталанадиган чурраларни ташхислаш усуллари. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Жигар, ут копи ва ут йуллари хасталиклари. Жигар, ут копи ва ут йуллари ривожланиш нуксонлари. Жигардаги учокли хосилалари: абсцесслар ва кисталар. Жигарнинг паразитар ва нопазаритар хасталиклари. Жигар эхинококкози, альвеококкози ва описторхозу. Сурункали калькулез холецистит. Портал гипертензия. Жигар, ут копи ва ут йуллари сифатли ва сифатсиз

усмалари. Замоनावий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Ошкозон ва ун икки бармок ичак хирургик хасталиклари. Кизилунгач, ошкозон ва ун икки бармок ичакларнинг дивертикули. Кизилунгач стриктураси ва унинг даражалари. Ошкозон ва ун икки бармок ичак сурункали яралари. Операция утказилган ошкозон хасталиклари. Кизилунгач, ошкозон ва ун икки бармок ичакнинг сифатли ва сифатсиз усмалари. Замоनावий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Ошкозон ости безининг хирургик хасталиклари. Ошкозон ости безининг кисталари ва окма яралари. Ошкозон ости безининг сифатли ва сифатсиз усмалари. Замоनावий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Талокнинг хирургик хасталиклари, учокли хосилалари, сифатли ва сифатсиз усмалари. Кон касалликлар. Замоनावий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

5–амалий машғулот:

Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллари (2-қисми).

Тугри ичак ва анал накалининг хасталиклари. Геморрой. Криптит. Папиллит. Анал ёриги. Уткир парапроктит. Сурункали парапроктит. Тугри ичак тушиб қолиши. Анал сфинктерининг етишмовчилиги. Тугри ичак-кин окма яралари. Эпителиал думгаза йули. Параректал кисталар ва усмалар. Замоनावий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Тугри ичак шикасти ва ед жисмлари. Замоनावий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Тугри ичак усмалари. Замоनावий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга

курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Югон ичак дивертикули. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Крон хасталиги. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Носпецефик ярали колит. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

6–амалий машғулот:

Хирургик инфекцияда замонавий ташхислаш усуллари

Жарохатлар тугрисида таълим. Жарохатлар таснифи. Жарохатлар асоратлари. Жарохат кечиш боскичлари ва жарохатларни битиш турлари. Жарохатларга бирламчи ишлов бериш амалиёти. Йирингли жарохатларни ташхислаш усуллари. Тери ва тери ости ег каватининг йткир хирургик хасталиклари: фолликулит, фурункул, карбункул, гидраденит, лимфангит, лимфаденит, сарамас. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Юмшок тукумалар флегмона ва абсцесслари. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Некротик фасциит ва миозит, стрептококкли ва анаэроб жарохат инфекцияси. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Кафт ва бармоқлар йирингли хасталиклари. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича

асосий тавсиялар стандартлари. Хирургик сепсис. Умумий тушунча ва таснифи. Сепсис тугрисида таълимнинг ривожланиш асосий боскичлари. Сепсиснинг замонавий таърифи ва Чикаго (АКШ) келишув конференциясида қабул қилинган (1991) замонавий терминологияси. Хирургик сепсис этиологияси ва патогенези. Хирургик сепсисни клиник манзараси. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниқлаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш бўйича асосий тавсиялар стандартлари.

ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ

Мазкур модул бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларида фойдаланилади:

- маърузалар, амалий машғулотлар (маълумотлар ва технологияларни англаб олиш, ақлий қизиқишни ривожлантириш, назарий билимларни мустаҳкамлаш);
- давра суҳбатлари (кўрилаётган лойиҳа ечимлари бўйича таклиф бериш қобилиятини ошириш, эшитиш, идрок қилиш ва мантиқий хулосалар чиқариш);
- баҳс ва мунозаралар (лойиҳалар ечими бўйича далиллар ва асосли аргументларни тақдим қилиш, эшитиш ва муаммолар ечимини топиш қобилиятини ривожлантириш).

БАҲОЛАШ МЕЗОНЛАРИ

№	Ўқув-топшириқ турлари	Максимал балл	Баҳолаш мезони		
		2.5	“аъло”	“яхши”	“ўрта”
1	Кейс топшириқлари	1.2 балл	2,2-2,5	1,8-2,1	1,4-1,7
2	Мустақил иш топшириқлари	0.5 балл			
3	Амалий топшириқлар	0.8 балл			

1. Республика йирингли жаррохлик маркази
2. Республика Эндовизиял болалар хирургия маркази

II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ

1. «БИР-БИРИНИ ЎҚИТИШ».

Ўқитиш мақсади – тингловчилар ўқуш жараёнида фаол қатнашиши ва билимларини гуруҳдаги бошқа тингловчиларга етказиш учун имқоният бериш. Мақсад шундан иборатки, тингловчи ўзи билган маълумотни ўргатиши ва бошқа тингловчидан яна бир маълумот ўрганиши лозим.

Ўтказиш тартиби: Ўқув хонасида ҳар бир тингловчига ўқитувчи мавзу бўйича атамалар киритилган 1-2 тадан карточка таркатади. 5 дақиқа давомида тингловчи карточкада кўрсатилган терминологияни ўқиб ўзлаштиради. Шу вақт мобайнида ўқитувчи хона бўйлаб айланиб юриб, тингловчи берилган информацияни тушунган ёки тушунмаганлигини текширади. Белгиланган берилган вақт тугаганда ўқитувчи тингловчига ўқув хонаси бўйлаб ҳаракатланиб дуч келганига ўзи билган факт билан таништиришни буюради. Ўқитувчи тингловчилар билан мулоқот вақтида тингловчилар фикрини тўғрилаб боради ва тингловчи маълумотни битта тингловчига ўргатишини, шунингдек ажратилган вақт мобайнида тингловчи ҳар бири билан маълумот алмашишини кўзатиб боради. Тингловчилар шу вазифани тугатганларидан кейин ўқитувчи улардан бир-бирларидан ўрганган маълумотларни сўраб-суриштиради. Агар зарурият бўлса ўқитувчи жавобларни доскада ёки флипкартада кўрсатади.

Намуна: “Юмшоқ тўқималарнинг очик ва ёпик шикастлари”.

ЛАТ ЕЙИШ	Бу юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ механик шикастланиши бўлиб, бунда аъзо ва тўқималарнинг анатомик бутунлиги бўзилмайди.
ЧУЗИЛИШ	Бу тўқималарнинг анатомик бутунлиги сақланган ҳолда қисман узилишлар бўлиши билан ҳарактерланади.
УЗИЛИШ	Бу аъзо ёки тўқималарнинг ёпиқ шикастланиши бўлиб, уларнинг анатомик бутунлиги бузилиши кўзатилади.
МУШАКЛАР УЗИЛИШИ	Бу мушакларнинг ёпиқ шикастланиши бўлиб, уларнинг анатомик бутунлиги бузилиши билан ҳарактерланади.
ЧАЙКАЛИШ	Бу тўқимага механик таъсир бўлиб, тўқималарда яққол анатомик бузилишларсиз уларнинг функционал ҳолатининг бузилишига олиб келади.
УЗОҚ БОСИЛИШ СИНДРОМИ	Бу ўзига хос патологик ҳолат бўлиб, юмшоқ тўқималарнинг узоқ (2-4 соатдан кўп) вақт давомида босилиши билан боғлиқ бўлади.

2. «ЗАНЖИР» УСУЛИ.

Ўқитувчи мавзу бўйича аниқликни бир турини айтади. Кейин занжир бўйича ҳар бир тингловчи бу жавобни давом этади. Бу тингловчи айтган маълумотни навбатдаги тингловчи такрорлайди ва ўзининг жавобини қўшади. Шу тариқа занжир бўйича тингловчилар жавоб айтиб чиқишади. Қайси тингловчи ўзининг навбатдаги жавобини айта олмаса ёки айтилган жавобни такрорласа ўйиндан чиқади. Биринчи ўйиндан чиққан тингловчи минимал балл олади, ўйин охиригача қолган тингловчи максимал балл олади.

Намуна:

Ўқитувчи: жароҳатловчи восита ва жароҳатланиш характериға қараб бирор жароҳатни ажратади:

кесилган

- 1-чи тингловчи: кесилган ва мажақланган.

- 2-чи тингловчи: кесилган, мажақланган ва санчилган.

- 3-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган ва чопилган.
- 4-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган ва лат еган.
- 5-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган ва тишланган.
- 6-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган, тишланган ва йиртилган.
- 7-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган, тишланган, йиртилган ва аралаш.
- 8-чи тингловчи: кесилган, мажақланган, санчилган, чопилган, лат еган, тишланган, йиртилган, аралаш ва ўқотар.

Биринчи давра тугагандан сўнг тингловчилар жойларини алмаштирадилар ва сценарий такрорланади.

3. «КАРТОН» МЕТОДИ.

Картон қоғозга тегишли маълумот ёзилади, уни топиш керак бўлади. Саволга жавоб бериши керак бўлган тингловчи ўқитувчининг ёнида гуруҳга юзи билан қараб туради. Жавоб берадиган тингловчи картондаги ёзувни кўрмайди. Бошқа тингловчилар картондаги ёзувни кўриб туришади. Ҳар бир тингловчи навбат билан картондаги жавобнинг тегишли белгиларини айтишади. Жавоб берадиган тингловчи гуруҳдошлари айтган белгилардан картондаги маълумотни аниқлайди.

Намуна: “Жароҳатлар”

Картондаги ёзув – **КЕСИЛГАН ЖАРОҲАТ**

Тингловчилар айтадиган белгилар:

1. Ўткир жисм орқали етказилади.
2. Тўқималарга таъсир қилганда юқори босимдаги таъсир кучи тор соҳага қаратилади, жароҳат етказувчи жисм йуналишида тўқималарни осон ажратади.
3. Атроф тўқималар бунда кам зарарланади.
4. Бунда жароҳатловчи жисм озгина механик куч берилганда чуқурроқ киради, чуқур жойлашган тўқималарни ҳам осон жароҳатлайди.
5. Оғриқ синдроми ўртача намоён бўлади.

6. Қон кетиши кўп миқдорда.
7. Жароҳатни очиклиги жароҳат ўқи ва лангер чизикларига боғлиқ бўлади.
8. Қон томирлар, нервлар, ковак аъзоларни жароҳатлаши билан хавфли.
9. Асоратсиз битади, кўпинча — битиши бирламчи.

Картондаги ёзув - **САНЧИЛГАН ЖАРОҲАТ**

Тингловчилар айтадиган белгилар:

1. Жароҳат ингичка ўткир жисм билан етказилади.
2. Унинг анатомик хусусияти теридаги кичкина соҳасида чуқур жароҳат билан характерланади (ёки шиллиқ қаватда).
3. Оғриқ синдроми кам намоён бўлади.
4. Жароҳат кенгайиши кўзатилмайди.
5. Ташқи қон кетиши йўқ.
6. Гематома ривожланиши мумкин.
7. Ўзига хослиги шундаки, арзимаган катталиқдаги ташқи жароҳат қон томирлар, нервлар ва ички аъзолар бутунлиги бузилиши билан кечиши мумкин.
8. Диагностикада катта қийинчиликлар туғдиради.
9. Улар жуда алдамчи: баъзан амалий ҳеч қандай зиён келтирмайди, баъзан ички аъзолар жиддий жароҳатларига сабаб бўлади.
10. Бунда қорин олд деворини тешиб ўтмайдиган теридаги кичик дефект бўлиши мумкин ва жигар, меъда, ичаклар жиддий жароҳатларида бемор ҳаётига хавф солувчи ҳолат ҳам кўзатилади.

4. «БРЭЙН-РИНГ» МЕТОДИ.

Бу усул машҳур шу номдаги телевизион интеллектуал ўйин мазмунига асосланган. Вазифа реал воқелик бўлиши ёки шундай қилиш керакки, умумий қоидалари реал воқеликка ўхшатиш бўлиши лозим.

Методнинг афзаллиги: метод тўғридан – тўғри вазиятни фаол ўрганиш имконини беради. Босим таъсир қилаётган шароитда иштирокчига вазиятни тез атрофлича ўйлаб чиқишга (инсоний муносабатлар жиҳатидан), стресс ҳолатларда қарор қабул қилиш, назарияни амалий вазиятда қўллаш ва муаммони ечимини аниқлашда интуициянинг шаклланишига имкон беради.

Ўқитувчи танлаш имконияти бор: у муҳокамага қўшилиши ёки қўшилмаслиги ҳам мумкин, аммо ҳар қандай ҳолатда ҳам аниқловчи ҳолатида бўлиши лозим,

дарс охирида ўзлаштириш бўлиши учун. Аниқ ҳолатларни ўрганиш методининг кучли томони уларнинг реаллик билан боғлиқлигини ўз ичига олади, чунки сунъий тўсиқларни бартараф қилиш воситалари бўлиб ҳисобланади, шунингдек аудитория ва шароитни ташкил қилади. У тингловчилар учун ёқимли бўлиши мумкин, чунки куруқ теория эмас, реал ҳаётни кўрсатади.

Намуна:

Вазият №1. Травмпунктга 36 ёшли аёл мурожат қилди, у автобусдан чиқаётиб оёғини болдир-панжа бўғимидан қайириб олган. Сўздан кўз олди қоронгулашиб, кучли оғриқ сезган. Кўздан кечирганда бўғим контурлари силлиқланган, тўқималар шишган, пальпацияда ўртача оғриқ сезади. Болдир-панжа бўғимида актив ва пассив ҳаракатлар кучли оғриқ ҳисобига кескин чегараланган. Крепитация йўқ. Рентгенограммада суяк шикастлари йўқ.


Савол: Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз.

Вазият №2. Стационарга чап қўлида кескин шиш, увишиш, фликтен бўлган бемор олиб келинди. Анамнезидан кучли алкоголь мастлик ҳолатида кечаси полда чап ёнбошида ухлаб қолган (қўлини устида). Кўздан кечирганда чап қўл шишган, асосан билак соҳасида. Терида фликтенлар, юзаки сезги аниқланмайди, чуқур сезги кескин пасайган.

Савол: Сизнинг ташхисингиз ва тактикангиз.

5. «ЛОКАЛ СТАТУСНИ ТАВСИФЛАШ» МЕТОДИ.

Педагог олдиндан тарқатма материални тайёрлайди. Қоғозда маълумот кўрсатилган бўлади. Унинг пастида жавоблар аралашган холда берилади. Тингловчи ҳар бир маълумот тагига қайси жавоб тегишлилигини кўрсатиши керак.

Берилган локал статусни баҳоланг			
	Қандай жисм билан жароҳат етказилган?	Жароҳатдаги анатомик ўзгаришлар	Жароҳатдаги клиник ўзгаришлар

	1.	1.	1.
		2.	2.
		3.	3.
		4.	4.

6. “Кейс-стади” усули

“Кейс-стади” (инглиз тилида “case” – вазият, “study” – ўрганиш; вазиятли таҳлил ёки муаммоли вазиятларни таҳлил қилиш) методи талабаларда аниқ, реал ёки сунъий яратилган муаммоли вазиятни таҳлил қилиш орқали энг мақбул вариантларини топиш кўникмаларини шакллантиришга хизмат қилади. У тингловчиларни бевосита ҳар қандай мазмунга эга вазиятни ўрганиш ва таҳлил қилишга ўргатади.

Намуна: қуйида келтирилган кейсни таҳлил қилинг.

62 ёшли беморда, бачадон экстирпациясидан кейин 8 кун и тўсатдан нафас сиқиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, хушидан кетиш кўзатилди. Реанимацион муолажалар ёрдамида беморни эс-хуши ўзига келди. Беморнинг умумий аҳволи ўта оғир. Юзида ва кўкрак қафасида цианоз аниқланади. Ўпкасида везикулляр нафас. Пульс 120 марта 1 минутига АКБ.80\50 мм.см.уст. ўнг оёқда бироз шиш аниқланади, ўнг чов соҳасида томирлар инъекцияси аниқланади ва шу соҳасидаги оғриқлар сезади. Ангиографияда «чўлтоғ» симптоми чап ўпка артериясида аниқланади.

1. Қанақа асорат пайдо бўлди, шифокор тактикаси:
2. Шифокор тактикаси:
3. Замонавий даволаш усуллари:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб

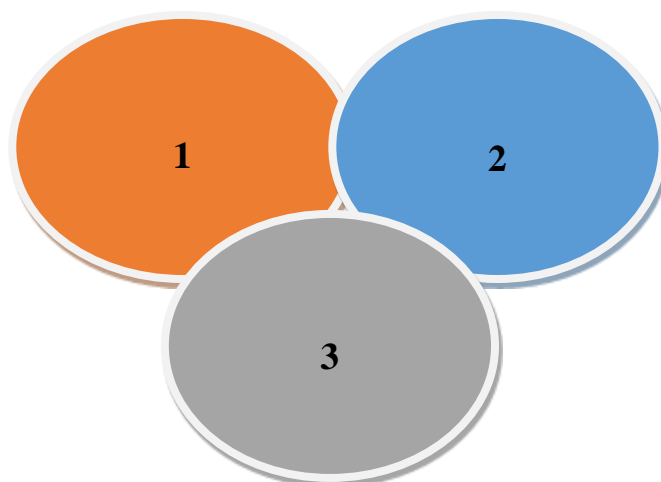
1.	ўнг сон венаси флеботромбози, чап ўпка чап тармоқ артерияси эмболияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	ҳамма жавоблар тўғри	20	10-20	5-9	0-4

7. “ВЕНН ДИАГРАММАСИ” усули

Тингловчиларда мавзуга нисбатан таҳлилий ёндашув, айрим қисмлар негизида мавзунинг умумий моҳиятини ўзлаштириш кўникмаларини ҳосил қилишга йўналтирилади. У кичик гуруҳларни шакллантириш асосида аниқ схема бўйича амалга оширилади.

Намуна: «Хирургик инфекция» мавзусига доир.

1. Сарамас касаллиги
2. Эризепеллоид касаллиги
3. Умумий белгилари



8. “Т-жадвал” методи

График органиайзер таянч ибораларни бир-бири билан ўзаро солиштириш, қиёслаш асосида ўрганилаётган мавзу ёки масаланинг муайян жиҳатини бир неча асосий белгиларга кўра батафсил ёритиш мақсадида қўлланилади. Кўп ҳолларда график органиайзер мавзу мазмунида ёритиладиган бир неча ҳолатларнинг афзаллик ёки камчиликларини, самарадорли ёки самарасизлигини, бугунги кун ва истиқбол учун аҳамиятини таққослаш мақсадида қўлланилади.

Намуна: “Ўпка абсцессининг замонавий ташхислаш” мавзуда берилган жадвални тўлдириш.

Ўпка абсцессида кўзатиладиган ўзгаришлар	
Клиник белгилар	Лаборатор ва инструментал текширувларда аниқланадиган белгилар

1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.

Ш. НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

1- мавзу: Хирургияда замонавий ташхислаш усулларининг шаклланиб бориш боскичлари. Хирургияда кулланиладиган замонавий физиологик текшириш усуллари.

Режа:

- 1.1. Хирургияда кулланиладиган махсус текшириш усулларининг таснифи.
- 1.2. Хирургияда ташхислаш усулларнинг шаклланиб бориш боскичлари.
- 1.3. Электрофизиологик текшириш усуллари.
- 1.4. Ультратовуш текшириш усуллари.

Таянч иборалар: *Инвазив текшириш усуллари, ноинвазив текшириш усуллари, электрокардиография, электроэнцефалорафия, ультратовуш, доплерография, кун киррали куриш технологиялари.*



1.1 Ташхислаш учун кулланиладиган барча текшириш усуллари бугунги кунда иккита асосий гуруҳга булинади: инвазив ва ноинвазив. Инвазив усулларга эндоскопия, биопсия, ангиография, эксплорация, пункция каби усуллар киради. Ноинвазив текшириш усулларга эса рентгенологик текшириш, компьютер томография, магнит резонанс томография, ультратовуш билан текшириш, тепловизион текширишлар ва радионуклид диагностика мисол була олади.

1.2 Хирургияда текшириш усуллари шу фаннинг ривожланиш боскичлари билан чамбарчас боғлиқдир. Тарихий боскичлари куйидагилардан иборат: эмпирик давр, анатомик давр, буюк ихтиролар даври ва физиологик даври. Шунини айтиб ўтиш керакки, бугунги кунда XXI аср истикболида кичик инвазив ва гибрид ташхислаш усуллар ҳам кенг кириб келишмоқда.

1.3 Электрофизиологик усулларга куйидагилар киради: электрокардиография, электроэнцефалография, электроретинография, электродерматография, реография, электрогастроэнтерография, электромиография. Илк бор электрокардиограммалар Габриел Липпман

томонидан симобли электрометр ердамида езиб олинган. Улар монофазали тавсифга эга булиб замонавий электрокардиографиядан анча узок булган. Виллем Эйнтховен томонидан эса окимли гаванометр ясалган. Бу ускуна ердамина хакикий электрокардиография олиш иложи пайдо булган. Айнан шу олим томонидан бугунги кунгача ишлатиб келинадиган ташхислаш тишлари ва юрак фаолиятининг баъзи бузилиш холатларига бахо берилган. У 1924 йилда шу ихтироси учун тиббиёт йуналиши буйича Нобель лауреатига сазовор булган. Бош мияни электрик жараенларини 1849 йилда Д. Реймон томондан ишлаб чикилган. У текширишлар утказиши натижасида бош мия, нерв толалари ва мушакларни электроген хусусиятига эга эканлигини исботлаб берган. Электроэнцефалографик текширувларга асос солган олим В.В. Правдич-Неминский булиб хисобланади. У томондан 1913 йилда биринчи электроэнцефалограмма езиб олинган. Узининг текширишларида у окимли гальванометрдан фойдаланган ва электроцереброграмма деган атамани тиббиётга киритган. Биринчи электроэнцефалография 1928 йилда немец психиатр Ганс Бергер томонидан езиб олинган. Бу текшириш усулига электроэнцефалограмма деб ном берган. 1934 йилда Эдриан ва Мэттьюс Кембридж физиологик анжуманда “Бергер ритмларини” аник ва далилли намойиш килишган.



ВИЛЛЕМ ЭЙНТХОВЕН



ГАНС БЕРГЕР



ГАБРИЕЛ ЛИППМАН

1.4 Ультратовуш текшириш (УТТ) усуллари еки сонография – ультратовуш ердамида утказиладиган ноинвазив текшириш усулидир. Бу текширишда махсус ускуна – УТТ-сканери кулланилади.

Шакллари буйича УТТ-сканерлар стационар ва портатив (кучириб утказувчи) ажратилади. 2010 йиллардан бошлаб тиббиётга УТТ-сканерларнинг смартфон ва планшет учун мулжалланган турлар и кириб келди. УТТ физик хусусияти пьезоэлектрик самарага асосланган. Товушларнинг силжишига асосланган УТТ биринчи марта Австриялик математик ва физик Кристиан Допплер томонидан ишлаб чиқилган. Бу текшириш усули кон томир хирургиясида кенг кулламини топган. УТТ аппаратининг асосий булимларидан ультратовуш тулкинларни ушлаб олувчи генератори (датчик) булиб хисобланади. Детектор еки мураккаб трансдюсор тарзида махсус датчик кулланилади. Ультратовуш датчиклари механик ва электрик турлари мавжуд. Механик датчикларнинг камчиликлари куйидагича: шовкин ва вибрация пайдо булади. Электрик датчикларда учта тури мавжуд: чизмали, конвексли ва секторал. УТТ аппаратларининг замонавий таснифи куйидагича: сканерлаш текшириш дастурлар пакетлари борлиги билан (кардиопакет, ангиопакет), датчикни зичлиги буйича (куйи- еки



Стационар ва портатив УТТ-сканерлари



Мобил телефонга мослаштирилган УТТ-сканер

юкоризичликда), кушимча опцияларга асосланган (3D, 4D, 5D, эоастография ва бошкалар), коммерцияли таснифи: бошлангич синф (B-тартиб), уртача синф (рангли дуплекс карталаш), юкори синф, премиум-синф, экспертли синф.



Замонавий УТТ-сканери



Чизикли датчик



Конвексли датчик



Секторал датчик

Транскраниал доплерография – бош мияни кон айланишини УТТ усули.
Энергетик доплерография кон билан таъминланиш даражасига асосланган



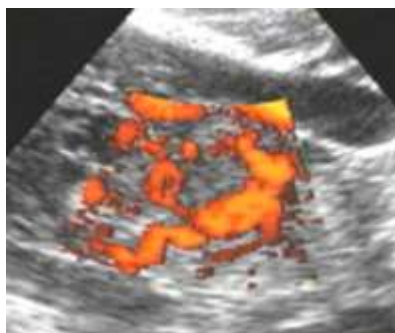
Хомилани 3D УТТ



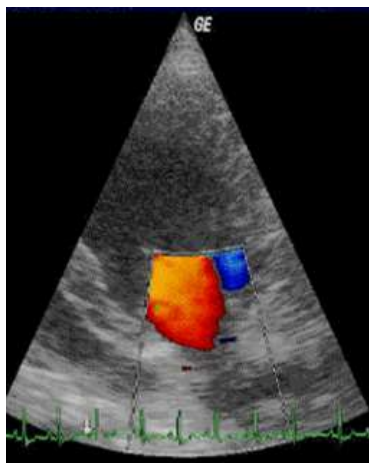
Хомилани 4D УТТ



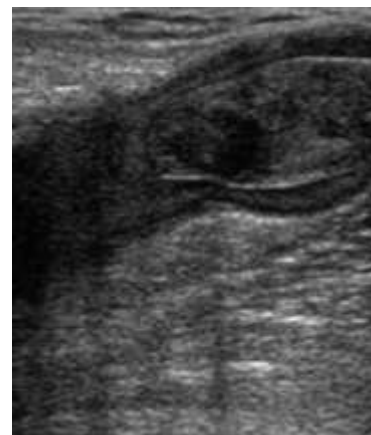
Туғилишидан сунги
расми



Энергетик
доплерография

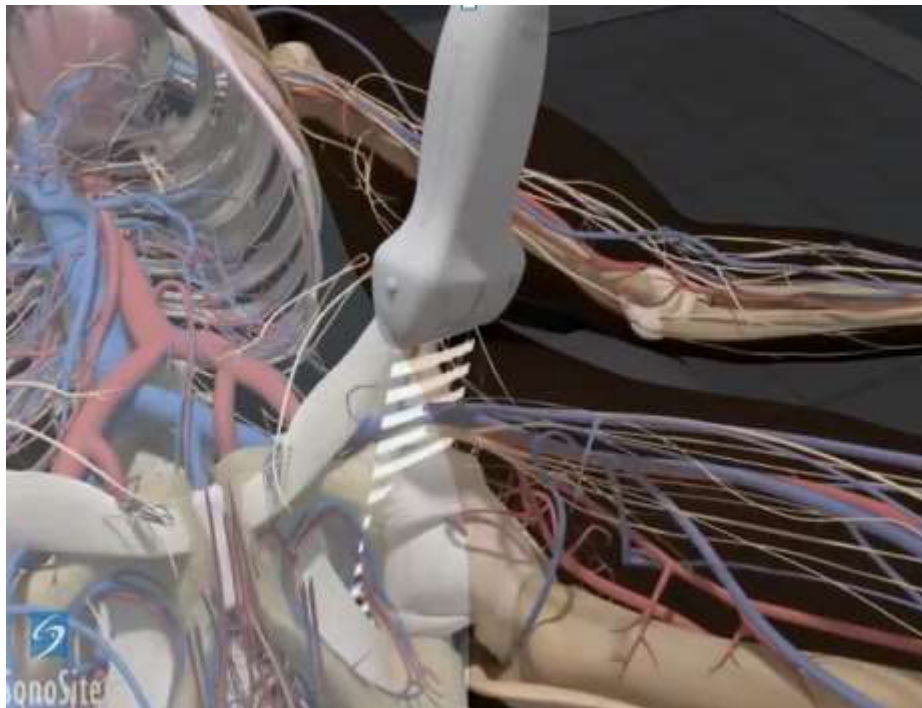


Рангли спектрал
доплерография



Уткир тромбофлебитда
3D УТТ

текшириш усули булиб хисобланади ва ички секреция безларини текширишда, полиплар ва тошларни дифференциал ташхислашда кулланилади. Камчилиги: кон таъминоти йуналишини, тезлиги ва таснифини аниклаш иложи булмайти. Афзаллиги: ультратовуш нурларининг йуналишига карамасдан барча, кичик хажмда булган хам кон томирлар куринади. Замонавий текшириш усуллардан УТТ комбинациялашган усуллар хам кенг кулланилади. Булар ичида рангли дуплексли сканерлаш ва энергетик доплерография. Эхоконтрастлаш усули вена ичига махсус контраст моддасини юбориш билан амалга оширилади. Бунинг учун махсус газнинг микропуфакчалари кулланилади. Бугунги кунда замонавий усулларидан бу динамик эхоконтраст ангиография ва тукималар учун эхоконтрастлаш усуллардир.



Кон томирларни дифференциал ташхислайдиган замонавий
ультрасонограф

Назорат саволлари:

1. Рангли доплерография текшириш усулида қайси ранг билан датчикга қараб келадиган тулқин аниқланади?
2. УТТ апаратида тулқинларни генераторини нима ташкил қилади?
3. УТТ чизикли датчик қайси частота билан ишлайди?
4. УТТ апаратларини замонавий ташхиси қанақа?
5. УТТ апаратларининг қушимча опцийларга нима қиради?
6. Контрастли УТТ нимадан иборат?
7. Қуп форматли УТТ текшириш деганда нима тушунилади?
8. Комбинациялашган УТТ усулларга нима қиради?
9. Ультрасонография текшириш усули учун курсатмаларни қайси текшириш учун қулланилади?
10. Допплер текшириш усули нимага асосланган?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

2 – мавзу: Хирургик хасталикларни замонавий рентгенологик технологиялар куллаш билан ташхислаш усуллари.

Режа:

- 1.1. Рентгенографик текшириш усулларининг афзаллиги ва качиликлари.
- 1.2. Хирургияда кулланиладиган замонавий компьютерли томография, мультиспирал компьютерли томография, контрастли компьютерли томография.
- 1.3. Магнит-резонанс томография куллаш учун курсатмалар ва карши курсатмалар.
- 1.4. Позитрон-эмиссион томографияни куллаш учун курсатма ва карши курсатмалар.
- 1.5. Эндоваскуляр ташхислаш усуллари.

Таянч иборалар: *рентгенография, томография, мультиспирал компьютер томография, магнит резонанс томография, позитрон-эмиссион томография, ангиография.*

- 1.1. Рентгенографик текшириш усулларининг афзаллиги ва качиликлари. Рентгенологик текширишлар Вильгельм Конрад Рентген ихтиролари билан

боглик. Рентген нурланишини илк бор фотопластинкада суяклар аксини куриш билан аникланган. Бу текширувлар рентгенологияда биринчи кадамлар булган.



Вильгельм Конрад Рентген

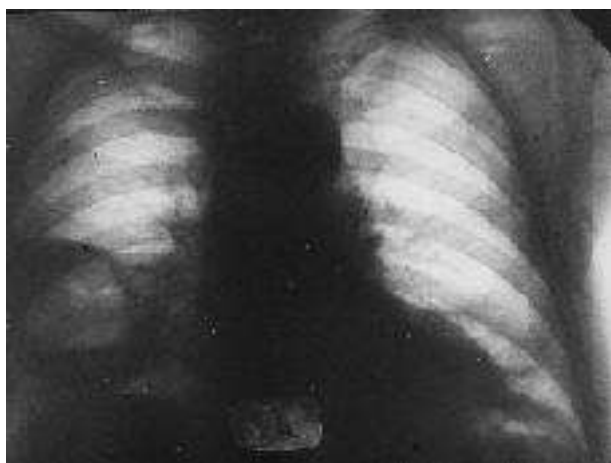


Биринчи рентген тасвир



Рентгенологик текширув утказиш буйича тадкикотлар утказиш жараени

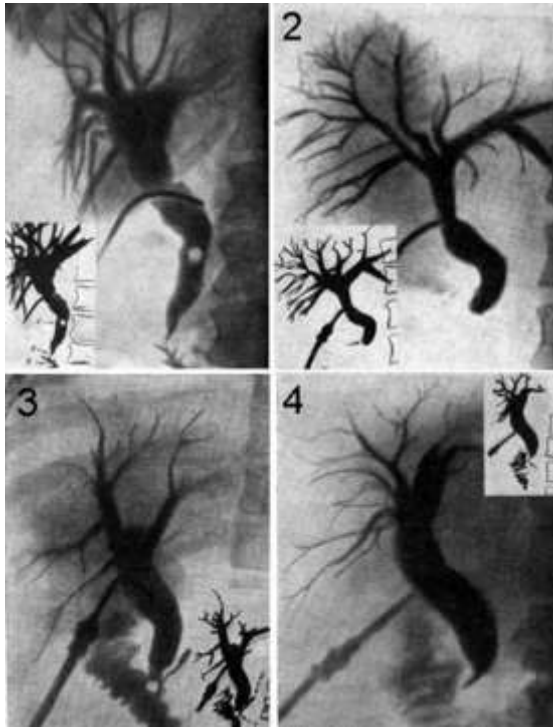
Бугунги кунда рентгенологик текширув ташхислаш асосий текшириш усуллардан бири булиб хисобланади. Бу текшириш усулини бугунги кунда скрининг усули тарзида куллаш кенг тадбик килинган. Контраст ердамида рентгенологик текшириш эса ички аъзолар структурасини, уларни рельефини, окма яраларнинг таркалишини аниклашга ердам беради. Рентгенография бир нечта афзаллик ва камчиликларга эгадир.



Аналогли рентгенография. Унг упка
пастки булак абсцесси



Ракамли рентгенография.
Иккитомонлама диафрагма остида эркин
газ йигилиши



Контрастли холангиография



Замонавий компьютерли томограф

1.2. Томография утказиш учун биринчи сканерни патентига шифокор Бокаж эга булган. Унинг механик томографик сканери зарур булган каватни рентген манзараси аниклади. Бу текшириш усулига планиграфия еки биотомия деб ном беришган, кейинрок эса “классик томография” номига эга булган. 1930 йилда италиялик инженер А. Валлебон томонидан компьютер томограф прототипи



Замонавий мултиспирал компьютер томографи



Компьютер томография утказишга карши курсатмалар

ясалган. 1969 йилда инглиз инженер-физик Г. Хаунсфилд томонидан биринчи компьютер рентгенологик томограф ясалди ва уни EMI Ltd. фирмаси томонидан ишлаб чиқилган эди. Корман ва Хаунсфилд 1979 йилда шу ихтироси



КТ-ангиография

учун физиология ва тиббиёт йуналиши буйича Нобель премиясига сазовор булганлар. Компьютерли томограф – объектни ички тузилмасини бузмадан каватларга булиб текшириш усулидир. Бу усул рентгенологик текшириш ва маълумотларни мураккаб компьютер ишлов бериш йули билан аникланади. Замонавий компьютерли томограф – бу мураккаб дастурли-дастурли комплекс. Аппаратнинг асосий кисми дастурларнинг катта хажмли таъминоти ташкил килади. Бу текширишлар учун оптик изланишлар хам кулланилиши мумкин. Компьютер томографиядан фаркли спирал компьютер томограф тинмасдан, паузасиз айланади. Бунда текшириш жараени кескин кискаради. Бу беморларни текшириш учун кулайлик тугдиради, айникса нафасини ушлаб туролмайдиган еки суний нафас олишда (огир ахволдаги) булган беморлар учун. Спирал тизимини айланиш жараёни куп булган холда текшириш усули мультиспирал компьютер томографияси дейилади. Мультиспирал компьютер томография

артерия ва вена томирларини ҳам фарклаши мумкин. Замонавий мультиспирал компьютер томография усули бир секунда ичида 172 кесмаларгача бажариши мумкин. Компьютер томографиянинг афзаллиги: юкори курик манзараси, тукима ва ички аъзоларнинг бир-бирини устига юкланиш коблияти йуклиги, текшириладиган аъзоларни бахолаш нисбати ошиши, кушимча компьютер опциялари ердамида 3D-реконструкция килиш иложи борлиги. Мультиспирал компьютер томографиянинг качилиги – нурланиш. Корин бушлик аъзоларини



Аорта корин сохасининг КТ-ангиографияси (3D реконструкцияси)

компьютер томография утказиш учун курсатма: корин бушлиги кисталари, метастатик усмалар, корин бушлиги абсцесслари, жигар егли дистрофияси, механик сариклик, бошка текшириш усулларни самараси пастлиги, корин епик шикасти, хосилаларни дифференциал ташхислаш, мураккаб операцияларни режалаштириш. Компьютер томография хомиладорларда ва вазни ута огир

булганларда бажарилмайди. Контрастли компьютер томография эса куп холларда шу контраст моддасини утказа олмаслиги, буйрак етишмовчилиги, эмизиш холатида ва беморнинг ута огир булган холларда кулланилмайди. Замонавий компьютер томография ердамида колонография текшириш мумкин. Бунда ичак девори махсус компьютер дастури ердамида моделлаштирилади.



Виртуал колоноскопия



Аортани КТ-ангиографияси сагитал реконструкцияси утказиш жараени

Мультиспирал компьютер томография ердамида бугунги кунда голографик текшириш усулларни ва уларни укиш жараенида кенг куллаш чет-эл нуфузли олийгохларда йулга куйилган. Бу усуллар хирургия йуналишида китоблардан

фойдаланишни инкор килган холда масофавий укитишда ҳам кенг кулланилади. Бу борада бин нечта видео лавхалар такдимоти утказиш мумкин.

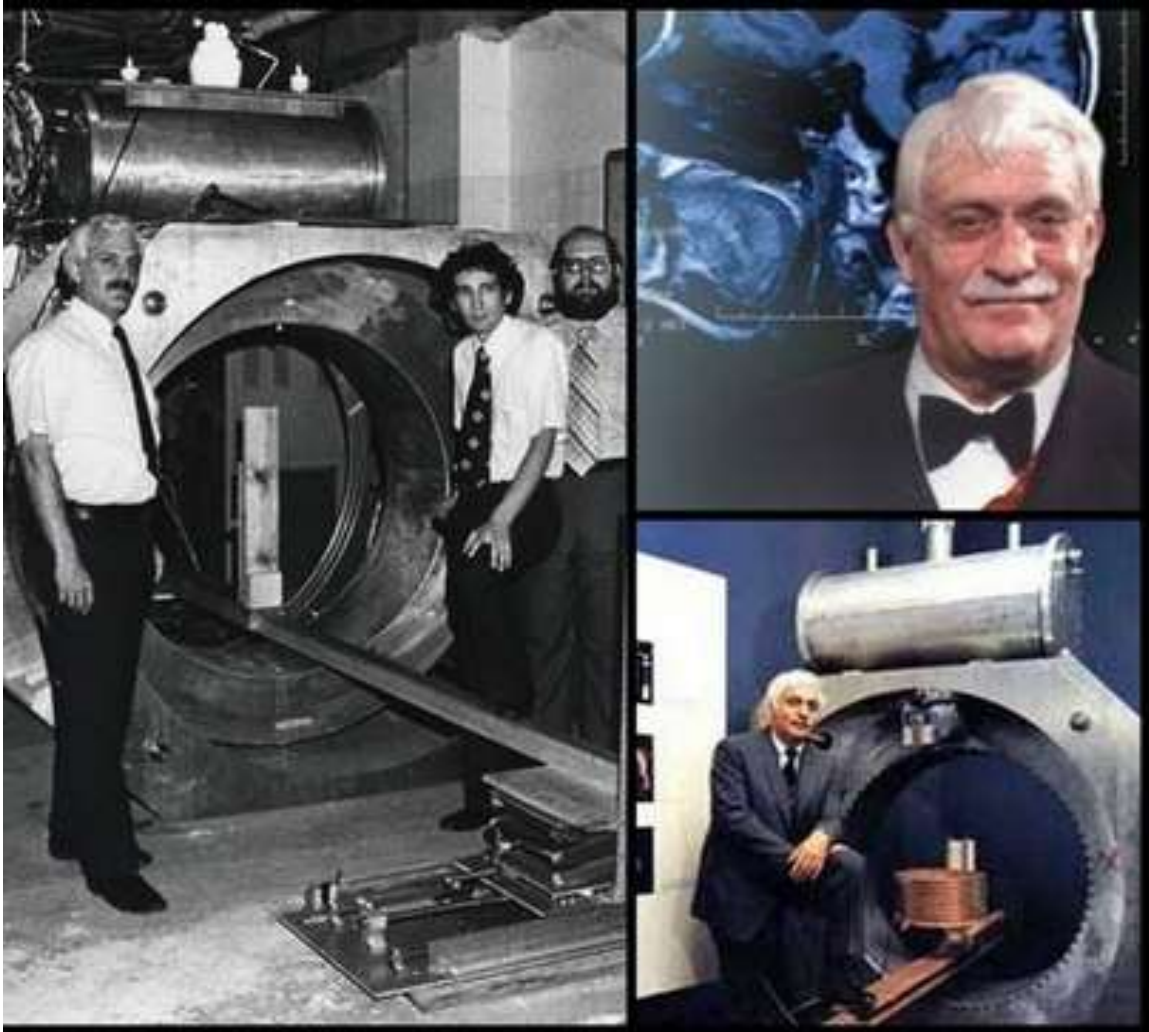
1.3. Магнит-резонанс томография куллаш учун курсатмалар ва карши курсатмалар. Магнит-резонанс томография (МРТ) — ички аъзолар ва тўқималарни топографик текшириш усули. Бу усулни қўллашда ядроли магнит резонансни физик хосилаларини қўллашга асосланган бўлиб ҳисобланади.¹ Магнит резонанс томографияни ишлаб чикиб амалиетга тадбик килиш натижалари буйича Питер Мэнсфилд ва Пол Лотербур 2003 йилда тиббиёт йуналиши буйича Нобель мукофотини олишган. Магнит резонанс



Питер Мэнсфилд ва Пол Лотербур

¹«Intra-operative DynaCT improves technical success of endovascular repair of abdominal aortic aneurysms.».
Journal of Vascular Surgery 49 (2): 288–295. DOI:10.1016/j.jvs.2015.09.013.

томографияни кенг тадбик килиш буйича мукофотга эга булган олим Реймонд Дамадьян булган. Магнит-резонанс томограф (МРТ) текшириш усули сувли булган аъзоларда текшириш утказиш афзалдир. МРТ текшириш усули паренхиматоз аъзоларни, ковак аъзоларни, кон-томирларни ва лимфа



Реймонд Дамадьян

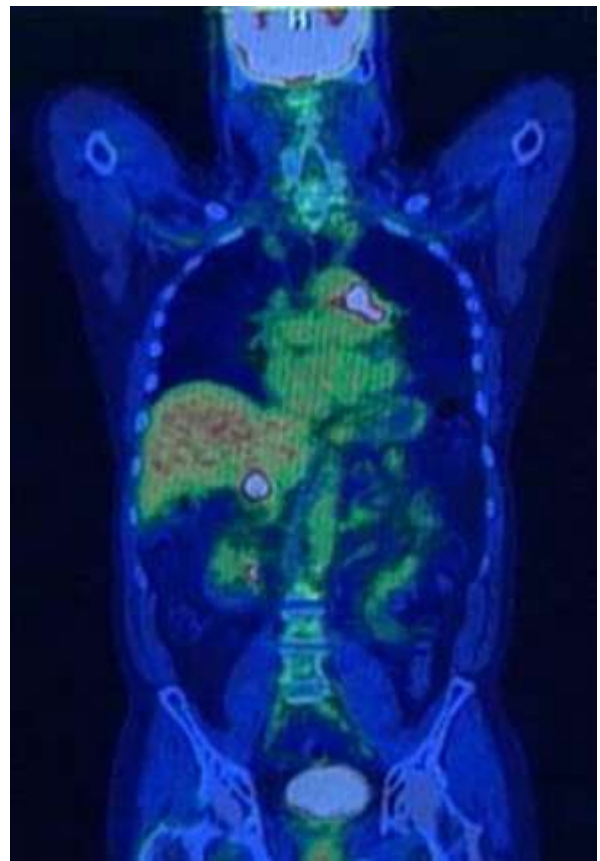
тугунларни аниклштиришга каратилган. МРТ текшириш усулининг афзаллиги: юмшок тукумаларни куриш, артефактлар ва бошка омилларни инкор килади. MAGNETOM ESPREE – очик тизимли замонавий магнит-резонанс томограф.

1.4. Позитрон-эмиссион томографияни (ПЭТ) куллаш учун курсатма ва карши курсатмалар. ПЭТ асосини ядрели тиббиётдан бошланади. Радиоизотоп ташхислашнинг асосчиси венгр олими Д. Хевеши булиб хисобланади У 1913

йилда биологик мухитда белгиланган атомларни куллашни бошланган. Бу тадқиқот натижалари буйича 1943 йилда кимиё йуналиши буйича Нобель мукофотига сазовор булган. 1951 йилда эса Бенедикт Кассен радионуклеид ташхислаш учун чизмали сканер уйлаб топади. Бу ускуна ядрели тиббиётда 20 йил давомида асосий асбоб булиб сакланади. 1958 йилга келиб О. Ангер томонидан ядрели ташхислаш учун махсус камера ишлаб чиқилади. Бу камерага Ангер камераси деб ном берилади. Бир фотонли эмиссион компьютер



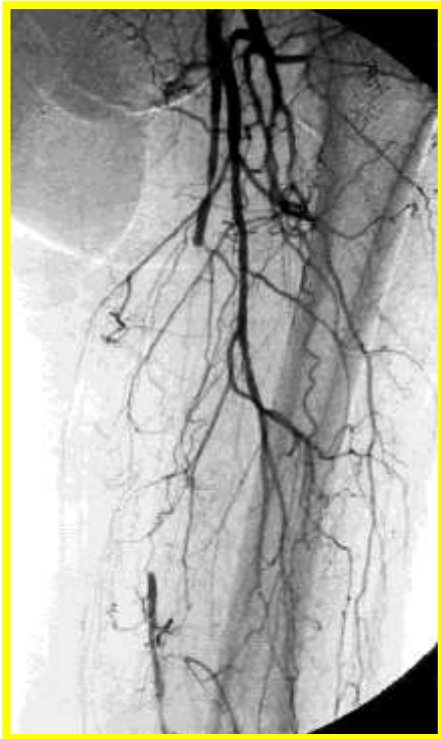
Позитрон-эмиссион томограф



томографини 1959 йилда Дэвиль Кюль томонидан Пенсильвания университетидан яратилади. Фелпс томонидан радиофаол белгиланган глюкозани махаллий метаболик хазм килиш жараени куллаш йули 1979 йилда таклиф қилинади. Атом ядросидан позитронни эмиссия булишидан сунг 1-3 мм масофада атроф туқималарга тарқалади. Бошқа молекулалар билан урилиши натижасида узини энергиясини йукотади. Тухташ жараенида эса

позитрон электрон билан бирлашади. Уларнинг умумий массаси иккита юкори-энергетик гамма-квант куринишида хар хил йуналишда тарковчи энергияга айланади. Бу жараен номи **аннигиляция** дейилади. Позитрон-эмиссион томографда беморни ураб турувчи махсус детектор халкали ердамида бу гамма-квантлар кабул килинади ва регистрациядан утади. Замоनावий ПЭТ-томограф 1961 йилда Брукхейвенс миллий лабораториясида Джеймс Робертс томонидан ишлаб чикилади. Бу замонавий текшириш усули асосий учта боскичдан иборат. биринчи боскичда бемор вена томири ичига атомлар билан белгиланган глюкоза эритмаси юборилади. Иккинчи боскич томографда текшириш утказиш глюкозани юборгандан кейин 40 дакика утгач амалга оширилади. Учинчи боскичи – натижалар тахлил килиш жараени. ПЭТ тукумалар еки лимфа тугунлар усмасида радионуклид усмаларнинг концентрациясини аниклаб бериши мумкин. ПЭТ ердамида 2 см дан кичик булган усмаларни, лимфатугунлар усмаларини хам аниклаш мумкин. Бу текшириш жараени компьютер томографиядан анча афзалрок булиб хисобланади. Купгина олимлар ПЭТ текширишларни сифатли ва сифатсиз усмаларни фарклаш максадида утказишади. Аммо текшириш натижалари буйича усмани олиб ташладиган хажмини аниклашда ПЭТ компьютер томографиядан кура кам натижали булиб хисобланади. Бундан ташкари ПЭТ топик ташхис куйиш иложини бермайди. КТ ва МРТ текшириш усулидан фаркли ПЭТ-томография факат функционал узгаришларни аниклаштириб беради.

