

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ  
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ**

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

**ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ ҲУЗУРИДАГИ ПЕДАГОГ  
КАДРЛАРНИ ҚАЙТА ТАЙЁРЛАШ ВА УЛАРНИНГ МАЛАКАСИНИ  
ОШИРИШ ТАРМОҚ МАРКАЗИ**

**“ДАВОЛАШ ИШИ”**

**“ЗАМОНАВИЙ ХИРУРГИК ЁРДАМ  
КУРСАТИШНИ ТАШКИЛ ЭТИШ”**

модули бўйича

**Ў Қ У В – У С Л У Б И Й**

**М А Ж М У А**

**Тошкент 2019**

*Мазкур ўқув-услубий мажмуа Олий ва ўрта махсус таълим вазирлигининг 2019 йил 2 ноябрдаги 1023-сонли буйруғи билан тасдиқланган ўқув режа ва дастур асосида тайёрланди.*

Тузувчилар: ТТА “Умумий ва умумий болалар жарроҳлиги”  
кафедарси мудири т.ф.д., проф. А.О.Охунов

Тақризчи: Россия ФА аъзоси, Н.И.Пирогов номидаги РДТИТУ  
“Болалар жарроҳлиги” кафедраси мудири, Москва  
шаҳри Соғлиқни сақлаш Департаменти бош болалар  
жарроҳи, т.ф.д., профессор А.Ю.  
Разумовский

*Ўқув -услубий мажмуа ТТА Кенгашининг 201\_\_ йил \_\_\_\_\_ даги  
\_\_-сонли қарори билан нашрга тавсия қилинган.*

## МУНДАРИЖА

|   |     |
|---|-----|
| <b>I. ИШЧИ ДАСТУР</b> .....   | 4   |
| <b>II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН<br/>ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ</b> ..... | 155 |
| <b>III. НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР</b> .....   | 21  |
| <b>IV. АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАТЕРИАЛЛАРИ</b> .....                                     | 43  |
| <b>V. КЕЙСЛАР БАНКИ</b> .....   | 92  |
| <b>VI. ГЛОССАРИЙ</b> .....  | 111 |
| <b>VII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ</b> .....  | 112 |

## 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-сонли, 2017 йил 7 февралдаги “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида”ги ПФ-4947-сонли, 2019 йил 27 августдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг узлуксиз малакасини ошириш тизимини жорий этиш тўғрисида”ги ПФ-5789-сонли Фармонлари, шунингдек 2017 йил 20 апрелдаги “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ–2909-сон Қарори, Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2019 йил 23 сентябрдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш бўйича қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида”ги №797–сон Қарорида белгиланган устивор вазифалар мазмунидан келиб чиққан ҳолда тузилган 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 доирасида берилаётган мавзулар таълим соҳаси бўйича педагог кадрларни қайта тайёрлаш ва малакасини ошириш мазмуни, сифати ва уларнинг тайёргарлигига қўйиладиган 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 татбиқ 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.

### Модулнинг мақсади ва вазифалари

**“Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш” 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 вазифаси:**

Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш тугрисида умумий муаммоларни аниқлаштириш;

Тингловчиларнинг Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш бўйича кўникма ва малакаларини шакллантириш;

Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш ҳақида маълумотлар бериш;

Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш назарияларини тасдиқлаш еки инкор қилиш усулларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этишга ўргатиш;

Педагогларни замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш билан таништириш.

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

“Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш” курсини ўзлаштириш жараёнида амалга ошириладиган масалалар доирасида:

#### **Тингловчи:**

-Ўзбекистон Республикасида хирургик ёрдамнинг замонавий структурасини;

-хирургик хаста ва тормутахассислик тармоқлари шаклланишини;

-дунё замонавий хирургик йўналишларнинг олдидаги муаммолари ва истиқболларини;

-хирургия соҳасида Республикамизда ва хорижда олиб борилаётган илмий-тадқиқотларни ва уларнинг натижаларини;

-хирургияда тиббий хизмат кўрсатиш умумий амалиёт шифокори категорияларини;

-хирургияда суғурталанган тиббиёт асосларини;

-хирургик касалликларнинг янги таснифларини;

-тиббиётда эҳтимолий муаммолар ва уларни ечиш йўлларини;

-янги тиббий усуллар ва уларнинг одам организмига таъсир этиш механизмини **билиши** керак.

#### **Тингловчи:**

-замонавий хирургик ёрдам ташкил этишда инновацион усуллардан фойдаланиш;

-ҳозирги замон хирургик касалликларнинг диагностика, даволаш ва профилактикасидаги энг долзарб муаммоларини ҳал этиш;

-хирургик касалликларга ташхис қўйишнинг замонавий усулларидан фойдаланиш;

-хирургияда шошилиш ҳолатларда тезлик билан саралаш ва тез ёрдам кўрсатиш;

-хирургияда ўта оғир ҳолатларда интенсив терапия усулларидан фойдаланиш; .

-хирургия соҳасидаги даволаш стандартларидан самарали фойдаланиш;

-хирургия касалликларини даволашда интегрирлашган усулдан фойдаланиш **кўникмаларига** эга бўлиши лозим.

#### **Тингловчи:**

-аҳолига хирургик даволаш-ташхислаш ёрдам кўрсатиш стандартларини ишлаб чиқиш;

-XXI асрнинг хирургик технологияларини амалиётга тадбиқ этиш;

-хирургик амалиётда симуляцион технологиялардан фойдаланиш;

-онкологик беморларни ташхислаш ва даволаш тамойилларини;

-тор хирургия йўналиши амалиётида янги дори препаратларини тадбиқ этиш ва синовдан ўтказиш;

-замонавий диагностик ва даволаш стандартларини амалиётда тадбиқ этиш **малакаларига** эга бўлиши зарур.

#### **Тингловчи:**

-хирургик хасталикларни ташхислаш ва даволашда каминвазив технологияларни тадбиқ этиш ва оптималлаштириш;

-кенг тарқалган хирургик касалликларини ташхислаш ва даволашда замонавий каминвазив технологияларни тадбиқ этиш ва оптималлаштириш;

-хирургия соҳасида касалликларнинг олдини олишнинг замонавий усулларини амалиётга тадбиқ этиш **компетенцияларига** эга бўлиши лозим.

### **Модулни ташкил этиш ва ўтказиш бўйича тавсиялар**

“Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш” курси маъруза ва амалий машғулотлар шаклида олиб борилади.

Курсни ўқитиш жараёнида таълимнинг замонавий методлари, педагогик технологиялар ва ахборот-коммуникация технологиялари қўлланилиши назарда тутилган:

-маъруза дарсларида замонавий компьютер технологиялари ёрдамида тақдимотлар, видеоматериаллар ва электрон-дидактик технологиялардан;

ўтказиладиган амалий машғулотларда техник воситалардан, экспресс-сўровлар, тест сўровлари, “SWOT-таҳлил”, Хулосалаш» (Резюме, Веер), “Тушунчалар таҳлили”, “Брифинг” методи ва бошқа интерактив таълим усулларини қўллаш назарда тутилади.

### **Модулининг ўқув режадаги бошқа фанлар билан боғлиқлиги ва узвийлиги**

“Замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш” мазмуни ўқув режадаги учинчи блок ва мутахассислик фанларининг барча соҳалари билан узвий боғланган ҳолда педагогларнинг умумий тайёргарлик даражасини оширишга хизмат қилади.

### Модулининг олий таълимдаги ўрни

Тиббий педагогларда замонавий хирургик ёрдам курсатишни ташкил этиш доир маълумот ва тегишли куникмаларга эга бўладилар.