1.5. Эндоваскуляр ташхислаш усуллари. Эндоваскуляр текшириш усуллари пайдо булиши Уильям Форссман номи билан боглик. Айнан у томонидан XX аср бошларида периферик вена томири оркали юрак камераларига катетер



утказиш жараени бажарилган. Бу муолажани олим узида бажарган. 1941 йилда АКШ олимлари А. Коунрланд ва Д. Ричардс томонидан биринчи марта юрак катетерини юракни функционал холатини ташхислаш мақсадида куллашган. Бу ихтиро учун улар 1956 йилда тиббиёт йуналишидан Нобель мукофоти совриндори булишди. Замонавий ташхислаш жараенида эндоваскуляр усули энг илгорлардан булиб хисобланади. Асосий усуллари трансфеморал ва транслюмбал йули билан бажарилади. Кон-томирлар ичига контраст модда юбориш билан маълум соха еки аъзолар кон-таъминоти даражасини аниклаш мумкин. Эндоваскуляр текшириш усулларнинг камчиликларидан куйидагилар ажратилади: инвазивлиги, токсик ва аллерген контраст моддани юбориш зарурлиги, бемор ва шифокор нурланиши, кон томирлардаги узгаришни аниклаш даражаси 100% дан камдир.



Назорат саволлари:

1. Рентген текширишнинг афзалиги томонлари нимада?
2. Рентген текширишнинг камчиликлари нимада?
3. Компьютер томография текширишнинг афзалиги томонлари нимада?
4. Компьютер томография текширишнинг камчиликлари нимада?
5. МРТ текширишнинг афзалиги томонлари нимада?
6. МРТ текширишнинг камчиликлари нимада?
7. МСКТ текширишнинг афзалиги томонлари нимада?
8. МСКТ текширишнинг камчиликлари нимада?
9. ПЭТ текширишнинг афзалиги томонлари нимада?
10. ПЭТ текширишнинг камчиликлари нимада?

Фойдаланилган адабиётлар

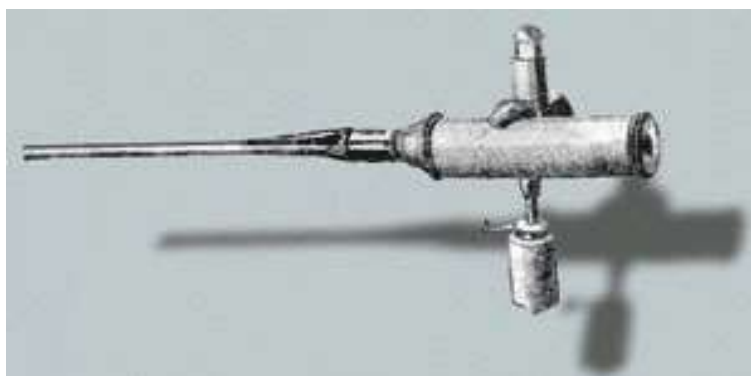
1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et al. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

3–мавзу: Хирургик хасталикларни замонавий эндовизуал технологиялар куллаш билан ташхислаш усуллари.

Режа:

- 3.1 – эндовизуал технологияларнинг шаклланиш боскичлари ва таснифи
- 3.2 – навигацияон эндоскопия
- 3.3 – кичик инвазив эндовизуал технологиялар

Таянч иборалар: *SPL, SPA, SILS, LESS, OPUS, E-NOTES, NOTUS, TUES, TULA, LESSS*



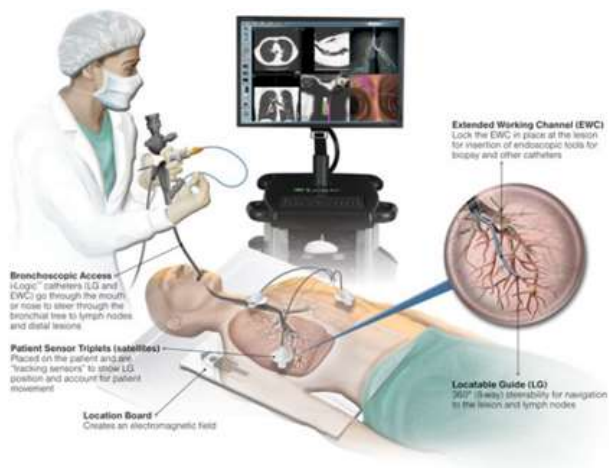


Кадимги эндоскоплар

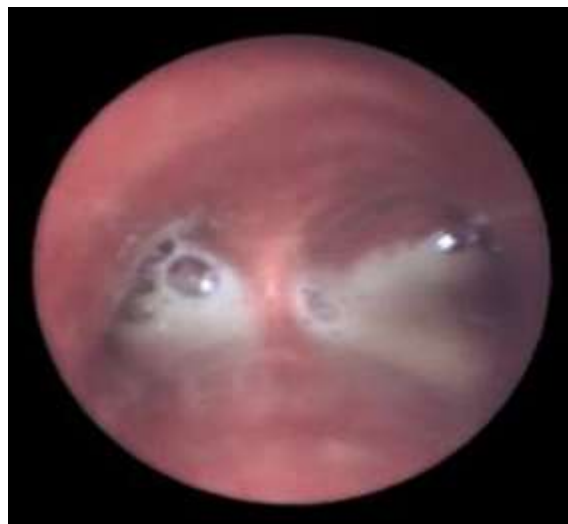
3.1 Эндовизуал технологияларнинг шаклланиш боскичлари ва таснифи. Замонавий эндоскопларни шаклланиб бориш тарихи чамбарчас куйидаги олимларнинг ютуклари билан боглик: Филипп Боззини (илк бор тугри ичакни куришни таклиф килган), Пьер Сегалас, Антоний Жан Десормакс, Густав Трауве, Джозеф Леитер, Максимилиян Нитзе, Джохан Микулич – эндоскоп ускуналарини такоминлаштирган, Харолд Хопкинс – фиброэндоскопни ишлаб чиккан. Замонавий эндоскопия таснифи буйича куйидаги турлари мавжуд: назофарингоскопия, бронхоскопия, гастроскопия, гистероскопия, колоноскопия, кольпоскопия, лапароскопия, отоскопия, ректороманоскопия, уретероскопия, холангиоскопия, цистоскопия, эзофагогастроуденоскопия,

фистулоскопия, торақоскопия, ангиоскопия, артроскопия, вентрикулоскопия, кардиоскопия, пиелоскопия.

3.2 Навигацияон эндоскопия. Бугунги кунда замонавий булган навигацияон эндоскопия кам шикастланувчи текшириш усуллардан хисобланади. Ишлаб чиқилган i-Logic тизими упканинг периферик қисмлари ва лимфатугунларига кичик инвазив йули билан етиб боришга имкон яратади. Бунинг учун бемор

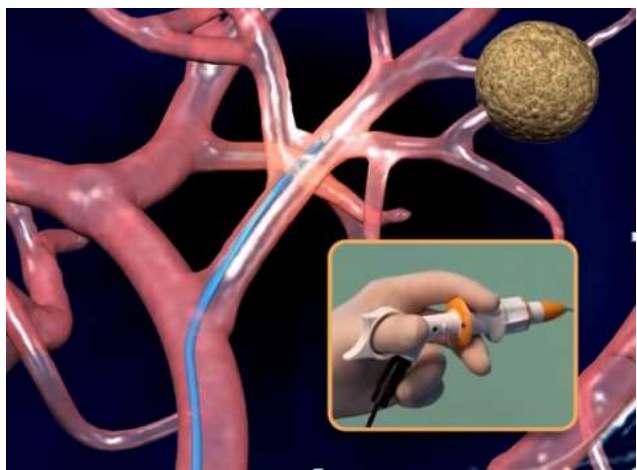
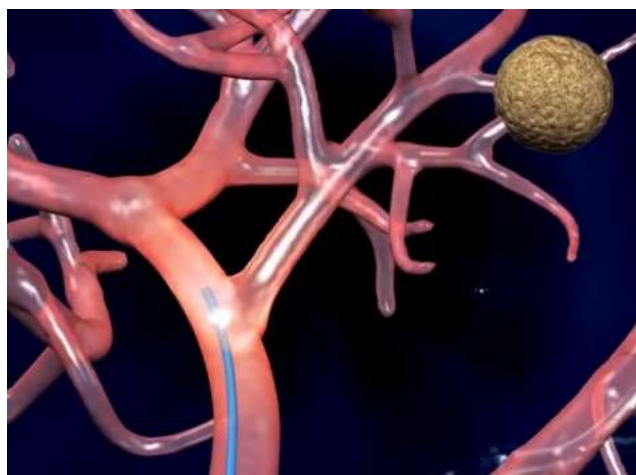
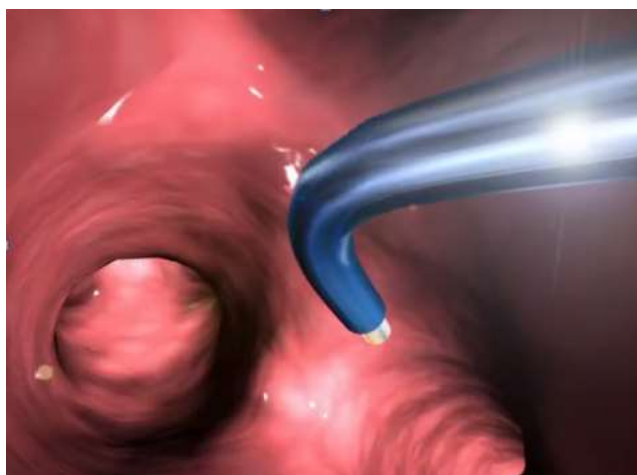
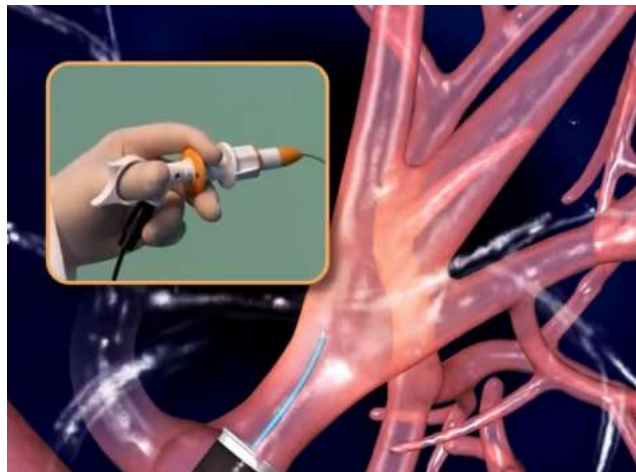
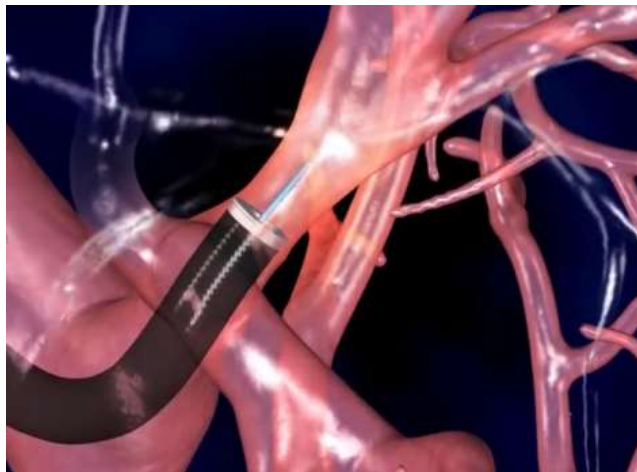


Навигацияон эндоскопия



Иккитомонлама йирингли
эндобронхит

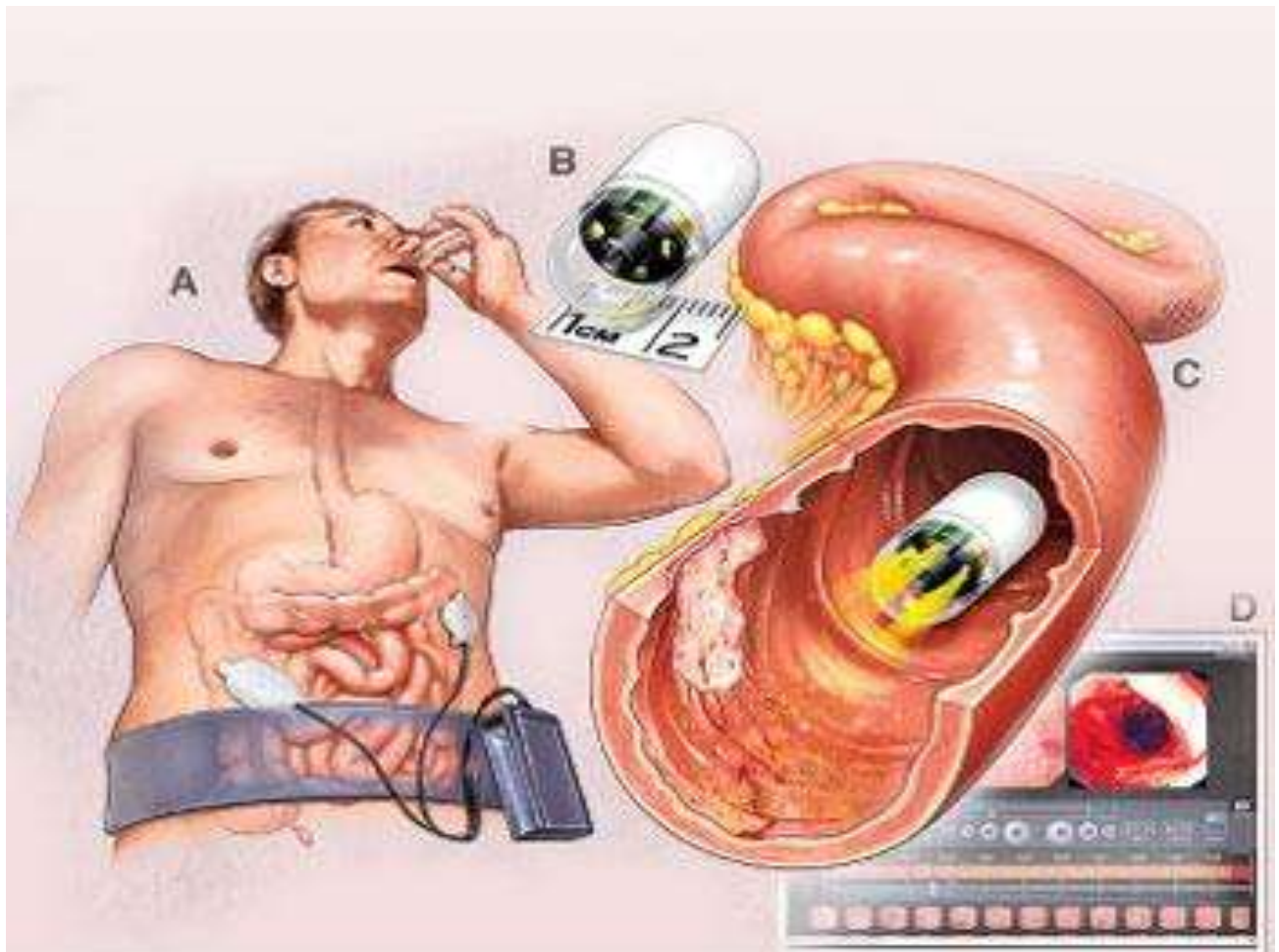
кукрак қафасига юлдош вазиқасини бажарувчи учта электромагнит ускуна урнатиллади. Навигатор вазиқасини эса упка бронхларига кириб борувчи зонд хисобланади. Бутун текшириш жараенини видеодан куриб бориш мумкин. I-Logic тизими super Dimension компанияси томонидан ишлаб чиқилган. Бронхоскопия бажариш учун электромагнит навигация кулланилади (Electromagnetic Navigation Bronchoscopy® (ENB)™).



Навигацион бронхоскопия боскичлари

Овкат хазм килиш тизимида эса капсулани эндоскопия кулланилади. Капсулани эндоскопи – бу замонавий юкоритехнологик ошкозон-ичак тизимини махсус миниатюр видеокапсулани истимол килиш ердамида текшириш ва ташхислаш

усули булиб хисобланади. Капсуланинг асосий булимлари оптик ойна, объектив, светодиод чироклари, КМОП-камераси, батарея, утказгич ва антеннадан иборат. Капсулани эндоскопия утказиш афзаллиги: огриксиз, хавфсиз, комфортли, информатив. Капсулани эндоскопия ошқозон-ичак тизимидан кон кетиш яширин учогини аниклаш учун рентгенографик текширувдан 3-4 марта самаралироқ. Капсулани эндоскопия ичаклар полипларини аниклашда МРТ текширишдан анча афзалроқ булиб хисобланади.



Капсулани эндоскопия

Бундан ташқари, хажми 5 мм дан кам булга полипларни факатгина капсулани эндоскопия ердамида аниклаш мумкин холос. Текшириш жараени 8-9 соат

давом этади. Бу вақт ичида капсула ошқозон-ичак тизими ичидан утиб 60000 марта юкори сифатли расм олади. Бу расмлар симсиз тизим оркали бемор



Капсулаи эндоскопия утказиш учун тизим



корин деворига урнатилган ускунага утказилади. Текшириш якунланиши билан капсула организмдан оддий таббий йул билан чикиб кетади. Олинган видеоматриаллар махсус ускунадан шифокор компютерига утказилади ва тегишли дастур оркали расмлар куриб чикилади.

3.3 Кичик инвазив эндовизуал технологиялар. Кичик инвазив эндовизуал технологияларнинг турлари ва уларни шошилинич ва режали хирургияда куллаш

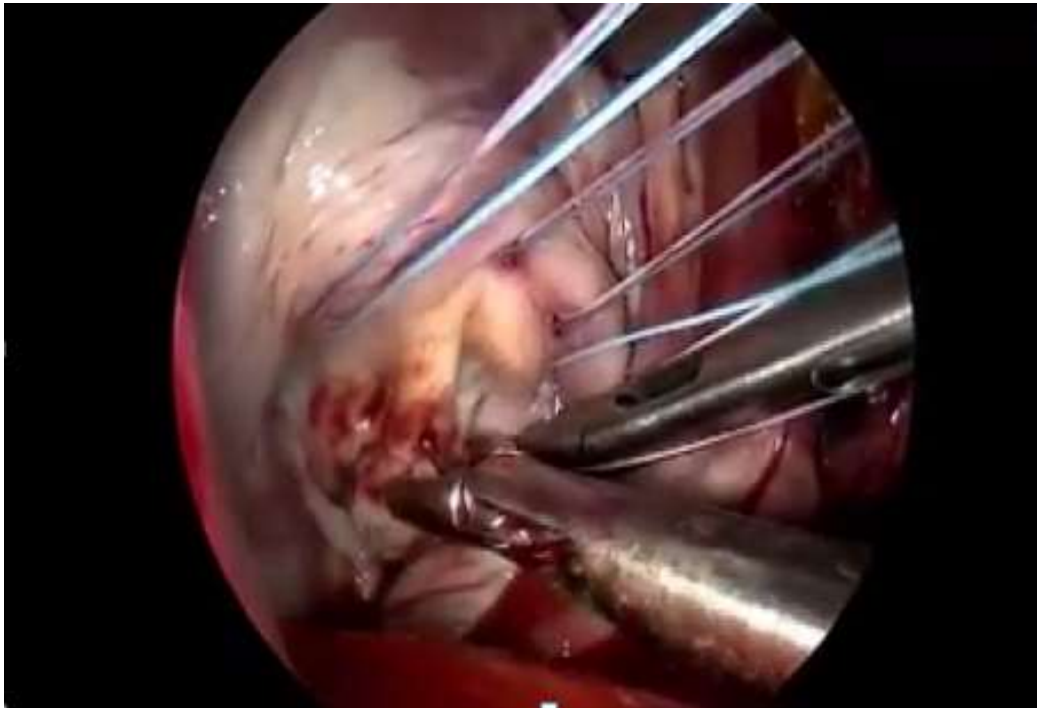


Уткир йирингли панкреонекроза лапароскопик оментоскопия



Тораскопик лобэктомия ва лимфатугунлар биопсияси

урни катта. Шошилишч хирургияда буларга аппендэктомия, холецистэктомия, перфорация тешигини тикиш, ичак тутилишини бартараф килиш, перитонитда корин бушлигини тозалаш, тухумдон апоплексини даволашда, уткир панкреатитда корин бушлиги ва чарви копини санация килиш, кисилган



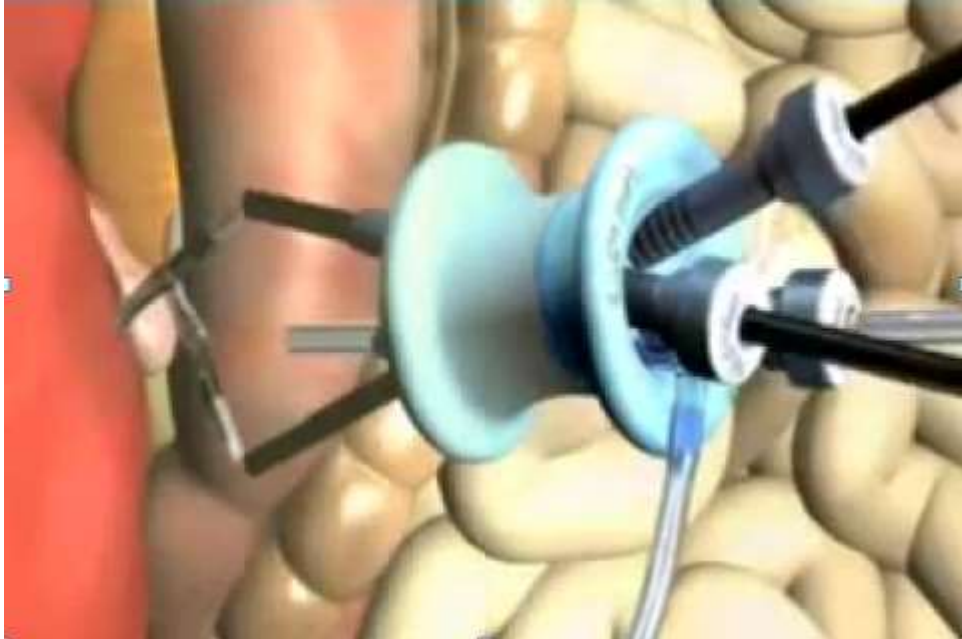
Эндоскопик юрак клапанларда утказиладиган операция жараени



SILS

чурраларда герниопластика бажариш. Режали хирургияда эса холецистэктомия, ваготомия, герниотомиялар, бариатрик операциялар, ошкозон резекцияси, гастрэктомия, гемиколэктомия, тугри ичак олди девори резекцияси, билиодигестив операциялар, ошкозон ости безида операциялар утказилади. Бир портли лапароскопик хирургия куйидаги турлари мавжуд: SPL – бир портли лапароскопия, SPA – бир портли йул билан кириш, SILS – бир кесма оркали

лапароэндоскопик хирургия, LESS – бир йул оркали кирилган лапароэндоскопик хирургия, OPUS – киндик оркали бир портли кириш йули, E-NOTES – таббий йуллар оркали эндоскопик хирургия, NOTUS, TUES, TULA,



Бир портли лапароскопия

LESSS ва бошқалар. NOTES технологияси, уни 2005 йилда ташкил булиши учун келиб чиккан замин эндовизуал гастроэнтерологлар мажмуасидан булган. NOTES нинг экспериментал усуллари ва бугунги кунда дуне микиесида куллаш мохаратлари катта. Эндоскопик бирламчи субмукоз тунеллаш усуллари оркали бажарилади. Эндовизуал технологиялар учун кулланиладиган асбобларнинг ривожланиш истикболлари уларни бир асбоб ичига бир нечта вазифа бажарувчи ускуналарни жойлаш билан боглик. Булар ичида Самурай, Опус, Кобра тизимлари мисол була олади.

Назорат саволлари:

1. SPL аббревиатураси нимани билдиради?
2. SPA аббревиатураси нимани билдиради?

3. SILS аббревиатураси нимани билдиради?
4. LESS аббревиатураси нимани билдиради?
5. OPUS аббревиатураси нимани билдиради?
6. NOTES аббревиатураси нимани билдиради?
7. E-NOTES аббревиатураси нимани билдиради?
8. TUES аббревиатураси нимани билдиради?
9. TULA аббревиатураси нимани билдиради?
10. LESS аббревиатураси нимани билдиради?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz’s principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

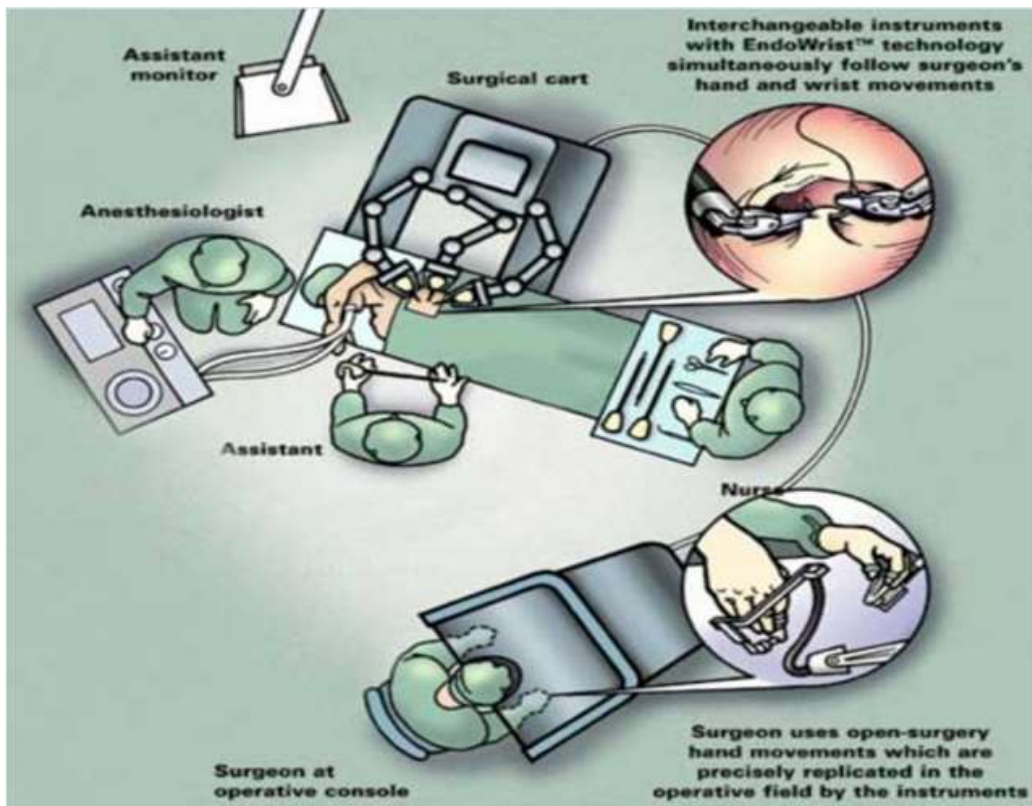
4 – мавзу: Хирургик хасталикларни замонавий робототехника куллаш билан ташхислаш усуллари

Режа:

- 4.1 - Робототехникани тадбик қилиниши.
- 4.2 – Робототехниканинг компонентлари.
- 4.3 - Замонавий технологияларни таснифи:

Таянч иборалар: *робототехника, InSite курик тизими, хирург консоли, EndoWrist асбоблари.*

4.1 - Робототехникани тадбик килиниши. Робототехника жараени одамзод хаети билан чамбар час богликдир. Илк бор хирургияда кулланилган робототехника ROBODOC номи билан боглик. Айнан шу, содда булган ускуна ортопедияда кулланиларда ва у ердамида куйидаги муолажаларни бажариш



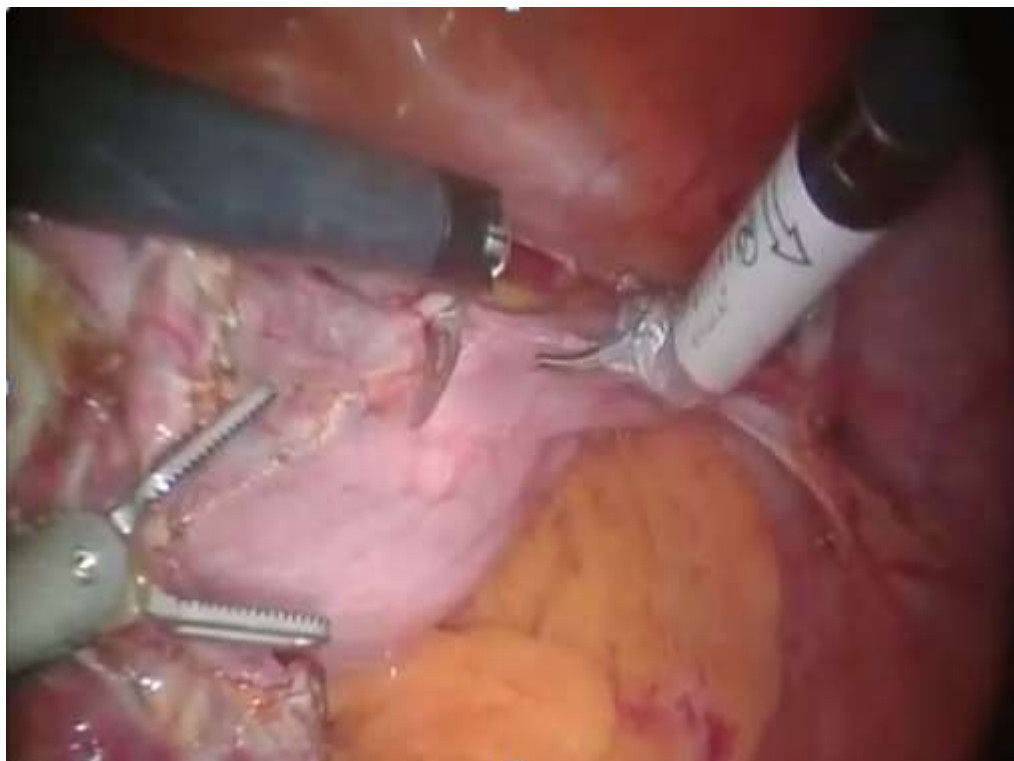


иложи буларди: THA Pinless, Revision Arthroplasty, Total Knee Arthroplasty, Supported Implants. Бундан ташқари, нейрохирургия, кон томир хирургиясида ҳам биринчи роботлар қулланилар эди. Уларнинг асосий вазифалари – одам меҳнатини енгиллаштириш бўлган. Бугунги кунда Дунёнинг 500 дан ортиқ клиникалари робототехника усқуналари билан таъминланган. 2015 йилга келиб робототехника усқунаси 2000 дан зиёд ишлаб чиқилган. Робототехника хирургик хасталиқларини ташхислаш жараёни самарадорлигини оширади. Бугунги кунгача ишлаб чиқилган қўлаб операциялар натижаларини бажариш жараёнини соддалаштиради. Мураккаб кичик инвазив операцияларни кундалик операциялар турқумига утқазишга ердამ беради. Кичик инвазив йул билан бажариб бўлмаган операциялари эндиликда робототехника ердамида бажариш имқони яратилди.

4.2 – Робототехниканинг компонентлари. Робототехниканинг асосий компонентлари қуйидагича: хирург консолли, операцияон стол енида турган усқуна, курик учун тизим, асбоб-усқуналар. Робототехника усқунасини бошқариш марқазли катта хажмдаги компьютер технологиясидан иборат. Унда

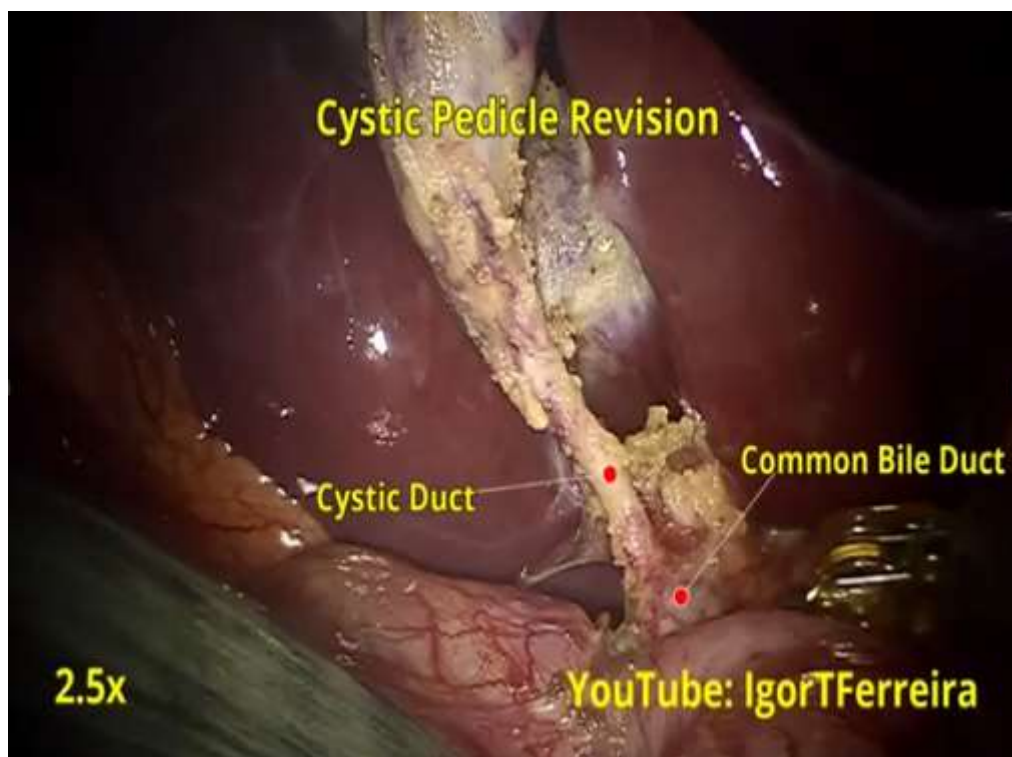


кабул килинадиган маълумотларни рақамлаштирилган тизим орқали кабул қилиш ва таҳлил қила олиш иложи яратилган бўлиб ҳисобланади. Компьютер компонентлари қушимча опциялар ердамида тулдирилиши иложи бор.



Тасвирни ракамлаштириш жараенида якинлаштириш ва узоклаштириш жараени тукима хосилаларини бир неча марта катталаштирилган холда тасвирлаши мумкин. Бемор консоли – операцион стол енида жойлаштирилади ва унинг вазифаси иш олиб бориш, муолажаларни бажариш ва техник ечимларини ишлаб чикиш билан боглик булади. Бу консольда асосий ускуналар

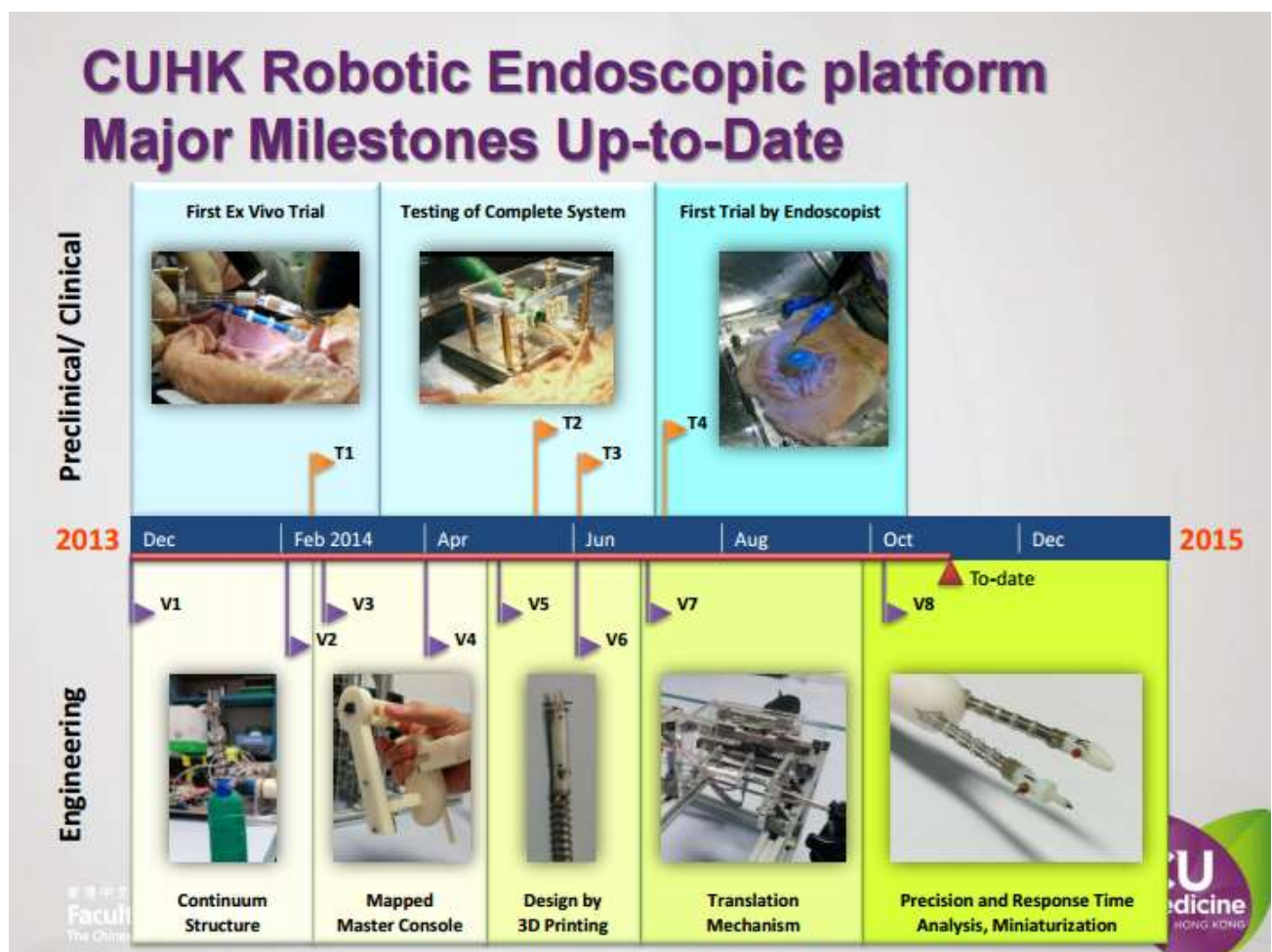
жойлаштирилган булиб ҳисобланади ва уларни вақти-вақти билан алмаштириш учун махсус уқишни утган хамшира еки ердამчи туради. Хирург консоли – мураккаб ускуна булиб ҳисобланади ва у операция жараени утказиладиган жойдан масофада жойлашган булади. Хирург консолида шифокор утириш учун махсус урин ва ишлаш учун мулжалланган кул ускуналари мавжуд. Робототехникада кулланиладиган асбоблар EndoWrist тизимига тегишли булиб улар турли модификацияларга эга. Хирург кул ҳаракатини тулик қайтарадиган ва ундан ҳам аниқроқ, калтироқ жараенини инкор қилган ҳолда амалга оширилади. Асосий асбоблардан игна ушлагич, қайчи, коагуляторлар, турли қискичлар ва скальпельлар ташкил қилади. Курик учун тизим InSite High definition йули орқали амалга оширилади. Бунда курикда 3D тизимда, органни ҳар хир масофадан ташқари ортки томонларига ҳам утиб қуриш мумкин



булади. Операцион стол олдидаги ускуна асосий амалиётларни бажариш учун мулжалланган булиб унинг таркибий қисмлари иш бажариш жараенида алмаштирилиб борилади. Робототехника усулларининг афзаллиги: аниқлик,

бошқариш жараени енгиллиги, аъло даражадаги эргономика, хавфсизликдир. Камчиликларга ушлаб куриш сезги булмаслиги ва усқунанинг киммат нархи мисол була олади.

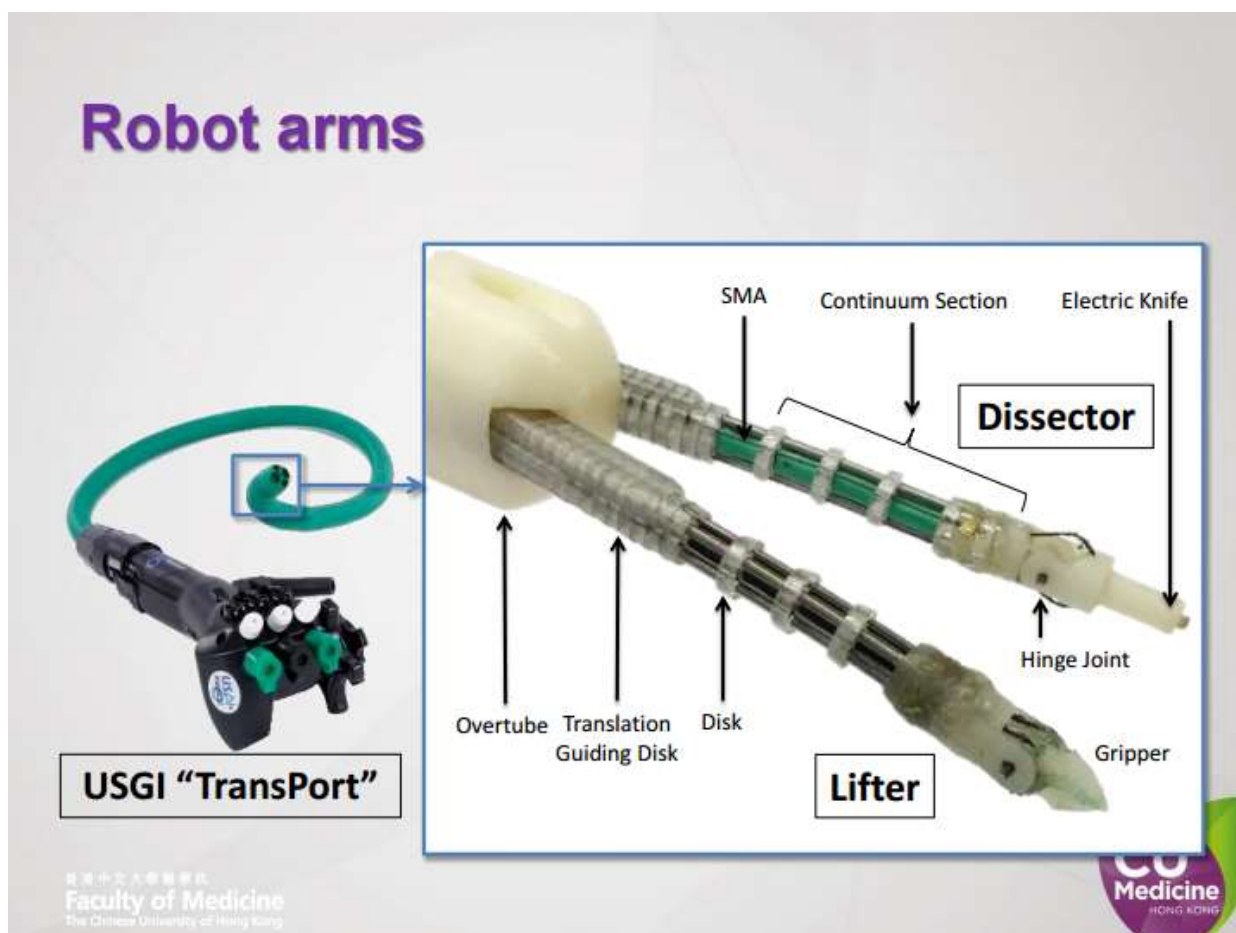
4.3 - Замонавий технологияларни таснифи: робототехник ташхислаш технологиялари CUHK Robotic Endoscopic платформаларидан иборат булиб Major Milestones Up-to-Date тизими оркали ишлайди. Бунда бажариладиган ишлар жараенлари бирламчи экспериментал, сунг роботехник ва эндоскопик босқичларда бажарилади. Бундан ташқари, роботехникадан ташхислаш



жараенини утказиш янги замонавий ишлаб чиқарилган транспортлар оркали ҳам амалга оширилади.

Назорат саволлари:

1. Хирургияда робототехника нима дегани?
2. Хирургияда ташхислаш мақсадида қанақа роботлар қулланилади?
3. daVinci роботускунаси нимадан ташкил топган?
4. Хирург консоли нима дегани?
5. Робототехникада қандай асбоблар қулланилади?



Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.

4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.



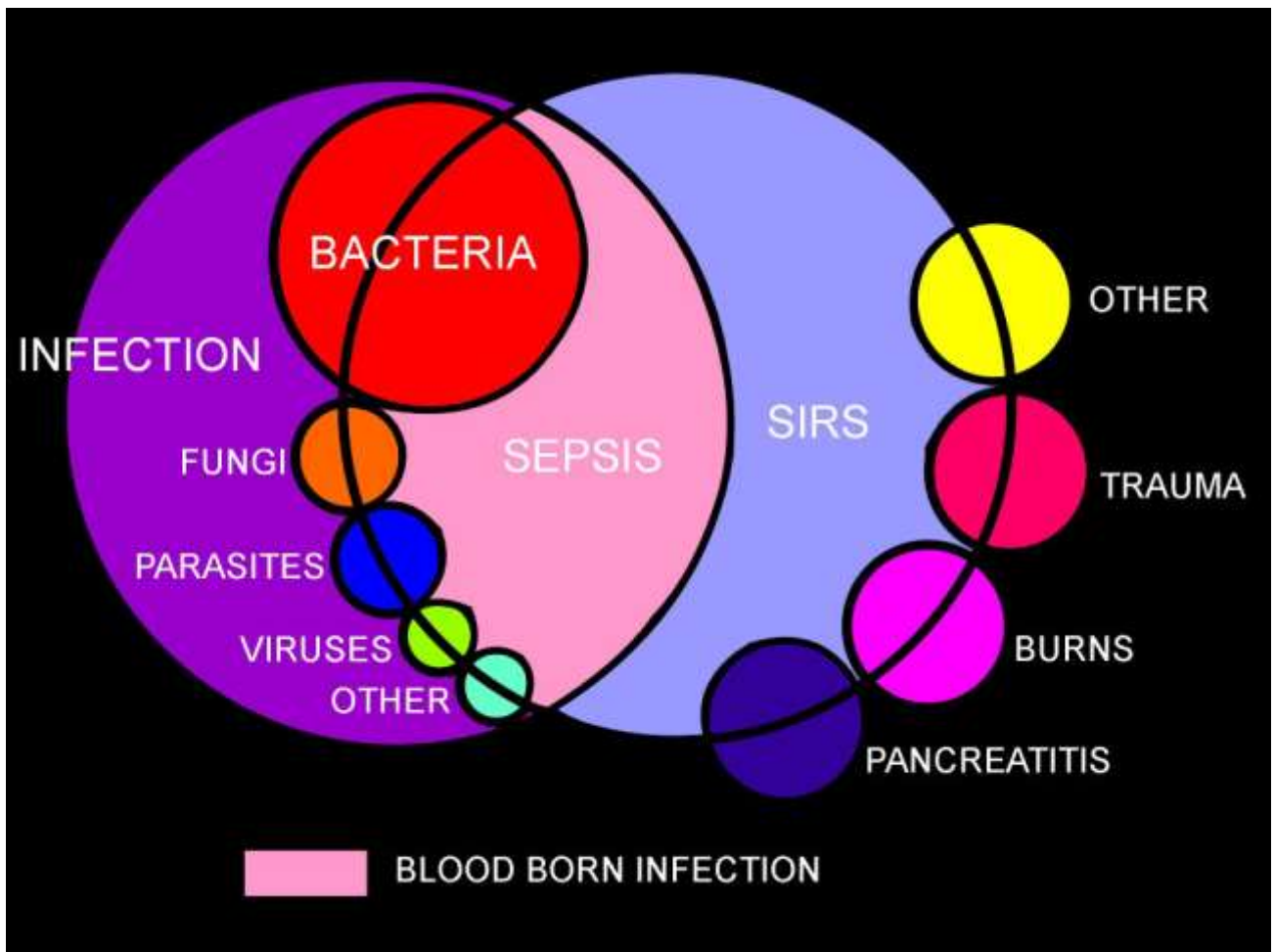
5–мавзу: Хирургик инфекцияни замонавий ташхислаш усуллари

Режа:

- 5.1 – Хирургик сепсисни замонавий таърифи ва таснифи (Чикаго келиштириш конференцияси яқунлари буйича).
- 5.2 – Хирургик инфекция патогенези ва ташхислаш учун асосий мезон курсатгичлари.
- 5.3 – Умумий хирургик инфекцияни замонавий ташхислаш усуллари.

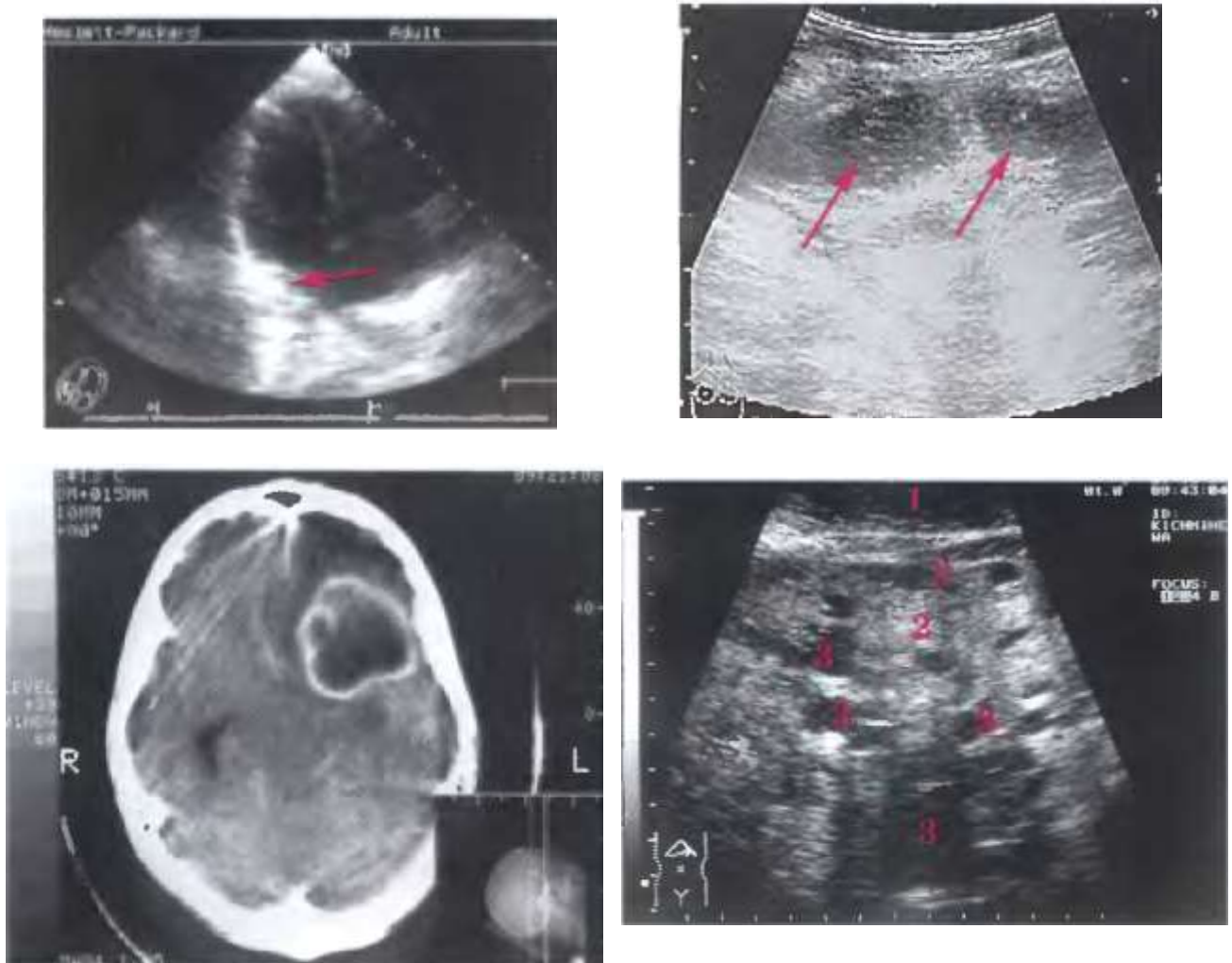
Таянч иборалар: *сепсис, тизимли яллигланиш синдроми, полиорган дисфункция, полиорган етишмовчилик, септик карахт, анаэроб инфекция.*

5.1 – Хирургик сепсисни замонавий таърифи ва таснифи (Чикаго келиштириш конференцияси яқунлари буйича). Хирургик сепсис – бу огир инфекцион хасталик булиб, хар хил микроб кузгатувчилари ва улар токсинлари томонидан чакирилади, организмнинг бир тузумли, махсус, узига хос реакцияси ва бир хил клиник манзараси билан кечадиган хасталикдир. Сепсис атамасининг замонавий маъноси Америка торакал хирурглар коллегияси ва интенсив терапия мутахасисслар кенгаши халқаро конференциясида қушма қарор орқали қабул қилинган. Чикаго конференциясида инфекциясиз сепсис



булиши мумкин эмаслиги қайд қилинди. Сепсис терминологияси тизимли яллигланиш синдроми қиритилиб уни тарқалган яллигланиш реакцияси

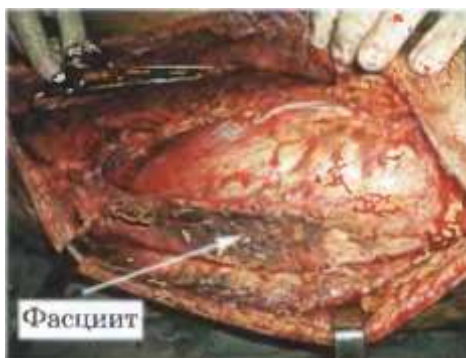
эканлиги билдирилди. Бугунги кунда замонавий терминологиялар куйидаги иборалардан иборат: бактериемия – бемор конида хаетга моил бактериялар аникланиши; тизимли яллигланиш синдроми – огир шикастланишларга жавобан организмнинг куйидаги турта белгилардан (гипер- еки гипотония,

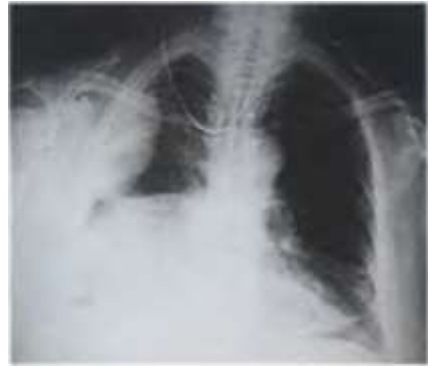


Септик учокларни ташхислаш усуллари

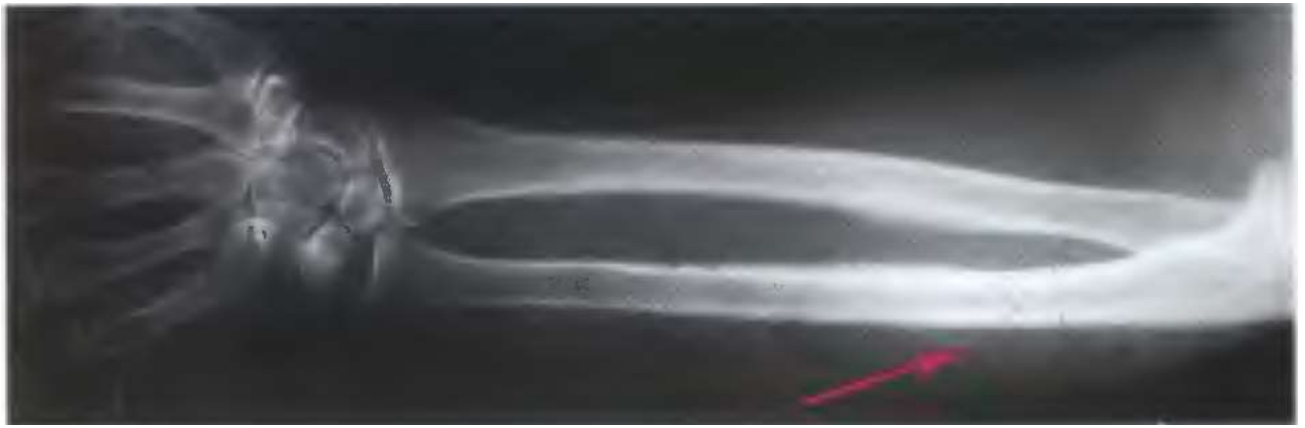
тахикардия, тахипное, лейкоцитоз еки лейкопения) иккитаси булган холдаги ташхисланадиган умумий жавоб бериш реакцияси; сепсис – тизимли яллигланиш синдроми билан биргаликда йирингли учок учраш холатида; огир сепсис еки сепсис-синдром – бу юкорида курсатилган сепсис хасталиги ва полиорган дисфункция еки полиорган етишмовчилиг булганда; септик карахт – гиповолемия холатини бартараф килишга каратилган чора тадбирлар

самарадорлиги булмаган холда беморда гипотензия сакланиб турилиши; полиорган дисфункция синдроми – огир ахволда булган беморни ички аъзоларнинг фаолияти етишмовчилиги. . Хирургик сепсиснинг таснифи куйидагича: келиб чикиши буйича – бирламчи ва иккиламчи; учокнинг жойланиши буйича – хирургик, гинекологик, урологик, отоген, одонтоген ва бошқалар; кузгатувчини тури буйича - стафилоккоккли, стрептококкли, колибацилляр, кук йирингли, анаэроб; учоклари буйича - жарохат, операциядан сунги, яллигланишдан сунги; ривожланиш вакти буйича – эрта ва кеч; клиник кечиш буйича – чакмоксимон, уткир, сурункали; организмнинг реакция турлари буйича – гиперергик, нормергик, гипергик; клиник-анатомик белгилар буйича – септицемия ва септикопиемия; клиник кечиш фазалари буйича – таранглашиш, катаболик, анаболик, реабилитация фазалари.





5.2 – Хирургик инфекция патогенези ва ташхислаш учун асосий мезон



Некротик фасциит



Чирувчи флегмона

курсатгичлари. Хирургик сепсисни патогенези куйидаги назарияларга асосланган: бактериологик, токсик, аллергик, нейротрофик, цитокин назариялари. Цитокинлар – оксил моддалари булиб, уларнинг фаолияти специфик ва носпецифик иммунитетни бошқариш билан боғлиқдир. Хирургик сепсис патогенезини аниқлаштирадиган асосий омиллар куйидагилардан иборат. Микробиологик – тури, вирулентлиги, киймати ва организмга таъсир килиш муддати давоми. Бу ҳолатда ташхислаш жараенида бактериемия, микроб токсемия, эндо (ауто) токсикоз белгилари аниқланади. Инфекцияни кириш учоги – соха, таснифи ва туқималарни зарарланиш ҳажми, яллигланиш учогида кон таъминоти ҳолати ва бошқалар. Ташхислаш жараенида беморда тизимли деструктив васкулит, талаб килувчи коагулопатия билан кечувчи гиперкоагуляция ва ДВС-синдроми белгилари аниқланади. Организмнинг реактивлиги – организм, унинг тизимлари, аъзолари ва бошқаларнинг иммунбиологик куввати ҳолати. Ташхислаш жараенида иммун тизимнинг дисбаланси аниқланади.

5.3 – Умумий хирургик инфекцияни замонавий ташхислаш усуллари. Хирургик инфекцияни ташхислаш лаборатор усуллари: лейкоцитоз еки лейкопения, тромбоцитопения, бактериемия, анемия, ЭЧТ, сийдикдаги узғаришлар. Хирургик инфекцияни ташхислаш маркерлари. Прокальцитонин – хирургик инфекцияни замонавий ташхислаш курсатгичи. Полиорган дисфункцияни ташхислаш алгоритми.

Назорат саволлари:

1. Хирургик сепсисни замонавий таърифи қанака?
2. Хирургик инфекцияни замонавий таснифи қанака?
3. Цитокинлар нима дегани ва уларни ташхислашда қандай урни бор?
4. Хирургик инфекцияни ташхислашда замонавий лаборатор маркерлар қанака?
5. Хирургик инфекцияни ташхислашда қандай замонавий усулларни биласиз?

6. Хирургик инфекцияни ташхислашда инструментал усуллари қайсиларини биласин?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

6–мавзу: Хирургик хасталиклар ва шикастланишларни замонавий интеграл дастурлар ва усуллари билан ташхислаш усуллари

Режа

6.1 - ортирилган ва туғма юрак нуқсонларини замонавий ташхислаш.

6.2 - қон-томирлар сурункали облитерацияловчи хасталикларни ташхислаш.

6.3 - қон айланишини ўткир бузилишини ташхислаш замонавий усуллари.

Таянч иборалар: *Юрак нуқсонлари, облитерацияловчи эндоартериит ва атеросклероз, қон-томирлар тромбоз ва эмболиялари.*

6.1. ТРОМБОФЛЕБИТ - (phlebitis) вена қон томирлар деворини яллиғланиши билан баробар вена ичида тромб ҳосил бўлишига айтилади. Флебитни келиб чиқишига сабаб вена қон томир деворига микробларни кириб қолиши сабаб бўлади.

Флебита келиб чиқишига сабаб бўлади:

Вена қон томирни ичини кенгайиши (венани варикоз кенгайиши), венада қон ҳаракатини бузулиши (венани димланиши).

Вена қон томир деворини шикастланиши ёки вена атрофида юмшок тўқималарни шикастланиши уларга инфекцияни қўшилиши.

Флебитни қўзғатувчиси кўпинча йирингли жараён чақирадиган микроблар бўлади.

Кўп ҳолларда флебитни келиб чиқишига сабаб яллиғланиш ўчоғидан инфекцияни ён атрофида жойлашган вена қон томир деворига ўтиши ҳисобига келиб чиқади.

ФЛЕБИТ вена қон томири деворига тўғридан тўғри венапункция қилиш пайтида асептика қоидалари бўзилса келиб чиқади. Кам-кам ҳолларда вена деворига инфекция гематоген йўллар билан тушади. Вена деворида ривожланган яллиғланиш жараёни трофик ўзгаришларга олиб келади. Бир вақтни ўзида яллиғланган вена соҳада қон ҳаракати секинлашади. Бу икки омил ўз навбатида тромб ҳосил бўлишига олиб келади, айниқса буларга қонни ивишини бўзулиши қўшилса (Вирхов учлиги) кўпроқ кўзатилади.²

Юзаки ва чуқур веналарни флебити ва тромбофлебители фарқланади. Юзаки оддий флебитда кичикроқ шиш пайдо бўлади, яллиғланган вена бўйлаб оғриқ пайдо бўлади. Яллиғланган вена устида тери йўл-йўл кўринишдаги қизариш билан намоён бўлдаи. Касалланган оёқ бироз шишади. Тана ҳарорати кўтариледи. Венада тромб ҳосил бўлса пайпаслаганда оғриқли ҳосила пайпасланади.

Чуқур флебитларда (тромбофлебитларда) яллиғланган оёқда биринчи навбатда эътиборни жалб қиладиган даражада шиш кўпаяди, терисини ранги кўкимтир тусга киради, беморларни касал оёғида кучли оғриқлар безовта қилади.

² «3D Navigation in Complex TEVAR». Endovascular Today: 69–74.

Йирингли тромбофлебит ривожланган бўлса маҳаллий ва умумий симптоматика кучаяди. Тана ҳарорати 38-40°C гача кутарилади, қалтираш кўзатилади, оёқдаги оғриқ жуда кучаяди. Оёқдаги шиш қисқа вақтни ичида катталашади.

Тромбофлебитлар кўпинча оёқда кўзатилади, бунга сабаб оёқни қон томирлар архитектоникасини ўзига хослиги, айниқса оёқда варикоз касаллиги бўлса кўпроқ кўзатилади. Касаллик асоратлар билан бошланади, бу асоратларга:

- 1) тромбозни вена йўналиши бўйлаб тезлик билан тарқалиши;
- 2) инфекцияланган тромбни томир деворидан кўчиб бошқа аъзоларга эмбол сифатида микрацияланиши - эмбол ўпка артериясига борса ўпка гангренази ривожланиши мумкин;
- 3) майда тромбларни катталашиб, уларни тезда инфекциланиши натижасида яллиғланиш жараёни атроф тўқималарга тарқалиб абсцесс ҳосил бўлиши ёки каттароқ майдонга тарқалиши мумкин;
- 4) Энг хафлироғи менингиал инфекция ҳамда бош мия инфекцияси кўпинча юзда жойлашган фурунқўлдан юз веналарини тромбофлебити асорати натижасида келиб чиқади. Яна ҳам хафлироғи болдир ва сондан тепага кўтарилувчи тромбофлебитда тромбни пастки ковак венага микрацияланиши.

6.2. Бунда ўпка артерияси ўткир тромбоэмболияси натижасида бронхоспазм ривожланиб бир зумли ўлимга олиб келиши мумкин.

Мазкур ташхисли беморлар фақат стационар шароитда даволаниши ва шошилиш кўрсатмалар бўйича кузатувда бўлишлари зарур!!!

Консерватив даволаш албатта стационар шароитда яллиғланишга қарши чора-тадбирлар ва антикоагулянт терапия биргаликда олиб борилади. Юза веналар ўткир тромбофлебитида яллиғланишга қарши даволашда яллиғланган веналар бўйлаб хлорэтил сепиб чиқилади ва яллиғланган вена соҳасига Вишневский малҳами билан боғлам қўйиб даволанади. Беморни касал оёғи 24 соат давомида (Беллер шинасига ўрнатилади). Оддий тромбофлебитни йирингли тромбофлебитга айланишини олдини олиш учун ва яллиғланган вена

томир атроф тўқималарни яллиғланишини олдини олиш учун антибиотикотерапия ўтказилади. Антибиотиклардан левомецетин (хлорамфеникол) 2-2,5 г дан суткасига 6-10 кун давомида буюрилади.

6.3. Яллиғланишга қарши терапияни албатта антикоагулянтлар билан биргаликда олиб борилади, антикоагулянтларни куллашда албатта қонни ивиш тизимини (қонни ивиш ва протромбин индекси) назорати остида қуйидаги схема бўйича қўлланилади:

1. Даставвал тўғридан тўғри таъсир кўрсатадиган антикоагулянтлардан - гепарин (1 мг гепарин 1 кг вазнга, ўрта ҳисобда 25-75 мг гепарин вена ичига ҳар 4 соатда, ёки 200 мг гепарин в 1000 мл физиологик эритма 0,9% натрий хлор эритмасида). Бир вақтни ўзида билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар қўлланилади, инкубацион даври 48-72 соатни ташкил қилади..

2. Гепарин билан даволаш 1-2 кун давом этади, шу муддатдан сўнг фақат билвосита таъсир қиладиган антикоагулянтлар (дикумарин, неодикумарин) билан давом эттирилади.³

3. Антикоагулянтларни дозалари протромбин индекс кўрсаткичига асосан назорат қелинади, протромбин индекси 30-40% га етганда, антикоагулянтларни дозаси камайтириб борилади.

Тромбофлебитни асоратлари юзага келганда оператив даволаш тўғридан-тўғри кўрсатма бўлади ва қуйидаги операциялар қўлланилади:

1. Венани тромб олди соҳасидан боғлаш (масалан, катта тери ости венани сон венасига тушиш жойида боғлаш - Троянов-Тренделенбург операцияси).⁴

2. Флебэктомия (венани тромб билан бирга яллиғланган атроф тўқималари билан бирга олиб ташлаш).

3. Магистрал венага фильтр-ушлагич ўрнатиш.

³ «Angiohybrid-OP - Neue Möglichkeiten, Planung, Realisierung und Effekte».Gefässchirurgie - Zeitschrift für vaskuläre und endovaskuläre Medizin (17): 355–358.

⁴ «Intra-operative DynaCT improves technical success of endovascular repair of abdominal aortic aneurysms.». Journal of Vascular Surgery 49 (2): 288–295. DOI:10.1016/j.jvs.2008.09.013.

Назорат саволлари:

1. Юрак нўқсонлар таснифи қанақа?
2. Юрак нўқсонларни клиник ташхислаш усуллари қанақа?
3. Юрак нўқсонларини инструментал ташхислаш усуллари қанақа?
4. Облитерацияловчи эндоартериит этиология ва патогенези қанақа?
5. Қон томирларни облитерацияловчи хасталиклари қандай ташхисланади?
6. Уткир тромбоз ва эмболияни қандай ташхислаш лозим?

Фойдаланилган адабиётлар

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et al. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

7–мавзу: Замонавий комплекс ташхислаш усуллар ва алгоритм стандартларини моҳияти

Режа:

- 7.1-** Хирургик инфекция хасталикларининг таснифи.
- 7.2-** Хирургик инфекция хасталикларининг кечиши ва клиник намоён бўлиши.
- 7.3-** Хирургик инфекция хасталикларини ташхислаш замонавий усуллари.

Таянч иборалар: *хирургик инфекция, интоксикация, лимфоцитопения, тромбоцитопения, абсцесс, флегмона, сепсис.*

РИВОЖЛАНУВЧИ АНЕМИЯ. Сепсис билан беморларда гемоглобинни 60% гача камайиши.

ЛЕЙКОЦИТАР ФОРМУЛАНИ ЧАПГА СИЛЖИШИ. Лейкоцитларни умумий миқдорини ошиб кетиши, лейкоцитларни токсик донадорлиги. Прогностик томондан лимфоцитларни динамикада ошиб бориши жуда муҳим роль ўйнайди. Юқори лейкоцитоз билан лимфопения кўзатилса— прогнози қониқарсиз кечади.

ИНТОКСИКАЦИЯНИ ИНТЕГРАЛ БАҲОЛАШ — ЛИИ, ГПИ.

Т-ЛИМФОЦИТОПЕНИЯ анаэроб сепсисга хос, прогностик нуқтаи назардан қониқарсиз. Т-лимфоцитларни 24 соат ичида 30%га камайиши — сепсисни эрта симптомларига киради.

ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ — сепсисни эрта ва муҳим клиник белгиларига киради. Тромбоцитларни 24 соат ичида 30 % га камайиб кетиши — сепсисни эртанги симптомларига киради.

ЭЧТни ортиши сепсисни ривожланиб боришидан далолат беради. **НООРГАНИК ФОСФАТ** кўрсаткичини 24 соат ичида 30% га тушиб кетганда, гранулоцитларни фагоцитар ва бактерицид фаоллиги қайтариб бўладиган депрессияси кўзатилади.

ҚОННИ ЛАКТАТ КЎРСАТКИЧИНИ ОШИШИ— анаэроб метаболизмни маркери. Патологик ва биохимик маркерлар орасида протеолизни фаоллашувини умумий ферментатив гомеостазни бўзулиши аҳамиятга молик

УНИВЕРСАЛ МАРКЕРЛАР СИФАТИДА ЎРТАНЧИ МОЛЕКУЛАЛАР МИҚДОРИ ЭЪТИБОРНИ ЖАЛБ ҚИЛАДИ — молекуляр массаси 300-500 Д. олигопептидларга. Ўртанчи молекулалар концентрациясини корреляцияси сепсисни асосий клиник, биохимик ва прогностик негизларига киради.

ЦИТОКИНЛАРНИ МИҚДОРИНИ АНИҚЛАШ. Кўпроқ эътиборни жалб қиладиган бу TNF ва интерлейкин. Уларни ўзгаришини аниқлашни аҳамияти шундаки, сепсисни оғирлик даражасини аниқлашга ёрдам беради ва тўғри даволашга туртки бўлади, ҳамда иммунотерапия ўтказишга асос бўлади. Қонни умумий таҳлилида чапга силжиган лейкоцитоз аниқланади, тобора тушиб кетаётган гемоглобин миқдори ва эритроцитлар миқдорини тушиб кетиши кузатилади.

Энг керакли текширувларга қонни экиш киради. Қонни экиш учун 3 кун кетма-кет олинади. Метастазланган сепсисда қонни экиш учун ҳарорат кўтарилганда олиш мақсадга мувофиқ бўлади. Шунинг назарда тутиш керакки, агарда экма натижаси манфий чиққан тақдирда ҳам сепсисни инкор қилиш нотўғри бўлади. Сийдик таҳлилида протеинурия, эритроцитлар, лейкоцитлар ва цилиндрурия аниқланади.

Назорат саволлари:

1. Хирургик инфекциянинг замонавий таснифи қанақа?
2. Хирургик сепсис таснифи қанақа?
3. Хирургик сепсисни ташхислаш замонавий маркерлари қанақа?
4. Кандли диабетда хирургик инфекциянинг кечиши қандай ташхисланади?
5. Хирургик инфекцияни ташхислаш учун қандай инструментал ташхислаш асбоблари қулланилади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.

p.

8-мавзу: Замонавий гибрид ва кичик инвазив хирургик ташхислаш усулларининг моҳияти ва камчиликлари. Ташхислаш жараенининг истикболлари

Режа:

- 8.1- Гибрид ташхислаш операциялар.
- 8.2- Кичик инвазив ташхислаш хирургия.
- 8.3- Роботехника ва ташхислаш.

Таянч иборалар: *шошлинч хирургия, режали хирургия, инновацион технологиялар, гибрид операциялар, хужайравий технологияли ташхислаш.*

8.1. Гибрид операция хонаси — тиббий кўрик учун мулжалланган замонавий асбоблар билан жихозланган операцион хона. Масалан С-ёйли, компьютер томограф, ёки магнит-резонанс томография.⁵ Бу ускуналар тиббий кўрик учун қўлланилиб кичик инвазив хирургик муолажаларни бажариш учун қўлай бўлади. Кичик инвазивлиг моҳияти эса катта кесмалар бажариш зарурияти булмаганлиги. Бунда муолажа бажариш учун катетер ёки эндоскоп урнатиш етарли бўлади.

Юрак клапанларини алмаштириш бўйича, аритмия ва аорта анефризмаси бўйича бажариладиган операциялар. Гибрид операциялар кардиохирургияда бугунги кунда кенг қўлланиладиган муолажалардан ҳисобланади.⁶

Аорта анефризмасини даволашда қўлланиладиган гибрид операциялар бугунги кунда эндоваскуляр операцияларнинг кенг қўлланилишига йўл очиб берди.

Назорат саволлари:

- 1. Гибрид операциялар нима ва уларнинг моҳияти нимадан иборат?
- 2. Замонавий ва истикбол хирургия йўналишлари қанақа?

⁵«The Cardiovascular Hybrid OR-Clinical & Technical Considerations». CTSnet.

⁶ Invasiveness of surgical procedures. Wikipedia.

3. Хужайравий технологияли ташхислаш нимадан иборат?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ

1 – амалий машғулот:

Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердан курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш усуллар (1-кисми)

Ишдан мақсад: Тингловчиларни хирургик беморларни текширишдаги кетма кетликни ва тизимни ўргатиш, хирургик патологияли беморларда локал ҳолатни баҳолашни.

Масаланинг қўйилиши: Лаборатор текшириш усуллари. Эндоскопик текшириш усуллари. Функционал текшириш усуллари. Ультразвўқ текшириш усуллари. Радиоизотоп текшириш усуллари. Компьютер томография. Позитронно-эмиссион томография. Мультиспирал компьютер томография. Магнит-резонанс томография.

Ишни бажариш учун намуна: Чувалчангсимон усимтанинг уткир яллиғланиши — уткир аппендицит жаррохлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади. МДХ - да йил мобайнида уткир аппендицит туфайли 1 млн дан ортиқ. операциялар қилинади. Юртимизда 1 йил мобайнида 300 мингдан ортиқ. бемор бу касаллик буйича шифохоналарга ётқизилган ва улардан 89% бемор аппендэктомиа операциясини бошидан утказган.

Операциядан кейинги улим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2—0,3% ни, бизда эса урта хисобда 0,2% ни ташкил килади. Улим курсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги куйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқизиш сабабли йул куйилган асоратлардир.

Уткир аппендицит асосан ёшларда (14—20) ва 30—40 ёшда купрок учрайди — бунда аёллар эркакларга нисбатан 2 марта куп касалланадилар. Улуг рус жаррохларидан бири И.И. Греков: "Чувалчангсимон усимта яллигланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда булмайд кутилмаган холларда кузатилади", деб таъриф беради. Аппендэктомия, жаррохлик амалиётида энг осон бажариладиган ва шунинг билан бирга энг мураккаб амалиётларидан бири хисобланади. Чувалчангсимон усимта куричакнинг орка-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли холатни эгаллаб, узунлиги 6—16 см, диаметри эса 5—9 мм булган ёпик цилиндр шаклига эга булади. Ёши утган организмда усимта кичрайд, деворлари склеротик узгаришларга учрайди, натижада унинг бушлиги торайиб, хатто йук олиб кетиши кузатилади. Чувалчангсимон ўсимта одатда унг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бушлиғида пастга ва медиал томонга йуналади, баъзан эса кичик чаноқ соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта куричакдан медиал ва латерал йуналишда юқорига хам кутарилиши мумкин, баъзан эса ут пуфагигача етади. Аксарият холларда, чувалчангсимон усимта куричак оркасида ва хатто ретроперитонеал жойлашган булади. Баъзида, усимтани юқорида — жигар остида, ёки пастда — кичик чаноқ бушлиғида — жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик холларда кўричак париятал қорин парда билан хар томонлама уралган бўлади, лекин баъзи холатларда мезоперитонеал жойлашган булиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда булади. Баъзида чувалчангсимон усимтанинг тугма булмаслик холлари хам учрайди, лекин бу турдаги ходисалар камдан кам холларда булади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашиши, 9—25 % ҳолатларда кузатилади. Ретроцекал ўсимта жойлашишининг 3 тури фаркланади:

- ◆ қорин парда ичида жойлашиши;
- ◆ қорин-девори ичида жойлашиши;
- ◆ қорин орти бушлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун булиб, узининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқди ичак, умуртка поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллигланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради. Эмбриогенез жараёнида куричак эпигастрал сохадан ўнг ёнбош сохасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар натижасида эмбри-онал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида булиши мумкин. Чувалчангсимон ўсимтанинг қон билан таъминланиши аппендикуляр артерия (a. appendicularis) орқали амалга оширилади, у ўз навбатида ёнбош-чамбар артериядан бошланади. қон ёнбош-чамбар венага қуйиладиган аппендикуляр вена бўйлаб оқиб кетади. Чувалчангсимон ўсимта иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв чигаллари томонидан амалга оширилади. Чувалчангсимон ўсимтанинг узида лимфoid туқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу туқима тусиқ фаолиятини бажаради. Бугунги кунгача, чувалчангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тулиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асосиз ҳисобланади. Чувалчангсимон усимта фаолияти:

- ◆ Шиллиқ каватида ишлаб чиқариладиган суюклик таркибида ами-лаза ва липаза булиб, овқат хазм қилиш жараёнида иштирок этади.
- ◆ Таркибида куп микдорда лимфатик фолликулалар булиб, химоя вазифасини бажаради.
- ◆ Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон булиб, чувалчангсимон усимга ҳолати реффлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юкоридагиларга асосланган холда куйидаги хулоса ке-либ чикади: чувалчангсимон усимта инсон организмида маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири булиб, факатгина патологик узгаришлар мавжуд булгандагина уни олиб ташлаш тугри булади.

ЭТИОЛОГИЯ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

Уткир аппендицит - чувалчангсимон усимтанинг носпецифик яллигланиши булиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги булган биологик мулокотни бузилиши натижасида келиб чикади. Уткир аппендицитда инфекция кузгатувчиси булиб одатда стафилококклар, ичак таёкчаси, аралаш ва анаэроб флора хисобланади.

Уткир аппендицит келиб чикишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, алергик, нейроген ва кон томир назариялари. Котор холларда организмда бошка локализацияли яллигланиш учоклари мавжуд холда, чувалчангсимон усимтанинг уткир яллигланиши пайдо булади, бу хол унинг лимфоид тукимага бойлиги билан боглиқ булади. Уткир аппендицитнинг ривожланишида купрок, овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жараёнларига таъсир курсатувчи оксилли маҳсулотларнинг устунлик килиши маълум аҳамиятга эга булади.

Купчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда Уткир аппендицитга купрок *a. appendicularis* тромбози сабаб булади. Гудаклик ёшида эса, уткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кура, чувалчангсимон усимта сохаси-даги патологик жараён силлик мушаклар ва кон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озикланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Таснифи. Мураккаб ва турлича клиник ва патологоанатомик кўринишга эга бўлган касалликни маълум бир тизимга солиш анчагина мушкул ҳисобланади. Шунинг учун турли хил классификациялар таклиф этилган бўлиб, ҳозирги кунда қўлланиладиган классификациялар ичида В.И. Колесов таклиф этган классификация бирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

1. Аппендикуляр санчиқ (колика).
2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит:
 - а) флегмоноз;
 - б) гангрёяз;
 - в) гангрёноз-перфоратив.
4. Асоратланган аппендицит:
 - а) аппендикуляр инфилтрат;
 - б) аппендикуляр абсцесс;
 - в) тарқалган йирингли перитонит;
 - г) пилефлебит (ичак тутқич веналари септик тромбофлебети);
 - д) сепсис.

КЛИНИК МАНЗАРАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувал-чангсимон ўсимтанинг жойланиш хусусиятларига ҳам боғлиқ бўлади.

Одатдаги ҳолларда, касаллик ўнг ёнбош соҳасидаги ўртача оғриқ билан бошланади, бу оғриқ секин-аста кучая боради. Оғриқлар бутун қорин бўйлаб ёки киндик атрофида бошланиб, кейин ўнг ён-бош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30—35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4—6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида

бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгила-рининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айнаши ёки 1—2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38—39° С гача кўтарилиши билан ўтади. Бемор қайт қилганида, баъзи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг енгиллик сезмайди ва бу белги ўткир аппендицитга хос бўлган белгилардан ҳисобланади.

Қоринни пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида мушакларнинг таранглашиши ёки ригидлиги ва оғриқ белгиси аниқланади. Пайпаслашни соғ тараф — чап ёнбош соҳасидан бошлаб, аста-секин ўнг ёнбошга ўтиш мақсадга мувофиқ бўлади.

Қоринни умумий текширувидан сўнг махсус текширувга ўтила-ди, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бироқ, уларнинг қўйидаги еттитасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

1. Шеткин — Блюмберг белгиси;
2. Воскресенский ("кўйлак сирпаниши") белгиси;
3. Образцов белгиси;
4. Ситковский белгиси;
5. Бартомье—Михельсон белгиси;
6. Ровзинг белгиси;
7. Иванов белгиси.
8. Ларока белгиси

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашувидан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шеткин—Блюмберг

симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

Кўйлак сирпаниши белгиси фақат ўткир аппендицит учун хос бўлган белги ҳисобланади. Бу белги 1940 йил, В.М. Воскресенский томонидан таклиф этилган. Бемор кўйлаги билан қорин девори ёпилади, сўнг ўнг қўл бармоқлари учи билан ўнг ёнбош соҳасидан чапга юзаки ва кескин ўтказилса, оғриқ кучаяди (Воскресенский симптоми, "кўйлак сирпаниши").

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси му-шакларининг таранглашиши кузатилади. Бунда, киндик ва ёнбош суягининг олдинги юқори ўсимтаси орасидаги масофа кичрайиши кузатилади. Бу белги, Иванов белгиси дейилади.

Образцов белгиси — бемор юқорига қараб ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасида энг оғриқли нуқта топилади. Шу соҳада қўл бармоқлари ушлаб турган ҳолатда, беморни ўнг оёғини, букмаган ҳолатда 90° га кўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширилганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчанг симон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош со-ҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқдарнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, кўричак ва чувалчангсимон ўсимта тутқичини чўзилиши натижасида оғриқ пайдо бўлиши ёки кучайишига асосланган.

Бартомье-Михельсон белгиси. Кўпчилик беморларда, чап ёнбош соҳасида ётган ҳолатда, ўнг ёнбош соҳасини пальпация қилганда оғриқларнинг кучайиши кузатилади.

Ровзинг белгиси — чап ёнбош соҳасини бир қўл билан босиб туриб, иккинчи қўл билан енгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳара-кат қилинганда, ўнг ёнбош

соҳасида оғриқ (йўғон ичак ичидаги газ ҳаракати натижасида) пайдо бўлиши, бу белгининг мусбатлигидан дарак беради.

Ўткир аппендицит касаллиги бўлган беморни физикал текширишда ректал ва вагинал текширишнинг катта аҳамияти бор, бунда аксарият тўғри ичак-бачадон чуқурчаси (Дуглас кенглиги) соҳасида оғриқ аниқланиб, бу яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанинг яқин жойлашганидан ёки у ерда экссудат йиғилгандан далолат беради. Бу текширув усуллари қуйидаги ҳолатлардан дарак беради:

- ◆ чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашувини аниқлаш учун;
- ◆ кичик чанок инфильтратларини аниқлаш учун;
- ◆ ўткир аппендицитни, аёллар жинсий аъзолари патологиясидан дифференциал диагностика қилиш учун.

Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳдиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви — юқори лейкоцитоз: 10×10^9 - 18×10^9 л ($10\ 000$ - $18\ 000$) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

Баъзан эса (ареактив ҳолатларда), ўткир аппендицитнинг деструктив турларида ҳам лаборатор таҳлилларда ўзгаришлар минимал бўлиши мумкин. Шунинг учун, ташхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

Дифференциал диагностика. Ўткир аппендицит касаллигининг дифференциал диагностикасида барча касалликларни 5 гуруҳга бўлинади.

1. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликлари билан. меъда ва 12 бармоқли ичак яраси касаллиги хуружи ёки асоратлари; ўткир холециститнинг баъзи турлари, ўткир панкреатит ўткир энтерит, терминал илеит (Крон касаллиги), колит, гастрит, ўткир ичак тутилиши, ўткир токсикоинфекциялар,

тифопаратифоз инфекция, Меккел дивертикулининг яллиғланиши, геморрагик капилляротоксикоз (Шенлейн-Генох касаллиги) ва бошқалар.

2. Кичик чаноқ бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж килган сурункали яллиғланишлари ва асоратлари, бачадондан ташқари ҳомиладорлик, аёллар жин-сий аъзоларининг хавфсиз ва хавфли ўсмалари ва бошқалар.

3. Корин орти қисмида жойлашган аъзолар касалликлари билан — буйрак санчиғи, ўткир ва сурункали пиелонефрит, сийдик - тош ка-саллиги, цистит, ўткир, сурункали гломерулонефрит ва бошқалар.

4. Плевра бўшлиғи аъзолари касалликлари билан — ўнг томонлама эксудатив плеврит ва пневмониянинг баъзи турлари, ўпка туберкулези ва бошқалар.

5. Юрак ва қон томир касалликлари билан — юрак миокарди инфарктининг абдоминал тури ва бошқалар.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТНИНГ АТИПИК КЕЧИШИ

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Усимтанинг кўричак орқасида жойлашганлиги ҳисобига беморларда мушак тарангланиши белгиси, ҳатто гангреноз ўсимтада ҳам умуман намоён бўлмайди. Пти учбурчагида оғриқ қайд қилинади. Пастернацкий симптоми мусбат бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёнига қорин орқасидаги клетчатканинг тортилиши оқибатида сийдикда кўпинча эритроцитлар топилади ва дизурик ҳодисалар билан ўтиши мум-кин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти учбурчаги соҳасида оғриқ қайд қили-нади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чаноқда жойлашганда ҳам ўткир аппен-дицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ ун-чалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодиса-лар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг ҳимоя тарангланиши ҳам

баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чакалоқлар ҳаётининг биринчи йилларида ўткир аппендицит касаллиги камдан кам ҳолларда учрайди ва унинг юзага келишида қуйидаги факторлар сабаб бўлади:

- ◆ Кўричак ва чувалчангсимон ўсимта шаклининг конуссимон бўлиши ва унинг таркибидаги моддалар эвакуациясини тезлашиши;
- ◆ Ўсимта лимфоид аппаратининг яхши ривожланмаганлиги;
- ◆ Овқатланиш хусусиятларига кўра (одатда бу ёшда болалар дағал озуқа истеъмол қилмайди).

Бироқ, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жараёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан қуйида-ги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори (39— 40°C) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суёт ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқбезовта килади, мушакларнинг химоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиқади ёки умуман бўлмай-ди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати

нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши ҳам кам сезиларли даражада қайд этилади.

Демак, ёши улуғ ва кекса беморларда ўткир аппендицит анчагина фарқ билан ўтади ва чувалчангсимон ўсимта томирларининг склерози натижасида, унинг деструкцияси бирмунча тезроқ ривожланади. Беморлар кўпинча клиникага кечиккан муддатларда, асоратлар ривожланиб бўлгандан кейингина келтириладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, ҳомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафларга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Оғриклар ўнг ёнбош соҳасидан юқорироқда жойлашган бўлиши мумкин. Бачадон катталашганлиги сабабли Ситковский, Бартомье-Михельсон, Ровзинг симптомлари яхши аниқланмаслиги ёки манфий бўлиши мумкин. Аксарият ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги тез ва шиддат билан ривожланиб, одатдагидан илгарироқ асоратларга олиб келиши мумкин. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллиги белгилари қайд этилганда, барвақтроқ жарроҳлик амалиётини ўтказиш зарур бўлади. Албатта, бу беморлар амалиёт жараёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, ҳомилани сакдаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ АСОРАТЛАРИ

Аппендикуляр инфилтрат (чегараланган перитонит) - ингичка ичак қовузлоклари, катта чарви, йўғон ичакнинг бир-бири ва париетал қорин пардаси билан қўшилиб кетган биргаликдаги яллиғланиши бўлиб, унинг марказини яллиғланган чувалчангсимон ўсимта ва атрофида йиғилган экссудат ташкил этади. Унинг вужудга келиши негизида, инсон организмнинг қорин бўшлиғида жойлашган бирор-бир аъзосида яллиғланиш жараёни пайдо бўлса

уни чегаралаш ёки чеклаш мақсадида, унга бошка аъзоларнинг келиб ёпишиши ётади. Одатда бу жараён, касаллик бошланишининг 3-4 суткасида бошлаб, яллиғланган чувал чангсимон ўсимтага яқин жойлашган барча аъзолар уни ўраб олади ва аппендикуляр инфилтрат шаклланади. Кучли оғриқлар бу жараён бошланиши билан босилиб, симиллайдиган ҳолга ўтади. қорин пайпаслаб кўрилганда, ўнг ёнбош соҳасида зич-эластик консистенцияли ўсмасимон тузилма аниқланади. Одатда у ҳара-катсиз, чаноқ клетчаткаси билан қўшилиб кетган бўлади. Аппендикуляр инфилтрат операцияга бирдан-бир монелик қила-диган ҳол ҳисобланади ва муолажа йўли билан даволанади. Унинг кечувида асосан 2 йўналиш мавжуд бўлиб, сўрилиб кетиши ёки йиринглаши мумкин бўлади.

Шуни аниқлаш мақсадида, ҳар куни беморга ультратовуш ёрдамида текширувлар ўтказиб туриш лозим бўлади. Мақсадга мувофиқ ўтказиладиган антибактериал муолажа антибиотиклар ва сульфаниламид препаратлари) тайинлангандан кейин, тана ҳарорати аста-секин пасаяди, инфилтрат ўлчами кичраяди, лейкоцитлар миқдори нормага келади. Бошдан кечирилган аппендикуляр инфилтратдан кейин беморларни 3 ойдан кейин сурункали аппендицит бор беморлар сифатида операция қилинади.

Аппендикуляр абсцесс - аппендикуляр инфилтратда яллиғланиш жараёнининг йиринглашга ўтиши билан изоҳланади. Бун-да, аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашга қарамай, бемор аҳволи ёмонлашади, тана ҳарорати, айниқса кечқурунлари юқори бўлади. Инфилтрат соҳасидаги оғриқ кучаяди, пайпаслаганда у юмшоқроқ ҳолга ўтади, унинг чегараларида но-аниқлик пайдо бўлади. Қон таҳлилида лейкоцитоз ортиши қайд этилади. Бунда йиринглик (абсцесс) ни, иложи борича қорин бўшлиғига тарқатмасдан, ташқарига очиш ва уни дренажлаш зарур бўлади.