### Модул бўйича соатлар тақсимоти:

| № | Модул мавзулари   | Тингловчининг ўқув юкلامаси, соат |                         |          |                 |                |
|---|---|-----------------------------------|-------------------------|----------|-----------------|----------------|
|   |   | Ҳаммаси                           | Аудитория ўқув юкلامаси |          |                 |                |
|   |   |                                   | жами                    | жумладан |                 |                |
|   |   |                                   |                         | назарий  | амалий машғулот | Кучма машғулот |
| 1 | Замонавий хирургик ёрдам ташкил этиш асослари   | 6                                 | 6                       | 2        | 4               | -              |
| 2 | Хирургик касалликларнинг диагностика, даволаш ва профилактикасидаги энг долзарб муаммолар | 8                                 | 8                       | -        | 4               | 4              |
| 3 | Хирургия соҳасидаги инновацион технологиялар  | 10                                | 10                      | 2        | 4               | 4              |
|   | <b>Жами:</b>  | 24                                | 24                      | 4        | 12              | 8              |

### НАЗАРИЙ МАШҒУЛОТЛАР МАЗМУНИ

#### 1 – мавзу: Замонавий хирургик ёрдам ташкил этиш асослари.

Инсониятга хирургик ёрдам кўрсатишни ташкил қилиш ва шаклланиш тарихи. Хирургик хаста ва тормутахассислик тармоқлари шаклланиши. Хирургия пионерлари Ўзбекистон Республикасида хирургик мактабларида шаклланиши. Ўзбекистон Республикасида хирургик ёрдамнинг замонавий

структураси. Аҳолига хирургик даволаш-ташхислаш ёрдам кўрсатиш стандартларини шакллантириш асослари. Ихтисослаштирилган хирургик ёрдам ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи звеноси орасидаги ўзаро алоқасининг асослари.

## **2 – мавзу: Хирургия соҳасидаги инновацион технологиялар**

Хирургияда суғурталанган тиббиёт асослари. Эҳтимолий муаммолар ва уларни ечиш йўллари. Дунё замонавий хирургик йўналишларнинг олдидаги муаммолари ва истиқболлари: микрохирургия, трансплантология, каминвазив хирургия, эндопротезлаш. Хирургия соҳасидаги инновацион технологиялар: NOTES, SILS, SPL, работотехника, гибрид ва бошқа технологиялар.

### **АМАЛИЙ МАШҒУЛОТ МАЗМУНИ**

#### **1- амалий машғулот: Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердам курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш ва даволаш усуллар.**

Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердамда ташхислаш стандартларининг моҳияти. 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 аниқлаш 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.

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.

Корин очик ва епик шикастлари, уларнинг асоратлари (караخت, 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 жарохатларни дифференциал ташхислаш усуллари. Корин ички аъзоларнинг шикастланиши ва жарохатланиши. 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 уқ теккат жароҳатлари. Чанок аъзоларини жароҳатланиши. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниқлаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

## **2- амалий машғулот: Режали хирургияда замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари.**

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 аниқлаш 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 нопаразитар хасталиклари. Жигар эхинококкози, альвеококкози ва описторхозси. Сурункали калькулез холецистит. Портал гипертензия. Жигар, ут копи ва ут йуллари сифатли ва сифатсиз усмалари. Замонавий дифференциал ва эрта ташхислаш усуллари. Ташхислаш йули билан хирургик даволашга курсатмалар ва операция хажмини аниқлаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари. Ошқозон ва ун икки бармок ичак хирургик хасталиклари. Кизилунгач, ошқозон ва ун икки бармок ичакларнинг дивертикули. Кизилунгач стриктураси ва унинг даражалари. Ошқозон ва

ун икки бармок ичак сурункали яралари. Операция утказилган ошкозон хасталиклари. Кизилунгач, ошкозон ва ун икки бармок ичакнинг сифатли ва сифатсиз усмалари. 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. Ошкозон ости безининг хирургик хасталиклари. Ошкозон ости безининг кисталари ва окма яралари. Ошкозон ости безининг сифатли ва сифатсиз усмалари. 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. Талокнинг хирургик хасталиклари, учокли хосилалари, сифатли ва сифатсиз усмалари. Кон касалликлари. 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. Тугри ичак ва анал накалининг хасталиклари. Геморрой. Криптит. Папиллит. Анал ёриги. Уткир парапроктит. Сурункали парапроктит. Тугри ичак тушиб колиши. Анал сфинктерининг етишмовчилиги. Тугри ичак-кин окма яралари. Эпителиал думгаза йули. Параректал кисталар ва усмалар. 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. Тугри ичак шикасти ва ед жисмлари. 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. Тугри ичак усмалари. 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. 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.

### **3- амалий машғулот: Хирургик инфекцияда ва жарохатларни замонавий ташхислаш ва даволаш 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 тукималар 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 (АҚШ) 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 аниклаш алгоритми. Амбулатор шароитда динамик ташхислаш мониторингини олиб бориш буйича асосий тавсиялар стандартлари.

### **Кўчма машғулот мазмуни**

“Халқаро мода трендлари ва креатив расм” модулида кўчма машғулотлар замонавий жиҳозлар билан жиҳозланган соҳанинг етакчи корхоналари ва лабораторияларида олиб борилади.

### **ЎҚИТИШ ШАКЛЛАРИ**

Мазкур модул бўйича қуйидаги ўқитиш шаклларидан 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).

## II. МОДУЛНИ ЎҚИТИШДА ФОЙДАЛАНИЛАДИГАН ИНТЕРФАОЛ ТАЪЛИМ МЕТОДЛАРИ.

### Зинама-зина методи

#### *Методнинг мақсади:*

Тингловчиларни эркин, мустақил ва мантикий фикрлашга; жамоа бўлиб ишлашга, изланишга; фикрларини жамлаб, улардан назарий ва амалий тушунча хосил қилишга; жамоага уз фикрини ўтказишга, уни маъқуллашга; қўйилган муаммони ечишда ва мавзуга умумий тушунча беришда ўтилган мавзулардан эгаллаган билимларни қўллай олишга ўргатиш.

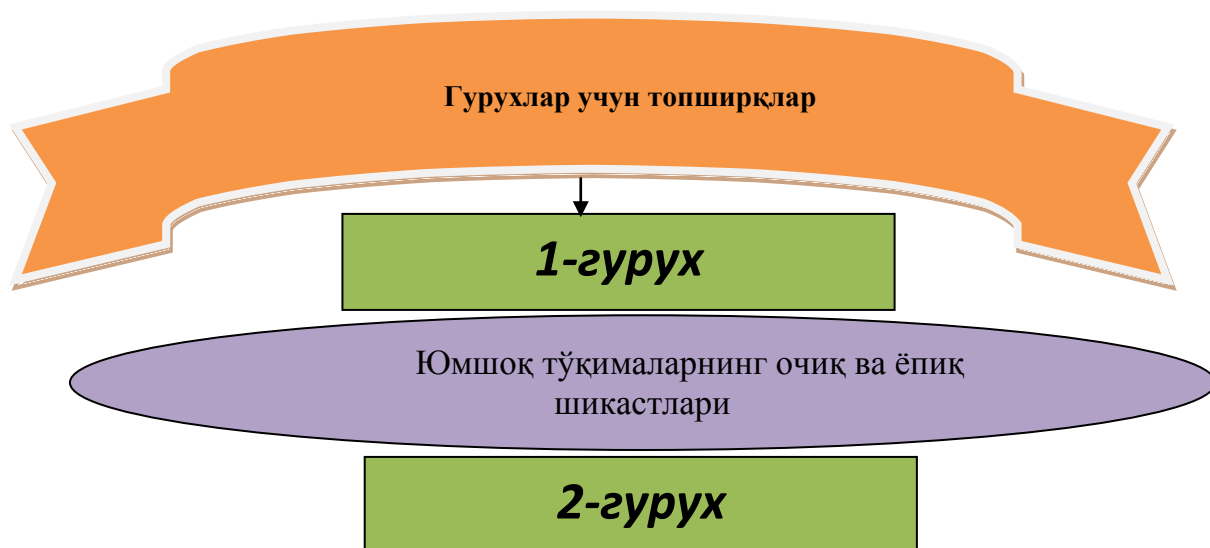
#### *Методнинг қўлланилиши:*

Маъруза, амалий машғулотларда жамоа ёки кичик гуруҳларга ажратилган ҳолда, берилган вазифаларни бажаришга мўлжалланган.