Ўткир аппендицитнинг энг хавфли асорати тарқалган йирингли перитонит ҳисобланади, у гангреноз-перфоратив аппендицитда ёки аппендикуляр абсцесснинг қорин бўшлиғига ёрилганида келиб чиқиши мумкин. Бу ҳолатда,

қориндаги оғриқ тарқалган хусусиятга эга бўлиб, қорин нафас олиш жараёнида фаол иштирок этмай қўяди.

Перитонитнинг бошланғич даврида мушаклар бутун қорин бўйлаб таранглашади, қорин пардасининг таъсирланиши (Шеткин-Блюмберг симптоми) кескин ифодаланган бўлади. Беморнинг тили ва оғиз бўшлиғининг шиллик қаватлари қурийди, тили оқиш рангда қопланган бўлади. Перкуссияда қориннинг ён каналлари соҳасида тўмтоқтовуш аниқланади (экссудат ҳисобига). Ультратовуш ёрдамида текширув ўтказилганда, қорин бўшлиғида суюқлик борлиги тасдиқланади. Аускультацияда ичак перистальтикаси кўпинча аниқланмайди. Қон таҳлилида юқори лейкоцитоз, унинг формуласини чапга сурилганлиги, ЭЧТ кескин ортиши аниқланади. Аппен-дикуляр этиологияли тарқалган перитонитнинг клиник белгилари, бошқа сабабдан келиб чиққан перитонитлар белгиларидан деярли фарқ қилмайди (специфик перитонитлар бундан мустасно).

Пилефлебит — қопқа венаси тармоқларининг йирингли тром-бофлебити бўлиб, жигар абсцесслари, сепсис ривожланишига олиб келади. Беморларнинг аҳволи бу асорат юзага келганда ғоят даражада оғир, интоксикация кучайган бўлади. Тана ҳарорати жуда юқори ва гектик хусусиятга эга бўлади. Жигар гепатоцитларининг зарарланиши оқибатида жигарнинг катталаниши, баъзи ҳолларда сариқликнинг пайдо бўлиши юзага келади. Бемор аҳволи жигар етишмовчилигининг ривожланиши ҳисобига оғирлашади. Бу асоратлар қўшилганда ўлим даражаси юқори бўлади ва беморлар асосан жигар-буйрак етишмовчилигидан нобуд бўладилар.

Меъда функциясини идора қилишда олдинги ёки орқа, баъзан эса ҳам олдинги, ҳам орқадаги қушимча тутамлар қуринишидаги адашган нервлар, ун тутамдан чиқадиган ва кизилунгачнинг орқа чап юзаси бўйлаб меъда тубига Гис бурчаги соҳасида борадиган Грасси қушимча тармоғи муҳим ахамиятга эга. Бу қушимча тармоқлар ваготомиядан кейин яра касаллигининг қайталанишида муҳим роль уйнайди. Адашган нерв тутамлари фаолиятини бошқарадиган Латарже олдинги ва орқа тармоғи билан тугалланади, унинг охириги 2—4

тармоклари эса мотор функциясини бошкаради. Олдинги ва орка Латарже тармоклари орасида антрал булим сохасида хам, танаси ва хатто кардия сохасида хам коллатераллар булади. Меъда секрецияси бутун хазм килиш даври мобайнида узаро таъсир киладиган нейрогуморал механизм билан амалга оширилади. Адашган нервлар I фаза деб аталадиган нейроген фазами таъминлаб беради, у урта хисобда тахминан ярим соат давом килади ва секрециянинг гуё иш солиш механизми хисобланади. Айни вақтда адашган нервлар овкатнинг меъдадан 12-бармокли ичак моторикасини ва эвакуациясини таъминлаб беради. Охирги маълумотларга кура овкат ейилгандан кейин меъдани бушашиши ноандренергик тормозланиш нерв толалари томонидан амалга оширилади. Меъда секрециясининг (II фаза) гуморал рағбатлантиришни 1905 йил Эдкинс кашф этган ва 1964 йилда Грегори ва Траси соф холда ажратиб олган гастрин воситасида амалга оширилади. Гастрин меъданинг антрал булими шиллик пардасида жойлашган хужайралар (уларнинг 90%гача), 12- бармокли ва оч ичакларнинг проксимал қисмларида, хатто меъда ости безидаги хужайралар томонидан синтез қилинади. Физиологик шароитларда С-хужайралар оксили овкат, пептонлар, аминокислоталар, адашган нерв кабилар билан рағбатлантирилади ва энди унинг узи ички омил ишланиши, хлорид кислота, пепсин, меъда ости бези ферментлари секрециясини рағбатлантиради, меъда ва оч ичак перистальтикасини кучайтиради. Ичак фазаси (III фаза) механизми унчалик равшан эмас: айрим муаллифлар ингичка ичакнинг юкори булимларида меъда секрециясини рағбатлантирадиган энтерогастрон хосил булади деб хисобласалар, бошкалари ингичка ичакда оксил парчаланишида гистамин хосил булади деб хисоблайдилар. Маълумки, ингичка ичак секрецияни факат кузгатиш таъсирига эмас, балки тормозлаш таъсир хам эга. Бирок бу вагус иннервацияси сакланиб қолган тақдирдагина шундай булади. Меъдада 3 та секретор безсимон сохалар фаркланади:

1 . Кардиал — овкат луқмаси учун кулай шароит яратадиган шиллик. ажратади.

2. Фундал безлар, хужайраларнинг 4 туридан ташкил топган бош хужайралар пепсиноген ажратади, париетал (ёки коплама) хужайралар хлорид кислота ва Кастрл ички омилини ажратади, кушимча хужайралар буфер хоссаларга эга шиллик ишлаб чикаради: дифференциацияланмаган хужайралар - улардан колган хужайралар риивожланади.

3. Антрал безлар хужайрадан ташкари суюклик рН ига якин булган рН ли эрийдиган шиллик ва гастрин гармони ажратади. Меъданинг цилиндрсимон эпителий билан копланган бутун шиллиик пардаси шиллик пардани уз-узини хазм килишдан химоя киладиган ва уни парда куринишида бекитиб турадиган асосий восита хисобланган шиллик ажратади.

12-бармокли ичак шиллик пардасида эндокрин хужайралар жойлашади: гастрин ишлаб чикарадиган С-хужайралар, S-хужайралар - секретин, I — хужайралар — панкреозимин.

Бир сутка ичида меъдада 1 л гача меъда шираси хосил булади. Овкатда хлорид кислота, пепсиногендан хосил буладиган пепсин томонидан хлорид кислота таъсири остида ишлов берилади. Овкат-нинг 12-бармоқди ичакка порция-порция булиб тушишини пилорус ва меъданинг антрал булими функцияси таъминлаб туради.

ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Меъда шираси анализи. Текширув нахорда утказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йигилган суюклик аспирация килинади. Сунгра 1 соат мобайнида суюкликни доимий аспирация килиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислота-нинг базал ишланиши курсаткичлари буйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тугрисида билвосита хулоса чикариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни урга-нишнинг энг ахамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши буйича шиллик парда патоморфологияси холатига бахо бериш мумкин. Гистаминнинг кушимча таъсири булиши мумкинлигини хисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюклиги I соат ичида (0,024 мг/кг дозада

гистамин юборилгандан кейин 30 минут утгач) аспирация килинади. Секреция хажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебити ммоль/соат хисобида куйидаги формула буйича аникланади:

$$\text{НС1 дебити} = \frac{\text{меъда шираси хажми(мл)} \times \text{НС1 титр бирлиги}}{1000}$$

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг куйидаги нормативлари фарк килинади: соатлик ажралиши - соатига 180—220 мл, кислотанинг базал ишланиши — соатига 18—20 ммоль; ёши улгайган ва кекса одамлар учун улар бирмунча паст — соатига 15— 20 ммоль. Нормада базал секреция курсаткичлари: соатлик ажралиши соатига 50—100 мл; кислотанинг базал ишланиши — соатига 4,5-5,5 ммоль.

Меъда ярасида секреция курсаткичлари нормоцид ёки гипоацид, 12- бармокли ичак ярасида — гиперацид (соатига 40—45 ммольгача), секрециянинг бирмунча юкори курсаткичларида (гиперсекреторлар) Золлингер — Эллисон синдроми булиши мумкинлиги хакида уйлаш лозим (бундай холларда зардоб гастринини урганиш зарур).

Холландер инсулин тестини кулланишда 10 кг тана огирлигига 2 ТБ хисобидан венага инсулин юборилади, унда меъда ширасини 2 соат ичида йигилади (хар 15 минутда 8 порция). Тест кондаги канд микдорини назорат килган холда утказилади. Бу тестни кулланиш адашган нервнинг меъда секрециясига таъсирини тадқиқ килиш имконини беради. Бирок у Кей тестига караганда кам маълумот беради, уни хозирги вақтда ҳам кулланилади. Ёши улгайган ва кекса одамларда меъда секрециясини текиришда Кей тести билан чегараланиш лозим.

Радиотелеметрия ва рН-метрия. Биринчи усулда меъдага рН мухити узгаришини кайд киладиган митти капсула — радиоузатгич урнатилади, у маълумотни кабул килиб кайд этадиган мосламага узатади ва лентага эгри чизик куринишида ёзилади.

Бернар зонди (1968) билан рН ни интрагастрал аниклаш усули хам бор. Бу усул беморлар учун огиррок булсада, бироқ, рН ни танада хам, антрал булимда хам бирданига аниклашга имкон бера-ди.

Аспирацион усул билан меъда ширасида рН ни аниклаш уртасидаги муҳим фарқ шундаки, биринчи холда НС1 текширилади, иккинчисининг ёрдамида эса рН нинг хақиқий қийматлари бевосита меъда деворида унинг турли булимларида бир вақтнинг узида аникланади. Бу усуллар бир-бирига рақобатчи эмас, балки бири иккинчисини тулдиради. Ёши улгайган ва кекса одамларда, шунингдек огир ётган ва заифлашган беморларда бу усуллардан биттасини куллаш мумкин.

Меъда ва 12-бармоқли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилишч хирургияда текширишнинг рентгенологик усуллари — обзор рентгенография (озод газ борлигини аниклашда яра тешилганига шубҳа булганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали холларда меъдага 2—3 л газ инсуфляция килиниб такрор рентгенографияда) катта ахамият берилади.

Меъда ва 12-бармоқли ичакни контраст рентгенологик текшириш нахорда утказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир булганидан далолат берадиган талай микдордаги суюқликни аниклаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озрок микдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сунг шиллик парда рельефи аникланади, сунгра "тигиз" тулдиришда шакли, жойлашиши, катталиги, контурлари, сурилувчанлиги, бушалишнинг бориши ва бошланиш муддатлари, патологик узгаришлар (тулиш нуксонлари, «токча» симптоми), газ пуфаги холати, унинг деформацияси, огрик нукталари аникланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик узгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли булимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Қатор холларда икки ва уч марта контрастлашдан фойдаланилади. Икки марта контрастлаш иккита вариантда кулланилиши мумкин

- 1) меъдага контраст аралашма ва газ киритиш;
- 2) меъдага газ киритиш ва пневмоперитонеум холати билан томография утказиш.

Уч марта контрастлаш — бу меъдага газ киритиш, пневмоперинеум ва контраст аралашма ичиришдан иборат.

Дуоденография 12-бармокли ичак холатини батафсил урганиш учун (асосан панкреатобилиар сохаси холатини ва жараёнини урга-ниш учун) утказилади.

Гастродуоденофиброскопия — меъда ва 12-бармокли ичак томонидан патологияни аниклашнинг энг куп маълумот берадиган усули булиб, фибротолали оптика ёрдамида утказилади. Эрталаб нахорда бажарилади, бироқ шошилиш холларда зарурат булганда сутканинг хар кандай вақтида меъда бушалишидан сунг утказилиши мумкин.

Текширишнинг бу замонавий турлари ёрдамида шиллик пардада булган хар кандай арзимаган узгаришлар: эрозия, йиртилиш, яра, бошлангич боскичдаги усмалар аникланади, биопсия килиш имконияти борлиги хавфли усмалар ва меъда ярасини дифференциал диагностика килишда бу усулнинг ниҳоятда кимматли эканлигини курсатади. Бу усул операция килинган меъда шиллик пардаси, чоклар, ингичка ичак холати тугрисида етарлича аник тасаввур беради. Бу усул меъдада кам шикастлайдиган альтернатив операциялар килишга, операциядан кейинги эрта даврда даво тадбирлари (кон кетишини тухтатиш, тусик, сохасига зондлар киритиш ва бошқалар) утказишга имкон беради.

Лапароскопия шубхали холларда яра перфорациясини корин бушлигининг бошка аъзолари патологиясидан дифференциация килади, хавфли жараённинг таркалганлигини аниклаб беради, биопсия килишга имкон беради.

Меъда ва 12-бармокли ичакнинг яра касаллиги — хозирги замон гастроэнтерологиясининг асосий муаммоларидан бири хисобланади. Бу касаллик 1000 ахолига хисоб килганда 4-5 холларда учрайди. Касаллик ёшлар ва ёши улгайган хамда кекса одамларда, асосан 20—40 ёшдаги кишиларда булади. Ёшликда унинг дуоденал формаси, кексаликда меъда яраси учрайди.

Эркак ва аёлларда учраш нисбати ёшларда ва урта ёшларда 5/6, ёши улгайган одамларда 3/1 ва кексаларда деярли 1/1. Беморларнинг ногирон булишлари жихатидан яра касаллиги 2-уринни эгаллайди (юррак томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва хал килинмаган масала хисобланади. Хозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи : нерв, гуморал ва маҳаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташки муҳит шароитлари муайян роль уйнайди. Меъда яралари шиллик пардага химиявий ва физик омиллар, дори препаратлари таъсиридан, кон айланишининг бузилиши, гипоксия ва бошқалардан пайдо булади, бу шиллик. парда бутунлиги бузилишига олиб келади.

Ульцероген омилларга куйидагилар: тугма (париетал хужайралар массаси ошиши, нерв системаси реактивлиги хусусиятлари, О/1 (кон группаси); стресс ҳолатлар (касб-корга оид ва рухий зуриқишлар, шикастлар, куйиш,) кислотали-ишкор мувозанат ҳолатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овкатланишнинг нотугри мароми; сурункали оч қолиш; дори-дармонлар (ацетилсалицилат кислота, индометацин, глюкокортикоидлар); эндокрин безлар таъсирлари (гипокалиемиа, сурункали панкреатит, ташки секретер функциянинг пасайиши билан, Золлингер - Эллисон синдроми; калконсимоно олди беши, гипофиз, буйрак усти беши аденомаси); жигар, буйрак, упканинг сурункали касалликлари, кон айланишининг уткир ва сурун-кали бузилишлари. Меъда ва 12-бармокли ичакда яра дефекти ҳосил булишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллик парда шикастлари, овкатланиш омиллари ва ташки муҳит таъсирлари) ва химоя омиллари (шиллик парда резистентлиги, ишкорий секреция, антродуоденал кислота «тормози», овкат характери ва бошқалар уртасидаги динамик мувозанатнинг бузилиши имкон беради.

Яра касаллиги пайдо булиш механизмининг мураккаблиги ҳисобиға олинадиган булса, консерватив даволашнинг ҳам, усулини танлашнинг ҳам кийинлиги уз-узидан равшан булади.

Патологик анатомияси. Меъда ва 12-бармокли ичак шиллик пардаси ва бирмунча чукур жойлашган деворларининг дефекти (нуксони) яра дейилади, унинг улчамлари ва чукурлиги хар хил булиши –юза ярадан (шиллик парда чегарасида), то унинг хамма катламларини камраб оладиган чукур (перфоратив ва пенетрация киладиган) яраларгача бир неча миллиметрдан, то «гигант» яраларгача (3—5 см катта) булади. Меъда яралари асосан кичик эгриликда, камрок -танасида ва катта эгрилигида, 12-бармокли ичакда — унинг кисмида, камрок, — постбульбар кисмида жойлашади. Яра битгандан кейин меъда пиёзча кисми шаклини бузадиган чандик колдиради, баъзан чикиш кисми торайишига — стенозига олиб келади.

12 бармокли ичакнинг яра касаллиги одатда навкирон ва урта ёшда бошланади, бироқ 60 дан ошган одамларда пайдо булиши хам мумкин («кечиккан» яралар). Кечишининг даврийлиги, мавсумий бахор-кузда) кузиши, кундузги мароми, тунги огриклар ва овкат ейилгандан кейин тинчийдиган оч огриклар, жигилдон кайнашига хос булади. Огрик мароми ифодаланган: очликда — огрик бошланади, овкат ейилганда — енгиллашади, очликда — яна огрик бошланади. Бу «уч фазалилик» жараённинг яккол 12-бармокли ичакда жойлашганидан дарак берадиган асосий диагностик-анамнестик белги хисобланади. Огрик характери, доимийлиги узгарганда, орка, елка, куракка утганда яра пенетрацияси хакида уйлаш лозим.

Одатда жараён кузиган даврда пайдо буладиган кусиш беморга бирмунча енгиллик беради, у нордон, унда овкат аралашмаси булмаслиги мумкин. Кусукда овкат булиши, айникса кусишдан бир мунча олдин ёки кусиш олдидан овкат ейилган булса, бу холда стеноз билан боглик, булган эвакуация бузилиши тугрисида фикр юритиш мумкин.

Беморларнинг умумий холати, одатда, кам узгаради ёки умуман узгармайди. Беморда озиб кетиш кузатилмайди, бу аксарият беморнинг огрикни йукотиш учун овкат еб туришига интилиши билан боглик булади. Стеноз пайдо булганда ва овкат утказувчанликнинг бузилишларида озиб кетиш кайд килинади, холос.

Дуоденал яра диагностикасида, умумий қабул қилинган тек-ширишлардан ташқари, меъда секрециясини текширишга катта аҳамият берилади. Кислоталиликнинг юқорилиги (бу меъданинг бошқа касалликларида ҳам учрасада) базал даврда ҳам, гистамин ва инсулин билан рағбатлантиришдан кейин ҳам 12-бармоқли ичак яраси учун хос.

Рағбатлантирилган кислоталилик курсаткичларининг юқорилиги гиперсекреция (соатига 40 ммолдан юқори) яра тешилиши (пер-форация) ёки қон кетиши қаби асоратлар бўлиши мумкинлигини курсатади, КБИ (кислотанинг базал ишланиши) нинг юқори курсаткичлари Золлингер — Элиссон синдроми борлиги мумкинлигидан далолат беради. Бу ҳолда қондаги гастрин миқдорини текшириш керак.

Меъда ярасининг 3 тури фарқ қилинади :

1 тури - меъда кичик эгрилиги яралари - мезиогастрал яралар;

2- тури - меъда ва 12-бармоқли ичакнинг қўшма яралари;

3- тури – препилорик яралар. Қўпинча (60% ҳолларда) I типга оид яралар ва 20% да II ва III типларга оид яралар учрайди.

Меъда яраларининг қелиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири меъдадан пассажни бузилиши натижасида руй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармоқли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ут кислоталари) меъда шиллик пардаси химоя баръерини бузади, водород ионларининг жадал тесқари диффузияси эса шиллик парданинг бевосита жароҳатига атрофик гастрит бошланишига олиб қелади. Микро- ва макроциркуляция бузилишлари, шиллик парда остидаги қават қиғали бўлмаслиги , кичик эгрилик соҳасидаги шиллик парда томирларининг тугалланиш характери меъда ярасининг энг қўп жойлашадиган жойини изоҳлаб беради. Меъда яраларида хлорид қислота миқдорининг қаст курсаткичлари водород ионларининг тесқари диффузланиши, қоплама хужайралар массаси қамайиб қетган атрофик гастрит билан тушунтирилади

Меъда ва 12-бармокли ичакнинг кушма яралари бирламчи дуоденал яра, пилоростеноз ва эвакуация бузилишлари натижасида антрал стаз руй бериши билан боглик, бу антрал булимнинг чузилишига, гастрин ажралиб чиқишига, гиперсекрецияга ва кейинрок меъда яраси хосил булишига олиб келади.

Препилорик яралар (III тури) пайдо булишининг патогенетик механизмлари 12-бармокли ичак яраларининг пайдо булишига ухшашдир.

Меъда яра касаллигининг клиник манзараси куп жихатдан яра жойлашган жойга, дастлабки умумий статусга, ёшга, асоратлар пайдо булишига боглик.

Кардиал огриклар ханжарсимон усик сохасидаги огрик билан кечади, у бел сохасига, чап елкага, юрак сохасига утади, шу са-бабли бу огрикни стенокардиядаги огрик деб уйлайдилар. Огрик овкат ейиш билан боглик булади, овкат ейишдан 20—30 минут утиши билан пайдо булади.

Медиагастрал яралар аксарият 40 дан ошган кишиларда пайдо булади. Асосий белгиси — овкат ейилгандан кейин 30—60 минут утгандан кейин огрик пайдо булишидир. Огрик пайдо булиш муддатининг яранинг жойлашувига бевосита богликлиги кайд килинади. Огрик одатда 1 — 1,5 соат, яъни овкат меъдадан чикиб кетгунча давом килади. Огрик характери, пайдо булиш муддати, кучи ва давомлилиги овкатга, унинг микдорига, сифатига боглик, кейинчалик эса огрик овкат характеридан катъи назар, хар гал овкат ейилгандан кейин пайдо булади.

12-бармокли ичакнинг яра касаллигидан фаркли равишда меъда яраларидаги огриклар «икки фазали» булади: овкат- огрик тинч шароит — енгиллашув.

Катта эгриликдаги яралар кам учрайди, купинча хавфли булади, чарвига, йугон ичакка, талок ва жигарнинг чап булагига утади.

Пилорус яралари (III тури) клиник жихатдан 12- бармокли ичак яраларига ухшаш, бироқ малигнизацияланишга мойил (2- 3% холларда).

Ёши улгайган ва кекса одамларда яралар атурик, купинча асоратлар ривожланиши билан утади. 60 ёшдаги беморларда пайдо булган яралар «эски», бу ешдан кейин пайдо булган яралар «кечиккан» яралар дейилади. Меъда яралари учун «карилик» яралари хос, улар уткир бошланади, ясси, йирик

булади, ярадан кон кетишига мойил булади, уларнинг сабаби — атрофик жараён, томир патологияси.

Меъда ва 12 бармокли ичакнинг яра касаллиги симптоматикаси кекса кишиларда кам ифодаланган — кучли огрик булмайди (диаметри 3 см дан катта «гигант» яралардан ташқари), цикллилик, мавсумийлик йук, камконлик, озиб кетиш ифодаланган. 12 бармокли ичакнинг «кечиккан» ва «эски» яраларида меъда шираси кислоталигининг курсаткичлари сакланиб колган ёки хатто юкори ракамларда булади. Усмирларда яра касаллиги огрик, кусиш, дуоденал яранинг бир ёки бир неча асоратлари ривожланиши: яра тешилиши, пенетрация, стеноз, кон кетиши холатлари кузатилади.

Меъда ва 12-бармокли ичак яра касаллигининг асоратлари Яра пенетрацияси

Бу перфорациянинг секин кечадиган турларидан бири булиб, пенетрациянинг 3 боскичи фарк килинади:

1-деворнинг хамма булимлари оркали утиши - девор ичи пенет-рацияси,

2-кушни аъзо билан фиброз кушилиб кетиш боскичи;

3-пенетрациянинг тугалланиш ва кушни аъзо - кичик чарви, меъда ости бези, жигар, кундаланг чамбар ичак ёки унинг ичак туткичи, диафрагма, талокка кириши.

Пенетрациянинг узига хос симптомлари огрикнинг кучайиши, унинг доимийлиги, бел сохасига, куракка, буйинга (пенетрация руй берган аъзога кура) таркалиши, каттик, тунги огриклар, консерватив даволашнинг фойдаси йуклиги ёки кам наф беришидан иборат. Умумий ут йулига пенетрация булиши эхтимол, у ут пуфагига камдан-кам киради. Бу холда билиодигестив окма яра хосил булади.

Меъда ости безига пенетрация оркага ураб оладиган огрик билан утади, меъда ости бези бошчасига пенетрация булганда сариклик пайдо булиши мумкин, меъда яраси без танасига тешилганда огрик, куракка, юракка таркалади.

Пилородуоденал стеноз

Унинг сабаби купинча 12-бармокли ичак ёки пилорик булими ёки пилорик каналидаги ярада периульцероз инфильтрат, шиш спазм ва чандикланиш

булишидир. Ярали анамнез одатда давомлилиги, бироқ, ёши улгайган ва кекса одамларда касаллик пайдо булган вақтдан бошлаб 1—3 ой ичида стеноз ривожланган холлар маълум.

Эвакуациянинг бузилиш даражасига кура стенознинг 3 асосий босқичи фарк қилинади.

Компенсацияланган стеноз бирор белгиларсиз утади: овқатнинг торайган участка орқали қийинлик билан утиши меъданинг кучайган перистальтикаси билан копланди, яъни компенсацияланади. Клиник жихатдан яра касаллигининг одатдаги симптомлари фонида меъданинг тулиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса куп овқат ейилгандан кейин оғирлик пайдо булади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон хидли қайт қилиш енгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда улчами нормал, бироқ гипертоника, барийнинг уртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада туликлик хисси палагда булган тухум хиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғрик, қорин гулдираши билан утади. Қусиш купрок булади, беморлар узларини қусишга мажбур этадилар, у енгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ейилган овқат қолдиқлари булади. Беморларнинг ахволи ёмонлашади, холсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпигастрийда «чайқалиш шовқини» қайд қилинади. Рентгенологик нахорга меъдада суюқлик, унинг перистальтикаси сустлашган, то-райган пилороденал канал орқали секинлашган эвакуация қайд қилиниб, барий 6—12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат утгач меъдада барий булмайд.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюқлик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий холатнинг ёмонлашиши билан Меъдада суюқликнинг туриб қолиши меъданинг чузилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача суюқлик тупланиб қолади, палагда булган тухум хиди келади кекириш пайдо булади. Атайин қузгатилган қусишдан кейин ахволи вақтинчалик енгиллашади, бироқ, тез-тез қайт қилиш, куп микдорда суюқлик,

хлоридлар, калий ионлари йукотиш дегидротацияга, коннинг куюклашувига, хлоридлар камайишига алкалоз, диурез камайиб кетишига олиб келади.

Беморларнинг умумий ахволи емонлашади, улар озиб кетади, тери копламининг эластиклиги пасаяди, адинамия булади. Корин деворининг турткисимон чайкалишларида «чайкалиш шовкини» меъдада кузга куринадиган кискариш аникланади.

Рентгенологик текширувда кабул килинган контраст аралашмаси пастга тушади ва меъда косача куринишини олади, бунда меъданинг пастки кутби тароксимон чизикдан 6—10 см пастга тушади, текшириш вақтида суюклик эвакуацияси булмайди, меъда перистальтикаси секин ёки булмайди, меъдада барий 24 соат ва бундан куп вақт тутилиб қолади.

Декомпенсация боскичида беморда кескин сувсизланиш, кахексия ривожланиши эхтимол, буйракдан кон окими пасаяди, диурез камаяди, нордон махсулотлар сийдик билан чиқарилмайди, алкалозга утади, огир холларда гастроген тетания ривожланади.

Бундай асоратлар операциядан олдинги коррекцияни кунт билан утказиш, беморларни реанимацион булимга ёткизишни таказо этади.

Пилородуоденал стенозларни операция йули билан даволаш. Операциянинг максади бир томондан утказувчанликни тиклаш ва айни вақтда яра касаллигини батамом тузатиб юбориш учун шарт-шароитлар яратишдан иборат. Хозирги вақтда пилородуоденал соха стенозларини даволашнинг куп сонли усулларидан асосан 3 тури кулланилади;

1 - радикал операциялар — декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 кисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I ёки гастроэнтероанастомоз Бильрот 2 усулида бажарилади (12-бармокли ичакнинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг қушилиб келиши; дуодено-стаз булганда хам), икки томонлама тутам ваготомияси билан антрумэктомия (уша курсатмалар булганда ва кислоталиликнинг юкори ракамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг хар хил турлари (гастроэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бирок операцияларнинг бу

турлари алохида вариантда жуда огир ётган, холсизланган ва кекса беморлардагина кулланилиши мумкин, чунки сакланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо бўлишига олиб келади; III-аъзони саклаб қоладиган операциялар - ваготомиянинг турли вариантлари (тутам, селектив, селектив проксимал, ваготомиянинг бошқа ҳар хил вариантлари) билан бирга утказиладиган меъдани дренажловчи операциялар.

Ут пуфаги ва ут йулларининг диагностикаси аввало беморларнинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар билан текшириш натижаларини урганишга асосланади.

Беморлар куйидагиларга энг куп шикоят қиладилар: оғрик, дис-пепсия, истма, эт жунжикиши, тери кичиши, сарикликдир. Анамнезни аниқлашда беморда илгари сариклик ва жигар ҳамда ут пу-фагининг уткир касалликлари, санчик хуружлари булган-булмага-нига ахамият бериш зарур, улар бу органларнинг (сурункали холе-цистит, холангит ва ут-тош касаллиги) шу касалликни бошлаб берган бўлиши эҳтимол. Физик текшириш усулларидан беморни куздан кечириш, пайпаслаб куриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал узгаришлар тугри-сида тушунча ҳосил қилига имкон беради ва купинча беморни даволаш жараёнида унинг ҳолати динамикасига баҳо беришда асосий усуллардан саналади.

Жигарни функционал текшириш бу органнинг специфик фао-лиятини, масалан, пигмент, зарарсизлантирувчи, оксил ҳосил қилувчи, фармакометаболизм каби вазифаларни акс эттиради.

Билиар касалликларни диагностика қилишда рентгенологик тек-шириш куп ҳолларда ҳал қилувчи ахамиятга эга бўлади.

Бемор қорнини босиб ётганида олинган суръат жигарнинг улчамлари, шакли ва жойлашуви ва ундаги йирик структуравий узга-ришлар тугрисида маълумот бериши мумкин.

Холеография. Холеография усули жигарнинг ут йулларига тушганда орган - йод саклайдиган моддалар ажратиш қобилиятига асосланган бўлиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена орқали

холецистохолангиографияси ут пуфагининг холатидан катъи назар, унинг кискариш функцияси бузилганда, пуфак йули блокадасида, шунингдек холецистэктомиядан кейин пуфак олиб ташланганда ут йулларининг рентген контраст тасви-рини олишга ёрдам беради.

Тери оркали холецистография килиш. Катталашган ут пуфаги пункция килингандан ва контраст модда юборилгандан кейин уни рентгенологик текширишдан иборат. Операцион холангиография хирургик операциялар вақтида ут йулларини рентген контраст текширишдан иборат. Хозирги шароитларда бу текширув ут йулларидаги операцияларда албатта утказиладиган боскич хисобланади, чунки у диагностика сифатини ошириб, асоратлар сонини камайтиришга ва хирургик даволаш натижаларини яхшилашга имконият яратади.

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (РПХГ) - Фатер сургичига ёки дуоденоскопияда билиар анастомоз огзига киритил-ган катетер ёрдамида контраст модда юборишда иборат (2-расм).

Тери оркали, жигар оркали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ут йулларини пункция килиш, уларга контраст модда юбориш ва кейин рентгенологик текширишпи уз ичига олади. Одатда тери оркали холангиографияни механик сарикликда утказилади: бу усул ут йулларида обтурация борлигини тасдиқлаш, унинг жойини Аниклаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пулат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу усул кейинги йилларда жуда кенг таркалди.

Ут йулларини манометрик текшириш — холангиоманометрия уларга суюклик юборилгандан кейин босим курсаткичларини аниклашдан иборат, бу ут чиқарувчи йулнинг функционал қобилияти ва утказувчанлиги тугрисида хулоса чиқариш имкониятини беради.

Жигар ут йулларини ультратовуш билан текшириш. Ут пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда

конкрементлар ёки яъни хосил булган тузилма-лар борлигини аниклаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш — унинг радиоактив модда-ларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси буйича функционал ҳолати аникланади ва радиоактив препаратнинг жигар туқималарига таксимланишига дойр морфологик хусусиятлари урганилади.

Ут йулларини эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия ама-лиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг учокли зарарланиши, ут йуллари саратонини аниклаш мақсадларида, шунингдек сарикликни дифференциал диагностика қилишда қулланишга тугри келади.

Дуоденоскопия — катта дуоденал сургич ҳолатини текшириш, ун икки бармоқли ичак патологиясини истисно қилиш имкониятини беради.

Холедохоскопия - операцион диагностика усуллари каторига киради ва текширишнинг муҳим босқичи ҳисобланади.

УТҚИР ХОЛЕЦИСТИТ

Ут пуфагининг уткир яллиғланиши калькулез холециститнинг энг қуп учрайдиган асоратларидан биридир. Ут пуфаги деворида уткир яллиғланиш жараёни пайдо бўлишининг асосий сабаблари: пуфак бушлигида микрофлора бўлиши ва ут суюқлиги оқиб кетишининг бузилиши ҳисобланади. Уткир холециститнинг клиник турлари: катарал, флегмоноз ва гангреноз (ут пуфаги тешилган ва тешилмаган).

Тана ҳарорати субфебрил рақамларгача қутарилади. Минутига 100 мартагача уртача тахикардия, қорин нафас олиш актида катна-шади, қорин девори унғ ярмининг нафас олиш актида бир оз орқада қолиши қайд қилинади, қоринни пайпаслаб қурилганда унғ қовургалар остида, айниқса ут пуфаги проекцияси соҳасида қескин оғрик пайдо бўлади. Қорин девори мушаклари таранглашган ёки бу унчалик юзага чикмаган, Ортнер — Греков, Мюсси — Георгиевский симптомлари мусбат. Баъзан қатталашган, урта даражада оғриб турадиган ут

пуфагини пайпаслаб курса булади. Тахлилларда лейкоцитоз уртача: 10000—12000.

Флегмонози холециститнинг клиник симптоматикаси бирмунча ифодаланган булади. Огрик касалликнинг катарал формасига кара-ганда кучлирок. Огрик нафас олишда, йуталишда, гавда вазиятини узгартиришда кучаяди. Купинча кунгил айнийди, бемор куп марта кайт килади, умумий ахволи ёмонлашади, гавда харорати субфеб-рилгача етади, тахикардия минутига 100—120 гача ошади. Ичаклар парези хисобига корин бирмунча кепчиган, ичак шовкинлари суст-лашган. Пайпаслаб курилганда кориннинг унг ковургалар остида кескин огрик пайдо булади, инфильтрат ёки катталашган ва огрийдиган ут пуфагини аниклаш мумкин. Унг юкори квадратида Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат. Ортнер — Греков, Мюсси — Георгиевский симптомлари мусбат. Тахлилларда лейкоцитоз 20000—22000 гача, лейкоцитар формуласи чапга сурилган.

Морфологик текширганда пуфак улчами катталашган, унинг девори калиндашган, тук кизил-кукимтир рангда, уни коплаб турган корин пардаси фибринли парда, бушлигида йирингли экс-судат булади.

Гангреноз холецистит клиник жихатдан жадал кечади, одатда флегмоноз боскичдаги яллигланишнинг давоми хисобланади, бун-да организмнинг химоя кучлари вирулент микроб флораси билан кураша олмайди. Интоксикация симптомлари билан махаллий ёки таркалган йирингли перитонит биринчи уринни эгаллайди. Яллиг-ланишнинг гангренили формаси тукималарнинг регенератив хусу-сиятлари пасайиб кетган, организмнинг реактивлиги пасайган ёши катта ва кекса ёшдаги одамларда купрок кузатилади. Пуфак ёрил-ганда таркалган перитонит симптомлари тез ривожланади. Беморларнинг ахволи огир булади, улар бушашган, кам харакат, тили курук, корни ичак парези хисобига кепчиган, унинг унг булимлари нафас актида катнашмайди, ичак перистальтикаси кескин па-сайиб кетган, корин пардасининг олдинги девори ушлаб курилган-да таранглашади, корин пардасининг кузгалиш симптомлари бор. Лаборатория анализларида: юкори лейкоцитоз, лейкоцитар формуланинг чапга кескин силжигани, ЭЧТ ошиши, кон электролит таркиби ва кислота-

ишкор холатининг бузилиши, протеинурия, цилиндрурия бузилиши аникланади.

Агар утдаги микроб флорасининг вирулентлиги кам булса ва ут пуфаги буйни ёки пуфак йули окклюзияси сакланиб колган булса, ут пуфаги истискоси уткир холецистит хуружи тугагандан кейин ривожланади.

Ут пуфагида ут таркибий қисмларининг сурилиши содир була-ди, бактериялар халок булади, ут пуфаги ичидаги суюклик рангсиз, шилимшик булиб қолади.

Беморларни физикал текширганда ут пуфагининг катталашган, чузилиб кетган, огримайдиган тубини пайпаслаб куриш мумкин. Ут пуфаги эмпиемаси ривожланиши мумкин.

Ут-тош касаллиги купинча 40 ёшдан ошган одамларда учрайди-ган таркалган касаллик. 70 ёшдан ошган кишиларда касалланиш атиги 30—40% ни ташкил қилади. Аксарият аёллар касалланадилар.

Ут-тош касаллигининг морфологик субстрати пуфак ва ут чиқарувчи йуллардаги тошлар ҳисобланади. Ут тошлари утнинг ода-тий таркибий қисмлари — билирубин, холестерин, кальцийдан таш-кил топган. Ут тошлари асосан ут пуфагида ҳосил булади, тошлар ут йулларида камдан-кам пайдо булади. Ут тошлари пайдо булиши-нинг асосий сабаби 3 та: моддалар алмашинуви бузилиши, ут пу-фаги эпителийсидаги яллигланиш узгаришлари ва ут димланиши-дир. Ут-тош касаллиги симптомларсиз утиши мумкин ва ут пуфа-гида тошларни беморни бошқа касаллик сабабли текшираётганда, корин бушлиги органларини операция қилаётганда ёки ёриб куриш вақтида тасодифан аникланади. Клиник жихатдан ут-тош касалли-ги купинча жигар (ут пуфаги) санчиги куринишида намоён була-ди. Огрик аксарият пархез бузилганда, жисмоний зуриқишда пайдо булади. Огрик хуружи пайдо булишига ут пуфаги буйнида, пуфак йулида тош қисилиб қолиши сабаб булади. Огрик унг ковургалар остида ва эпигастрал соҳада жойлашган булса, бел соҳасига, унг куракка берилади. Купинча жигар санчиги хуружи кунгил айнаши ва сафро аралаш бир неча марта қайт қилиш билан утади, бироқ бунда бемор енгил тортмайди.

Куздан кечиришда кориннинг бир оз кепчиши эътиборни узига тортади, корин деворининг унг ярми нафас актидан оркада колади, корин пайпаслаб курилганда унг ковургалар остида, ут пуфаги проекциясида кескин огрик пайдо булади. Мушакларнинг уз-узидан таранг тортиши булмади ёки кам ифодаланган Ортнер - Греков, Мюссе - Георгиевский симптомлари мусбат. Лаборатор анализиди лейкоцитлар микдори нормал ёки бирмунча ошган.

Сурункали калькулёз холецистит. Жигар санчиги хуружи тухта-гандан кейин беморлар хеч нимадан шикоятлар килмай, узларини соғлом хис килишлари мумкин. Бирок, уларда унг ковургалар остида огирлик ва симиллаган огрик булиб, у овкатдан кейин кучаяди, корин дам булади, ич кетади, огиз бемаза булади. Бирламчи хроник холецистит жигар санчиги хуружларисиз курсатиб утилган симп-томлар билан кечади. Ут-тош касаллиги ва калькулёз холецистит асоратлари: холедохолитиаз, холедох терминал булимида чандикли стриктура, ички окмалар пайдо булиши, холангит, холецистопан-креатит, ут пуфаги истискоси, ут пуфаги эмпиемаси.

Холедохолитиаз — ут-тош касаллиги ва калькулёз холецистит-нинг энг куп учрайдиган асоратларидан саналади (20% беморларда учрайди). Еши утган ва кекса ёшдаги одамларда холедохолитиаз 2— 3 марта купрок кузатилади. Купчилик беморларда умумий ут йулига тошлар ут пуфагидан тушади. Бунга пуфак йулининг калта сербарлиги, пуфак буйни ёки гартман чунтаги сохасида яра булиб, ут пуфаги билан умумий ут йули уртасида кенг окма пайдо булиши сабабчидир.

Холедохолитиаз узок вақтгача симптомларсиз кечиши мумкин. Хатто гипотикохоледохнинг куп сонли тошларида хам ут ажрали-ши бузилиши хамма вақт содир булавермайди. Ут суюклиги жигар-дан ташкаридаги ут йуллари бушлигидаги тошларни гуё четлаб окиб утади ва холедох терминал булимида тусик булмаса, бемалол ун икки бармокли ичакка тушади. Тошлар гепатикохоледохнинг энг тор булимларига, унинг терминал булимига ва айникса катта дуо-денал сургичи ампуласига тушганда ут суюклигининг ичакка окиб кетишига тусик — пайдо булиб, бу клиникасида механик сариклик билан

юзага чикади. Баъзан сариклик холедох терминал були-мида ёки катта дуоденал сургичда «вентил» тош булганда сариклик ремиттирловчи характерга эга булади. Тошларнинг холедох терми-нал булимидаги окклюзиясида ут гипертензияси вужудга келиб, клиник жихатдан бу унг ковургалар остида симиллаган огриклар ва механик сариклик билан утади. Жигардан ташкари йуларда босим янада оша борганда уларнинг бушлиги кенгаяди ва тош гепатихоходох проксимал булимларига гуё сузиб чиккандай булади, сариклик камаяди ва йуколиши мумкин.

Холангит — жигар ичи ва жигардан ташкари ут йуларининг уткир ва хроник яллигланишидир. Холедохолитиазда холестази ва ут суюклигига тушган инфекция хисобига пайдо булади. Ут йулари деворларидаги морфологик узгаришлар характери буйича катарал ва йирингли холангит фарк килинади. Холангитнинг клиник белгилари: гавда хароратининг субфебрил ракамларгача тусатдан кутарилиши, каттик, эт жунжикиши, унг ковургалар ости: сохасида огирлик ва симиллаган огрик, кунгил айнаши ва кусишдан иборат. Йирингли холангитда огрик, кучли булади, сариклик эрта пайдо булади.

Йирингли холангит авж олиб жадал кечганда ут йулари девор-ларида, паренхима багрида ва унинг юзасида майда йиринг тупланган жойлар хосил булади, бу жигарда куп сонли абсцесслар пайдо булишига олиб келади. Катта дуоденал сургич ампуласида тош кисилиб колганда ут окиб кетиши бузилиши билан бирга панкреатик шира окиб кетишининг бузилиши руй бериши эхтимол ва купинча уткир панкреатит ривожланади.

Катта дуоденал сургич ва умумий ут йули терминал булимидаги чандикли стриктуралар дуоденал сургич шиллик пардаси тошлардан, яллигланиш жараёнида зарарланганда пайдо булади. Стриктуралар бир неча миллиметрлардан 1—1,5 см гача масофада чегараланган ва умумий ут йулининг терминал булими 2—2,5 см ва бундан купрок концентрик торайган тубуляр булиши мумкин. Чандикли стриктураларда, одатда, патогномоник клиник симптомлар булмайдир. Холедох терминал булимининг ут суюклиги ва панкреатик шира окишининг бузилиши билан утадиган стенозида

холецистопанкреатит, уткир ёки хроник панкреатит, механик сариклик, холангит симптомлари пайдо булади.

Ички билиодегистив окмалар. Ут пуфагида тошларнинг узок вақт туриб қолиши деворида ва ут пуфаги билан перихолециститга уз-вий боғланган яқин жойлашган кавак органда яра пайдо бўлишига олиб келиши мумкин.

Окмаларнинг купинча ут пуфаги билан меъда уртасида ёки ут пуфаги билан гепатикохоледох уртасида шаклланиши руй беради. Ички билиодегистив окмаларнинг клиник белгилари жуда кам, шунга кура операцияга қадар ҳамма беморларда ҳам диагноз қуйиш-нинг иложи бўлавермайди.

Уткир тошсиз холецистит. Унинг этиологиясида бактериал инфекция омили, ут пуфагининг меъда ости беzi йулидаги ут йулла-рига ва ут пуфагига рефлюксида панкреатик жигарнинг шикастловчи таъсири муайян ахамиятга эга.

Диагностикада ва даволаш усулини танлашда беморни объектив текшириш маълумотлари, утказилаётган даво заминида касаллик клиник манзарасининг динамикаси хал қилувчи ахамиятга эга.

Хроник тошсиз холецистит. Тошсиз хроник холецистит клиникаси хроник калькулёз холецистит клиникасига ухшаш. Бирок, ун қовургалар остидаги огрик унчалик қучли бўлмайди, бирок узок давом қилиши, деярли доимий характери билан ажралиб туради, пархез бўзилганда кейин қучаяди. Диагностикада холецистохолангиография ут йулларида ультратовуш билан текшириш энг қуп маълумот беради.

Ут йулларида яллигланиш касалликларида консерватив даво-лаш. Уткир холециститли ҳамма беморлар стационарда хирургнинг доимий назорати остида бўлишлари керак. Тарқалган перитонит симптомлари бўлганда шошилиш операция қилиш талаб этилади. Бошқа ҳолларда беморлар доридармонлар билан даволанади. Беморларга овқатни чекланган миқдорда берилиб, факат ишқорий суюқликлар ичишга рухсат этилади.

Бу беморларда қуйидаги тадбирларни амалга ошириш мақсадга мувофиқ;

1. Меъдани назогастрал зонд билан бушатиш керак, чунки меъда парези ут пуфагида ва ут йулларида димланишни баттар кийин-лаштиради.
 2. Паранефрал новокаин блокадаси.
 3. Спазмолитиклар. Кунига икки марта тил остига 1 —2 таблетка нитроглицерин тайинлаш шарт, чунки у Одди сфинктерига танлаб спазмолитик таъсир курсатади. Атропин, ношпа, галидор ут пуфаги буйнидаги сфинктер аппаратида худди шундай бушаштирувчи таъ-сир курсатади.
 4. Инфузион терапия 5%ли глюкоза эритмаси ва Рингер эритмаси юборишни уз ичига олади.
 5. Микроб флораси активлигини пасайтириш учун гепатотоксик булган тетрациклин каторидаги препаратлардан ташкари, таъсир спектри кенг антибиотиклар тайинланади.
 6. Симптоматик ва кардиал терапия. Уткир холецистопанкреатитда доридармонлар билан даволаш комплекси уткир панкреатитни даволаш учун кулланиладиган препаратларни хам уз ичига олиши керак.
- Купчилик беморларда уткир холецистит хуружи тухташи мумкин. Хуруж тухтагандан кейин беморни ут пуфагида тошлар бор-йуклигига текшириш зарур. Агар уткир холециститни 12—24 соат даволаш заманида беморнинг ахволи яхшиланмаса, коринда огрик сакланиб колса ёки кучайса, корин олдинги девори мушакларининг уз-узини химоя килиш кобилияти сакланиб колади ва кучая-ди, пульс тезлашади, лейкоцитоз ошади, шошилинич хирургик операция утказиш талаб этилади.
- Тери ва шиллик пардалар, склераларининг тукумаларида ортикча билирубин йигилиши натижасида саргимтир буялишига сариклик дейилади. Бунда конда билирубин микдори ошган булади. Сариклик ички аъзоларнинг катор касалликларига хос клиник синдром хисобланади. Билирубин даражасининг ошиш сабабига кура сарикликнинг учта асосий тури фарк килинади.
- Гемолитик (жигар устидаги) сариклик — эритроцитлар парчаланиши ва билвосита билирубин ортикча ишлаб чиқарилиши натижасида пайдо булади.