#### *Машғулот ўтказиш тартиби:*

- Ўқитувчи тингловчиларнинг умумий сонига қараб, 3-5 кишидан иборат кичик гуруҳларга ажратади;
- Тингловчи машғулотнинг мақсади ва унинг ўтказилиш тартиби билан танишадилар. Ҳар бир гуруҳга қоғозга кичик мавзу ёзуви бўлган варақалар тарқатилади;
- Тингловчи мавзу юзасидан билганларининг қоғозга жамоа бўлиб ёзишни белгиларган муддатда уддалашини буюради;
- Гуруҳ аъзолари биргаликда тарқатма материал бўйича иш бошлайдилар.
- Тарқатма материаллар тўлдирилгач гуруҳдан бир киши тақдимот қилади. Бу тақдимотда тайёрланган материал албатта доскага тагма-таг (зинама-зина) илинади;
- Ўқитувчи гуруҳлар тайёрлаган материалларга изоҳ бериб уларни баҳолайди.

### **Берилган вазифа қуйидагича бажарилади:**





Жароҳатловчи восита ва жароҳатланиш  
характерига қараб бирор жароҳатни  
ажратади

## 1-гурух

Юмшоқ тўқималарнинг очиқ ва ёпиқ шикастлари

ЛАТ ЕЙИШ, ЧУЗИЛИШ

УЗИЛИШ, МУШАК УЗИЛИШИ

ЧАЙКАЛИШ

УЗОҚ БОСИЛИШ СИНДРОМИ



## 2-гурух

# Намлаб иситиб ишлов бериш



### “Инсерт” методи.

**Методнинг мақсади:** Мазкур метод таълим олувчиларда янги ахборотлар тизимини қабул қилиш ва билмларни ўзлаштирилишини енгиллаштириш мақсадида қўлланилади, шунингдек, бу метод таълим олувчилар учун хотира машқи вазифасини ҳам ўтайди.

Методни амалга ошириш тартиби:

- тингловчи машғулотга қадар мавзунинг асосий тушунчалари мазмуни ёритилган инпут-матнни тарқатма ёки тақдимот кўринишида тайёрлайди;
- янги мавзу моҳиятини ёритувчи матн таълим олувчиларга тарқатилади ёки тақдимот кўринишида намойиш этилади;
- таълим олувчилар индивидуал тарзда матн билан танишиб чиқиб, ўз шахсий қарашларини махсус белгилар орқали ифодалядилар. Матн билан ишлашда тингловчилар ёки қатнашчиларга қуйидаги махсус белгилардан фойдаланиш тавсия этилади:

| Белгилар  | 1-матн | 2-матн | 3-матн |
|---|--------|--------|--------|
| “V” – таниш маълумот.                           |        |        |        |
| “?” – мазкур маълумотни тушунмадим, изоҳ керак. |        |        |        |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| “+” бу маълумот мен учун янгилик.            |  |  |  |
| “- ” бу фикр ёки мазкур маълумотга қаршиман? |  |  |  |

Белгиланган вақт якунлангач, таълим олувчилар учун нотаниш ва тушунарсиз бўлган маълумотлар ўқитувчи томонидан таҳлил қилиниб, изоҳланади, уларнинг моҳияти тўлиқ ёритилади. Саволларга жавоб берилади ва машғулот якунланади.

### “Тушунчалар таҳлили” методи

Методнинг мақсади: мазкур метод тингловчилар ёки қатнашчиларни мавзу бўйича таянч тушунчаларни ўзлаштириш даражасини аниқлаш, ўз билимларини мустақил равишда текшириш, баҳолаш, шунингдек, янги мавзу бўйича дастлабки билимлар даражасини ташхис қилиш мақсадида қўлланилади.