Бу ходисалар ретикулоэндотелиал система хужайраларининг функцияси ошиб кетганда бирламчи ва иккиламчи гиперспленизмда вужудга келади.

Паренхиматоз (жигарга оид) сариклик гепатоцитлар шикастга учраб, уларнинг кондаги озод билирубинни боглаш ва уни билирубин глюкуронидга (бевосита билирубин) узгартириш қобилияти пасайганда руй беради. Вирусли гепатит, лептоспироз, жигар циррози, айрим захарланиш паренхиматоз сарикликнинг энг куп учрайдиган сабабларидан ҳисобланади.

Механик (обтурацион) сариклик ут чиқарувчи йулар қисман ёки тулик тутулиб қолиб, ут суюқлигининг ичакка оқиши бузилиши натижасида ривожланади. Механик сариклик аксарият холларда, холедохолитиаз, катта дуоденал сургич стриктураси, меъда ости беши бошчаси ва ут чиқувчи йулардаги усмаларга боғлиқ булади.

Механик сарикликда тери қоплами саргимтир-яшил булади, ут йуларини бекитиб қуядиган усмаларда эса ерсимон рангда булади. Ут-тош касаллигига боғлиқ обтурацион сарикликда касаллик бошланаётганда жигар санчигига ухшаш узига хос хуружсимон огриклар пайдо булади, баъзан сариклик уткир холецистит замирида вужудга келади. Панкреатодуоденал соҳа усмаларида сариклик огрик сезгиларисиз пайдо булади. Тери қичимаси, айниқса билирубин да-ражаси баланд булганда қучли булади. Панкреатодуоденал соҳасида усмалари булган беморларнинг ярмида Курвуазье симптомининг мусбатлиги аниқланади. Ахлат оқчил рангли, ут йулари бутунлай ёпилса аҳолик булади. Сийдик тук рангли. Бевосита ва билвосита билирубин концентрацияси, айниқса панкреатодуоденал соҳанинг обтурацион усмаларида кескин ошган булади.

Сарикликнинг бирор турининг клиник кечиш хусусиятлари са-рикликни қузгатган касаллик характериға боғлиқ. Бу хол сариклик турларини дифференциал диагностика қилишда қушимча қийинчиликлар тугдиради. Сарикликни диагностика қилишнинг юқорида қурсатиб утилган клиник ва лаборатория усулларидан ташқари, сарикликнинг хар хил турларини дифференциал диагностикаси учун зарур ва қимматли ахборот олишға имкон

берадиган рентгенологик, эндоскопик, радиологик, ультратовуш билан текшириш усулларига катта урин берилади.

Механик сариклик бутун гепатобилиар системадаги узгаришлар ва организмнинг бир катор умумий огир бузилишлари билан утади, беморлар холатининг огирлиги сариклик даражаси ва давомлилигига пропорционал равишда ортади, бу катор янги патологик холатлар пайдо булишига олиб келади, шу сабабли даволаш натижаси ёмонлашади ва улим даражаси купаяди. Жигар функционал холатининг декомпенсацияси нисбатан тез уткир жигар етишмовчилиги авж олишига олиб келади.

Механик сарикликни даволашда декомпрессив аралашувнинг муддатлари ва турлари, профилактика килиш йуллари ва операциядан кейин жигар етишмовчилигини даволаш мухим масала хисобланади. Операция ут пуфаги гипертензиясини даволашнинг энг таъсирчан чораси хисобланади бироқ, наркоз, операцион жарохат жигар етишмовчилиги ривожланиши ва клиник ифодаланган формага утиши сабабли бемор-ларнинг ахволини кийинлаштиради. Курсатиб утилган жихатлар хирургларни механик сариклик билан огриган беморларда радикал операцияларни 2 боскичда утказиш керак деган фикрга олиб келади: биринчи боскичда жигар функционал холатини ва беморларнинг умумий ахволини яхшилайдиган операция, иккинчисида радикал операция килиш таклиф этилади. Хозирги вақтда лапароскопик холецистостомия, ут йулларини назобилиар дренажлаш, эндоскопик трансдуоденал папиллотомия каби эхтиёт киладиган усуллар кулланилади. Тери оркали жигар оркали холангиостомия сариклик, холангит ходисаларини камайтириш ёки тугатиш, антибиотикларни танлаш ва махаллий антибактериал даволаш учун утни экиш, хавфли усмаларни химиявий препаратлар билан даволаш имконини беради. Ундан операцияни кутара олмайдиган беморларда ут чиқарувчи йулларни ташки ёки ички дренажлашнинг доимий усули сифатида фойдаланилиши мумкин.

Назорат саволлари:

1. Чувалчангсимон усимта жойлашувининг энг куп учрайдиган варианты?
2. Уткир аппендицитнинг куринишлари?
3. Уткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?
4. Уткир аппендицит бошланишида тана даражаси?
5. Уткир аппендицит бошлангич даврида кон таркибидаги узгаришлар?
6. Уткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?
7. Уткир аппендицитда пальпация килинганда корин деворининг ахволи?
8. Уткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?
9. Уткир аппендицитнинг корин пардаси яллигланишининг белгилари?
10. Уткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниклаган симптомлар?
11. Уткир аппендицит ва унг буйрак, сийдик йули касалликлари уртасида дифференциал ташхис? Утказиш учун лозим булган текшириш усуллари?
12. Уткир аппендицит ва бачадондан ташкари хомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллигланиш уртасида дифференциал ташхис утказиш учун лозим булган текшириш усуллари?
13. Ёш болаларда уткир аппендицит кечишининг узига хос томонлари?
14. Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон усимта топографиясининг узгариши?
15. Уткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон килинган пайтларда даволаш тактикаси?
16. Чувалчангсимон усимтани топиш учун куп кулланиладиган кесма?
17. Ретрторад аппендэктомия кандай бажарилади?
18. Уткир аппендицитда корин бушлигини деренажлаш учун курсатмалар?
19. Аппендикуляр инфилтрат нима?
20. Аппендикуляр инфилтратда дифференциал ташхиси?
21. Аппендикуляр инфилтрат жаррох тактикаси?
22. Аппендикуляр инфилтрат билан огриган беморлар корни курилганда аниқланган узгаришлар?

23. Аппендикуляр инфилтрат билан огриган беморларда динамик кузатишда аникланиши лозим булган курсатгичлар?
24. Аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашдаги асосий вазифалар?
25. Аппендикуляр инфилтрат йиринглашнинг асосий белгилари ва ундаги жаррох такикаси?
26. Операция вақтида аппендикуляр инфилтратда абсцесс йуклиги аникланган пайтидаги жаррох тактикаси?
27. Аппендикуляр абсцесда операция хажми?
28. Пилефлебитда даволаш тактикаси?
29. Аппендэктомиядан сунг хосил буладиган абсцессларнинг типик жойлашуви?
30. Корин бушлиги абсцессларнинг клиник белгилари ?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et al. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

2—амалий машғулот:

Хирургия йуналлишидаги тез тиббий ердам курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш усуллар (2-кисми)

Ишдан мақсад: Тингловчини хирургик патологияли беморларни текширишдаги асосий ва қўшимча усулларни ўргатиш.

Масаланинг қўйилиши: Хирургик хасталикларини ташхислаш давлат стандартлари мохияти. Кекса ёшдаги беморларни хирургик хасталикларини ташхислаш учун ендашув.

Ишни бажариш учун намуна: Ичак сақланмаси ва газларининг ўткир тутилиши, яъни ичак тутилиши – меъда-ичак йўлидаги ел ва суюқликнинг қисман ёки батамом юришмай қолиши билан таърифланадиган касалликдир.

Ичакнинг ҳаракат функцияси. Маълумки, ичакнинг зўр бериб ҳаракат қилиб туриши, яъни ичак перистальтикасининг кучайиши парасимпатик нерв системаси (n. vagus) таъсирининг кучайиб кетишига ва аксинча, ичак ҳаракати, яъни мотор функциясининг сусайиб қолиши симпатик нерв системаси (nn. splanchnici) кўзғалишига боғлиқдир.

Патофизиологияси. Тири-Велл усулида ажратиб олинган ингичка ичак қовузлоғи механорецепторлари таъсирланганида ёки хайвон ичаги бирдан тутилиб қоладиган ҳолатга солинганидан кейин бутун ингичка ичак мотор функциясининг рефлектор йўл билан сусайиб қолиши тажрибаларда кўрсатиб берилган. Шу билан бирга ичак ҳаракатининг шу тариқа сусайиши, тормозланиб қолиши табиатан даврий бўлади: ингичка ичак перистальтикаси аввалига сусайиб, тормозланиб туради-ю, лекин кейинчалик кучайиб кетади (ичак гуё тўсқинликни енгишга ҳаракат қилади). Сўнгра ичак мотор функцияси анча сусайиб қоладиган фаза бошланади, бир қанча вақтдан кейин эса бу фаза ичакнинг бутунлай фалаж бўлиб қолиши билан алмашинади.

Ичак бирдан тутилиб қолганида касалликнинг оғир-енгиллиги ичакнинг қайси қисми тўсилиб қолганлигига боғлиқ бўлади: тўсиқ нечоғлик юқори жойлашган бўлса, касаллик шунча оғир кечади, чунончи, ингичка ичакнинг тутилиб қолиши йўғон ичак тутилишига қараганда анча оғирроқ ва ҳатарлироқ бўлади, оч ичакнинг тутилиши эса ёнбош ичак тутилишига қараганда оғирроқ ўтади. Сабаби шуки, тўсилиб қолган жой нечоғлик юқори бўлса, айнан қорин бўшлиғи органларининг ҳаёт-фаолиятини бошқариб боровчи муҳим вегетатив марказлар (plexus solaris) патологик жараёнга қўшилиб кетадиган соҳаси шу қадар каттароқ бўлади.

Шундай қилиб, ичакнинг тутилиб қолган жойи нечоғлик юқорида бўлиб, нерв алоқаларини ўз қабзига олган ва касаллик қанчалик оғир ўтаётган бўлса, кўпчилик ҳолларда беморларнинг вафот этишига сабаб бўладиган шок ҳолати ҳам шунча эртароқ бошланади ва оғир кечади.

Ичак бирдан тутилиб қолганида қорин дам бўлиб, шишиб кетади. Ичакнинг дам бўлиб шишиб кетиши тўсилиб қолган жойидан, пастдан юқorigа қараб аста-секин тарқалиб боради. Суюқлик ва газлар ичак ичидаги босимни ошириб, капиллярларни эзиб кўяди, бунинг натижасида қон ва лимфа айланиши қийинлашиб қолади. Бу ҳол қон ва лимфа димланиб, тўқималар шишиб кетишига ва кислород танқислигига (гипоксияга) олиб келади, ичак девори микроблар ва токсинларни ўтказиб юборадиган бўлиб қолади, бу эса перитонит бошланишига сабаб бўлади. Девори жуда чўзилиб кетган ичак атония ҳолатига тушади, ичак парези бошланади – ичак қовузлоқлари тонусини йўқотиб, ичидаги суюқлик тазйиқи билан чўзилиб кетади, бу ичакнинг янада кўпроқ шишиб кетишига сабаб бўлади. Мана шу даврда пилорик сфинктер ҳам фалажланади ва ингичка ичакдаги суюқлик бемалол меъдага ўтади ва оғиздан ташқарига қайтиб чиқади, аҳлат аралаш қайт қилиш деб шўнга айтилади (ичакнинг юқори қисми тутилиб қолганида қайт қилиш илгарироқ бошланади).

Хазм ширалари қайта сўрилмай, туриб қолади, алмашинув жараёнларида ортик иштирок этмай кўяди, суюқликнинг “учинчи бўшлиққа” ажралиб чиқиши, унда туриб қолиши (секвестрация) бошланади. Ичак қовузлоғининг тутилиб қолган жойидан юқорида бижғиш ва чириш натижасида осмотик жиҳатдан фаол бўладиган моддалар ҳосил бўлади, булар суюқлик ажралиб чиқиши ва интоксикацияни кучайтиради.

Ичак бирдан тутилиб қолганида бир кеча-кундузда «учинчи бўшлиқда» 8-10 литргача хазм ширалари туриб қолиши мумкин. Бўнга ўз вақтида илож қилинмайдиган бўлса, чўзилиб кетган ичак деворида некробиотик ўзгаришлар бошланиб, ичак ёрилиб кетиши мумкин.

Сув ва электролитлар йўқотилиши (бу ходиса дастлабки 24 соат ичидаёқ бошланади) гемодинамикани издан чиқариб, диурез камайиб кетишига олиб

боради (буйрак коптокчаларида филтрланиш камайиб кетади). Оғир патофизиологик ўзгаришларга (мускуллар тонуси камайиб, одамнинг жуда ҳолсизланиб қолишига, юрак-қон томир тизими фаолияти бузилишига, ичакда парез бошланишига) олиб борадиган гипокалиемиа бошланади.

Ичакдаги суюқликнинг бир қисми эркин қорин бўшлиғига сизиб чиқади. Қорин бўшлиғида тўпланиб борадиган мана шу экссудат тиник, сал сарғиш рангда бўлиб, таркибидаги оксиллари жиҳатидан қон зардобига яқин туради (унда 5 фоизгача оксил бўлади). Кейинчалик бу экссудат пушти рангга (эритроцитлар кўшилиши туфайли) киради, яна бир қанча вақтдан кейин гўшт сўлига ўхшаб қолади (геморрагик тус олади).

Ичак деворининг ўтказувчанлиги кучайиб борган сайин қорин бўшлиғидаги экссудатга микроблар ўтади, у лойқа тусга, хаттоки қўнғир-қора рангга ҳам кириб, кўланса хидли (ихороз) бўлиб қолади. Мана шундай экссудат борлиги хамиша ичакда уни кесиб олиб ташлашни, резекция қилишни талаб этадиган чуқур қайтмас ўзгаришлар бошланганидан дарак беради.

Этиологияси ва патогенези

Бирдан ичак тутилишининг этиологиясида икки хил омил: шу касалликка мойиллик турдирадиган ва уни юзага чиқарадиган омиллар фарқ қилинади.

Мойиллик туғдирадиган омиллар жумласига қорин бўшлигининг ривожланиш нуқсонлари (туғма етишмовчиликлари) ва турмушда орттирилган камчиликлари ёки аномалиялари киради:

а) кўричак билан ёнбош ичак тутқичининг битта, умумий бўлиши; долихосигма (сигмасимон ичакнинг узун бўлиши); қорин бўшлиғида хар хил чўнтақлар бўлиши.

б) бўлиб ўтган яллиғланиш жараёнлари ёки шикастлар натижасида ичак қовузлоқларининг бир-бирига ёпишиб, битишиб қолгани, чандиқ тортмалари; ўсмалар; ёт жисмлар, ўт ва ахлат тошлари борлиги.

в) овқатга алоқадор, яъни алиментар омил (маромни бузиб, палапартиш овқатланиш, овқатни кўп ейиш ва ҳоказо).

Касалликни юзага чиқарадиган омиллар жумласига қорин ичидаги босимнинг тўсатдан кўтарилиб, унинг натижасида ичак қовузлоқларининг жойидан сўрилиши (тугун бўлиб қолиши, инвагинация ва ҳоказо) киради.

Шундай қилиб, ичак тутилишининг ҳамма хиллари қуйидагиларга бўлинади:

1) келиб чиқишига кўра, туғма ва турмушда орттирилган хиллари (туғма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари — ингичка ва йўғон ичак атрезияси, орқа тешик атрезияси киради;

2) авж олиб бориш механизмига кўра; механик ичак тутилиши — динамик ичак тутилиши.

Ичак тутилишининг механик хили обтурацион (ичак тутқич томирлари босилиб қолмаган), странгуляцион (ичак тутқич томирлари босилиб-қисилиб қолган) ва аралаш тарзда (обтурация билан странгуляциянинг бирга қўшилиши-инвагинация тарзда) бўлиши мумкин.

Динамик ичак тутилиши ичак харакати функцияси бузилиб, унинг фалажланиб қолиши натижасида юзага келади (спастик ва паралитик ичак тутилиши).

3) Тутилиб қолган жой сатхига кўра — юқори (ингичка ичак) ва пастки (йўғон ичак) ичак тутилиши бўлади.

4) Клиник кечишига кўра — ўткир ва сурункали, қисман ва тўлиқ ичак тутилиши бўлиши мумкин.

Беморнинг ёши. Бирдан ичак тутилиши ҳамма ёшдаги одамларда кўрилаверади, лекин 30 ёшдан 60 ёшгача бўлган одамларда кўпроқ учрайди. Болалик чоғида ичакнинг ривожланиш нуқсонлари туфайли бошланган ичак инвагинациялари ва тутилиш ҳоллари кўпроқ учраб туради. Ичак буралиши асосан ёши 40 дан ошган ва кекса одамларда учрайди.

Битишма туфайли ичак тутилиб қолиши асосан ёш ва навқирон одамларда учрайди.

Тарқалиши. Бирдан ичак тутилиши ер юзидаги ҳамма халқлар орасида учрайди. Чунончи, ичак буралиши ва тугун бўлиб қолиши Шарқий Европа ва Болқон мамлакатларида (асосан овқатланиш ўсимлик маҳсулотларидан иборат бўлади) кузатилса, Ғарбий Европа билан Шимолий Америкада ичак инвагинацияси

кўпроқ ва ичак буралиши камроқ учрайди (бу ерларда гўштли овқат кўпроқ ейлади).

Бирдан ичак тутилиши касаллигининг учраши хар 100 минг киши аҳоли ҳисобидан олганда 4 тадан то 20 тагача боради.

Бирдан ичак тутилиши классификацияси

Бирдан ичак тутилиши касаллигининг ҳамма хилларини иккита асосий гуруҳга бўлади: динамик ва механик ичак тутилиши; механик ичак тутилиши эса, ўз навбатида, обтурацион, странгуляцион ва битишма туфайли бошланган ичак тутилишига бўлинади.

Ичак инвагинацияси, туғма ривожланиш нуқсонлари туфайли бошланган ичак тутилишини, қорин ичида қисилиб қолган чурраларни ҳам бу олим шу тоифага киритади.

Шундай қилиб, А.Г.Норенберг-Чарквиани классификациясининг умумий ҳолдаги кўриниши қуйидагича:

А. Механик ичак тутилиши:

1. Обтурацион ичак тутилиши (ичак тутқич иштирокисиз ўтадиган хили):

1. Ичак ичида унинг девори билан боғланмай турган тўсиқ (обтурация). Бундай ҳолатга:

а) ўт тошлари;

б) ахлат тошлари;

в) ёт жисмлар;

г) гижжалар сабаб бўлиши мумкин.

2. Ичак деворидан чиқиб, унинг йўлини ичкаридан беркитиб қўйган тўсиқ (обтурация):

а) ўсмалар;

б) чандиқли стенозлар.

3. Ичакдан ташқаридаги тўсиқ (обтурация): ўсмалар, кисталар билан ичакнинг босилиб қолиши.

4. Ўн икки бармоқ ичак обтурацияси:

а) артериомезентериал ичак тутилиши;

б) гематома билан босилиб қолиши.

5. Тўғри ичак обтурацияси: ахлат йиғилиб қотиб қолиши (колостаз).

II. Странгуляцион ичак тутилиши (ичак тутқич иштироки билан бошланадиган хили):

1. Меъда-ичак буралиши:

а) меъда буралиши;

б) ингичка ичак буралиши;

в) кўричак буралиши;

г) кўндаланг-чамбар ичак буралиши;

д) сигмасимон ичак буралиши.

2. Ичакда тугун ҳосил бўлиши.

3. Йўғон ичак чарвисининг буралиши.

4. Катта чарвининг буралиши.

III. Аралаш хиллари:

1. Ривожланиш нуқсонлари туфайли бирдан ичак тутилиб қолиши (катта ёшли одамларда):

а) мальротация;

б) меккель дивертикули қатнашувида;

в) дубликация.

2. Инвагинация.

3. Битишмалар туфайли ичак тутилиши.

4. Чурранинг ичкарида қисилиб қолиши.

Б. Динамик ичак тутилиши:

1. Паралитик ичак тутилиши (меъданинг бирдан кенгайиб кетиши; ингичка ичакнинг фалаж бўлиши).

2. Спастик ичак тутилиши:

а) спазм туфайли бошланадиган хили;

б) кўрғошиндан захарланиш туфайли бошланадиган ичак санчиғи.

Клиник манзараси

Бирдан ичак тутилишининг асосий аломатлари қоринда оғриқ туриб, ич ва газлар юришмай қолиши, қориннинг дам бўлиб, шишиб кетиши, ичак перистальтикаси кучайиб (вақтидан ўтган ҳолларда ичак бутунлай «жимиб қолади») қайт қилиш, томир уриши (пульсинг) тезлашиб кетишидир.

Касаллик аксари кутилмаганда, тўсатдан бошланади. Касалликнинг энг бошидаёқ беморда кучли оғриқ туфайли кўпинча шок ҳолати юзага келади: унинг эси оғиб, рангги оппоқ оқариб кетади, пульси сусайиб, аъзойи-баданини муздек тер босади. Ичакда эшитилиб турадиган шовқинлар йўқолиб кетади. Организм ана шундай одатдан ташқари янгича шароитларга бир қадар мослашиб олиши муносабати билан шок ходисалари бирмунча вақтдан кейин камайиб, бемор сал ўзига келиб қолади, пульси тезлашиб, ичак перистальтикаси яна пайдо бўлади, бемордан ҳол сўраб кўрилганида эса у яхши бўлиб қолдим, деб жавоб беради.

Ичак тутилишининг айрим хиллари бирдан бошланмасдан, балки зимдан бошланиб, аста-секин зўрайиб боради.

Анамнез маълумотларини тўплашда касалликнинг қандай бошланганига, «охирги марта ич қачон келгани ва ахлат қандай бўлиб тушганига, авваллари шундай ходисалар бўлган-бўлмаганига, қорин операция қилинганми, шикастланганми-йўқлигига» ахамият берилади.

Беморни текис жойга, ёстиксиз ётқизиб қўйиб текширилади, у чалқанча тушиб, тўппа-тўғри бўлиб ётиши керак. Аввало қисилиб қолган чурра йўқлигига ишонч ҳосил қилиш керак (типик чурра дарвозалари кўздан кечирилиб, текшириб кўрилади). Қорин терисини кўздан кечириб, унда қандай бўлмасин бирор хил чандиқлар бор-йўқлигига ахамият берилади.

Қоринни текшириб кўриш бирдан ичак тутилишига хос бўлган бир қанча қимматли аломатларни кўрсатиб бериши мумкин: қориннинг дам бўлиб тургани энг характерли аломатларнинг бири ҳисобланади, лекин ичакнинг қайси жойи тутилиб қолгани ва касалликнинг муддатларига қараб қорин хар хил даражада дам бўлиб туриши мумкин. Чунончи, ичакнинг юқори қисмлари тутилганида қорин жуда арзимас даражада дам бўлиши ёки мутлақо дам

бўлмаслиги ҳам мумкин. Ичакнинг тутилиб, тиқилиб қолган жойи қанчалик пастда бўлса, қорин шунча кўп дам бўлаверади (йўғон ичак тутилиб қолганида қорин айникса жуда дам бўлиб, шишиб кетади). Касаллик муддати ўтиб борган сайин ел тўпланиши (метеоризм) ҳам зўрайиб боради.

Қорин деворининг нафас ҳаракатларидаги иштироки қоринда ел тўпланиб, метеоризм авжига чиқмагунча унча ўзгармайди. Қориннинг нотўғри шаклга кириб, асимметрик бўлиб қолиши бирдан ичак тутилишининг характерли аломатидир.

Чўзилиб кетган, аниқ чегараланиб турган ичак қовузлоғининг қорин девори орқали билиниб туриши – Валь симптоми бирдан ичак тутилишининг барвақт пайдо бўладиган аломатидир. Қориннинг шу жойи туқуллатиб уриб кўрилганида баланд тимпаник овоз (перкуссия) эшитилади. Бундай ичак қовузлокларининг сони тез орада кўпайиб қолади, бу нарса қориннинг, ўша жойи дўмбайиб чиқиб туришига, асимметрик шаклга киришига олиб боради.

Ёнбош ичак тутилганида Валь симптоми киндик соҳаси (мезогастриум) да аниқланади; йўғон ичакнинг дистал бўлимлари тутилиб қолганида эса метеоризм қориннинг ён томонларини эгаллайди.

Сигмасимон ичак буралиб қолганида қорин гўё «қийшайиб қолгандек» бўлиб кўринади. Қорин шаклининг бузилишига хос бўлган мана шу симптомларнинг ҳаммаси касалликнинг биринчи кунда яхшироқ билиниб туради; кейинчалик метеоризм кучайиб бориши туфайли улар унча билинмай қолади-да, бутун қорин жуда дам бўлиб, шишиб кетади.

Ичак перистальтикасининг кўриниб туриши ичак тутилишининг жуда муҳим аломати ҳисобланади (бу нарса касалликнинг бошида, шок босилиб қолганидан кейин айникса рўйи-рост билиниб туради). Бу И.И.Греков симптоми бўлиб, «устма-уст келаётган тўлқинлар ёки бирдан пайдо бўлиб, бирдан йўқолиб кетадиган дўмбаймалар» манзарасини беради. Уни қорин деворини салгина уриб кўриш ёки силкитиб кўриш йўли билан юзага келтириш мумкин (Греков симптоми сурункали ичак тутилишида анча аниқ ифодаланган бўлади, чунки

бунда ичакнинг тутилиб қолган жойидан юқорирокдаги мускуллари гипертрофияга учрайди).

Греков симптоми обтурацион ичак тутилишида кўпроқ, странгуляцион ичак тутилишида эса камроқ маълум бўлади.

Перистальтиканинг қайси жойдан бошланиб, қайси жойда тугалланиши кузатиб борилар экан, ичакнинг тутилиб, тикилиб қолган жойини билиб олса бўлади.

Кўринадиган перистальтика пайдо бўлганида, одатда, оғриқлар зўрайиб, одамга жуда азоб беради («санчикка ўхшаб турадиган оғриқлар»). Лекин қорин девори тери ости ёғ қатлами кам ривожланган, анча илвиллаб қолган ҳолларда ва кўп туғиб, қориннинг тўғри мускуллари ораси анча очилиб қолган аёлларда ҳам перистальтика билиниб туришини унутмаслик керак. Бундай шароитларда ичакнинг одатдаги, нормал перистальтикаси кўриниб турадиган бўлади.

Қоринни пайпаслаб кўриш (пальпация). Бирдан ичак тутилишида қорин пресси мускулларининг химояланиб, таранг тортиб қолишига сабаб бўлмаслик учун қоринни авайлаб, майин ҳаракатлар билан пайпаслаб кўриш керак. Чуқур пальпацияда безиллаб турган жойни, «текшираётган бармоқларга қаттиқкина бўлиб уннайдиган ичак қовузлокларини» ёки хали фалаж ҳолига тушмаган ичакларнинг «худди пружинага ўхшаб, қаршилиқ кўрсатаётганини» сезиш мумкин.

Ичаклар анча дам бўлиб, олдинги қорин девори бир мунча чўзилиб турган маҳалда текшираётган одам қорин деворининг бир қадар таранг тортиб, қаршилиқ кўрсатаётганини пайкайди (Мондор симптоми).

Қорин пайпаслаб кўрилганида баъзан «ўсмадек» бўлиб турган инвагинация танаси, яллиғланиш инфилтрати ва бошқаларни топиш мумкин бўлади.

Қорин девори сал силкитиб кўрилганида эшитиладиган «чайқалиш шовқини» — И.П.Скляров (аслида бу Гиппократ) симптоми ичак қовузлоғининг суюқлик ва газга тўлиб, чўзилиб кетганидан дарак беради (ичак парези боскичида бўлади). Қорин тукуллатиб уриб кўрилганида баландлиги, тембри жиҳатидан нотекис бўлган тимпаник овоз чиқади, бу овоз баъзи жойларда бўғиқрок бўлиб эшитилади.

Қорин плессиметр билан перкуссия қилиниб, айна вақтда стетоскоп орқали эшитиб кўрилганида баъзан металлга хос аник жарангли овоз эшитилади, бу – ичак газлар билан тулиб-тошиб, худди баллондек жуда шишиб кетган маҳалда аниқланадиган Kіwull симптоми бўлиб, сигмасимон ичак буралишига хос деб ҳисобланади.

Странгуляцион ичак тутилишида қорин бўшлиғида анча барвақт экссудат тўпланади – перкуссияда қориннинг паст жойларидан чиқадиган товуш бўғиқроқ бўлиб эшитилади (обтурацион ичак тутилишида эса экссудат одатда кейинроқ тўпланади).

Ичак шовқинлари (перистальтикасини) бор-йўқлигини аниқлаш учун аускультация – эшитиб кўриш усулидан фойдаланилади. Обтурацион ичак тутилишида касалликнинг бошланғич даврида, ичакнинг харакат функцияси хали бузилмаган маҳалда «бир талай чўзиқ шовқинлар эшитилади, булар анча бир текис, жарангдор, ичак қовузлоқларида акс садо берадиган, тони баланд ва тембри деярли бир хил бўлади. Странгуляцион ичак тутилишида шовқинлар фақат касалликнинг энг бошида эшитилади ва тез орада йўқолиб кетади.

Баъзан «чакиллаб томаётган томчи шовқинини» эшитиш мумкинки, бу ҳол овознинг берк бўшлиқда акс садо беришига боғлиқ.

Шундай қилиб, ичак тутилишида қорин аускультациясидан олинадиган маълумотлар касаллик бошланганидан бери қанча вақт ўтганига боғлиқ бўлади:

а) илк муддатларида (касаллик шоксиз ўтаётган маҳалларда) гулдирайдиган, шитирлайдиган, кучи билан узук-чўзиқлигини ўзгартириб турадиган жуда хилма-хил шовқинлар эшитилади;

б) шок энди бошланиб келаётган пайтда бу шовқинлар йўқолиб кетади, бемор шу ҳолатдан чиққанидан кейин улар яна пайдо бўлади;

в) оралик даврда, ичакнинг дам бўлиши зўрайиб бораётган пайтда шовқинлар камайиб боради-ю, лекин улар қисқароқ ва жаранглироқ бўлиб қолади;

г) касалликнинг кечки даврида, ичак парези бошланганида перистальтика кучайиши муносабати билан эшитиладиган овозларнинг ҳаммаси, шунингдек перистальтиканинг ўзи хам аста-секин йўқолиб кетади, қорин тинчиб, «сув

кўйгандек жим-жит» бўлиб қолади, бу – касалликнинг даҳшатли аломати бўлиб, ичак фалажланиб бўлганидан, ичак деворининг ўзи эса башарти хали некрозга учрамаган бўлса ҳам, лекин шунга яқинлашиб қолганидан дарак беради.

Қорин жуда ҳам дам бўлиб, шишиб турган мана шу пайтда Lotheissen симптомини аниқлаш – нормада қорин орқали эшитилмайдиган нафас шовқинлари ва юрак тонларини эшитиш мумкин. Бу ўлим яқинлашиб қолганидан дарак берадиган ёмон аломатдир. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириб кўриш диагностика учун шарт деб ҳисобланадиган усулдир. Бирдан ичак тутилишида тўғри ичак ампуласи, одатда, бўм-бўш турган бўлиб чиқади, олдинги девори думалоқ эластик тузилма кўринишида дўмбайиб туради (И.И.Греков томонидан тасвирланган Обухов касалхонаси симптоми). И.И.Греков: «илеус бошланганини билиб олиш учун биргина шу аломатнинг ўзи кифоя» деган эди. Тўғри ичакни текшириш билан бир вақтнинг ўзида қорин бимануал йўл билан пальпация қилиб кўрилганида дам бўлиб турган ичак қовузлокларини, инвагинат танаси ёки ичакка тиқилиб қолган ёт жисм (ўт ёки ахлат тоши) ни бирмунча аниқ пайпаслаб топса бўлади. Вагинал текшириш бачадон ва ортиқларидаги ўсмалар, яллиғланиш инфилтратларини аниқлаб олишга имкон берадики, булар ҳам хар хил турдаги ичак тутилиши ҳоллари билан бирга давом этиб бораётган бўлиши мумкин.

Рентгенологик текшириш. Қорин бўшлиғи органларининг обзор рентгеноскопиясида сатхи горизонтал (суюқлик) бўлиб, тепаси гумбазсимон ёришиб турган жой борлигини топиш мумкин, «Клойбер косачаси» деб шуни айтилади, у тўнкариб қўйилган косага ўхшайди ва беморнинг олган вазиятига қараб ўзгариб туради.

Странгуляцион ичак тутилишида Клойбер косалари бир соатдан кейин ҳам пайдо бўлиши мумкин, обтурацион ичак тутилишида эса 3–6 соатдан кейин пайдо бўлади.

Ичак деворида деструктив ўзгаришлар зўрайиб, ичак тонуси пасайиб борган сайин газ пуфакларининг баландлиги камайиб, сатхининг узунлиги ортиб

боради. Бундай косалар сони биттадан 12–15 тагача бориши ва бундам кўра кўпроқ бўлиши мумкин.

Ингичка ичакларда Клойбер косалари хар хил баландликдан жой олади, лекин асосан қорин бўшлиғининг марказий бўлимларида кўпроқ бўлади (бунда косалар пастак, сатхи эса узун бўлади).

Ингичка ичак юқори бўлимларидан тутилиб қолганида косалар сони кўп бўлмай, борлари хам қориннинг чап томондаги устки квадрантидан жой олади.

Ингичка ичакнинг пастки бўлимлари тутилиб қолганида бу косалар аксари ўнг томондаги пастки квадрантда бўлади.

Йўғон ичак тутилганида косалар камроқ топилади ва асосан йўғон ичак йўли бўйлаб ён томонлардан жой олади (коса сатхи қисқа, лекин ёришиб турадиган қисми баланд бўлади). Кахексия пайтида одам ўрнидан турмай узок ётиб қолганида, шунингдек клизмадан кейин хам коса симптоми топилиши мумкин.

Қориннинг «ёруғ» бўлиши йўғон ичак тутилишига, тутилганида хам газлар билан тўлиб, шишиб кетган йўғон ичак бутун қоринни эгаллаб оладиган ҳолларига характерлидир.

Беморга суяқ барий ичириб ёки ирригоскопик текширувда ичакнинг қайси қисми тутилиб қолганини аниқлашга имкон беради (асосан касалликнинг илк даврида).

Ўтиши. Бу касалликнинг бутун манзараси гохо фожиона бўлиб, шиддат билан ўтса, гоҳида кам-камдан зўрайиб бориб, секинлик билан ўтади. Унинг қай тарика ўтиб бориши ичак тутилишининг хили ва табиатига, ичак найининг қайси қисми зарарланганига, ичак қовузлоғи ва тутқичининг нечоғлик қисилиб қолганига боғлиқдир.

Касалликнинг ўтишида шартли равишда учта даврни тафовут қилиш мумкин:

Биринчи даври – дастлабки босқичи – 1 соатдан 12 соатгача давом этади.

Кўпчилик ҳолларда шок ҳолатига олиб борадиган оғриқ бу даврда касалликнинг устун турган асосий аломати бўлиб ҳисобланади. Клойбер косачалари хали бўлмайди. Ичак перистальтикаси зўрайган бўлади.

Иккинчи даври – оралик босқичи – 12 соатдан 36 соатгача давом этиб бориши мумкин. Гемодинамик ўзгаришлар, айниқса томир уриши тезлашиб, артериал босим пасайиши характерлидир. Оғриқ анча доимий бўлиб қолади. Одамнинг ичи юришмай, ел тўпланиб, қорни жуда шишиб кетади, аксари асимметрик шаклга киради. Ичак перистальтикаси сусайиб қолади, «чакиллаб томиб турадиган томчи шовқини» эшитилади. Организмнинг сувсивланаётганидан дарак берадиган аломатлар (эритроцитоз, гипергемоглобинемия) пайдо бўлади. Рентгенологик текширишда Клойбер косачалари борлиги топилади.

Учинчи даври касалликнинг сўнгги ёки терминал даври бўлиб, бошидан ҳисоблаганда 36 соат ва бундан кўра кўпроқ вақтдан кейин бошланади. Гемодинамикада турғун ўзгаришлар юзага келиши, бемор кўзларининг ичичига ботиб, юзининг чакак-чакак бўлиб туриши («Гиппократ юзи»), тилнинг қуриб, ёрилиб кетиши, ахлат аралаш қайт қилиш, сийдик камайиб кетиши (олигурия) касалликнинг бу даври учун характерлидир.

Қорин дам бўлиб, шишиб кетади, ичак перистальтикаси йўқолиб, худди «сув қўйгандек жим-жит» бўлиб қолади, қорин бўшлиғида эркин экссудат тўпланиб боради.

Қон клиник анализидида олинандиган маълумотлар. Бирдан ичак тутилишининг дастлабки даврида периферик қонда қандай бўлмасин бирор тарздаги ўзгаришлар топилмайди. Лекин касаллик зўрайиб борган сайин қоннинг аста-секин қуюқ тортиб бораётганига хос аломатлар пайдо бўлади.

Сийдик текшириб кўрилганида олигурия (организмнинг тобора кўпроқ сувсизланиб бориши натижасида), индиканурия бошлангани, калий билан натрий зўр бериб чиқиб тургани маълум бўлади.

ДИАГНОЗИ. Анамнез ва клиник текширишлардан олинган маълумотларни таҳлил қилиб чиқишга асосланади. Бирдан ичак тутилишини эрта муддатларда, барвақт аниқлаб олиш ана шу даҳшатли касалликнинг давосида муваффақият қозонишнинг хал қилувчи шартларидан биридир.

Касалликнинг бирдан-бир аломати фақат оғриқдан иборат бўладиган, бошқа аломатлари эса хали маълум бермай турадиган дастлабки даври диагностика

учун ҳаммадан қийин бўлади. Бироқ бирдан ичак тутилган маҳалларда оғриқлар тутиб-тутиб турадиган, перистальтика кучайган пайтда зўрайдиган бўлишини эсда тутиш керак.

Касалликнинг иккинчи даврида уни аниқлаб олишга ёрдам берадиган асосий аломати – Клойбер косачалари бўлишидир.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ-ДИАГНОСТИКАСИ

Бирдан ичак тутилишининг дифференциал диагностикасини ўтказишда бу касалликни қорин органларининг қуйидаги жаррохлик касалликларидан фарқ қилиб, ажратиб олиш керак:

Ўткир аппендицит. Ўткир аппендицит билан бирдан ичак тутилишининг бир қанча умумий аломатлари бор; қоринда оғриқ туриши, ич юришмай қолиб, ел тўпланиб бориши, қайт қилиш шулар жумласидандир. Лекин аппендицитда оғриқлар аста-секин бошланади ва ичак тутилишидагидек кучли бўлмайди. Ўткир аппендицитда оғриқлар ўнг ёнбош соҳасида сезилади, шу жойнинг ўзида қорин девори таранг тортиб туради ҳам, Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат бўлиб чиқади. Беморнинг ўзини тўтиши ҳам бошқача бўлади – бирдан ичак тутилишида бемор безовталаниб, ўзини хар ёққа ташлайди, оғриқ тутиб қолиши билан ўз вазиятини хар сафар ўзгартираверади. Ниҳоят, бирдан ичак тутилиши учун ичак перистальтикаси кучайиб, Клойбер косачалари пайдо бўлиши характерлидирки, ўткир аппендицитда бундай ходисалар кузатилмайди.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасининг тешилишида ҳам бирдан ичак тутилишига хос аломатлар бўлади: бу касаллик тўсатдан бошланиб, қоринда жуда қаттиқ оғриқлар бўлиши билан ажралиб туради. Лекин яра тешилганида қорин девори пайпаслаб кўриладиган бўлса, энг бошданок у безиллаб туради ва нафас актида иштирок этмайди, қорин прессининг таранг тортиб туриши («қориннинг тахтадек бўлиб туриши» дан иборат симптом) сезиларли бўлади, Холбуки, бирдан ичак тутилганида қорин юмшоқ бўлиб, нафас актида иштирок этиб боради.

Меъда яраси тешилган вақтда бемор мажбурий ҳолатга тушади (оёқларини қорнига тортиб, икки букилиб олади), перкуссия қилиб кўрилганида жигар

тепасидан ичак тутилишидагидек бўғиқ овоз чикмасдан, балки тимпаник овоз чиқади. Яра тешилган бўлса, рентгеноскопияда, беморда диафрагма гумбази тагида эркин газ турганлиги, ичак тутилишида эса Клойбер косачалари борлиги топилади.

Ўткир ҳолецистит. Бу касалликка ҳам хос бўлган умумий симптомлар қоринда қаттиқ оғриқ пайдо бўлиши, қайт қилиш, қориннинг дам бўлиб туришидир; шуниси ҳам борки, ўткир ҳолециститда одам қайт қилгани билан кўнгли равшан тортиб, ахволи яхшиланмайди. Лекин оғриқлар доимий бўлади, одамнинг ўнг елкасига, курагига ўтиб туради. Пальпация маҳалида ўт пуфаги турадиган жой соҳаси ҳаммадан кўп безиллайдиган бўлади. Шу жойда қорин мускуллари ҳам таранг тортиб туради. Шеткин-Блюмберг симптоми мусбат бўлиб чиқади. Баъзи-баъзида катталашиб, безиллаб турган ўт пуфаги қўлга уннайди. Тана харорати одатда кўтарилган бўлади.

Қоринда тўсатдан жуда қаттиқ оғриқлар туриб, беморнинг умуман оғир ахволга тушиши, тез-тез қайт қилиб туриши, баъзида қорни дам бўлиб кетиши ўткир панкреатитга ҳам характерлидир. Лекин ўткир панкреатитда оғриқлар одамнинг орқаси билан чап курагига ўтиб туради. Мейо-Робсон, Морган симптомлари ва бошқалар характерли бўлади. Қон ва сийдикда – амилаза кўпайган бўлиб чиқади.

Бирдан ичак тутилишида эса “Обухов касалхонаси”, Валь, Гиппократ, Скляров симптомлари мусбат бўлади, Клойбер косачалари борлиги топилади.

Тухумдон кистаси буралиб қолганида ҳам тўсатдан қаттиқ оғриқ бошланиб, одам қайт қилади, қорни юмшоқ бўлиб тураверади. Лекин тухумдоннинг кистаси буралишида оғриқлар ичак тутилишидагидек тутиб-тутиб турадиган бўлмай, балки доимий бўлади, орқа пешов атрофига, думғазага ўтиб туради.

Бимануал йўл билан текшириб кўрилганида «ўсма» нинг жинсий органлар билан боғлиқлиги маълум бўлади, тўғри ичак ампуласи бўшаб қолган, очилиб қолган ҳолда бўлмайди, ичак перистальтикаси кучаймайди. Рентгенологик текшириш натижалари ҳам бошқача бўлиб чиқади.

Мезентериал томирлар тромбози ва эмболияси ўз симптомитикаси жиҳатидан бирдан ичак тутилиши ходисасига кўп ўхшайди: касалликнинг биринчи ва иккинчи даврларида қоринда қаттиқ оғриқлар пайдо бўлиб, одам оғир ахволга тушади, қайт қилаверади, қорни юмшоқ бўлиб, нафас актида иштирок қилиб туради, ичи юришмай, қорнида ел тўпланиб бораверади, тез орада шок бошланади. Лекин ичак девори инфарктида энг бошиданок перистальтика йўқолиб кетади, қорин асимметрияси, Обухов касалхонаси симптоми бўлмайди (баъзида ахлат қон аралаш бўлиб тушади). Диагностикада рентгенологик текшириш ёрдам беради (ичак тутилишида Клойбер косачалари топилади).

Обтурацион ичак тутилиши

Ичак йўли бутунлай тикилиб қолган, лекин ичак тутқичда қон айланиши издан чиқмай турган ҳоллар касалликнинг шу хилига киради.

Ичак йўли ўт тоши (0,5 фоиздан 2 фоизгача бўлган ҳолларда), ёт жисмлар, ўсмалар, гижжалар ва бошқалар билан тикилиб қолиши мумкин.

Умуман ичак тутилиши муносабати билан қилинадиган ҳамма операцияларнинг 4-5 фоизида обтурацион ичак тутилиши кузатилади.

Обтурацион ичак тутилиши странгуляцион ичак тутилишига қараганда бирмунча секин ўтиб бориши билан фарқ қилади. Организмда интоксикация ходисаси анча кеч бошланади, шок одатда кузатилмайди.

Ўт тошлари ичакка кўпинча ўт пуфаги билан ичак ўртасида (аксари кўндаланг-чамбар ёки ўн икки бармоқ ичак ўртасида) ҳосил бўлган йўллар (оқма яралар) орқали тушиб қолади. Ичакка тош тушган маҳалдан то ичак тутилиши ходисалари авж олгунча орадан ўтадиган вақт хар хил. Баъзи ҳолларда касаллик анча тез авж олиб боради, бошқа ҳолларда эса орадан неча кунлар, хафталар ва хатто ойлар ўтиши мумкин. Касаллар аксари анча ёшга бориб қолган, кекса бўлади, чунки ичак тутилишининг бундай хиллари ўт-тош касаллигининг кечки асоратлари бўлиб ҳисобланади.

Клиник манзараси. Ичагига ўт тоши тикилиб қолган касаллар аксари ортиқча эт қўйган бўлади. Анамнезда кўпинча ўт-тош касаллиги хуруж қилган бўлиб чиқади.

Ичак йўлига тош тикилиб қолган маҳалда вақт оралаб тутиб турадиган оғриқлар пайдо бўлади. Тош кўпинча ёнбош ичакнинг охириги бўлимига тикилиб қолади.

Одам қайт қилиб, ичи юришмайди ва қорнида ел тўпланиб боради, оғриқ тутиб қолган маҳалда ичак перистальтикаси кўриниб туради, рентгенологик йўл билан текшириб кўрилганида Клойбер косачалари топилади, ичакда тош сояси кўриниб туриши мумкин. Обтурация узоқ давом этганида ичак девори чақаланиб ёрилиши, перитонит бошланиши мумкин. Касалликни тўғри аниқлаб олишга қуйидагилар ёрдам бера олади:

- 1) бу касаллик кўпроқ ёши қайтиб қолган аёлларда учрайди;
- 2) анамнезда жигар санчиқлари бўлиб ўтганига ишора қилинади;
- 3) тўсатдан бошланиб, тутиб-тутиб турадиган оғриқлар аввалига бутун қоринда сезилади, кейинчалик эса ўнг ёнбош соҳаси билан чекланиб қолади (ўт тоши кўпинча ингичка ичакнинг йўғон ичакка ўтар қисмида тикилиб қолади);
- 4) одам қайт қилиб, тез орада «ахлат аралаш» қуса бошлайди;
- 5) меъда-ичак йўли рентгенда текшириб кўрилганида тегишли маълумотлар олинади.