### Методни амалга ошириш тартиби:

- иштирокчилар машғулот қоидалари билан таништирилади;
- тингловчиларга мавзуга ёки бобга тегишли бўлган сўзлар, тушунчалар номи туширилган тарқатмалар берилади (индивидуал ёки гуруҳли тартибда);
- тингловчилар мазкур тушунчалар қандай маъно англатиши, қачон, қандай ҳолатларда қўлланилиши ҳақида ёзма маълумот берадилар;
- белгиланган вақт якунига етгач ўқитувчи берилган тушунчаларнинг тўғри ва тўлиқ изоҳини ўқиб эшиттиради ёки слайд орқали намойиш этади;
- ҳар бир иштирокчи берилган тўғри жавоблар билан ўзининг шахсий муносабатини таққослайди, фарқларини аниқлайди ва ўз билим даражасини текшириб, баҳолайди.

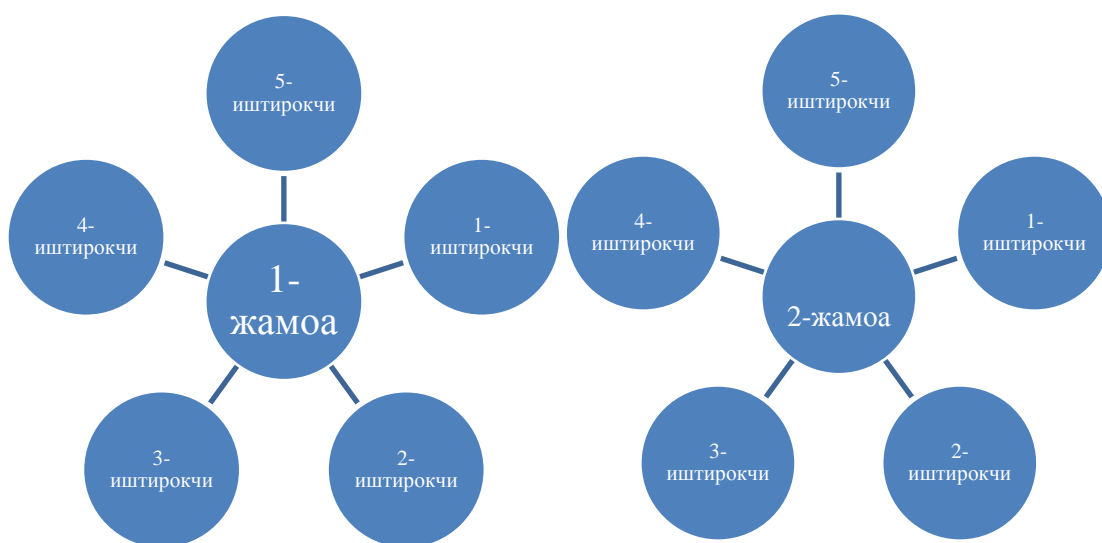
Намуна: “Модулдаги таянч тушунчалар таҳлили”

| Тушунчалар      | Сизнингча бу тушунча қандай маънони англатади?   | Қўшимча маълумот |
|-----------------|--|------------------|
| <b>ЛАТ ЕЙИШ</b> | Бу юмшоқ тўқималарнинг ёпиқ механик шикастланиши бўлиб, бунда аъзо ва тўқималарнинг анатомик бутунлиги бўзилмайди. |                  |
| <b>ЧУЗИЛИШ</b>  | Бу тўқималарнинг анатомик бутунлиги сақланган ҳолда қисман узилишлар бўлиши билан ҳарактерланади.                  |                  |
| <b>УЗИЛИШ</b>   | Бу аъзо ёки тўқималарнинг ёпиқ шикастланиши бўлиб, уларнинг анатомик   |                  |

|                                  |   |  |
|----------------------------------|---|--|
|                                  | бутунлиги бузилиши кўзатилади.  |  |
| <b>МУШАКЛАР<br/>УЗИЛИШИ</b>      | Бу мушакларнинг ёпиқ шикастланиши бўлиб, уларнинг анатомик бутунлиги бузилиши билан ҳарактерланади.                               |  |
| <b>ЧАЙКАЛИШ</b>                  | Бу тўқимага механик таъсир бўлиб, тўқималарда яққол анатомик бузилишларсиз уларнинг функционал ҳолатининг бузилишига олиб келади. |  |
| <b>УЗОҚ БОСИЛИШ<br/>СИНДРОМИ</b> | Бу ўзига хос патологик ҳолат бўлиб, юмшоқ тўқималарнинг узоқ (2-4 соатдан кўп) вақт давомида босилиши билан боғлиқ бўлади.        |  |