Давоси – операция, энтеротомия қилиниб, тош олиб ташланади (тош одатда ичакнинг пуччайиб турган қовузлоклари билан дам бўлиб кетган қовузлоклари чегарасида топилади). Ичак деворида морфологик ўзгаришлар юзага келган бўлса, ичак резекция қилинади.

Ичакнинг ахлат тошлари билан тикилиб қолиши ҳам шунга ўхшаш клиника билан ўтади, бундай ходиса кўпдан бери ичи қотиб юрган касалларда рўй беради. Касалликнинг бу хили одатда йўғон ичак пастга тушувчи қисмининг тикилиб қолиши билан таърифланади ва шу сабабдан клиникаси секинлик билан авж олиб боради.

Ахлат тошлари ва ўт тошлари (копролитлар ва энтеролитлар) хар хил катталиқда бўлади.

Ичакнинг ўсма билан тикилиб қолиши 1,6-9,3 фоиз ҳолларда учрайди, шу билан бирга хавфли ўсмалар ҳам, хавфсиз ўсмалар ҳам ичак найида тикилиб

қолиши мумкин. Ингичка ичакда хавфсиз ўсмалардан липомалар, миомалар, фибромалар, аденомалар, полиплар, ангиомалар, лейомиомалар учрайди. Йўғон ичакда кўпроқ хавфли ўсмалар: рак, саркома бўлади. Ингичка ичакда рак камдан-кам учрайдиган касалликдир. Унинг икки хили учраши мумкин:

- 1) халқасимон қаттиқ рак;
- 2) инфильтрацияланадиган тарқоқ рак.

Бундай аденокарцинома аксари ёнбош ичакда бўлади. У бирламчи (кўпроқ) бўлиши ёки метастаз тарикасида юзага келиши мумкин.

Йўғон ичакнинг чап ярмида пайдо бўладиган рак ўнг ярмидаги ракка қараганда ичак тикилиб қолишига кўпроқ сабаб бўладигани, бу – йўғон ичак дистал қисмининг проксимал қисмидан кўра торроқ бўлишига, ўсманинг халқага ўхшаб ўсиши ичакнинг чап ярмидаги суюқликни ўнг ярмида бўладиган қаттиқ ахлатга қараганда камроқ тутиб қолишига боғлиқ.

Ўсма ичак йўлига тикилиб, уни беркитиб қўйишидан ташқари, ичакнинг буралиб қолишига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Ичакка ўсмалар тикилиб қолишининг характерли хусусиятларидан қуйидагиларни кўрсатиб ўтса бўлади:

- а) анамнезда дефекация акти (ич келишининг) тобора қийинлашиб бораётганига ишора қилиниши мумкин;
- б) ахлатга қон, йиринг аралашиб тушиши, ахлат шакли эса баъзан тасмасимон бўлиши мумкин;
- в) ракка гирифтор касалларнинг тахминан 40 фоизида ичакнинг тутилиб қолишига сабаб бўлган ўсма қўлга уннайди;
- г) қорин ўртача даражада дам бўлиб туради.

Рентгенологик текширишда ичакнинг тутилиб қолган жойидан юқориси кенгайиб тургани ва тўлишув камомади борлиги топилади. Қон текшириб кўрилганда анемиядан дарак берадиган маълумотлар олинади.

Давоси – операция. Бунда ичак тутилишини бартараф этишдан ташқари, ўсмани олиб ташлаш ҳам кўзда тутилади (лекин ҳамма нарса метастазлар бор-йўқлигига боғлиқ бўлади).

Ўн икки бармоқ ичакнинг бирдан тутилиб қолиши камдан-кам учрайдиган касалликлар. Бу касалликка туғма ривожланиш аномалиялари, ичакнинг ўсмалар, тортмалар, ингичка ичак тутқичи билан ташқаридан босилиб қолиши, шунингдек унга ёт жисмлар (тошлар) тикилиб қолиши сабаб бўлади.

Клиникаси. Беморнинг умумий ахволи жуда оғир бўладики, бу нарса умуман ичак йўлининг юқори қисмидан тикилиб қолиши учун характерлидир. Коллапс барвақт бошланиши мумкин.

Оғриклар асосан тўш ости соҳасида бўлиб, одамнинг орқасига хам ўтади, улар тутиб-тутиб турадиган бўлади. Касалликнинг энг бошиданок одам варақ-варақ қусаверади, қусуғи меъда ва ўн икки бармоқ ичакдаги суюқлик ва ейилган овқатдан иборат бўлади, буларга сафро аралашиб тушади-ку, лекин ичак суюқликлари аралашмаган бўлади. Тўш ости соҳаси шишиб туради, шу ернинг ўзида перистальтика кучайган бўлиб, «чакиллаб томиб турган томчи» овози эшитилади, меъда устидан баланд тонли тимпаник овоз чиқади. Касалликнинг бошида ўз-ўзидан ич келиши мумкин.

Ўн икки бармоқ ичак бирдан тутилиб қолганида рентгенологик йўл билан текшириш анча характерли аломатларни кўрсатиб беради: қориннинг устки бўлимида иккита катта горизонтал сатҳ, кўзга ташланади, уларнинг бири меъдада, иккинчиси пастроқда – ўн икки бармоқ ичакда бўлади. Ичак тутилган жойдан пастда – ингичка ичакда бўлсин, йўғон ичакда бўлсин газ борлиги топилмайди.

Бир оз микдор (1-2 култум) барий эмульсияси ичириб кўрилганида контраст масса ўн икки бармоқ ичакда туриб қолади, айна вақтда бу ичакнинг проксимал бўлими кенгайган бўлади.

Ўн икки бармоқ ичакнинг артерио-мезентериал тутилиши пастки горизонтал тиззасининг ингичка ичак тутқичи билан босилиб қолишининг натижасидир. Икки хили: бирламчи ва иккиламчи хили кузатилади.

Бирламчи хилида ингичка ичак тутқичи ўз томирлари билан биргаликда шу ичакнинг тазъйиқи билан пастга тортилиб, ўн икки бармоқ ичак горизонтал қисмининг қисилиб қолишига сабаб бўлади. Касалликнинг бу хили учун меъда

тонуси ва перистальтикасининг сақланиб қолиши характерлидир. Жуда камдан-кам учрайди.

Ўн икки бармоқ ичакдаги артерио-мезентериал тутилишнинг иккиламчи хили нисбатан олганда кўпроқ учрайди ва меъда бирдан кенгайиб кетган ҳолларда кузатилади, бунда меъда ўзининг бутун зарвари билан ичак тутқич илдизига босади, натижада ингичка ичак қовузлоқлари кичик чаноқ бўшлиғига сурилиб, унинг тутқичи таранглашади-да, ўн икки бармоқ ичакни умуртка поғонасига томон босиб қўяди.

Бу ҳолда олдин меъда парезга учрайди, ичак тутилиши ходисаси ундан кейин, иккиламчи тартибда бошланади.

Симптомитикаси. Одам тез-тез ва кўп қусади, қориннинг ёнбош сохалари ичига тортиб тургани ҳолда устки қисмлари дам бўлиб кетади, зонд солиб кўриладиган бўлса, ундан сафро аралаш бир талай суюқлик чиқади.

Давоси. Касалликнинг бирламчи хилида энтероанастомоз қилинади, иккиламчи хилида консерватив даво қилиб борилади – беморни Шницлер усулича қорни билан ётқизиб қўйиб, меъдасига суюқлик чиқиб туриши учун доимий зонд солинади, организмдан йўқолаётган сув, электролитлар ва оксил ўрнини тўлдириб бориш чоралари кўрилиб, вегетатив нерв системасига таъсир ўтказадиган дори-дармонлар (диголин ва бошқалар) буюрилади.

Странгуляцион ичак тутилиши.

Странгуляцион ичак тутилиши деганда биз ичакнинг ўзигагина эмас, балки ичак тутқичи ва ундаги қон томирлари билан нерв толалари ҳам босилиб, қисилиб қоладиган касалликни тушунамиз. Бунда қисилиб қолган органнинг қон билан таъминланиши кескин издан чиқиб, кўпинча гангрена бошланиб кетади. Қуйидаги ҳоллар странгуляцион ичак тутилиши жумласига киради:

- 1) меъда, ингичка ичак, кўндаланг-чамбар ичак ва сигмасимон ичакнинг буралиши;
- 2) тугун ҳосил бўлиши;
- 3) йўғон ичак чарвисининг буралиши;
- 4) катта чарвининг буралиши.

Меъда буралиши (*volvulus ventriculi*).

Меъда буралишининг икки хили: кўндаланг ўқи бўйлаб буралиши ва узунасига кетган ўқ бўйлаб буралиши тафовут қилинади.

Меъданинг кўндаланг ўқи бўйлаб буралиши (*vol. vertriculi mesenterico-axialis*) га унинг соат стрелкаси йўналиши бўйлаб айланиб қолиши сабаб бўлади, *volvulis isoperistalticus* деб шуни айтилади. Бунда меъданинг пилорик қисми ўнгдан чапга ва юқорига-олдинга қараб, кардиал бўлими эса орқага ва ўнгга-қараб пастга томон сирғалади. Меъда буралганида орқа томондаги юқори қисми пастга тушиб, катта эгрилиги юқорига кўтарилади.

Меъда бунда тескари йўналишда – соат стрелкаси йўналишининг аксига қараб буралиши ҳам мумкин – *volvulis antiperistalticus* деб шуни айтилади, бу холда пилорик қисми орқага томон бурилиб, меъда туби қориннинг олдинги девори бўйлаб сирғалиб боради-да, пастга ва чапга буралиб қолади.

Меъда билан бирга *ligamentum gastrocolicum* орқали унга боғланган кўндаланг-чамбар ичак ҳам ўз вазиятини ўзгартиради. Меъда буралганида чамбар ичак сурилиб, кўпинча унинг устига чиқиб қолади-да, меъдани олдиндан тўсиб туради (*volvulus ventriculi infracolicus*), гоҳида эса меъда тагида туриб қолади (*vol. ventriculi supracolicus*).

Меъданинг узунасига кетган ўқи бўйлаб буралиши – *volvulus ventriculi organo-axialis* – икки хил кўринишда учрайди. Биринчи хилида меъданинг катта эгрилиги олдинги юзасига бурилиб, кейин қориннинг олдинги девори бўйлаб сирғалади-да, кичик чарвига қараб боради. Кейин меъда кичик чарвининг юпка тўқимасини ёриб, унинг халтаси (*bursa omentalis*) га тушиб қолади. Шу тарика сурилиб борганида меъданинг катта эгрилиги кўндаланг чамбар ичакни ҳам ўзи билан эргаштириб кетади – *volvulus ventriculi anterior infracolicis* ҳосил бўлади.

Иккинчи хилида меъданинг катта эгрилиги орқа девори бўйлаб тескари томонга ҳаракат қилади, чарви халтасига тушиб, юқори ва ўнгга қараб боради-да, кичик чарви тагида туриб қолади, уни ёриб юбориши ҳам мумкин. Кўндаланг-чамбар ичак ҳам катта чарви билан биргаликда орқага ва юқорига қараб эргашиб боради, *vol. ventriculi posterior infracolicus* ҳосил бўлади.

Меъда ўзининг узунасига кетган ўқи бўйлаб шу тариқа буралиши натижасида меъдага кириш йўли ҳам, ундан чиқиш йўли ҳам буралиб қолади. Меъда 180° га буралганида унинг кириш ва чиқиш йўллари батамом беркилиб қолади (тўла меъда буралиши), агар буралиш бурчаги бундан кўра камроқ бўлса, у ҳолда чала буралиш ҳосил бўлади.

Меъда буралишининг этиологияси нуқтаи назаридан олганда бунга мойиллик туғдирадиган ва уни келтириб чиқарадиган омиллар тафовут қилинади. Мойиллик туғдирадиган омилларга қуйидагилар киради:

- а) меъда бойлам аппаратининг туғма ёки турмушда орттирилган сабабларга кўра заиф бўлиб қолгани, бу нарса меъданинг паст тушиб, кардиал бўлими ҳам, пилорик бўлими ҳам бирмунча ҳаракатчан бўлиб қолишига, шунингдек уларнинг бир-бирига яқинлашувига сабаб бўлади, шу тариқа бу органнинг бирор томонга қараб буралиши учун қулай шароитлар юзага келади;
- б) пилорус стенозида меъда тонусининг ўзгариб қолиши;
- в) чандиқланган яралар туфайли меъда шакли ўзгариб, пилоруси билан кардиясининг бир-бирига яқинлашиб қолгани (меъданинг қум соат кўринишига кириши);
- г) кўндаланг – чамбар ичакнинг хаддан ташқари узунлиги;
- д) диафрагманинг бўшашиб туриши ва диафрагма чурралари бўлиши;
- е) талоқнинг ҳаракатчан бўлиб, меъда устига тушиб қоладиган даражада узун оёғи борлиги.

Келтириб чиқарувчи омилларга қуйидагилар киради:

- а) меъданинг овқат билан тўлиб-тошиб кетиши;
- б) меъда перистальтикасининг хаддан ташқари кучли бўлиши;
- в) меъдани бошқа орган, чунончи дам бўлиб кетган ичак қовузлоғи, талоқ ва бошқалар суриб қўйиши;
- г) бирор шикаст етиши, жисмоний жиҳатдан кўп зўр бериш ёки бошқа сабабларга кўра қорин ички босимининг бирдан ортиб кетиши.

Клиникаси. Бу касаллик ўрта яшар эркакларда кўпроқ учрайди. Касаллик баъзи ҳолларда тўсатдан бошланиб, бир неча соат давомида ўзининг авжи, юқори

нуқтасига етади – оғир шок ҳолатига олиб боради. Бошқа ҳолларда бу касаллик бирмунча секинлик билан 1–2 кун ва бундан кура кўпроқ вақт ичида авж олиб боради. Бемор қориннинг юқори қисми, асосан чап томони чидаб бўлмас даражада оғриётганидан, бу оғриқлар кўкрак қафасининг чап томонига ўтиб турганидан, тўш ости соҳаси тўлиб кетгандек сезилиб, нафасни қийинлаштириб кўяр даражада тикилиб турганидан нолийди.

Касалликнинг энг бошиданоқ одам varaқ-varaқ қусаверади, лекин қусиш тез орада тўхтаб қолади, аммо кўнгил айниши давом этаверади. Қусуқ массалари олдинига ейилган овқатдан, кейин сўлак билан шилимшиқдан иборат бўлади, лекин уларга сафро аралашиб тушмайди, чунки пилорус босилиб турганлигидан меъдага ўт тушиши мумкин эмас; худди шу сабабдан «ахлат аралаш» қусиш ходисаси ҳам беморда ҳеч қачон бўлмайди. Чанқоқлик хисси беморни жон-ҳолига қўймайди, лекин одам бирор нарса ичмоқчи бўлиб қилган уринишлари беҳуда кетади: суюқлик меъдага ўтмайди ва ўша захоти қайтиб тушиб, оғриқни янада зўрайтиради.

Бемор ортиқ даражада безовталаниб, кўп азоб чекади, ўзини хар ёнга ташлаб, бақириб-чақиради. Мажбурий ҳолатга киради – ўтириб олади ёки тиззалари билан тирсакларини, ё бўлмаса, оёқларини қорнига тортиб, ёнбошлаб ётиб олади.

Томир уриши тезлашган, артериал босими пасайган, нафаси тезлашган, юза бўлади.

Кўздан кечириб қаралганида рангги бирмунча оқариб тургани ёки кўпинча кўкариб кетгани ҳам маълум бўлади. Қорнида бир қадар асимметрия бўлади – устки қисми дам бўлиб, пастки қисми ичига тортилиб туради (Борхардт симптоми). Баъзан дам бўлиб шишиб кетган меъда четлари аниқ билиниб туради.

Пайпаслаб кўрилганида тўш ости соҳаси безиллаб, девори қўлга таранг бўлиб уннайди, «чайқалиш шовқини» эшитилади. Меъдага зондни ўтказиб бўлмайди.

Диагностикаси. Меъда буралишининг диагностикаси учун қуйидаги уч симптомдан иборат Борхардт триадаси ҳозир ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас:

- 1) меъдага зонд ўтказиб бўлмайди;
- 2) қориннинг устки қисми жуда дам бўлиб пастки қисми ичига тортилиб туради;
- 3) бемор қусмоқчи бўлиб, беҳуда ҳаракатлар қилаверади.

Беморни тик тургазиб қўйиб, рентгенда текширилса, меъдаси жуда дам бўлиб, умуртқа поғонасидан чап томонда каттакон горизонтал сатх борлиги, диафрагма гумбази анча кўтарилиб тургани кўзга ташланади. Ингичка ичак билан йўғон ичакнинг бошидан охиригача газ бўлмайди.

Дифференциал диагностикасида бу касалликни меъданинг бирдан кенгайиб кетишидан (меъда буралишида Борхардт триадаси мавжуд); қисилиб қолган диафрагма чуррасидан (қориннинг устки қисми дам бўлиб турмайди, рентгеноскопияда меъданинг бир қисми кўкрак бўшлиғида турган бўлади), ўткир панкреатитдан ажратиш олиш керак. Ўткир панкреатитда ҳам, худди меъда буралишидагидек тўш остида чидаб бўлмас даражада оғриқлар пайдо бўлиб, одам қусаверади, тезгина шок ҳолатига тушиб қолади. Лекин панкреонекрозда одам нукул меъда, ўн икки бармоқ ичак суюқлиги, сафро аралаш варақ-варақ қусади. Мейо-Робсон, Мондор симптомлари, амилаземия, амилазурия кузатилади.

Ичак йўли юқори қисмларининг тутилиб қолиши ҳам қаттиқ оғриқлар, қорин устки ярмининг дам бўлиб туриши, қайт қилиш, умумий ахволнинг оғир бўлиши билан бирга давом этиб боради. Лекин бунда оғриқлар тайинли бир жойда сезилмасдан, тарқоқ бўлади, қорин девори таранг тортиб турмайди. Одам сафро аралаш тез-тез қусиб туради-да, кейин қусуғига ахлат ҳам аралашиб тушади. Меъдага зонд солиш осон бўлади, меъда буралиб қолганида эса бундай ходисаларнинг ҳеч бири бўлмайди.

Давосини меъдага зонд солишга уриниб кўришдан бошлаш керак, бунинг диагностик ахамияти билан бир қаторда шифо бўладиган томони ҳам бор. Операцияси меъдани троакар ёрдамида пункция қилиш йўли билан уни бўшатишдир, бунда меъда бушаганидан кейин жаррохнинг қўлларидан сирғалиб тушиб кетмаслиги учун уни тутқичлар билан ушлаб туриш керак.

Меъда бўшатилиб, пункция қилинган жойи турвача чок билан чатилганидан кейин керакли томонига осонгина бурилиб, ростланиб олади, сўнгра битишмалари бўлса, булар кесиб ташланади, диафрагма чурраси бор-йўқлиги текшириб кўрилади (агар бўлса, жаррохлик йўли билан бартараф этилади).

Операциядан кейин беморнинг бурнидан меъдасига най ўтказиб, меъда суюқлигини тинмай чиқариб туриш керак бўлади (узоқ муддатли дренаж).

Кўричак буралиши

Кўричак харакатчан бўлган ҳолларда (ривожланиш аномалияси жараёнида кўричак ёнбош ичак билан битта ичак тутқичга эга бўлган маҳалларда), одамнинг мудом ичи қотиб, қабзият бўлганидан сурункали колитда бир талай газлар ҳосил бўлиб туриши; йўғон ичакнинг юқорига кўтарилиб борадиган қисми кенгайиб кетиши натижасида кўричак буралиши мумкин. Кўричакнинг буралиб қолишига мускул аппаратининг гипоплазиясига алоқадор туғма атонияси ҳам сабаб бўла олади.

Кўричак буралишининг асосан уч хили кузатилади:

1) кўричакнинг ёнбош ичак билан бирга бўлган умумий ичак тутқичи атрофида буралиши. Бунда ичакларнинг иккаласи ҳам мезогастриумга сўрилиб қолади. Некроз бўлиши мумкин;

2) кўр ичакнинг узунасига кетган ўқи атрофида буралиб қолиши (буниси кўричакнинг ўз ичак тутқичи бўлган ҳолларда учрайди, айти вақтда кўричак соат стрелкаси юрадиган томонга қараб ҳам, бунинг аксига қараб ҳам буралиши мумкин);

3) кўричакнинг кўндаланг ўқи атрофида буралиб, букилиб қолиши. Бунда кўричак қорин олдинги девори буйлаб сирғалиб бориб, жигар тагида туриб қолади, ичак буралишининг олдинги икки хилига қараганда томирлар тўри камроқ зарарланади.

Шундай қилиб, кўричак буралиб қолганида у кўпинча ўзининг одатдаги жойидан (ёнбош чуқурчасидан) кўчиб, мезогастриум ёки қовурғалар тагидаги сохага ўтиб қолади.

Клиник манзараси. Анамнезда кўпинча авваллари қориннинг ўнг ярми санчиб-санчиб оғриб юргани, қабзият бўлиб, қорин вақт-вақтида дамланиб тургани, қорин бўшлиғида яллиғланиш касалликлари (аппендицит ва бошқалар) бўлиб ўтганига ишора қилинади.

Касаллик тўсатдан бошланади. Лекин беморнинг умумий ахволи ингичка ичак буралишидагидек унчалик тез оғирлашмайди. Томир уриши ва тана харорати айтарли даражада ўзгармайди. Оғриқлар зўр, тутиб-тутиб турадиган бўлади, қориннинг ўнг ярмида, пастида ёки киндик атрофида сезилади.

Касаллик бошланишида одам қусади, кейинчалик эса қусиш озроқ ёки кўпроқ вақт оралатиб такрорланиб туради, бориб-бориб қусуққа ахлат аралашиб тушади, лекин бу касаллик одамни қустирмасдан ўтиши ҳам мумкин.

Ич юришмай, ел тўпланиб бориши хамиша қайд қилинадиган ходисадир, лекин касаллик бошида йўғон ичак дистал бўлими перистальтикасининг кучайиши натижаси ўлароқ ич юришиб, одам ўз ҳолича хожатга бориши ёки клизмадан кейин ичи келиши мумкин.

Қорин кўздан кечириб қаралганида ғуж бўлиб ўралаб турган ичаклар дўппайиб чиқиши натижасида кўпинча қорин асимметрик шаклга кириб қолган (устки қисми ёки киндик атрофида), Валь симптоми мусбат бўлиб чиқади. Пайпаслаб кўрилганида қорин юмшоқ бўлиб қўлга уннайди, дўппайиб турган жой атрофи эса безиллаб, худди «волейбол коптогидек» таранг тортиб туради, баъзан илеоцекал соха, кўричак сурилиб қолганлигидан, «бўш» бўлади (Шиман – Данс симптоми).

Перкуссия қилиб кўрилганида дам бўлиб турган кўричак тепасидан паст тонли «ногора» овози эшитилади. Мана шу перкутор товуш баъзан жарангдорроқ тусга киради (Kiwull симптоми), лекин кўричак суюқликка тўлиб-тошиб кетган маҳалда атрофдаги ичаклар тимпанити орасида бир қадар бўғиқроқ эшитилади.

Қорин аускультация қилиб кўрилганида бирдан ичак тутилишига хос бўлган характерли ичак шовқинлари эшитилади; кўпинча «чайқалиш шовқини» қулоққа чалинади (Склярров симптоми) ва Обухов касалхонаси симптоми мусбат бўлиб чиқади.

Дифференциал диагностикаси. Бу касаллик кўпинча ўткир аппендицит билан адаштирилади. Лекин кўричак буралишида, айниқса касалликнинг дастлабки вақтида, яллиғланиш ходисалари одатда бўлмайди.

Кўричак буралишини сигмасимон ичак буралишидан ажратиш учун В.Г.Цеге-Мантейфель одатдагича клизма қилиб кўришни таклиф этади. Кўричак буралган бўлса, клизма суви бемалол, сигмасимон ичак буралганида қийинлик билан (куп деганда 500-800 мл) ўтади. Ирригография диагнозни аниқ қилиб беради.

Давоси – операция. Кўричакни айлантириб, ростлаб олингандан кейин унинг нечоғлик зарарланганлиги аниқланади (анча дам бўлиб турган бўлса «турвача» чоки солиб туриб, пункция қилиш йўли билан бўшатилади). Агар унда гангрена бошланган бўлса, омон тўқималар чегарасигача резекция қилиниб, энтероколостомия ясалади.

Кўричак зарарланмай, омон турган бўлса, профилактик мулохазалардан келиб чиқиб, аппендэктомия ўтказиш ўринлидир.

Сигмасимон ичак буралиши.

Сигмасимон ичак анча ҳаракатчан ва ичак тутқичи узун бўлади, ана шу нарса унинг буралиб қолишига олиб келиши мумкин. Сигма нечоғлик узун бўлса, унинг буралиб қолиш эҳтимоли шунча кўп бўлади.

Буралиш механизми: сигмасимон ичак дам бўлиб кетганида винтсимон ёки спиралсимон буралиб, ўрнашиб олишга ҳаракат қилади, шу нарса унинг физиологик буралишига олиб келади. Лекин баъзи шароитларда мана шу физиологик буралиш патологик буралишга айланиб кетиши мумкин.

Ахлат массалари ва газлар йўғон ичакда бир-бирига аралашмайди ва олдинмакейин юришиб боради, айна вақтда сигманинг газ билан тўлган қисми юқорироқ кўтарилишга ҳаракат қилади, ахлат билан тўлган қисми эса пастга тушади, шунинг натижасида ичакнинг буралишига олиб борадиган икки куч юзага келади – сигманинг иккала тиззаси бир-бири билан кесишиб, узунасига кетган ўқи атрофида буралади. Буралиш аксари унча катта бўлмайди – 180°-

270°-360° га етади, камдан-кам ҳолларда ичак жуда куп – 540° ва хатто 720° гача буралади, яъни ўз ўқи атрофида бир-икки марта айланиб қолади.

Сигмасимон ичак камроқ - 270° гача буралганида мустақил равишда, шунингдек консерватив даво таъсири билан ҳам ўз ҳолига келиб, ростланиб олиши мумкин.

Ичакнинг ўз атрофида неча марта буралганлиги касалликнинг оғир-енгиллигини кўрсатадиган мезон эмас, хали. Агар ичак тутқич қаттиқ қисилиб қолган бўлса, ичак 180° га бурилганида ҳам у некрозга учраши мумкин. Ичак тутқичида чандиқлар борлиги ҳам ахамиятга эга бўлади: ичак тутқичи қаттиқ бўлиб қолган бўлса, томирлари камроқ босилади.

Сигмасимон ичакнинг буралиб қолишига бевосита сабаб бўладиган омиллар жумласига қуйидагилар киради: овқатланиш мароми бузилиб, кейин меъда-ичак йўли ишининг айнаши, ичакда хаддан ташқари кўп ел тўпланиши, қорин пресси мускулларининг бирдан қисқариб, кескин таранг тортиши ва бошқалар.

Сигмасимон ичак буралиши эркакларда кўпроқ учрайди. Унга аксари ёши қайтиб қолган одамлар гирифтор бўлади, болаларда эса бундай ичак буралиши Гиршпрунг касаллигига алоқадор бўлади.

Клиник манзараси. Одамнинг хожат вақтида оғриқ ёки ортиқча босим сезадиган бўлиб қолгани, анчадан бери ичи қотиб, қабзият бўлиб юргани, кўпинча «ичи юришмай», кейин ўзича барҳам топиб кетгани анамнездан маълум бўлади. Бу касалликнинг ўтишида асосан икки ҳили тафовут қилинади:

1) кўпинча шиддат билан, «яшиндек тез» ўтиб, оғир бўладиган ва шокка олиб борадиган хили;

2) секинлик билан, нисбатан эсон-омон ўтадиган хили (бирок, чораси кўрилмаса, бу хили ҳам, бир неча кундан кейин бир қанча оғир ўзгаришларни келтириб чиқариши мумкин).

Сигмасимон ичакнинг буралиши баъзи ҳолларда кутилмаганда, тўсатдан бошланса, бошқа ҳолларда аста-секинлик билан зимдан бошланиб боради (аввалдан давом этиб келаётган қабзият гўё ичак тутилишига айланади).

Беморнинг умумий ахволи касаллик хилига қараб ўзгаради: «яшиндек тез» хилида бемор оғир ахволга тушиб, юзи чакак-чакак бўлиб кетади, томир уриши тезлашиб, артериал босими пасаяди, тана харорати ҳам пасаяди ёки одатдагича бўлиб тураверади, тили қуруқ бўлади. Қаттиқ оғриқ тутиб қолган маҳалда бемор ўзини қўйгани жой топмай, аксари тиззалари билан тирсакларига таяниб олади.

Касаллик нисбатан эсон-омон ўтаётган маҳалда беморнинг умумий ахволи қониқарли даражада қолиб, бадан терисининг тургори унча ўзгармайди, тили нам бўлиб тураверади, томир уриши билан артериал босими норма атрофида бўлади. Бемор ўзини осойишта тутди. Қорни шишиб, каттакон бўлиб кетгани кўзга ташланиб туради. Бундай ҳолат 4–5 кун давом этиши мумкин, лекин интоксикация аста-секин зўрайиб боради.

Оғриқлар қориннинг кўпроқ пастки қисмида сезилади, лекин тарқоқ бўлиши ва аксари думғазага ҳам ўтиб туриши мумкин.

Ич юришмай, ел тўпланиб бориши, қориннинг «бир томонга тортиб, қийшиқ бўлиб тургани» – асимметрик шаклга киргани касалликнинг етакчи аломатлари бўлиб ҳисобланади. Дамланиб, катта бўлиб кетган ичак қовузлоғи, айниқса касалликнинг бошида, бир кўтарма кўринишида қорин девори орқали билиниб туриши мумкин. Касалликнинг кейинги муддатларида ичак парези бошланиб, қорин хар хил даражада дам бўлиб туради.

Пальпация қилиб кўрилса, қорин девори юмшоқ бўлиб қўлга уннайди, оғримайди. Баъзан қориннинг қисилиб қолган сигма оёқчасига тўғри келадиган қисми сал безиллаб туради, ҳолос. Қорин деворини салгина силкитиб кўриш «чайқалиш шовқини»га сабаб бўлади, (Склярров симптоми, касалликнинг илк босқичида маълум беради).

Перкуссия қилиб кўрилганида дам бўлиб, чўзилиб кетган сигма устидан «бўш қутича» овози аралаш жарангдор тимпанит эшитилади; шу ерда баъзан Kiwull симптоми мусбат бўлиб чиқади.

Ичак перистальтикаси сақланиб турган бўлса, аускультацияда баралла сезиладиган хар хил ичак шовқинлари, шунингдек «чакиллаб томиб турган томчи шовқини» эшитилади.

Ичак парезида шовқинлар йўқолиб кетади, лекин юрак уриши ва нафас шовқинлари рўйи-рост эшитилади, буларни шишиб кетган ичакдаги газлар бемалол ўтказиб туради (Лейтайсен симптоми).

Обухов касалхонаси ва Цеге-Мантейфель симптомлари мусбат бўлиб чиқади (кўпи билан 500-800 мл сув ўтади).

Рентгеноскопияда суюқлик билан газ сатхи кўриниб турадиган «ёруғ қорин» ёки «қўшотар милтиқ» манзараси кўзга ташланади.

Ирригоскопияда контраст модда фақат тўғри ичакни ва сигманинг дистал қисмини шаклан «тумшук» кўринишида тўлдиради, ҳолос.

Тугун ҳосил бўлиши.

Ичакда тугун ҳосил бўлиши (nodus intestinalis) деб ичак тутилишининг шундай хилига айтиладики, бунда ичак буралишида унинг камида икки бўлими иштирок этади.

Сигмасимон ичак билан ингичка ичак ўртасида тугун ҳосил бўлиши ҳаммадан кўра кўпроқ учраса, ингичка ичакнинг айрим қовузлоклари ўртасида тугун ҳосил бўлиши камроқ, кўричак билан ингичка ичак ўртасида тугун ҳосил бўлиши эса янада кам учрайди.

Ичакда тугун ҳосил бўлиши тўғрисидаги таълимотнинг хар томонлама эътироф этадиган асосчиси Венцеслав Леопольдович Грубердир (1814–1890). У ўзининг 1863–1881 йилларда босилиб чиққан асарларида ёнбош ичак билан сигмасимон ичак иштирокида ҳосил бўлган тугунларни батафсил тасвирлаб ўтди ва булар ичак тутилишининг алоҳида бир хили эканлигини, уларнинг ичак тузилишидаги анатомик хусусиятларга боғлиқ бўлиб, фақат ўзига хос клиник манзара билан ўтиб боришини кўрсатиб берди.

Ичак тугунининг ҳосил бўлиш механизми. Ичак тугуни ҳосил бўлишида бунга мойиллик туғдирадиган (анатомик) ва шу ходисани келтириб чиқарадиган омиллар иштирок этади.

Мойиллик туғдирадиган омиллар жумласига қуйидагилар киради:

- а) қорин бўшлиғида анчагина сўрилиб турадиган узун ва ҳаракатчан ингичка ичак қовузлоқлари бўлиши;
- б) сигма учларининг асоси ёнида бир-бирига яқинлашиб келиши;
- в) сигма оёқчасининг ичак тутқичида чандиқлари бўлиши;
- г) кўричак билан ёнбош ичак тутқичининг битта, умумий бўлиши;
- д) ичакларнинг буралиши, айланишига ёрдам берадиган битишмалар, тортмалар, битувлар бўлиши.

Ичак тугуни ҳосил бўлиши ходисасини келтириб чиқарадиган омиллар жумласига қуйидагиларни киритиш керак:

- а) ичак қовузлоқларининг бир-бирини қисиб қўйиши осон бўладиган ҳолатда жойлашганини;
- б) ичак перистальтикаси кучайишини;
- в) ичак қовузлоқларининг буралишгача бориб етадиган даражада айланишини;
- г) ичак қовузлоқларининг газ ва ахлат массалари билан нотекис тўлишувини.
- д) қорин ички босими кўтарилиб кетишига олиб борадиган ҳар хил омилларни.

Ичак қовузлоқлари орасида тугун ҳосил бўлганида ичакнинг икки букланган узун қовузлоқларидан бири (аксари сигма шу ролни ўйнайди) асосий ўқ хизматини ўтайди, бошқа бир узун ичак қовузлоғи (кўпинча ингичка ичак) бояғи асосий ўқ атрофида ўралиб, ўзини ҳам, ўраб олаётган ичакни ҳам тортиб, қисиб қўяди. Ичакнинг юришмай қўйиши ва қаршилиқ пайдо бўлганлиги туфайли перистальтиканинг кучайиши тугуннинг янада кўпроқ тортилишига ва бунга қўшилган ичак тутқичининг қаттиқроқ қисилиб қолишига олиб боради.

Ингичка ичак билан сигмасимон ичак ўртасида ҳосил бўладиган тугунларнинг ҳаммасини Wilms (1909) икки хилга бўлади: сигма қовузлоғи юқорига қараб турадиган тугун ва сигма қовузлоғи пастга қараб турадиган тугун.

Сигма билан ингичка ичак ўртасида тугун ҳосил бўлганида қисиб қўядиган халқа одатда ингичка ичак қовузлоғидан иборат бўлади.

Тугун ҳосил бўлиши устига баъзан сигманинг кўндалангига кетган ўз ўқи, атрофида айланиб, буралиб қолиши ҳам қўшилади.

Тугун ҳосил бўлиши жараёнида ичакнинг катта-катта бўлимлари иштирок этадиган бўлганидан, тез орада оғир шок бошланиб, ичакнинг анчагина жойи некрозга учрайди, бунинг устига перитонит бошланиб, ахволни оғирлаштириб кўяди (ингичка ичак некрози сигма некрозига қараганда эртароқ бошланади).

Клиник манзараси. *Peus ёки nodus intestinalis*, одатда, ҳеч бир даракчиларсиз, одам соппа-соғ юрган вақтда, аксари кечаси тўсатдан бошланади. Бемор жуда ҳам безовталаниб, ўзини ҳар ёнга ташлайди, мажбурий ҳолат олади: оёқларини қорнига тортиб, ёнбошлаб ётади. Беморнинг юзи чакак-чакак бўлиб, ранги кўкариб кетади. Томир уриши тезлашиб, пульси сезилар-сезилмас бўлиб қолади. Артериал босим пасаяди, тил қуриб туради. Олигурия бошланади. Тез орада (касалликнинг дастлабки соатларида) шок бошланади. Оғриқлар энг бошиданок чидаб бўлмас даражага етади ва доимий бўлиб, бутун қоринда сезилиб туради.

Қайт қилиш ҳам дарров бошланади ва кўп марта такрорланади, айна вақтда одам ҳар сафар кўп-кўп қуседи. Одатда ич юришмай, ел тўпланиб боради. Ичак перистальтикаси аксари кўзга кўринмайди. Касалликнинг бошида қорин юмшоқ бўлиб, чап ярми сал безиллаб туради. Лекин ичаклар некрози ва перитонит тез авж олиб бориши муносабати билан қорин пардасининг таъсирланишига хос аломатлар пайдо бўлади. Обухов касалхонаси симптоми, Цеге-Мантейфель симптоми мусбат бўлиб чиқади, рентгеноскопияда йўғон ичакнинг дам бўлиб кетгани кўриниб туради.

Бу касаллик жуда шиддат билан ўтади.

ДИАГНОСТИКАСИ. Симптомитикаси характерли бўлади – касаллик тўсатдан бошланиб, қоринга алоқадор аломатлар нисбатан кам бўлгани ҳолда шок тез авж олиб боради. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилиши, ўткир панкреатит ва алиментар интоксикация билан дифференциал диагноз ўтказиш керак бўлади.

Ичак тутилишининг аралаш хили.

Ичак тутилишининг бу хилида обтурацияга хос ходисалар хам, странгуляцияга хос ходисалар хам бўлади. Ичак тутилишининг шу хилига қуйидагиларни киритиш мумкин:

- 1) ичакнинг ривожланишидаги нуқсонлар туфайли бирдан ичак тутилиб қолиши;
- 2) инвагинация;
- 3) чурранинг ичкарида қисилиб қолиши.

Буларнинг биринчисига:

- а) ингичка ва йўғон ичак мальротацияси;
- б) меъда-ичак йўлининг иккига бўлиниб қолгани (дубликацияси);
- в) Меккель дивертикули ва бошқалар туфайли ичак тутилиши киради.

Мальротация

Мальротация меъда-ичак йўлининг нормал эмбриологик ривожланиши издан чиқишига алоқадордир. Шунинг учун хам она қорнидаги хомилада бу ходисанинг қай тариха рўй беришини қисқача эслатиб ўтамиз.

Меъда-ичак йўли ўз тараққиётининг энг бошида умуртқа поғонаси бўйлаб оғиз бўшлиғидан то анусгача чўзилиб борадиган найдан иборат бўлади. Она қорнидаги хаётнинг 5-6 хафтасидан бошлаб бу ичак найи тез ўсиб боради ва киндик қовузлоғини ҳосил қилиб букила бошлайди (тизза ҳосил қилади). Киндик қовузлоғи киндик тешиги орқали қорин бўшлиғидан ташқарига чиқади ва киндик тизимчасидан жой олади. Хомиланинг 10-11-хафтасида ичак қовузлоғи қорин бўшлиғига қайтиб тушади ва айни вақтда устки ичак тутқич артерияси атрофида соат стрелкаси йўналиши бўйлаб 270° га буралади. Ичак қовузлоғининг буралиши кўричак ўнг ёнбош соҳасида ўз ҳолатини эгаллаганидан кейин поёнига етган бўлиб ҳисобланади.

Она қорнидаги хомила хаётининг 4–5-ойида ингичка ичак тутқичи умуртқа поғонасининг олдинги юзасида қориннинг орқа девори билан қийшиқ йўналишда – устки ичак тутқич артериясидан то кўричаккача бўлган жойда битишиб кетади – ичак тутқич илдизи – *radix mesenterii* пайдо бўлади.

Мана шу жараён бола туғиладиган вақтга келгунча ҳамиша ҳам поёнига етавермайди, бунда кейинчалик ҳар хил ўзгаришлар рўй бериши мумкин. Ичак найининг нормал ротацияси издан чиққанида катта ёшли одамларда уч хил аномалия бўлиши мумкин:

1) нонротация – ўрта ичак дастлаб 90°С га буралганидан кейин ортиқ буралмай қўяди – бутун ичак битта ичак тутқичга эга бўлиб қолади, бунда ўн икки бармоқ ичакнинг дистал қисми ва бутун ингичка ичак ўнг томонда, йўғон ичакнинг бошланғич қисми эса чап томонда бўлади;

2) мальротация – чала буралиш (чала ротация, энг кўп учрайдиган хили) ингичка ичакнинг ўрта бўлими 180° га буралади, ўн икки бармоқ ичакнинг пастки қисми ичак тутқич илдизи тагида, кўричак эса тўш ости соҳасидан ўнг томонда ётади. Бунда ичак тутилишининг ҳар турли хиллари учраши мумкин. Диагностикаси синчиклаб рентгенологик текшириш ўтказишни талаб қилади.

3) дубликация – меъда-ичак йўлининг икки букилиб туришидир, «ileum duplex», «каттакон дивертикул» деб шуни айтилади. Ҳазм йўлининг барча қисмида учраши мумкин, лекин ёнбош ичак соҳасида кўпроқ учрайди.

Бундай тузилмаларнинг ичидаги суюқлик кўпинча шилимшиқ парда секретидан иборат бўлади («интрамурал киста» ёки «эндоген киста» деган номи шундан олинган). Агар бу тузилма ичак йўли билан туташган бўлса, унда ичак суюқлиги ҳам бўлиши мумкин.

Бундай тузилмаларнинг шакли ва катта-кичиклиги ҳар хил бўлади, баъзида улар ичак деворидан чиқиб келган, узунлиги 40–50 см га борадиган дивертикул шаклига киради. Дубликациялар асосий ичакни босиб қўйиб, обтурацияга (ичак йўлининг беркилиб қолишига) сабаб бўла олади, лекин ичак тутилишининг бошқа турлари ҳам учраши мумкин.

Диагностикаси қийин. Рентгенологик, лапароскопик текшириш усуллари қўлланилади. Қорин бўшлиғи кисталари ва ўсмалари билан дифференциал диагностика ўтказилади.

Меккель дивертикули туфайли бирдан ичак тутилиши

Турли олимларнинг маълумотларига караганда, барча ичак тутилиш ҳолларининг 0,9–5 фоизига Меккель дивертикули сабаб бўлади. Меккель дивертикули туғма аномалияларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, тахминан одамларнинг 2 фоизида топилади. У она қорнидаги хомила хаётининг 6–8-хафтасига келиб одатда батамом беркилиб кетадиган ва боланинг туғилиш чоғига келган-да бутунлай битиб қоладиган бирламчи ичак найчасини киндик билан боғловчи рудимент органдир – ductus omphaloentericus.

Лекин инволюция кечикиб қоладиган бўлса, баугин тўсиғидан 25–60 см масофада Меккель дивертикули шаклланиб боради (ичакнинг қаварик юзасидан, яъни ичак тутқичининг рўпарасидан чиқиб келади). Дивертикул узунлиги 2 см дан 30 см гача бориши мумкин. Унинг девори ичак билан бир хилдаги тузилишга эга бўлади.

Дивертикулнинг учи киндик билан боғланган бўлиши мумкин (йўли гоҳо сақланиб қолади), баъзан учида тортма бўлиб, у қорин пардаси варағига, лекин аксари ичак тутқичига бириккан бўлади, ниҳоят, у қорин бўшлиғида эркин ҳолда ётиши мумкин.

Дивертикул нечоғлик узун бўлса, унинг ичак қовузлоғи қисилиб қолишига сабаб бўла олиш эҳтимоли шунча кўп бўлади. Дивертикул қорин бўшлиғида эркин ётган бўлса, унинг ўзи қисилиб қолиши мумкин.

Клиникаси. Меккел дивертикули туфайли ичаги тутилиб қолган касаллар анамнезида оғриқ хуружлари, кўнгил айниши, қайт қилиш ҳолларининг қайта-қайта такрорланиб турганини айтиб ўтиш мумкин. Баъзан киндик соҳасида рудиментар ичакнинг битмай қолганидан дарак берадиган тешик яра – оқма яра бўлиши мумкин.

Дивертикулда ичак қовузлоғи қисилиб қолиши туфайли бирдан бошланган касаллик вақтида ингичка ичак тутилиб қолишига хос манзара яққол намоён бўлади. Баъзида бошқа ривожланиш аномалиялари (тиртиқ лаб, олти бармоқлилик ва бошқалар) бўлиши мумкин.

Меккел дивертикули қисилиб қолиб, некрозга учраганида кўпинча ўткир аппендицитга ўхшаш бир хил касаллик белгилари бўлади.

Давоси операция (Меккел дивертикули олиб ташланади ёки ингичка ичак дивертикул билан биргаликда резекция қилинади).

Инвагинация.

Ичак бир қисмининг иккинчи қисми ичига кириб қолиши. Бунда учта ичак найидан – битта ташқи ва ағдалириб қолган иккита ичак найидан иборат цилиндр ҳосил бўлади. Уч цилиндрли оддий инвагинация деб шуни айтилади. Унда қабул қилиб олувчи ташқи цилиндр (*intussusciens* ёки инвагинат қини) ва кириб оладиган ички цилиндр (*invaginatum seu intussusceptum*) «инвагинат» тафовут қилинади.

Инвагинатнинг ички учи – ички цилиндрнинг ўрта цилиндрга ўтадиган жойи – «бошчаси» деб унинг асоси, ташқи цилиндрнинг ўрта цилиндрга айланадиган жойи эса «бўйинчаси», «ёқаси» деб аталади.

Ичак қисмлари одатда перистальтика йўналиши бўйлаб бир-бирининг ичига кириб қолади (пастга тушиб борувчи инвагинация), лекин юқорига кўтарилиб борадиган ёки ретроград инвагинация ҳам бўлиши мумкин (камдан-кам ҳолларда).

Некрознинг қанчалик авж олиши инвагинат ичида ичак тутқичининг нечоғлик қисилиб қолганига боғлиқ бўлади. Лекин инвагинатнинг ташқи цилиндри некротик ўзгаришга учраган ички цилиндрни инвагинат бўйинчасидаги битишма жараёни ҳисобига алоҳидалаб, яккалаб қўяди, некрозга учраган ички цилиндр эса кўчиб тушиб, табиий йўл билан ташқарига чиқиб кетиши мумкин. Аммо бундай ходиса камдан-кам учрайди.

Этиологияси. Ичаклар инвагинацияси (*invaginatio intestini*) механизмини тушунтириб берадиган бир нечта назария бор:

- 1) механик;
- 2) спастик;
- 3) паралитик назариялар шулар жумласидандир.