Изоҳ: Иккинчи устунчага қатнашчилар томонидан фикр билдирилади.  
Мазкур тушунчалар ҳақида қўшимча маълумот глоссарийда келтирилган.

### ЗАКОВАТ КЛУБИ" дидактик ўйини



Ўйин қондаси:

1. Гуруҳ 4та жамоа бўлинади.
2. Думалоқ столга 2та жамоа жойлашади.
3. Бошловчи саволни ўқиб эшиттиради.
4. Ўйлаш учун 1 дақиқа вақт ажратилади.
- 5-тўғри жавоб берган жамоа ўз ўрнида қолади
6. 2-столга бошқа команда жойлашади.

7. Экспертлар жавобларнинг тўғрилигини назорат қилиб борадилар.
8. Шу тариқа ўйин 1 неча марта такрорланади.
9. Ғолиб команда рағбатлантирилади

### «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.

| <b>Берилган локал статусни баҳоланг</b>   |                                       |                                 |                               |
|---|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
|   | Қандай жисм билан жароҳат етказилган? | Жароҳатдаги анатомик ўзгаришлар | Жароҳатдаги клиник ўзгаришлар |
|  | 1.                                    | 1.                              | 1.                            |
|   |                                       | 2.                              | 2.                            |
|   |                                       | 3.                              | 3.                            |
|   |                                       | 4.                              | 4.                            |

### III НАЗАРИЙ МАТЕРИАЛЛАР

#### 1- мавзу: Замоनावий хирургик ёрдам ташкил этиш асослари.

##### Режа:

1.Инсониятга хируругик ёрдам кўрсатишни ташкил қилиш ва шаклланиш тарихи.

2.Хирургик хаста ва тормутахассислик тармоқлари шаклланиши.

3.Хирургия пионерлари Ўзбекистон Республикасида хирургик мактабларида шаклланиши.

4.Ўзбекистон Республикасида хирургик ёрдамнинг замонавий структураси.

5.Аҳолига хирургик даволаш-ташхислаш ёрдам кўрсатиш стандартларини шакллантириш асослари.

6.Ихтисослаштирилган хирургик ёрдам ва Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш тизимининг бирламчи звеноси орасидаги ўзаро алоқасининг асослари.

**Таянч иборалар:** хирургия таърихи, эмпирик хирургия, анатомик хирургия, физиологик хирургия, кичик инвазив хирургия, модал хирургия.

Замонавий жарроҳлик нафақат бир йил ёки бир ойни, балки унинг туғилган кунини ҳам ўз ичига олади: 1846 йил 16 октябр. Ўша кун Массачусец умумий касалхонасида тиш шифокори Уилям П. Мортон ёш одамга жарроҳ Жон Жон Уоррен билан бирга субмандибуляр томир ўсмаси учун жарроҳлик амалиётини ўтказди. Операция пайтида бемор ҳушидан кетиб, оғриққа жавоб бермади ва аралашув тугаганидан кейин у уйғонишни бошлади. Кейин Уоррен ўзининг машҳур иборасини айтди: "Жаноблар, бу бемаъни нарса емас!" (Жаноблар, бу ҳийла емас!). Ўшандан бери ушбу операция хонаси "Етер Амфитеатр" деб номланди, бу кун "Етер кунини" (ҳаво кунини), ефирдан фойдаланиш еса "Ўлимнинг ўлими".