Кириб қоладиган ичак деворида қандай бўлмасин бирор хил патологик ўзгаришлар (оёқчали ўсма, яллиғланиш инфилтрати ва бошқалар) борлиги ахамиятга эга бўлади, булар перистальтика ҳаракатлари натижасида ичак

йўлидан дистал томонга қараб сурилиб бориб, ичак деворини ўзига эргаштириб кетади. Шунингдек ичак деворининг мудом спазм ҳолатида бўлишининг ҳам ахамияти бор, чунки ичакнинг спазмга учраган бўлаги ўзидан юқорирокдаги бўлакларининг перистальтик ҳаракатлари натижасида ичакнинг парез ҳолатида бўлган бошқа бўлагига кириб қолади, яъни ичак деворида гир айлана бўлиб ва узунасига жойлашган мускуллар қисқаришининг уйғунлиги бузилганида, нервлар билан идора этилиши издан чиққанида шундай бўлади. Инвагинациянинг бу хили кўпинча ингичка ичак кўричакка кириб қолганида кузатилади.

Инвагинация ходисаси болалар ва ўсмирларда кўпроқ, катта ёшли одамларда камроқ учрайди.

Инвагинациялар классификацияси:

А. Ўткир хиллари.

1. Ингичка ичак билан йўғон ичак соҳасида учрайдиган инвагинациялар:

а) ингичка ичакнинг ингичка ичакка кириб қолиши (хам пастга тушиб борувчи, хам ретроград хили);

б) илеоцекал бурчак соҳасидаги ингичка ичак билан йўғон ичак инвагинацияси;

в) йўғон ичакнинг йўғон ичакка кириб қолиши (хам пастга тушиб борувчи, хам ретроград хили);

г) чувалчангсимон ўсимтанинг кўричакка кириб қолиши.

2. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак соҳасида учрайдиган инвагинациялар.

Б. Инвагинацияларнинг сурункали хиллари.

Клиникаси ва диагностикаси. Болаларда бу касаллик кўпинча ўткир ҳолда ўтади, катта ёшли одамларда ярим ўткир ва сурункали хиллари кўпроқ учрайди.

Ўткир хилида касаллик тўсатдан, баъзида энтерит устига ёки сурги дори ичилганидан кейин бошланади.

Асосий аломати тутиб-тутиб турадиган қаттиқ оғриқлар бошланишидир, бу оғриқлар перистальтика кучайиши билан баравар зўрайиб бориб, чидаб бўлмас даражага етади ва сўнгра секин-секин камайиб қолади. Вақт ўтган сайин оғриқлар тутиб туриши ўртасидаги оралиқлар қисқариб боради. Оғриқлар

вақтида одам қайта-қайта қусади. Ҳожат вақтида ахлатига қон аралашиб тушади, тенезмлар бўлиб туради. Қон аралаш ич келганида ахлат кўпинча «малина желеси» кўринишида бўлади.

Қорин кўздан кечириб қаралганида перистальтика кўришиб туради. Чуқур пальпацияда ўнг ёнбош соҳасида кам ҳаракат қиладиган, безиллаб турган қолбасимон тузилма қўлга уннаши мумкин (ингичка ичак йўғон ичакка кириб қолганида). Тўғри ичак бармоқ билан текшириб кўрилганида ахлатга қон аралашиб қолгани маълум бўлади. Баъзан инвагинатнинг бошчаси қўлга уннаши мумкин.

Диагностикаси характерли симптомлар триадасига:

- тутиб-тутиб турадиган оғриқлар борлиги;
- қориннинг ўнг ярмида қолбачасимон тузилма қўлга уннаши;
- тўғри ичакдан қон аралаш суюқлик келиб туришига асосланади.

Аппендикуляр инфилтрат билан дифференциал диагностика ўтказилади (инфилтратга яллиғланиш жараёни характерли бўлса, инвагинацияда симптомлар триадаси бўлади).

Рентгенологик текширишда горизонтал сатх (Клойбер косачалари), ингичка ичак йўғон ичакка кириб қолган маҳалда эса ирригоскопияда «икки тишли айри» ёки «шокила» манзараси кўзга ташланади (суюқ барийнинг инвагинатни четлаб ўтиши ҳисобига).

Дезинвагинациянинг иложи бўлмаса ёки ичак қовузлоғи (инвагинат) гангренаши бошлаган бўлса, омон қолган қисмигача резекция қилиниб, ичак найи бутланади ва йўли тикланади.

Динамик ичак тутилиши

Ичак ҳаракат функциясининг нерв-гуморал йўл билан идора этилиши бузилганида кўрилади.

Паралитик ичак тутилиши перистальтиканинг батамом йўқолиб кетиши, ичак девори мускул қавати тонуси сусайиб қолишига алоқадордир. Ичак газ ва суюқлик билан тўлиб-тошиб кетади.

Этиологияси. Қорин бўшлиғи органлари турли касалликлари ва шикастларининг асорати тариқасида бошланади. Перитонитда ичак тутқич томирларининг тромбози ва эмболияси вақтида айниқса ёрқин ифодаланган бўлади.

КЛИНИКАСИ ВА ДИАГНОСТИКАСИ. Динамик ичак тутилишининг асосий аломатлари қоринда оғриқ туриб, «ахлат аралаш» қайт қилиш, ич юришмай қолиб, ел тўпланиб бориши ва шунинг натижасида қориннинг шишиб кетишидир. Оғриқлар босиб тургандек, ёриб юбораётгандек бўлиб сезилади ва одатда доимий бўлади. Кўнгил айниб, одам қайта-қайта қусаверади, қусукқа туриб қолган, қўланса хидли бир талай суюқлик аралашиб тушади. Перистальтика йўқолиб кетганлигидан қоринда «сув қўйгандек жимлик» бўлади (Лойтейссен симптоми).

Перистальтикани жонлантириш учун аминазин (симпатик нерв системасининг перистальтикани сусайтирувчи таъсирини кесади) ва прозерин, убретид ишлатилади (булар парасимпатик нерв системаси функцияларини кучайтиради, беморга аминазин берилганидан кейин 45-50 минут ўтказиб туриб юборилади). Умумий қоидаларга амал қилиб, гомеостазни ўрнига келтириш чоралари кўрилади.

Бирдан меъда кенгайиши

Кўпинча лапароскопиядан кейин, хаддан ташқари кўп овқат ейилгани, сода ичилганидан кейин пилоруснинг декомпенсацияланган стенозида ва атоник меъда чўзилиб кетган маҳалларда учрайди.

Бу касалликнинг невропатик конституцияли кишиларда, озиб-тўзиб кетган одамларда кўпроқ бўлиши пайқалган.

Патогенези етарлича ўрганилган эмас. Меъданинг харакатлантирувчи периферик аппарати адашган ва симпатик нервлардан келиб турадиган импульслар таъсирида рефлектор йўл билан тормозланиб қолади деб ҳисобланади. Меъда девори тонусини йўқотиб, бўшашиб қолади, бу – унинг хаддан ташқари кенгайиб кетишига олиб келади. Меъда ниҳоят даражада катталашиб, ингичка ичакни пастга, кичик чаноқ бўшлиғига суриб қўяди-да,

деярли бутун қорин бўшлиғини эгаллаб олади. Айни вақтда ингичка ичак тутқичи жуда таранг тортилиб, ўн икки бармоқ ичакнинг горизонтал тиззасини босиб қўяди, бу – меъданинг бўшалиб туриши учун, ўз навбатида, қўшимча қийинчиликларни туғдиради.

Шундай қилиб, ўн икки бармоқ ичакнинг артерио-мезентериал тутилиши деб аталадиган касаллик вужудга келади.

Клиник манзараси. Касаллик тўш ости сохасининг босилиб тургандек оғир бўлиб сезилиши билан бирдан бошланади, ўртача даражада оғриқ бўлиб туради.

Бирдан меъда кенгайишида одам олдинига кўп-кўп қусади, кусуққа сафро аралашиб тушади, кейинроқ айниб бораётган қон қўшилганидан кусуқ жигарранг-қорамтир тусга кириб, қўланса хидли бўлиб қолади, лекин унга «ахлат аралашган» бўлмайди, чунки ингичка ичак суюқликлари меъдага ўтмайди.

Бироқ меъда девори жуда тез фалаж бўлиб қолганида одам қайт қилмаслиги хам мумкин (Борхардт симптоми).

Тўш ости сохаси кўп ўтмай дам бўлиб, шишади, қориннинг шу тариқа дам бўлиши аста-секин чап қовурғалар тагига тарқалади, сўнгра киндикдан пастга хам тушиб, иккала ёнбош чуқурчаларини айтмаганда қориннинг даярли хамма томонига ёйилади.

Қорин пайпаслаб кўрилганида девори қаттиққина таранглашиб тургани – «футбол коптоги» симптоми (Шварц симптоми) аниқланади, меъда перистальтикаси бўлмайди. Перкуссия қилиб кўрилганида дам бўлиб турган меъда устидан тимпаник овоз эшитилса, бирмунча паст жойлардан бўғиқ овоз эшитилади. Кўпинча «чайқалиш шовқини» ни хам эшитиш мумкин бўлади. Тез орада коллапс бошланади, у касалликнинг бошидан ҳисоблаганда 2–3 соатдан кейинроқ маълум бўлиб қолиши мумкин. Бемор хадеб қусаверганидан кўзлари киртайиб, юзи чакак-чакак бўлиб кетади. Томир уриши тезлашади, пульси сезилар-сезилмас бўлади, артериал босим пасайиб, беморнинг қўл-оёқлари

муздек бўлиб туради, тана харорати пасайган бўлади. Нафас тезлашиб, юза бўлиб қолади (диафрагма юқорига кўтарилиб туради).

Шундай ҳоллар ҳам бўладики, меъда бирдан кенгайиб кетганида хлоридлар кўп йўқотилганлиги туфайли бунга «меъда тетанияси» ҳам қўшилади.

Клиник жиҳатдан олганда бу ҳолат одамнинг умуман талвасага тушиб, оёқ бармоқларининг *pes equina varus* кўринишида букилиб туриши, энса мускуллари таранг тортиб, тризм бўлиши ва бошқалар билан ифодаланади. Беморга венасидан кальций хлорид эритмаси қуйиш ва бошқа суюқликларни мускул орасига юбориш йўли билан бу ходисалар бартараф этилади.

Рентгеноскопияда меъданинг жуда катта бўлиб кетгани маълум бўлади.

Касаллик диагностикасида унинг учта асосий симптоми:

- хадеб қусавериш,
- қориннинг характерли тарзда дам бўлиб туриши,
- барвақт коллапс бошланиши ахамиятга эга.

Зонд солиб қўйилса, у бемалол меъдага ўтади, зонддан сафро аралаш бир талай меъда суюқликлари келади (меъда кенгайиши шу билан меъда буралишидан фарқ қилади, меъда буралиб қолганида унга зонд ўтмайди).

Гомеостазни ростлаб, ўрнига келтириш чоралари кўрилади.

Назорат саволлари:

1. Ичак тутилишининг қайси турида аҳлат қон аралаш келиши мумкин?
2. Ўткир ичак тутилишининг қайси турида организмнинг дегидротацияси тезроқ юзага келади?
3. Ичак тутилишида "чайқалиш шовқини" ҳосил бўлиши сабаби?
4. Ичак тутилишига қандай рентгенологик белгилар хосдир?
5. Пальпация қилинганда "сув чайқалиши шовқини" белгиси таранглашган ичак бўшлиғида суюқлик йиғилиши симптоми ким томонидан кашф этилган?
6. Тўғри ичакни баллонсимон кенгайиши ва орқа чиқарув тешиги ампуласинининг очилиб қолиши симптоми?

7. Ўткир ичак тутилишини консерватив даволаш (нотўғри жавобни кўрсатинг)
8. Ичакнинг ўткир тутилиши патогенезидаги асосий фактор:
9. Ичак туткич артерияси эмболиясининг сабаблари
10. Пастки ичак тутилиши учун хос эмас?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

3– Амалий машғулот:

Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердан курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш усуллар (3-қисми)

Ишдан мақсад: Тингловчиларни шикастланишларнинг замонавий таснифи, шикастланишлар хавфи ва асорати, шикастланишларда биринчи ёрдам кўрсатиш билан таништириш. Турли хил жароҳатларда клиник ўзига хосликни, жароҳотда кечадиган жараёнларни ва “янги” жароҳатларни даволашни ўргатиш. Йирингли жароҳатларни клиникаси, диагностикаси ва давосини ўрганиш.

Масаланинг қўйилиши: Чайқалиш. Лат ейиш. Йиртилиш ва узилиш. Эзилиш. Травматик токсикоз. Жароҳатлар таснифи. Жароҳатнинг битиши. Жароҳатларни даволаш. Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш. Жароҳатга ишлов беришнинг бошқа турлари. Инфицирланган ва йиринглаган жароҳатларни даволаш

Ишни бажариш учун намуна:

1. Кўкрак қафаси шикастланиши деганда кўкрак қафаси девори ёки унинг ичидаги аъзоларнинг турли хил очик ва епик шикастланишлари тушунилади.

2. Кўкрак қафаси шикастланишлари очик ва епик, суяклар шикастланмаган ва шикастланган, ички аъзолар шикастланган ва шикастланмаган турларга булинади.

3. Кўкрак қафаси шикастланишлари диагностика усуллари; бемор шикояти ва анамнезини аниқлаш, умумий клиник текширишлар (кўриш, пальпацияда оғрик, перкуссияда абсцесс 1 фазасида, гемо- ва пиотораксда бўғиклик, пневмотораксда – тимпанит, аускультацияда абсцесс 1 фазаси ва гидротораксда нафас олиш сустлиги ёки аниқланмаслиги, абсцесс 2 фазасида эса амфорик нафас ва катта ўлчамли нам хириллашлар аниқланади. **Диагностиканинг энг информатив ва объектив усули - рентген билан текширувдир.**

4. Пневмоторакс – бу плевра бўшлиғида ҳаво тупланиши бўлиб, кўкрак қафаси девори жароҳати ёки бронх жароҳатидан кириши мумкин.

5. Пневмоторакс турлари: очик, епик, клапанли ва спонтан.

Ёпик пневмотораксда плевра бўшлиғидаги ҳаво атмосфера ҳавоси билан туташмайди, кўкрак қафасидаги жароҳат тўқималар силжиши туфайли бекилиб қолади.

Очик пневмотораксда ҳаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда ташқарига чикиб кетади.

Клапанли пневмотораксда ҳаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда эса юмшоқ тўқима лахтаги кўкрак қафаси девори ёки бронх жароҳатини ёпиб қўйиши сабаб ташқарига чиқа олмайди.

6. Гемоторакс - плевра бўшлиғида қон тупланиши бўлиб, кўпинча ўпка, қовурғалараро артерия ёки ички кўкрак артерияси жароҳати билан боғлиқ. **Гемоторакс турлари:** кичик гемоторакс (қон сатхи курак ўртасигача кўтарилиши), ўрта гемоторакс (1500мл-гача қон тўпланиши), катта гемоторакс (бунда қуйилган қон ҳажми 1500мл-дан ошиб кетади).

7. Спонтан пневмоторакс – бу аниқ сабабсиз ва шикастланишсиз плевра бўшлиғида ҳаво тўпланишидир. У кўпинча ўпканинг буллез трансформацияси ва ўпка кистасида учрайди.

8. Пиопневмоторакс - бу плевра бўшлиғида йиринг ва ҳаво тўпланиши бўлиб, ўпка абсцессининг плевра бўшлиғига очилиши натижасида иккиламчи пайдо бўлади. Пиопневмоторакс плевра эмпиемасининг очик турига киради.

Пиопневмоторакс ўпка абсцесси плевра бўшлиғига очилганда пайдо бўлиб, нафас етишмовчилиги, хансираш, тахикардия, тери ва шиллик қаватлар цианози, кўкрак қафасидаги оғриқ баъзан шок ҳолати, юқори ҳарорат билан намоён бўлади. Перкуссияда кўкрак қафаси хаста тарафи пастки қисмларида бўғиқлик устида тимпанит аниқланади. Рентгенологик текширувда кўкрак қафаси пастки қисмида горизонтал сатхли соя бўлиб, юқори қисмларида пневмоторакс, бронх-томир расми йўқлиги, ўпка коллапси аниқланади.

Ўпкадан қон кетишига оч қизил ранг, кўпиксимон, ҳаво аралаш қон туфуриш хос. Аспирацияда эса нафас етишмовчилиги, цианоз, тахикардия, аускультацияда нам хириллашлар аниқланади. Ташхис учун бронхоскопия ва бронхиал артериография етакчи аҳамиятга эга.

Пневмоторакс хансираш, тахикардия, терим ва шиллик қаватлар цианози, ўпканинг пучайиб қолиши, кўкс аъзоларининг соғлом тарафга силжиши, перкуссияда - қутича товуши, рентгенологик текширувда ўпка коллапси билан намоён бўлади. Клапанли пневмотораксда биринчи ўринга нафас сиқиши ва ҳаво етишмовчилиги цианоз, тахикардия чиқади. Перкуссияда қутича товуши, пальпацияда тери эмфиземаси крепитация орқали, рентгенограммада ўпка коллапси ва кўкс аъзоларининг соғлом тарафга силжиши аниқланади.

Гемоторакс плевра бўшлиғи ичига қон кетиши, ўпка коллапси, кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом тарафга силжиши, гемодинамика бузилиши, шок, хансираш билан намоён бўлади. Гемоторакс ташхисида рентгенологик текширишлар ва плеврал пункция етакчи аҳамиятга эга.

Пиопневмоторакс клиникаси ва ташхиси пио- ва пневмоторакс клиникалари йиғиндиси, йирингли интоксикация, нафас етишмовчилиги

белгиларига асосланади. Диагностикада анамнез маълумотлари, рентгенологик текширувлар ва плеврал пункция натижалари асосий аҳамиятга эга.

Пневмоторакс турли шаклларида стационаргача бўлган шошилишч ердам:

- Ёпиқ пневмотораксда тор.
- Акал бўлимга етқишиш, симптоматик даво.
- Очик пневмотораксда – окклюзион асептик боғлама куйиш, оғриқсизлантириш, юрак дорилари.
- Клапанли пневмотораксда – плевра бўшлиғини пункция қилиш ва дренажлаш, шокка қарши, юрак дорилари, кислород бериш.
- Гемотораксда – плеврал пункция, гемостатиклар, АКБ ва Нь миқдорини динамикада кузатув, кўрсатма бўйича гемотрансфузия, катта гемоторакс ва қон кетиш давом этганда – торакотомия.

Назорат саволлари:

1. Чайқалиш, лат ейиш, йиртилиш, узилиш, эзилиш дегани нима?
2. Травматик токсикоз нима?
3. Бу касаллик хақидаги асосий маълумотларни келтиринг.
4. Жароҳатлар таснифи?
5. Жароҳатнинг битиши қандай юзага келади?
6. Жароҳатларни даволаш.
7. Жароҳатга бирламчи хирургик ишлов бериш.
8. Жароҳатга ишлов беришнинг бошқа турлари.
9. Инфицирланган ва йиринглаган жароҳатларни даволаш.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.

3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. F. Charles Brunicaudi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.

4—амалий машғулот:

Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллари (1-кисми).

Ишдан мақсад: Тингловчига операциядан олдин беморларни текшириш усуллари, операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни аниқлашни ўргатиш.

Масаланинг қўйилиши: Умумий маълумот. Хирургик операциялар таснифи. Беморларни операцияга тайёрлашни. Беморларни психологик тайёрлашни. Беморларни физик тайёрлашни. Информацион маълумот. Операцияга борадиган беморни касаллик тарихини таҳлили. Лаборатор кўрсаткичларини таҳлил қилиш. Операция хатарлик даражасини аниқлаш ва белгилаш. Юрак хасталиги намоён бўлган беморлар. Юрак хасталиги намоён бўлмаган беморлар. Ўпка хасталиклари намоён бўлган беморлар. Ўпка хасталиги намоён бўлмаган беморлар. Буйрак ва буйрак устки безлар хасталиги бўлган беморлар. Қандли диабет билан хасталанган беморлар. Қари ёшдаги беморлар. Касаллик тарихида шифокор тавсияларини киритиш. Ички аъзоларни катетерлаш, дренажлаш ва интубация қилиш.

Ишни бажариш учун намуна: Меъда ва 12 бармоқ ичакни сурункали яра касаллигига чалинган беморларда диспепсик белгилар турлича намоён бўлади. Булардан: кўнгил айнаши, иштаханинг патологик ўзгариши, жиғилдон қайнаши, қушиш ва ичак фаолиятининг бузилишидир.

Диагностикаси. Ташхис қўйишни-беморни объектив кўришдан бошлаш лозим. Кузатув натижасида врач бемор танасини конституцион тузилишига, асаб ҳолатининг холерик типига мансуб эканлигига, терисида дермографизм ривожланганлигига, терлашнинг кучайганлигига ва тилнинг оқимтир шиллик билан қопланганлигига диққатини йўналтиради.

Беморнинг қорин пайпасланганда одатдагидан тортиқ бўлади. Яра касаллигининг кўзғалиш даврида қорин девори мушаклари нисбатан эпигастрал соҳада таранглашган ва оғриқли бўлади. Меъда ярасида эпигастрал ва киндик чап томонда, 12 бармоқ ичак ярасида қорин ўрта чизиғининг ўнг ёнбош қисми, киндик атрофини ўнг томонида оғриқ аниқланади.

Перкуссия вақтида қорин деворининг эпигастрал соҳасининг чап томонида ошқозон ярасида киндикнинг ўнг ёнбош қисмида 12 бармоқли ичакни ярасида бемор оғриқ сезади-Мендель белгиси.

Қорин девори терисида гипертестезия соҳасини (Захарин-Гед) ичакни ўтмас бошчаси билан тирналганда кўриш мумкин. Оғриқли ҳолат-Баос, Оппенховский нуқталари мавжудлигини кўрсатади.

Лаборатор текширувларидан: умумий қон таҳлили, меъда ширасининг миқдори ва ҳолатини текшириш, қон, сийдик, копрологик таҳлиллар ўтказиш мақсадга мувофиқдир.

Асоратланмаган меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигига чалинган беморлар қонида деярли ўзгаришлар кузатилмайди. Меъда ва 12 бармоқ ичак ярасида бемор қонида яралар туфайли гипохром анемия кузатилади.

Меъда ширасини текшириш усуллари.

Меъда ширасини текширишнинг қуйидаги усуллари мавжуд:

1. Зонд ёрдамида.
2. Зондсиз усулда текшириш (радиотелеметрик, гастроацидотест, ионалмашинуви) усуллари.

Зондсиз текшириш усуллари ҳозирги пайтда кенг қўлланилмайди, зонд ёрдамида текширишлар усули ингичга назогастрал найча билан бир маротаба ёки фракцион (узоқ вақт давомида) меъда ширасини текширишга имконият яратади. (Базал, симуляция қилинган ва хлорид кислота миқдорлари аниқланади. Фракцион, Кея, Холанддер усуллари бўйича). Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги рентгенологик текшируви.

Хозирги замон рентген аппаратлари ёрдамида меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини 85-95%ини тўғри ташхислаш мумкин. Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллигида асосий ва йўлдош (ёрдам берувчи) рентгенология симптомлар мавжуддир. Асосий белгиларга: яранинг кратерга ўхшаш “ниши”сига барий эритмаси кириши сабабли аниқ кўринади.Юзаки яраларда барий тарқоқ жойлашиб, контрастнинг яра бўлган жойда тангага ўхшаш тўпланиши кузатилади.

Асосий симптомлардан-меъда шиллик пардасидаги бўқилишлар релефининг бузилиши (конвергенцияланиши) кўринади. Конвергенция- яра атрофидаги бурмалар чандикланиши сабабли буралиб радиар формага эга бўлади ёрдам берувчи белгиларга:

1. Меъда катта айланмасини бармоққа ўхшаш тортилиши (бу белги ярага қарама-қарши турган қисмда кузатилади);
2. Меъданинг перисталтик ҳаракати кучайиши;
3. Меъда пилорик қисмининг торайиши (стеноз);
4. Ўн икки бармоқ ичак «пиёз»симон қисмини дискинезия ҳолатига тушиши.
5. Меъда умумий ҳажми кенгайиб атония ҳолатига тушиши;
6. Гастроэзофагеал рефлюксининг бўлиши ўзига хос асосий рентгенологик симптомлар ҳисобланади.

Гастродуоденоскопия.

Гастродуоденоскопия меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали касаллигида асосий текширув муолажаларидан ҳисобланади.

Гастродуоденоскопия ёрдамида яранининг қайси жойида жойлашганлиги, шакли, қон томирларга нисбатан ҳолати, шиллик пардани қайси даражада яллиғланганлигига, стенозланиш қайси даражада эканлигини визуал баҳолаш мумкин. Эндоскопик текширув натижасида эзофагогастрал ва дуоденогастрал рефлюксни, ҳамда меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги билан биргаликда кечаётган йўлдош касалликлар меъда ва 12 бармоқ

ичак полипи, эрозиялар, яхши ва ёмон ўсмалар Меллора-Вейс синдроми ҳолатларини ҳам аниқлаш шароити тўқилади.

Капрологик текширув ёрдамида (бензидинли Грегерсен синамаси) натижасида қон борлиги аниқланади. Грегерсен синамаси кўпинча асоратланмаган яраларда ва меъда рак хасталигида мусбат бўлади.

Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги асоратлари.

Пилороантрал стеноз.

Меъда пилороантрал қисм стенози (стеноз-тройиш) 7-15% ҳолларда учрайди. Стеноз ҳолати ривожланишининг асосий сабаблари:

1. Меъда антрал қисмидаги катта яраларни чандикланиши;
2. Меъданинг 12 бармоққа ўтиш қисмида яра жойлашиб битиши сабабли чандиклар пайдо бўлади;
3. Ярани 12 бармоқли пиёзсимон қисмида бўлиши;
4. Яра атрофида ривожланган яллиғланиш натижасида меъда ва 12 бармоқли ичак қаватларида шиш пайдо бўлиши;
5. Перигастрит ва перидуоненит. Яранинг клиник кечишида энг кўп аҳамиятга молик бўлган сабаб-чандикли стеноздир. Баъзан меъдадан 12 бармоқ ичакка ўтиш жойи 0,5см гача тораяди. Шу сабабли меъдадан 12 бармоқ ичакка овқат ўтиши тамомни йўқолади.

Стеноз яра асоратининг клиник кечиши 3 босқичдан иборат:

Компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган.

Компенсацияланган босқичда беморнинг умумий аҳволи қониқарли ҳолатда бўлади. Стеноз ҳолати ривожланган беморларда овқатланишдан 20-30 минутдан сўнг меъда соҳасида дамланиш ва кекириш пайдо бўлади. Бу беморларда истеъмол қилган овқатни қусишни тақазо қилади. Овқат қусиш бу пайтда фақатгина юмшоқ бўлмаган овқатлар истеъмол қилгандан сўнг пайдо бўлади. Компенсацияланган стеноз пайтида меъданинг эвакуатор фаолияти 10-20% сусайган бўлади, чунки меъда мушаклари гипертрофияси ривожланиб, ўн икки бармоқли ичакка овқатни қисқариш натижасида куч билан ўтказилади.

Субкомпенсация босқичида оч меъдани рентгенологик текширганда кўп миқдорда суюқлик борлигини, пилородуоденал каналининг ута торайганлигини ва қабул қилинган барий эритмасининг 12-24 соатдан кейин кам 2/3 қисми меъдада турганлиги аниқланади.

Декомпенсация босқичи. Бу босқичда меъда атония ҳолатига учраб кенгайди ва тўлиқ тос бўшлиғига тушади. Оч пайтида ҳам меъдада кўп миқдорда суюқлик тўпланиб қолади. Беморлар кўпинча озгина қуруқ тери ва суяк ҳолатида бўлиб, доимо оғзидан ачиган хид сезилиб туради. Беморларда сўлакнинг кўп ажралиши натижасида оғизнинг бурчакларида ёриқлар пайдо бўлади. Қусиш сабабли электролитлар, ферментлар, оксиллар ва витаминларни кўп миқдорда йўқотади. Бемор организмида сув миқдорининг камайиши кузатилади. Бундай ҳолат натижасида бемор қони қуюқлашиши ривожланади. Бемор организмида гипозлоремия, гипокалиемия, гипонатриемия ривожланади. Қон таркибида гипопропротеинемия ривожланиб, алкалоз ҳолати руй беради.

Дегидратация ривожланиши натижасида азотемия ҳолати пайдо бўлади. Юқоридаги моддалар алмашуви бузилиши сабабли бутун организмда чуқур дистрофия ривожланади.

Хлорпения, дегидротация, азотемия, гипокелиемия, калций ва натрий тузлари алмашинувини камайиши тетанияга олиб келади ва неврологик симптомлар ривожланади: парестезия, панжаларнинг патологик қисқариши (акушер панжаси) ҳамда менингиал белгилар пайдо бўлади.

Декомпенсацияланган стеноз ривожланганда: бемор кахексия ҳолатига учраб, тери ости ёғ катлами умуман йўқолиб кетади.

Лаборатор белгилар: қон таркибида эритроцитлар ва РП миқдорининг ўзгариши ва қон зардобининг камайиши туради. Гематокрит 70-80% атрофида бўлади. Қон таркибида хлоридлар камаяди (нормада 550 мг%), шу билан биргаликда сийдикдаги хлоридлар миқдори 2-3 гача пасаяди (нормада 10-15)г. Меъда шираси олиниб, 10-15 дақиқа шишада сақланганда, уч қатламга бўлинади: пастки қатлам овқат аралашмаси, ўрта қатлам суюқлик ва юқори қатлами шиллиқ суюқликдан иборат бўлади.

Назорат саволлари:

1. Хирургик операциялар таснифи.
2. Беморлар операцияга қандай тайёрлантирилади? Беморни психологик тайёрлаш нима? Беморни операцмияга физик тайёрлаш дегани нима?
3. Операциядан олдин текшириладиган қандай усулларни биласиз?
4. Операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар нимага асосланиб қўйилади?
5. Операция олди даври вазифалари нимадан иборат?
6. Беморни шошилиш ва режали операцияга тайёрлашдаги тафовут нимадан иборат?
7. Оператив даволаш босқичлари дегани нима?
8. Операция асоратлари ва хавфи бўйича нималарни биласиз? Уларни келиб чиқиши ва сабаб бўлувчи омиллар бўйича аниқ клиник мисоллар келтиринг.
9. Хирургик операциянинг ҳар бир босқичига тариф беринг: беморни операция столига ётқизиш тартиблари, операция майдонини тайёрлашни, оғриқсизлантиришни, операция бошланишини, операция бажариш, операцияни тугатиш.
10. Операциядан кейинги даврда организмда қандай ўзгаришлар юзага келади?
11. Қандай операциядан кейинги асоратлар бўлади? Уларнинг профилактикаси ва давоси қандай амалга оширилади.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-у. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.

- 4.F. Charles Brunnicardi. Schwartz's principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

5–амалий машғулот:

Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллари (2-кисми).

Ишдан мақсад: Тингловчиларга бош, кўкрак ва қорин шикастланишларида асосий диагностика усулларини ўргатиш.

Масаланинг қўйилиши: Бош шикастланиши: чайқалиш, лат ейиш, эзилиш. Орқа мия ёпиқ шикастлари. Кўкрак қафаси шикастлари. Пневмоторакслар: очиқ, ёпиқ, клапанли. Гемоторакс. Қорин аъзолари ёпиқ шикасти. Шикастланиш натижасида ковак (ошқозон, ичак) ва паренхиматоз аъзолар (жигар, талок, буйрак) йиртилиши. Сийдик қопи йиртилиши.

Суяклар синиши: таснифи, суяк парчаларини силжиши, синишларда патологоанатомик ўзгаришлар, синишлар клиникаси, синишлар давоси, синиш асоратлари ва оқибатлари.

Бўғимлар чиқиши: таснифи, клиникаси. Ҳомиладорлар, болалар ва қарияларда шикастланишлар. Куйиш ва куйиш касаллиги.

Куйиш таснифи. Куйиш майдонини аниқлаш усуллари. Куйиш чуқурлигини дигностикаси. Куйиш кечишини баҳолай олиш.

Ишни бажариш учун намуна: Тор мутахассисли йўналишлари бўйича асосий хасталикларни ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усуллари кўриб чиқиш. Бунда албатта офтолмология, оториноларингология, травматология ва ортопедия, урология, анестезиология ва реанимация, нейрохирургия, кардиохирургия ва бошқа йўналишдаги хасталикларини ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усуллар билан танишиб чиқилади.

Назорат саволлари:

1. Бош шикастланиши: чайқалиш, лат ейиш, эзилишига таъриф беринг. Орқа мия ёпиқ шикастлари.

2. Кўкрак қафаси шикастлари. Пневмоторакслар: очик, ёпик, клапанли. Гемоторакс.
3. Қорин аъзолари ёпик шикасти. Шикастланиш натижасида ковак (ошқозон, ичак) ва паренхиматоз аъзолар (жигар, талоқ, буйрак) йиртилиши. Сийдик қопи йиртилиши.
4. Суяклар синиши: таснифи, суяк парчаларини силжиши, синишларда патологоанатомик ўзгаришлар, синишлар клиникаси, синиш асоратлари ва оқибатлари. Бўғимлар чиқиши: таснифи, клиникаси.
5. Куйиш таснифи. Куйиш майдонини аниқлаш усуллари. Куйиш чуқурлигини дигностикаси. Куйиш кечишини диагностикаси. Совуқ уриши нима дегани? Таснифи. Клиникаси, диагностикаси, биринчи ёрдам. Электротравма дегани нима? Электротравмада ўлим сабаби? Таснифи, клиникаси, диагностикаси, биринчи ёрдам.

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery.Special investigations and differential diagnosis.11th edition.2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery.19th edition.2013-185 p.
- 4.F. Charles Brunicardi. Schwartz’s principles of surgery.10th edition.2015-488 p.
5. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery.15th edition.2013-379 p.

6–амалий машғулот:

Хирургик инфекцияда замонавий ташхислаш усуллари

Ишдан мақсад: Тери ва тери ости ёғ қавати ўткир носпецифик йирингли инфекцияли беморларда касаллик кечиши ва диагностикаси оид тамойилларни ўргатиш.Сепсиснинг этиологияси, патогенези ва клиник кечишини ўрганиш. Сепсисни диагностика усуллари билан таништириш.

Масаланинг куйилиши: Фурункул, карбункул, абсцес, флегмона, сарамас, эризипелоидлар клиник кўриниши ва диагностикаси. Сепсиснинг клиник кўриниши ва диагностикаси.

Ишни бажариш учун намуна: Жарроҳлик инфекцияси (йирингли яллиғланиш касалликлари) хирургик касалликларнинг 1/3 қисмини ташкил этади, ўзининг оғирлигининг хилма-хиллигини, кечишини ўзига хослиги даволанишнинг мураккаблиги билан алоҳида аҳамият касб этади.

Хирургик инфекция тушунчаси касал кўзгатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ва носпецифик турлари келтириб чиқарадиган хирургик касалликларни ўз ичига олиб, ҳозирги замонда касаллик кўзгатувчиларнинг патоген, химоя функциялари тубдан ўзгаргани учун жуда даволаниши мураккаб бўлган хасталиклар ҳисобланади. Антибиотиклар янги чиққан даврларда (УВУ-идан кейинги йиллар) бир хил антибиотикнинг озгина дозаси ҳам бу хасталикларни осонгина даволанишига олиб келарди, ҳозирда эса жуда кўп ҳолларда касаллик даволаниш тугул сепсис, метостази сепсис ҳолатигача ривожланиб кетаяпти.

Шунинг учун бу хасталиклар ҳақида бафуржа тўхталиб ўтиш, ўрганиш хирургиянинг долзарб соҳаларидандир. Хирургик инфекцияга одатда, жарроҳлик йўли билан комплекс даво қилинади.

Организмнинг физиологик функциясига, ташқи таъсирга иммунобиологик жавоб бериш қобилиятига ва қаршилик кўрсатишга салбий таъсир кўрсатувчи ташқи муҳитнинг турли-туман омиллари ёки кўзгатувчилар хирургик инфекциянинг кўпайишига имқоният яратади. Касалликнинг авж олишида касаллик туғдирадиган микроблар катта роль ўйнайди. Организмга тушган микроорганизмлар миқдори қанчалик кўп, улар қанчалик вирулентли ва организмнинг ташқи таъсирга қаршилик кўрсатиш нечоғлик заиф бўлса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик кўп бўлади.

Йирингли инфекция авж олишида тери ва шилимшиқ моддаларнинг қаршилик кўрсатиш қобилияти катта аҳамиятга эга. Шикастланмаган тери ва

шиллик пардалар микробларга уларнинг организмга таъсир кўрсатиши учун ўтиб бўлмайдиган тўсик ҳисобланади.

Механик ва бошқа омиллар таъсири натижасида терининг энг устки қавати ва шиллик парда қопламаси зарарланади, ана шу йўл билан инфекция учун «кириш дарвозаси» очилади. Микроблар хатто арзимаган яра-чақалар туфайли ҳам тўқималар орасидаги бўшлиққа, кейин лимфатик системага, лимфа оқими билан эса янада ичкаридаги тўқима қаватларига (тери ости ёғ клетчаткаси, мушаклар, лимфа тугунлари ва б.) ўтади.

Ўткир йирингли инфекциянинг авж олишига қуйидаги омиллар имконият яратади:

1) Кириш дарвозаси соҳасида тери трофикасининг (тўқималарда нормал модда алмашинувининг) бузилиши (қон қуйилиши, некроз чирик жойлар) ;

2) полиинфекция (бир неча турдаги микроб флораларнинг синергик бирлашиб таъсир этиши);

3) суперинфекция (вирулентлиги билан фарқ қилувчи микробларнинг янги турлари кириши ёки тўпланиши).

Организмнинг йирингли инфекцияга реакцияси умумий, шунингдек, маҳаллий ҳолда намоён бўлади.

Маҳаллий белгилар ҳаммага маълум ҳодисалар: кизариш, шиш, оғриқ, ҳароратнинг кўтарилиши, жароҳатланган орган ва тўқималар фаолиятининг бузилиши билан ифодаланади.

Умумий реакция тана ҳароратининг баланд кутарилиши, эт увишиши, бош оғриши, кам кувватлик, одам эсининг оғиб туриши, тахикардия, жигар ва буйрақлар фаолиятининг бузилиши билан ифодаланади.

Назорат саволлари:

1. Фрункул. Клиникаси ва диагностикаси.
2. Карбункул. Клиникаси, диагностикаси.
3. Абсцесс. Клиникаси, диагностикаси.

4. Флегмона. Клиникаси, диагностикаси, давоси ва профилактикаси.
5. Сарамас ва эризипеллоид. Клиникаси, диагностикаси.
6. Гидраденит. Клиникаси, диагностикаси.
7. Парапроктит. Клиникаси, диагностикаси.
8. Йирингли паротит. Клиникаси, диагностикаси.
9. Мастит. Клиникаси, диагностикаси.
10. Лимфаденит нима? Унинг клиник кўриниши қандай? Лимфаденит диагностикаси қандай амалга оширилади?

Фойдаланилган адабиётлар:

1. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-y. 451 p.
2. S.Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et all. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.

V. КЕЙСЛАР БАНКИ

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 1

45 ёш бемор узок муддат совукда бўлгач тана ҳарорати 39°C, кўкрак қафаси ўнг қисмида нафас олганда ва йўталганда кучаювчи оғриқ пайдо бўлган. Шамоллашга қарши даво олса ҳам тана ҳарорати 8 кун тушмаган, ўнг кўкрак остида перкуссияда бўғиқлик, нафас олишлик сусайгани аниқланган.

I. Беморда қандай хасталик бор:

II. Қандай қўшимча текширишлар керак:

III. Ўпка абсцесси бронхга очилгунча давр рентгенсемиотикаси:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка ўткир абсцесси	20	10-20	5-9	0-4
2.	кўкрак қафаси рентгеноскопияси, ўпка рентгенографияси, қон ва	30	20-30	5-19	0-4

	сийдик умумий анализи				
3.	ўпка 2 ва 6 сегментларида юмалоқ соя перифокал инфильтрация билан	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 2

45 ёш бемор узок муддат совукда бўлгач, тана ҳарорати 39оС га кўтарилиб, нафас олганда кучаювчи оғриқ кўкрак қафаси ўнг тарафида пайдо бўлган. Йўтал ва балғам ажралиши бўлмаган. 8 кун давомида даволанса ҳам ҳарорати тушмаган. 9- кун йўтал билан оғиз тўла сассиқ йирингли балғам ташлаган, кунига 200 мл атрофида балғам ажралиб тўрган. Тана ҳарорати тушиб, бемор ҳолати енгиллашган. Ўнг кўрак остида перкутор товуш бироз бўғиқ, нафас олиш суст, йирик ўлчамли нам хириллашлар ва амфорик нафас олиш мавжуд.

I. Беморда қандай касаллик бор:

II. Диагнозни аниқлаш учун қандай текширувлар керак:

III. Даволаш тактикаси қандай бўлиши керак, бемор қаерда даволанади:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка абсцесси, бронхга очилган даври	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка рентгенографияси, 2 проекцияда, балғам умумий анализи, бронхоскопия, қон ва сийдик умумий анализи	30	20-30	5-19	0-4
3.	бемор торакал бўлимда даволаниши керак	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 3

50 ёш беморда ўнг ўпка кўп сонли сурункали абсцесслари бўйича ўнг тарафлама пневмонэктомия қилинган. Бемор уйғонганидан 20 мин. ўтгач, анестезиолог тахикардия (минутига 140 марта), ипсимон пульс аниқлаган. Систолик қон босими 50 мм. Симоб устунига тенг. Перкуссияда кўкрак ўнг тарафида бўғиқлик аниқланади.

I. Қандай асорат ҳақида ўйлаш мумкин:

II. Асоратни қандай текшириш тасдиқлайди:

III. Қандай даво чоралари лозим:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўпка томирларидаги лигатура ечилиб, томирлардан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	кўкрак қафаси рентгенографияси, кўкрак қафасида суюқлик борлиги ва унинг миқдорини УТТда аниқлаш, плеврал бўшлиқ пункцияси	30	20-30	5-19	0-4
3.	зудлик билан реторакотомия қилиш, қонаётган томирларни тикиш ва боғлаш, гемостатик даво, ОЦКни тўлдириш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 4

Ёш беморга ўнг ўпка кўпсонли сурункали абсцесслари бўйича пневмонэктомия қилинган. Операциядан сўнги давр плевра эмпиемаси билан асоратланган. 8 ой даволаш: плеврал пункциялар, плевра бўшлиғини дренажлаш ва ювиш бесамар. Бемор аҳволи нисбатан қониқарли, силласи қуримаган. Амилоидоз белгилари йўқ.

I. Диагнозни қандай қўйиш мумкин, плевра эмпиемаси клиник манзараси қандай;

II. Беморни операцияга қандай тайёрлаш керак;

III. Беморга қандай операция қилиш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	хаста тарафда нафас олганда кучаювчи оғриқлар, қовурғалар оралиғининг силлиқлашуви, перкутор	20	10-20	5-9	0-4

	бўғиклик, нафас шовқинлари эшитилмаслиги ва юқори тана ҳарорати хос, рентгенограммада горизонтал сатҳга эга гомоген соя				
2.	гомеостаз ва КИЦС коррекцияси, антибактериал терапия, қон ва оксил препаратлаи қўйиш, плеврал лаваж	30	20-30	5-19	0-4
3.	плеврэктомия, ўпка декорткацияси, плевра бўшлиғини дренажлаш, Линберг бўйича торакопластика	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 5

34 ёш бемор ўнг ўпка юқори бўлаги сурункали абсцесси бўйича ўнг ўпка юқори бўлаги лобэктомиясидан сўнг 2нчи куни аҳволи бирдан оғирлашган. Кўкракда оғриқлар кучайиб нафас етишмовчилиги ва тахикардия пайдо бўлган. Тана ҳарорати 37оС. Кўкрак ўнг тарафи нафасда суст қатнашади, нафас шовқинлари эшитилмайди. Перкутор товуш қисқарган. Рентгенда кўкрак ўнг тарафи сояланган. Кўкс оралиғи ўнгга силжиган.

I. Беморда қандай асорат юз берди;

II. Бу асорат нега юзага келди;

III. Беморни қандай даволаш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка ателектази	20	10-20	5-9	0-4
2.	операциядан аввал ва сўнг бронхлар санацияси сифатсиз бўлган, операцияга тайергарлик сифатсиз, юқори лобэктомиядаги техник камчиликлар	30	20-30	5-19	0-4
3.	санацион даво бронхоскопияси,	20	10-20	5-9	0-4

антибактериал терапия, юрак давоси, нафас аналептиклари				
---	--	--	--	--

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 6

20 ёш бемор 2 ҳафта давомида йўтал билан кунига 200-300 мл йирингли балғам ташлайди, ҳолсизлик, терлаб кетиш, тана ҳароратининг 37,8-39оС га кўтарилишига шикоят қилади. Болалиқдан хаста. Бармоқлари ноғора чўпига ўхшаш, тирноқлари - соат шишасига. 1 ой аввал рентген текширувида бронх-томир картинаси кучайгани, ўнг ўпка пастки қисмлари ғоваксимон структурага эга экан.

I. Диагнозни аниқлаш учун қандай текширувлар керак;

II. Беморни кайерда даволаш керак;

III. Даво тактикаси қандай бўлиши керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	диагностик бронхоскопия (йирингли эндобронхит манзараси), бронхография (бронхоэктазия, бронхлар яқинлашуви, чўлтоқ супурги белгиси), балғам анализи	20	10-20	5-9	0-4
2.	торакал хирургия бўлимида	30	20-30	5-19	0-4
3.	комплекс антибактериал, умумий ва симптоматик даво, ҳафтасига 1-2 марта бронхоскопик санация, чекланган бронхоэктазларда ва моънелик бўлмаса – оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 7

50 ёш бемор 3 ҳафтадан бери гриппдан сўнг тана ҳарорати субфебрил, қуруқ йўтал, ҳолсизлик, силласи қуриши, ҳансирашга шикоят

қилади. Чап ўпка юқори бўлагида нафас сушт. СОЭ 45 мм/соат. Балғам анализида кўплаб эритроцитлар. Рентген текширувида ўпка юқори бўлагида аниқ чегараси бўлмаган ногомоген соя. Ёнлама текширувда 3 сегмент ателектази. Бронхографияда юқори бўлак бронхи торайган, емирилган контурга эга, олдинги сегмент бронхи аниқланмайди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Сизнинг тактикангиз:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка юқори бўлаги марказий раки	20	10-20	5-9	0-4
2.	операцияга тайёргарликдан сўнг пульмонэктомия	30	20-30	5-19	0-4
3.	?	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 8

50 ёш бемор торакал бўлимга оғир аҳволда келган. Шикоятлари ўнг ўпка соҳасида оғриқ, нафас етишмовчилиги, акроцианоз, йўтал билан кўланса ҳидли, гўшт селига ўхшаш балғам ажралишига, оғир интоксикация, тана ҳарорати кўтарилиши, гемодинамика кўрсаткичлари паст ва камқонлик. Ўпка рентгенографиясида ўнг ўпкада аниқ чегарасиз интенсив сояланиш бўлиб, унда кўплаб деструкция ўчоқлари бор. Плевра бўшлиғида бироз суюқлик бор.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Сизнинг даволаш тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг ўпка гангренази	20	10-20	5-9	0-4
2.	5-7 кун давомида комплекс операция олди давоси (антибиотиклар,	30	20-30	5-19	0-4

	гемотрансфузия, гемосорбция, юрак препаратлари, инфузион- дезинтоксикацион терапия), ўнг тарафлама пневмонэктомия, иммунотерапия				
3.	?	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 9

40 ёш бемор пневмания ремиссияси пайтида бирдан тана ҳарорати кўтарилиб, совуқ қотиб, кўкрагида оғриқ ва йўтал пайдо бўлган. Хасталикнинг 7-куни йўтал вақтида оғиз тўла йирингли балғам ташлаган. Кунига 300 мл.дан балғам ташлаб тўрган. Иситмаси, оғриқ ва интоксикация камайиб тўрган вақтнинг 3-нчи куни йўталиш алвонранг, ҳаво пуфаклари аралаш балғам ташлаган.

I. Сизнинг ташхис, қандай текширишлар лозим:

II. Қандай асорат юзага келган:

III. Биринчи врачлик ёрдами:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўпка абсцесси, II давр, қон туфуриш асорати билан, ўпка рентгенографияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка абсцессидан қон кетиши	30	20-30	5-19	0-4
3.	қонаётган бронх сегментини бронхоскопик пломбировка қилиш, гемостатиклар, бронхларни айрим интубация қилиш, гемостатиклар, бронхиал ангиографияда қонаётган томир тармоғини эмболизациялаш, гемостатиклар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 10

45 ёш бемор оғир юк кўтаргач тўсатдан кўкрак қафаси ўнг томонида оғрик, нафас етишмовчилиги пайдо бўлиб ёта олмаган. Туриш ёки ўтиришга мажбур бўлган. Кўкрак қафаси ўнг тарафи нафас олишда суст қатнашади, перкутор ноғора товуши, аускультацияда – нафас фақат ўпка илдизи соҳасида аниқланади, шовқинлар йўқ.

I. Сизнинг ташхисингиз ва уни тасдиқлаш учун қандай текширишлар лозим;

II. Спонтан пневмоторакс рентгенсемиотикаси;

III. Бемор қаерда даволаниши керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Ўнг ўпка буллез трансформацияси, спонтан пневмоторакс асорати билан. Кўкрак қафасининг рентгенографиясини қилиш керак.	20	10-20	5-9	0-4
2.	Пневмоторакс, ўпка коллапси, плеврал синусда суюқлик, кўкс оралиғининг карама-қарши томонга силжиши	30	20-30	5-19	0-4
3.	Торакал бўлимда, хирургия бўлими торакал палатасида	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 11

Бемор 42 ёшда стационарга тезкор равишда олиб келинди. Қон қусиш тўсатдан бошланган. Бемор такидлашича сўнги 2 йил давомида 2 марта қон кетиш. Анамнезида Боткин хасталигини ўтказган. Кўрганда қорин юза веналари «медуза боши» дек кенгайган. Катталашган талоқ ва қирғоқлари қаттиқлашган жигар пайпасланади.

I. Қон кетиш манбаи:

II. Ташхисни тасдиқловчи тешириш усули:

III. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ВРВ	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	гемостатиклар, Блекмор зонди	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 12

Ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган бемор ҳафта давомида азобловчи, орқага узатилувчи оғриқ, жиғилдон қайнаши, тунги оғриқ (қайсики бемор шу сабабли ухлай олмаган) кабилар билан ҳарктерланган касаллик қўзиши кузатилди. Охириги икки кун давомида оғриқлар йўқолиб, жиғилдон қайнаши тўхтади, лекин беморни ҳолсизлик ва бош айланиши безовта қила бошлади.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Қайси тешириш усулларини ўтказиш лозим;

III. Операция турлари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	гемодинамик кўрсаткичларни аниқлаш, ошқозонни зондлаш, тозаловчи хўқна ва тезкор ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	ошқозон резекцияси ёки ярани тикиш ваготомия билан	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 13

Бемор 65 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги билан хасталаниб, охириги 2 кунда оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлди. Бугун эрталаб ўрнидан тураётганда бир неча сония хушини йўқотган. Ичи кўп миқдорда қора рангда келди. Тез ёрдам шифокори кўригида пульс 100 зарба 1 минутда. Бемор рангпар бўлиб, эпигастрал соҳада бироз оғриқ бўлиб, қорин парда таъсирланиш аломати йўқ

I. Яра касаллигини қайси асорат кузатилмоқда;

II. Сиз ўз ташхисингизни тасдиқлаш учун тезкор равишда қайси текшириш усулларини ўтказиш лозим деб топардингиз?

III. Беморни даволаш учун сиз уни қаерга ва қандай жўнатасиз?

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тез ёрдам машинасида жарроҳлик бўлимига	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 14

Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, ҳолсиз, бош айланиш, хушидан кетиш ҳолати кузатилган. Тери қопламлари рангпар. АКБ 90/60мм.см.уст, Рс-120 зарба 1 минутда, «кофе қуйқа»сидек қусган, ичи қора рангда келган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. ОИТ дан қон кетиш кўп кузатиладиган сабаблари:

А. *

Б. Геморрагик гастрит

В. Меллори-Вейс синдроми

Г. Эрозив гастрит

Д. Тактикангиз

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ошқозон-ичак трактидан (ОИТ) қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	ошқозон ва 12бармоқли ичак яраси	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% викасол, аминоксапрон кислота, дицинон тавсия қилиш,	20	10-20	5-9	0-4

	антиацидлар тавсия қилиш, H2 блокаторлар тавсия қилиш,				
--	--	--	--	--	--

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 15

Бемор анамнезида кўп йиллардан буён ошқозон яра мавжуд. Даврий равишда (1 йилда 2 марта кўзиб туради) охири бор оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши кузатила бошлади. Кейинроқ бутун қоринда тарқоқ оғриқ пайдо бўлди. Бемор мажбурий ҳолатда: ётган ҳолатда оёқларини қоринга яқинлаштирган, юз чизгилари ўткирлашган.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Шифохонада перфорация ва ярадан қон кетиш қандай ташхисланади;

III. Ярадан қон кетиш ҳамда яра перфорацияси бўлган беморда даво тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ҳар иккаласи	20	10-20	5-9	0-4
2.	обзор рентгенография	30	20-30	5-19	0-4
3.	оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 16

35 ёшли бемор клиникага ошқозон ярасидан қон кетиш аломатлари билан келди. Унда 2 йил давомида бу 3 марта қон кетиши. Олиб борилган консерватив даво муолажаларидан сўнг қонли қусиш тўхтади. Гемоглобин миқдори 60 дан 108 г/лгача кўтарилди. Умумий аҳволи яхшиланди. Лекин 3 соатдан сўнг беморда яна кўп миқдорда қонли қусиш кузатилди.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Тактикангиз;

III. Давони қандай ташкил этиш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4

	қайталамоқда				
2.	такрор ЭГДФС ўтказиш қонни вақтинчалик тўхтатиш ва кейинчалик оператив даво учун	30	20-30	5-19	0-4
3.	вақтинчалик қон тўхтатгандан сўнг оператив даво: қонаётган томирни тикиш ваготомия билан, вақтинчалик қон тўхтатгандан сўнг оператив даво: радикал ошқозон резекцияси	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 17

Бемор 40 ёшда кўп қусишдан сўнг қонли қусиш кузатилди. Бемор рангпар, ҳолсиз.

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз:

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули:

III. Тактикангиз:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Меллори-Вейс синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тинчлантирувчи ётоқ режими, консерватив даво (гемостатиклар, H ₂ блокаторлар, протон помпа ингибиторлари)	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 18

Бемор 60 ёшда клиникага қон кетиш аломатлари оғзидан очиқ қизил рангли, кўпикли қон келиши билан келди. Умумий аҳволи оғир тери қопламлари рангпар бўлиб, жуда озиб кетган

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз;

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули;

III. Тез ёрдам шифокорининг қуйидаги ҳолатдаги биринчи ёрдами;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	ўпка потологияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка рентгенскопияси ва бронхоскопия нишонли биопсия билан	30	20-30	5-19	0-4
3.	юқоридагиларни ҳаммасини биргаликда амалга ошириш керак	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 19

Бемор 35 ёшда кўп вақт ревматизм билан даволанган. У мушак орасига курсли антибиотиклар олмоқда, доимо аспирин ичиб, вақти-вақти билан санатор-курортда даволанади. Беморда тўсатдан «кофе қуйқаси»дек қусиш кузатилди. Илгари бундай ҳолат кузатилмаган. ОИТ томонидан шикоят бўлмаган.

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз;

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усул;

III. Биринчи навбатда қандай чора кўриш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	ўткир аспиринли яра, эрозив гастрит ревматик васкулит фониди	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% викасол, аминаокапрон кислотадицинон тавсия қилиш, антиацидлар тавсия қилиш, H ₂ блокаторлар тавсия қилиш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 20

Бемор 42 ёшда шифохонага тезкор равишда олиб келинди. Қонли қусиш тўсатдан рўй берган. Унда 5 йил давомида бу 3 марта қон кетиши. Анамнезида вирусли гепатит В бор. Кўрганда қорин юза веналари кенгайган. Катталашган талок ва қирғоқлари қаттиқлашган жигар пайпасланади.

I. Ташхисингиз;

II. Қандай анатомик ўзига хослик қон кетишга сабаб бўлди;

III. Қуйидаги текширувлардан қайси бири бу ҳолатда ҳеч қандай аҳамиятга эга эмас:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	жигар циррози, портал гипертензия, кизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш	20	10-20	5-9	0-4
2.	қизилўнгач псткки 1/3 қисмидаги порто-ковал анастомоздан	30	20-30	5-19	0-4
3.	Ректороманоскопия	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 21

Ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган бемор ҳафта давомида азобловчи, орқага узатилувчи оғриқ, жиғилдон қайнаши, тунги оғриқ (қайсики бемор шу сабабли ухлай олмаган) кабилар билан характерланган касаллик кўзиши кузатилди. Охириги икки кун давомида оғриқлар йўқолиб, жиғилдон қайнаши тўхтади, лекин беморни ҳолсизлик ва бош айланиш безовта қила бошлади. Тез ёрдам билан ярадан қон кетишга гумонсираб клиникага олиб келинди.

I. Қандай текширув усуллари ташхисни тасдиқлайди;

II. Қайси текширув усулини қўллаб қон кетиш интенсивлигини баҳолаш мумкин;

III. Давони нимадан бошлаш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
---	----------	------------	-------------	---------------	-------------------

1.	ЭГДФС, контрастли рентгенография, умумий қон таҳлили	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	ҳар иккаласи	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 22

Бемор 50 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги билан хасталаниб, охириги 2 кунда оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлди. Ичи кўп миқдорда қора рангда келди. Тез ёрдам машинасида шифохонага олиб келинди. Бемор рангпар бўлиб, эпигастрал соҳада бироз оғриқ бўлиб, қорин парда таъсирланиш аломати йўқ. Гемодинамик кўрсаткичлар 25% ОЦК дефицитини кўрсатмоқда. ЭГДФС картинада ярадан сизиб қон кетиш аломати.

I. Бу кўрсаткичлар қон кетиш қайси даражасига тўғри келади?

II. Бу қон кетишни Форест бўйича таснифланг.

III. Операция турлари.

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	3	20	10-20	5-9	0-4
2.	2а	30	20-30	5-19	0-4
3.	Ошқозон резекцияси ёки ярани тикиш ваготомия билан ва дренажловчи операция	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 23

Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, ҳолсиз, бош айланиш, хушидан кетиш ҳолати кузатилган. Тери қопламлари рангпар. АКБ 90/60мм.см.уст, Ps-120 зарба 1 минутда, «кофе куйқа»сидек қусган, ичи қора рангда келган.

I. Бу аломатлар қайси хасталик учун хос;

II. Ўз ташхисингизни тасдиқлаш учун қандай тезкор текширув усулларини қўллайсиз;

III. Тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ошқозон ва 12бармоқли ичак яраси	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% виқасол, аминакапрон кислота, дицинон тавсия қилиш, Антиацидлар тавсия қилиш, H2 блокаторлар тавсия қилиш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 24

Бемор анамнезида кўп йиллардан буён ошқозон яра мавжуд. Даврий равишда (1 йилда 2марта кўзиб туради) охириги бор оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши кўзатила бошлади. Кейинроқ бутун қоринда тарқоқ оғриқ пайдо бўлди. Бемор мажбурий ҳолатда: ётган ҳолатда оёқларини қоринга яқинлаштирган, юз чизгилари ўткирлашган. Беморда ярадан қон кетиш яра перфорацияси билан биргаликда келганига шубҳа қилинмоқда.

I. Ташхисни тасдиқлаш учун муҳим текширув усули:

II. Қайси текширув усули перфорация ташхисини тасдиқлайди:

III. Перфорация учун ҳарактерли триада:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ЭГДФС, обзор рентгенография	20	10-20	5-9	0-4
2.	обзор рентгенография	30	20-30	5-19	0-4
3.	Мондор	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 25

Бемор 60 ёшда клиникага қон кетиш аломатлари оғзидан очиқ қизил рангли, кўпикли қон келиши билан келди. Умумий аҳволи оғир, тери қопламлари рангпар бўлиб, жуда озиб кетган. Беморда ўпка раки гумон қилинмоқда.

I. Ташхисни қандай тасдиқлаш керак;

II. Қандай асорат юз берган;

III. Давони нимадан бошлаш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ҳаммаси тўғри	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўсма емирилиши бронхга ёрилиш билан	30	20-30	5-19	0-4
3.	1% викасол, аминакапрон кислота, дицинон тавсия қилиш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 26

Беморда ошқозон кичик эгрилигида жойлашган оёқчадаги аденоматоз полип борлиги аниқланди

I. Тактикангиз:

II. Операциядан кейинги тактикангиз:

III. Касалликни қайси бир патология билан қиёслаш керак:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	эндоскопик электроэксцизия	20	10-20	5-9	0-4
2.	Кузатув ва 6 ойдан сўнг ЭГДФС нишонли биопсия билан	30	20-30	5-19	0-4
3.	экзофит рак	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 27

Беморда ошқозон кардиал қисмида деворга инфильтрация бермаган ва қизилўнгачга ўсиб қирмаган экзофит рак аниқланди. Регионар ва узоқлашган метастаз аломати йўқ.

I. Беморни операция қилиш керакми;

II. Операция ҳажми;

III. Операциядан кейинги тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Ҳа	20	10-20	5-9	0-4
2.	ошқозон проксимал резекцияси	30	20-30	5-19	0-4
3.	кузатув ва 6 ойдан сўнг ЭГДФС нишонли биопсия билан	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 28

Бемор 65 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги хасталаниб, охириги 2 кунда оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлди. Бугун эрталаб ўрнидан тураётиб бир неча сония хушини йўқотган. Ичи кўп миқдорда қора рангда келди. Тез ёрдам шифокори кўригида Рs-100 зарба 1 минутда. Бемор рангпар бўлиб, эпигастрал соҳада бироз оғриқ бўлиб, қорин парда таъсирланиш аломати йўқ

I. Нима юз берган?

II. Сиз ўз ташхисингизни тасдиқлаш учун тезкор равишда қайси текшириш усуллари ўтказиш лозим деб топардингиз?

III. Беморни даволаш учун сиз уни қаерга ва қандай жўнатасиз?

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ярадан қон кетиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тез ёрдам машинасида жарроҳлик бўлимига	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 29

Қабулхонага тезкор равишда 15 ёшли бемор тўсатдан оғзи тўлиб қонли қусишга шикоят қилиб келди. Бу ҳолат биринчи бор. Бемор рангпар, ҳолсиз. Дармонсизлик динамикада ортиб бормоқда. Пайпаслаганда спленомегалия аломати. Қон таҳлилида панцитопения бўлиб, жигар функцияси бузилиш аломати йўқ. Беморга синдромал ташхис: портал гипертензия қўйилди.

I. Қайси асорат кўзатилмоқда;

II. Бу ҳолатда портал гипертензиянинг қайси варианты кузатилмоқда;

III. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш	20	10-20	5-9	0-4
2.	жигар ости блоқи	30	20-30	5-19	0-4
3.	гемостатиклар, Блекмор зонди	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 30

Бемор 55 ёшда кучли қушишдан сўнг қонли қушиш кузатилди. Бемор сут беги раки сабабли химиотерапия курсини олмоқда. Ҳар бир курс кучли қушиш билан кўзатилмоқда. Бемор рангпар, ҳолсиз.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Ташхисни тасдиқлочи тешириш усули;

III. Тактикангиз;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Меллори-Вейс синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4
3.	тинчлантирувчи ётоқ режими, консерватив даво (гемостатиклар, Н2 блокаторлар, пратон помпа ингибиторлари)	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 31

Бемор 50 ёшда. Клиникамизга чап оёқда вена томирларини кенгайиши, кечқурун шишлар пайдо бўлиши, товоннинг медиал тарафида қичишиш безовта қилиши билан шикоят қилиб келди. Кўрикда: таннанинг пастки қисмида тана ҳарорати нормал, катта тери ости венаси кенгайган, товоннинг пастки медиал қисми пигментлашган, пульсация сақланган.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказиш лозим;

III. Текширув методлар;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқни варикоз кенгайиши декомпенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўткир тромбоз	30	20-30	5-19	0-4
3.	функционал синамалар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 32

Бемор 28 ёшда шифохонага ўнг оёқда оғирлик ва оғриқ сезиши вертикал ҳолатда чарчаб қолиши тунда шишлар оёқда пайдо бўлиши ва дам олгандан сўнг шишларни йўқолиши билан шикоят қилиб келди. Кўрикда: ўнг оёқнинг тери ости венаси кенгайганлиги ва тик ҳолатда томирларни чувалчангсимон кенгайганлиги ва пульсация сақланганлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси касалликлар билан қиёсий диагностика ўтказиш лозим;

III. Қайси функционал синамалар кўпроқ информатив;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқни варикоз кенгайиши компенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	юзаки веналар ўткир торомбози	30	20-30	5-19	0-4
3.	Троянова – Трендленбург	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 33

Бемор 24 ёшда. Чап оёқда оғриқ оғирлик сезишига, мушалқрада тортишиш ва қичиши пайдо бўлишига, товонда шишлар бўлишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: Чап оёқнинг катта тери ости венаси кенгайганлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак;

III. Қайси функционал синамлар информатив;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқни варикоз кенгайиши субкомпенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	юзаки веналарни ўткир тромбози	30	20-30	5-19	0-4
3.	Троянов-Трендленбург	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 34

Бемор 50 ёшда клиникага иккала оёқда доимий оғриқлар, увишиш, иккала оёқда шишлар безовта қилишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: товонлар қалинлашган, кўқарган, шишган. Иккала оёқнинг ички томонидан кўплаб трофик яралар бор.

I. Сизнинг диагнозингиз

II. Қандай текширув методалари ўтказиш лозим;

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, трофик яралар асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	посттромбофлебитик синдром	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 35

Бемор 63 ёшда. Ўнг оёқда сезгирликни камайиши, увишиш, қичишиш, тана ҳароратини ошишига, кучли оғриқлар пайдо бўлишига шикоят қилиб

келди. Кўриқда: товон қалинлашган, кўкарган, шишган. Ўнг оёқда юзаки веналарни шнурсимон кенгайиши ва шу соҳада қизаришлар борлиги, пальпатор оғриқлар сезиши аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Инструментал текшириш усуллар;

III. Қандай асоратлар бўлиши мумкин;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	иккала оёқни варикоз кенгайиши компенсация босқичи, тромбофлебит асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	ўпка артериясини тромбоэмболияси	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 36

Бемор 65 ёшда, клиникага мушакларда оғриқ бўлиши, тана ҳароратини кўтарилиши, оёқларда шиш пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Хомонс и Левенберг симптомлари мусбат.

I. Сизни диагнозингиз;

II. Даволаш тактикаси;

III. Текширув методлари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чуқур венлар ўткир тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	ётоқ режим, Беллер шинасини 10 кунга қўйиш, антибиотиклар и антикогулянтлар бериш	30	20-30	5-19	0-4
3.	функционал синамалар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 37

Бемор 55 ёшда клиникага чап оёқда оғриқ, шиш, вена томирларини кенгайишига, шишлар борлигига, трофик яра борлигига шикоят қилиб келди. Яра гоҳида ёпилиб очилиб қайталанди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

III. Диагнозни аниқлаштириш учун лозим:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Чап оёқнинг посттромбофлебитик синдроми ярали формаси	20	10-20	5-9	0-4
2.	веналарни кенгайиши касалиги варикоз	30	20-30	5-19	0-4
3.	Флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 38

Бемор 32 ёшда оёқда вена томирларини варикоз кенгайишига, тез чарчашга, оғирлик сезишига, шишлар борлигига шикоят қилиб келди.

I. Қандай касаллик ҳақида уйлаш мумкин:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

III. Текшириш усуллар:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	оёқнинг варикоз касаллиги	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўткир тромбофлебит	30	20-30	5-19	0-4
3.	Флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 39

Бемор 45 ёшда клиникага веналарни варикоз кенгайишига, ҳолсизликка, чап оёқда оғриқлар бўлиши, мушакларда тортишиш сезишига шикоят қилиб келди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қандай текширувлар ўтказиш лозим:

III. Тавсия этиладиган оператив даво тури:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқнинг юза веналарини бирламчи атоник кенгайиши	20	10-20	5-9	0-4
2.	функционал синамлар	30	20-30	5-19	0-4
3.	Беккокк бўйича флебэктомия	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 40

Бемор 59 ёш анамнезида 8 ой олдин оёқларни чуқур веналарини ўткир тромбозини ўтказган. Шикояти: чап оёқдаги оғриқ ва оғирлик хисси, оёқларда кўп вақт турганда оғриқларни кучайишига ҳамда горизонтал ҳолатда оғриқларни йўқолишига. Чап оёқда юзаки веналарни илон изи кўринишида варикоз кенгайиши аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Текшириш усуллари;

III. Даволаш тактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	посттромбофлебитик синдром, варикоз тури	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 41

Бемор 55 ёш, болдир соҳасидаги ўткир оғриқларга, оғриқларни ҳаракат вақтида кучайишига, болдирни пастки учдан бир қисмидаги шишга, тана ҳароратини ошишига. Оёқ кафти букилганда болдир мушакларида оғриқ пайдо бўлади. Худди

шундай оғриқлар болдирни ўрта қисми Рива-Роччи манжетаси билан сиқилганда ҳам пайдо бўлади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Беморда қанси симптомлар аниқланган;

III. Текшириш усуллари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг оёқ чуқур веналари ўткир тромбози	20	10-20	5-9	0-4
2.	оёқ қафти бўқилганда оғриқлар пайдо бўлиши – Хоманс симптоми. Шундай оғриқлар манжета билан сиқилганда пайдо бўлиши – Левенберг симптоми	30	20-30	5-19	0-4
3.	Флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 42

Бемор 35 ёш, болдир мушакларидаги ўткир оғриқлар, оғриқларни ҳаракат вақтида кучайиши, болдир пастки қисмида шиш, тана ҳароратини ошиши шикоятлари билан келди.

I. Бирламчи ташхисингиз;

II. Объектив текширишда қайси симптомлар мусбат бўлади;

III. Даволаш тактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқ чуқур веналари ўткир тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	Хоманс ва Левенберг	30	20-30	5-19	0-4
3.	ётоқ режим, жароҳатланган томонга Беллер шинасини қўйиш, малҳамли бинтли боғлам, антикоагулянт ва антибиотиклар	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 43

Бемор 45 ёш чап оёқ веналари варикоз кенгайишига шикоят қилиб келди. Объетив: оёқ ҳарорати нормал, оёқ қати тери ости венаси кенгайган, болдирни пастки медиал соҳаси пигментланган, томирлар пульсацияси нормал.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси текшириш методалир ёрдамида ташхисни тасдиқлаш мумкин;

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқ веналари варикоз кенгайиши, декомпенсация босқичи	20	10-20	5-9	0-4
2.	функционал синмалар, флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	ўткир тромбофлебит	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 44

Бемор 28 ёш, чап оёқдаги оғриқ ва оғирлик ҳиссига шикояти билан келди. Чап оёқдаги шишлар тундаги дам олишдан сўнг ҳам ўтмайди. Шишлар тўпик соҳасига ҳам тарқалган. Анамнезияда 3 ой олдин чуқур веналар тромбозини ўтказган.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қайси текшириш усуллари ташхисни тасдиқлаши мумкин;

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	посттромбофлебитик синдром, чап болдир чуқур веналари зарарланиши билан	20	10-20	5-9	0-4
2.	флебоманометрия ва функционаля флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	чуқур веналар ўткир тромбози	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 45

Бемор 39 ёш, анамнезида 8 ой олдин чап оёқ юзаки веналари ўткир тромбозини ўтказган. Шикоят: чап оёқдаги оғриққа, узоқ вақт турганда оғриқларни кучайишига, горизонтал ҳолатда оғриқлар камаяди.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Текшириш усуллари;

III. Даволаш тактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	посттромбофлебитик синдром	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	оператив даво	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 46

Бемор 34 ёш. Чап оёқнинг пастки қисмида қизариш, шиш борлигига ва ҳаракат вақтида чап оёқ мушакларида оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилиб келди.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Қандай диагностика методлари ўтказишлари лозим;

III. Қайси касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш лозим;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқ юзаки веналарин тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	Флебография	30	20-30	5-19	0-4
3.	юзаки веналарни ўткир тромбози	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 47

Бемор 64 ёшда, чап оёқда оғриқлар, увишиш, қичишиш, тана ҳароратини 38 С га кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: товон қалинлашган, цианотик ўзгарган, шишган. Чап оёқ юзаки венларини шнурсимон кенгайганлиги, терисини қизарганлиги ва пальпатор венада оғриқ сезишлиги аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Қандай асоратлар кўзатилиши мумкин;

III. Қандай текширув методлари ўтказилиши керак;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	чап оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка артериясини тромбоэмболияси	30	20-30	5-19	0-4
3.	функционал синамалар ва флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 48

Бемор 64 ёшда, ўнг оёқда кучли оғриқ, увишиш, қичишиш ва тана ҳароратининг кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: товон қалинлашган, кўқарган, шишган. Чап оёқ юзаки веналарини шнурсимон кенгайганлиги, венадан юқори соҳада терини қизарганлиги ва пальпатор вена соҳасида оғриқ сезиши аниқланади.

I. Сизнинг диагнозинги;

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим;

III. Қандай асоратлар кўзатилиши мумкин;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит	20	10-20	5-9	0-4

	асорати				
2.	ўткир тромбоз	30	20-30	5-19	0-4
3.	кўтарилувчи тромбоз	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 49

Бемор 64 ёшда, иккала оёқда қизариш, оғриқ, қичишиш, тана ҳароратининг 38 Сга кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: товон соҳаси қизарган, шишган, қалинлашган. Иккала оёқда юзаки веналарни шнурсимон кенгайганлиги ва венадан юқори қисмида тери қизарганлиги, пальпатор вена соҳасида оғриқ сезишлиги аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз;

II. Қандай асоратлар кўзатилиши мумкин;

III. Диагностика методлари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	иккала оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўпка артериясини тромбоэмболияси, кўтарилувчи тромбоз, Посттромбофлебитик синдром	30	20-30	5-19	0-4
3.	махсус функционал синамалар и флебография	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 50

Бемор 28 ёшда клиникага: бўйин соҳасидаги 1,5x1,0 см оғриқларга ва шишга ва пульсацияга шикоят қилиб келди. Анамнездан: 2 ой олдин шу соҳага отилган жароҳат олган ва шундан кейин бўйин соҳасида шиш пайдо бўлган. Аусқўльтатив: шиш устида систолик шовқин эшитилади.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Қандай текшириш усули бу касалликда информати;

III. Қандай даволаш усуллари мавжуд;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	травматик артериал аневризма	20	10-20	5-9	0-4
2.	артериография	30	20-30	5-19	0-4
3.	аневризмани кесиш, томир бутунлигини тиклаш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 51

Поликлиника шифокори қабулига 35 ёшли эркак оёқлардаги оғриқларга, оғриқни ҳаракатда кучайишига, сезгини йўқолишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: иккала оёқ атрофиялашган, артериал пульсация пасайган, аусқўльтацияда аорта проекциясида систолик шовқин эшитилади.

I. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин;

II. Лериш синдромини асосий келиб чиқиш сабаблари;

III. Мавжуд операция турларини санаб ўтинг;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Лериш синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	томирларнинг атеросклеротик жароҳатланиши, аутоиммун фактор	30	20-30	5-19	0-4
3.	оклюзион томир резекцияси, протезлаш	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 52

Бемор 40 ёшда: тез чарчашга, оёқ мушаклари диффуз атрофиясига, ностабил эрекцияга шикоят қилиб келди. Кўрикда: болдир ва панжа териси оқимтир тусда эканлиги шу ҳолат вертикал шароитда ҳам сақланиши аниқланади.

I. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин:

II. Дифференциал диагностика мақсадида қайси текшириш усуллари қўлланилади:

III. Қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Лериш синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	аорта- ангиотерапия	30	20-30	5-19	0-4
3.	облетирланган эндоартериит	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 53

Поликлиника шифокори қабулига 60 ёшли аёл оёқдаги оғриқларга, камсезгирликга, соч тўқилишига, тирноқларни секин ўсишига, оёқни совуқ сезишига, анал сфинктери етишмовчилигига шикоят қилиб келди.

I. Диагно;

II. Қўшимча текшириш усуллари;

III. Касалликни ривожланиши ва авж олишига олиб келувчи омиллар;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	Лериш синдроми	20	10-20	5-9	0-4
2.	ультратовуш доплерографияси, реовазография, рентгеноконтраст ангиография, радиоизотоп текшириш усуллари	30	20-30	5-19	0-4
3.	атеросклеротик стеноз қисмини катталигига	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 54

Поликлиника шифокори қабулига 22 ёшли эркак бемор: оёқдаги оғриқларга, ўтиб кетувчи оқсоқланишга 200- 300 метрдан, кўп вақтдан бери битмаётган оёқ панжасидаги ярага шикоят қилиб мурожат қилди.

I. Қайси томир касалликлари билан тафовут қилиш керак:

II. Қандай томир касалликлари билан тафаут қилиш зарур:

III. Касалликни этиопатогенези:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлик жавоб	Нотўлик жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	облетирланган эндоартериит, Лериш синдроми, тромбоангиит, диабетик ангиопатия	20	10-20	5-9	0-4
2.	Лериш синдроми	30	20-30	5-19	0-4
3.	аутоиммун жараён	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 55

Поликлиника шифокорига 20 ёшли бемор аёл: оёқдаги оғриқларга, субфебрил гипертермияга, бўғимлардаги оғриқларга, тахикардияга, камқувватликга шикоят қилиб мурожаат қилди.

I. Диагно;

II. Қандай томир касаллик лари билан тафаут қилиш зарур;

III. Даво тактикасини танлаш;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлик жавоб	Нотўлик жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	неспецифик аортоартериит	20	10-20	5-9	0-4
2.	аортанинг атеросклеротик жароҳатланиши	30	20-30	5-19	0-4
3.	антибактериал ва гармонтерапияси	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 56

Поликлиника шифокорига 22 ёшли эркак бемор: оёқдаги санчикларга, бармоқлардаги сезгирликни пасайганлигига, тез- тез чарчашга, камқувватликга шикоят қилиб келди. Оёқ совуқ сезганида оқимтир тусга кириб, пайпаслаганда совуб қолади. Соатига 4-5 км/с юрганда 1000 м юрганда ўтувчи оқсоқлик аниқланади. Ўнг оёқ артериясида пульсация сусайган, чап оёқ пульсацияси аниқланмайди.

I. Касаллик босқичини ва даво тактикасини аниқланг;

II. Даво тактикасини танлаш;

III. Касалликни аниқлайдиган қандай функционал пробалар мавжуд;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	1 босқичи, қонсерватив даво: спазмолитиклар, микроциркуляцияни ва қон реологиясини яхшилаш	20	10-20	5-9	0-4
2.	қонсерватив даво: спазмолитиклар, микроциркуляцияни ва қон реологиясини яхшилаш	30	20-30	5-19	0-4
3.	Опелл плантар ишемии пробаси, проба Шамова, Самюэлс	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 57

Тез ёрдам машинаси чақириқга борганида 66 ёшдаги аёлга, кўп йилдан бери мерцал аритмия оғриган беморда ўнг оёқда, қуймиқда пайдо бўлган ўткир оғриқларга, оёқларини совушига шикоят қилади.

I. Диагноз;

II. Қайси томир касалликлари билан тафовут қилиш керак;

III. Даво тактикасини танлаш;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	илео-феморал тромбоз	20	10-20	5-9	0-4
2.	ўткир флеботромбоз	30	20-30	5-19	0-4
3.	тромб лизиси, эндоваскўляр тромбэктомия	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 58

65 ёшли бемор, кўп йиллардан бери оёқ варикоз веналари кенгайиши билан хасталанган. 3 кун олдин чап болдир орқа медиал қисми вена томирлари проекциясида оғриқ сезди. Оғриқ кучайди, бемор ҳаракатдаги қийинчиликлар сеза бошлади, тана температураси 37,8Сгача кўтарилди. Кўриқда: вена томир йўналишида эркин ифодаланган гиперемия аниқланади. Вена томир деворлари

қалинлашган, айрим жойлари шеткасимон ўзгарган, оғриқли боғлам шаклида пальпация қилинади. Тери инфильтрациялашган, қизарган, оғриқли. Оёқ ва панжаларда шиш аниқланмайди.

I. Диагноз;

II. Даво тактикаси;

III. Иккиламчи веналар варикоз кенгайиши сабаблари;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	оёқ юзаки веналари тромбофлебити	20	10-20	5-9	0-4
2.	оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	хамма жавоблар тўғри	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 59

70 ёшли беморда, чап сон ва болдир веналарида иккиламчи варикоз кенгайган веналар аниқланади. 10 йил олдин бемор флеботромбоз ўтказган. Ундан ташқари бемор болдир медиал юзасида трофик яра аниқланади ўлчамлари 10x5 см, ва кўп вақтдан бери битиш тенденцияси йўқ. Флебографик текширувда сон ва болдир чуқур веналари реканализациялашган, кўплаб коммуникант веналар аниқланади.

I. Диагноз;

II. Даво тактикаси;

III. Флеботромбоз профилактикаси;

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	беморда посттромбофлебитик синдром, оператив даво	20	10-20	5-9	0-4
2.	тромболитик ва антикоагулянт терапия самарасизлигида, оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	медикаментоз ва механик профилактика	20	10-20	5-9	0-4

ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 60

62 ёшли беморда, бачадон экстирпациясидан кейин 8-куни тўсатдан нафас сиқиши, кўкрак қафасидаги оғриқлар, хушидан кетиш кузатилди. Реанимацион муолажалар ёрдамида беморни эс-хуши ўзига келди. Беморнинг умумий аҳволи ўта оғир. Юзида ва кўкрак қафасида цианоз аниқланади. Ўпкасида везикуляр нафас. Пульс 120 марта 1 минутига АКБ.80\50 мм.см.уст. ўнг оёқда бироз шиш аниқланади, ўнг чов соҳасида томирлар инъекцияси аниқланади ва шу соҳасидаги оғриқларни сезади. Ангиографияда «чўлтоғ» симптоми чап ўпка артериясида аниқланади.

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар-сиз жавоб
1.	ўнг сон венаси флеботромбози, чап ўпка чап тармоқ артерияси эмболияси	20	10-20	5-9	0-4
2.	оператив даво	30	20-30	5-19	0-4
3.	ҳамма жавоблар тўғри	20	10-20	5-9	0-4

VI. МУСТАҚИЛ ТАЪЛИМ МАВЗУЛАРИ

Мустақил ишни ташкил этишнинг шакли ва мазмуни.

Тингловчи мустақил ишни муайян модулни хусусиятларини ҳисобга олган ҳолда қуйидаги шакллардан фойдаланиб тайёрлаш тавсия этилади:

- ўқув ва илмий адабиётлардан фойдаланиш асосида модул мавзуларини ўрганиш;
- тарқатма материаллар бўйича маърузалар қисмини ўзлаштириш;
- автоматлаштирилган ўргатувчи ва назорат қилувчи дастурлар билан ишлаш;
- махсус адабиётлар бўйича модул бўлимлари ёки мавзулари устида ишлаш;

-тингловчининг касбий фаолияти билан боғлиқ бўлган модул бўлимлари ва мавзуларни чуқур ўрганиш.

Мустақил таълим мавзулари

- Шошилинич хирургияда замонавий ташхислаш усуллар;
- Режали хирургияда замонавий ташхислаш усуллар;
- Шикастланишда замонавий ташхислаш усуллар;
- Хирургиянинг тор мутахассисликда замонавий ташхислаш усуллар;
- Хирургик инфекцияда замонавий ташхислаш усуллар;
- Интенсив терапияга мухтож бўлган хирургик беморларни замонавий ташхислаш усуллар;
- Ноинвазив замонавий ташхислаш усуллар;
- Инвазив замонавий ташхислаш усуллар;
- Нузли замонавий ташхислаш усуллар;
- Хирургияда сканнерли замонавий ташхислаш усуллар;
- Хужайравий технология ва замонавий ташхислаш усуллар;
- Роботехника ва замонавий ташхислаш усуллар.

VII. ГЛОССАРИЙ

ТЕРМИН	Ўзбек тилидаги шарҳи	Инглиз тилидаги шарҳи
АНГИОГРАФИЯ	Ошқозон ҳазм тизимида қон кетишни аниқлаш иложини берувчи инструментал рентгенологик текшириш тури	X-ray inspection tool that allows you to detect bleeding in the gastrointestinal tract.
АНОСКОПИЯ	Аноскоп ёрдамида текшириш усули	research that is carried out using a special instrument - anoscope
АРТРОСКОП	Бўғин бўшлиғини текшириш учун асбоб	device inserted into a joint to its inspection
АРТРОСКОПИЯ	Эндоскоп ёрдамида бўғин бўшлиғини текшириш ва амалиёт бажариш	research and operations in the joint cavities rigid endoscope
БЕРНШТЕЙН ТЕСТ	Кислотани ошқозондан	test to determine whether

	қизилўнғачга тушганини текширувчи синама	heartburn caused by acid gets into the esophagus from the stomach
БИОПСИЯ	Анализ учун тўқимадан синама олиш	taking a piece of tissue for analysis
ВЕНТРИҚЎЛОСКОПИЯ	Мия ошқозончаларини текшириш усули	the study of the brain ventricles via fiber optical devices
ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ	Видекамера, лапароскоп, ёритувчи ва нурли асбоб	device that combines a video camera, a laparoscope, lighting, optical fiber
ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ	Эндоскоп ёрдамида ошқозон ва ун икки бармоқли ичак бўшлиғини текшириш	Method antrum and duodenum examination using an endoscope
ГИСТЕРОСКОП	Махсус нурлар билан мослаштирилган асбоб	hollow instrument, equipped with a special lighting device
ГИСТЕРОСКОПИЯ	Бачадон ичини эндоскопик текшириш ва муолажалар ўтказиш	endoscopic research, medical and surgical manipulation into the uterine cavity
ДЕФЕКОГРАФИЯ	Аноректор соҳани текшириш усули, дефекация жараёнини кўрсата бериши мумкин	X-ray of the anorectal area, reflecting the full value of the act of defecation
КОЛОНОСКОПИЯ	Йўғон ичакни кўриш учун текшириш усули	study, in which the doctor can see the colon throughout
КОЛОРЕКТАЛ ПАССАЖНИ ТЕКШИРИШ	Югон ичакдан пассаж жараёнини кўриб бера оладиган текшириш усули	test to determine how food moves through the large intestine
ЛАПАРОСКОП	Қорин бўшлиғини текшириш учун қўлланиладиган камера билан мослашган найча	a long, thin tube equipped with an optical camera to examine the inside of the abdominal organs
ЛАПАРОСКОПИЯ	Лапароскопия ёрдамида текшириш ўтказиш	study using a laparoscope
ЛАРИНГОСКОП	Ҳиқилдоқни текшириш учун мослама	instrument for the study of the larynx
ЛАРИНГОСКОПИЯ	Ҳиқилдоқни текшириш	laryngeal examination
ЖИГАР ТЕСТЛАРИ	Жигар ва ўт йўлларини фаолиятини баҳоловчи қон	blood tests to help you determine how well the

	таҳлиллари	work the liver and biliary system
ПРОКТОСИГМОИДСКОПИЯ	Тўғри ва сигмасимон ичакни эндоскопик текшириш усули	endoscopic examination of rectum and sigmoid
ПРОКТОСКОП	Тўғри ичакни эндоскопик текшириш учун ускуна	endoscopic instrument, which is a solid short pipe that is used to study the area of the anus and rectum
ПРОКТОСКОПИЯ	Тўғри ичакни эндоскопик текшириш усули	endoscopic examination of the rectum
РЕЗЕКТОСКОП	Эндоскоп тури	kind of endoscope
СИГМОИДСКОПИЯ	Югон ичакни ичини текшириш эндоскопик усули	diagnostic endoscopy of the inside of the colon
ХОЛАНГИОГРАФИЯ	Ўт йўллари текшириш	biliary tract study
ХОЛАНГИОПАНКРЕАТОГРАФИЯ ЭНДОСКОПИК РЕТРОГРАД	Ошқозон ости беги ва ўт йўллари текшириш иложи берувчи усул	study bile ducts and pancreas
ТЕРИ ОРҚАЛИ ЖИГАР ОРҚАЛИ ХОЛАНГИОГРАФИЯ	Ўт йўллари текшириш рентгенологик усули	X-ray examination of the gallbladder and bile ducts
ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ	Ошқозон, қизилунгач, 12 бармоқ ичакни текшириш усули	study to identify esophageal diseases, gastric or duodenal ulcers

VIII. АДАБИЁТЛАР РУЙХАТИ

Махсус адабиётлар

1. F. Charles Brunicardi. Schwartz's principles of surgery. 10th edition. 2015-488 p.
2. S. Das. A manual clinical surgery. Special investigations and differential diagnosis. 11th edition. 2014-216 p.
3. John Lumley et al. Demonstrations of physical signs in clinical surgery. 19th edition. 2013-185 p.
4. Peter F. Lawrence. Essentials of general surgery. 15th edition. 2013-379 p.
5. Norman Williams. Bailey Loves. Short practice of surgery. 26th edition. 2012-451 p.
6. Хирургик касалликлар. Ш.И.Каримов, Т.- 2005

7. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.// Понятие о хирургии. Организация работы хирургического отделения.//Методическая рекомендация сценариев проведения практических занятий с использованием интерактивных методов обучения. Т, 2012 – 6 с.
8. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Асептика. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-15 с.
9. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Антисептика. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-20 с.
10. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Обследование хирургического больного. Курация больных. Схема академической истории болезни. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-29 с.
11. Охунов А.О.//Сценарии и сборник заданий для практических занятий по общей хирургии с использованием современных педагогических технологий. Учебно-педагогическое пособие для преподавателей по дисциплине «Общая хирургия». Т.-2012.-118 с.
12. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Десмургия. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-18 с.
13. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Кровотечение и кровопотеря. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-21 с.

14. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Переливание крови и кровезаменителей. Осложнения в трансфизиологии. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация. Т.-2012.-32 с.
15. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О.//Общая хирургия в модулях – Электронный учебник на русском языке – 2013 год.
16. Бабаджанов Б.Д., Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Неспецифическая хирургическая инфекция.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2013 год.
17. Охунов А.О. Закрытые повреждения головы. Сценарии для проведения практических занятий с использованием современных педагогических технологий «Работа в малых группах» составленные на основе единой методической систем//Методическая рекомендация на ўзбекском, русском и английском языках. Т.-2012.-20 с.
18. Охунов А.О. ва бошкалар//Умумий хирургия.- Электрон учебник на ўзбекском языке – 2014 йил.
19. Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//Что такое хирургия?-Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
20. Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//История развития современной хирургии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.- 2014 год.
21. Охунов А.О., Каюмов Т.Х.//Пионеры хирургии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
22. Охунов А.О., Абдуллаев У.Р.//Асептика и антисептика.-Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
23. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Десмургия.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.

24. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Кровотечение и методы остановки кровотечения.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
25. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Основы трансфўзиологии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
22. Охунов А.О., Ходиев Х.С.//Учение о ранах.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
23. Охунов А.О.//Основы травматических повреждений.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
24. Охунов А.О., Мехманов Ш.Р.//Термические поражения.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
25. Баймаков С.Р., Охунов А.О.//Острая и хроническая специфическая хирургическая инфекция.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
26. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю.//Учение о ранах.-Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на ўзбекском, русском и английском языках.-2015.
27. Охунов А.О., Баймаков С.Р., Иноятова Д.П.//Основы трансплантологии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.- 2014 год.
28. Охунов А.О., Шарипов Ю.Ю., Асадов Х.М.//Основы пластической и эстетической хирургии.- Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках.-2014 год.
29. Охунов А.О., Каюмов Т.Х., Мехманов Ш.Р. и др.//Сборник тестов разного уровня для студентов по дисциплине «Общая хирургия».- Сборник тестов на ўзбекском и русском языках.-2014.
30. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н., Саттаров И.С.//Омертвление тканей: некроз, гангрена, пролежни, свищи, трофические язвы.-Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на ўзбекском, русском и английском языках.-2015.

31. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н., Саттаров И.С.//Общая хирургическая инфекция.-Электронное обучающее и контролирующее учебное пособие со сборником мультимедийных тестов на ўзбекском, русском и английском языках.-2015.
32. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н.//Сборник мультимедийных тестов по разделу «Асептика и антисептика». Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках. Т.-2015.
33. Охунов А.О., Тавашаров Б.Н.//Сборник мультимедийных тестов по разделу «Десмургия». Электронное учебное пособие на ўзбекском, русском и английском языках. Т.-2015.
34. Охунов А.О., Абдуразаков Х.С. Современные эндовизуальные методы диагностики в хирургии // Программированный электронный учебник.- Т.-2017.
35. Охунов А.О., Абдуразаков Х.С. Современная ультразвуковая диагностика в хирургии // Программированный электронный учебник.-Т.-2017.

Интернет ресурслар

1. www.med.knig.biz/index.php
2. www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm
3. www.bookmed.ru/illustrated.php
4. www.shop.medicinform.net/showtov.asp.
5. www.suggeryinfection
6. www.generalsurgery
7. www.tma.uz
8. www.zionet.uz
9. www.edu.uz