Анестезиянинг киритилиши жарроҳлик соҳасида жуда катта ўзгаришларга олиб келди. Илгари жарроҳлик аралашувлар бир неча дақиқага чўзилиши мумкин еди, чунки беморлар узоқ вақт оғриқларга тоқат қилолмадилар. Анестезиядан олдин ишлаган ажойиб жарроҳлар ҳақиқий сеҳргарлар еди. Ларри, Наполеоннинг ҳарбий жарроҳи, 1812 йилда, Бородино жангида, далада 4 минут ичида феморал бўғимнинг пастки екстаркуляцияси амалга оширилди! ва 24 соат ичида 24 ампутацияни тугатди. Листон 25 сонияда оёқ-қўлини кесиб ташлади. Н.И.Пирогов сийдик пуфагини 2 дақиқада олиб ташлади. Геттангендаги Конрад В. Лангенбек 2 дақиқада юкори жағни резекция қилди, унинг ҳикоясида айтилишича, унинг операцияларидан бирида катнашган ҳамкасби тамаки тутунини қайтариб олиш учун юз ўгирган ва орқасига ўгирилганда Лангенбек аллақачон қўлини ампутация қилган!

Анестезия операцион хотиржамлик ва жим бўлишга олиб келди, энди шошилишга ҳожат йўқ еди. Етер ва ундан кўп ўтмай, иккала хлороформ (Симпсон, 1847) ва азот оксиди (Уеллс, 1848) жарроҳлар соҳасини, жарроҳлик соҳасини ниҳоятда кенгайтirdилар. Жалб Балассанинг таъкидлашича, "ғолиб қўлни узатиб, ўз империясини кенгайтirdи." ушбу мамлакат халқларига баракалар олиб келади. ”

Наркоз жуда тез дунё бўйлаб тарқалишини топди. 1846 йил декабр ойида Лондондаги Листон етер беҳушлиги остида операция қилинди. Венгер жарроҳ Баласса ва Россияда Н.И. Пирогов (ҳарбий шароитда биринчи) 1847 йил бошида етер беҳушлигини ҳам қўллаган.

Замонавий жарроҳлик ривожланишининг биринчи босқичини ҳақли равишда "беҳушлик даври" деб аташ мумкин, бу нафақат тинч операция қилиш учун имконият яратибгина қолмай, балки беҳуш бўлиб, беморга қарши тура олмайдиган, жарроҳга тўлиқ қарам бўлган. Ниссеннинг таъкидлашича, операция бемор учун хавф туғдиради, Веллингтон

армиясидаги инглиз аскарлари бўлишдан кўра, Ватерлоо жангида 25 минг аскардан 15 минги ҳалок бўлган. Умумий беҳушлик остида операция қилинган беморларда йиринглашлар кузатилган; агар жарроҳ қорин бўшлиғини очишга журъат етса, бемор перитонитдан муқаррар равишда вафот этади. Ампутация ва резекциядан сўнг йирингли инфекциядан ўлимнинг умумий даражаси (Қримда, 1854-1856 йиллардаги кампанияда) 86% га етди. "Агар шифохоналарда касалланганлар дафн қилинган қабристонга қарасам, - дейди буюк рус жарроҳи Н.И. Пирогов, - жарроҳларнинг стоик эканлигига ҳайрон бўлишни билмайман. . . ёки шифохоналар ҳанузгача фойдаланадиган ишонччи" ...

Замонавий жарроҳлик ривожланишининг иккинчи даври антисептиклар ва асепсис даври бўлиб, инсоният биринчи навбатда Семмелвейс, Пастер ва Листернинг фаолиятига боғлиқдир. Ўша пайтда, венгер шифокори Семмелвейс яшаганида, бактериялар ҳақида ҳеч нарса маълум эмас эди; жарроҳ қанча кўп ҳаракат қилса, кийими ҳам шунчалик тоза бўлди. Бу ерда унинг қанчалик катта жарроҳ эканлигини кўриш мумкин эди. Қўллар фақат операциядан кейин ювилган. Иқтидорли сезги Семмелвайсга, бу парчаланувчи онанинг иситмасини келтириб чиқарадиган органик моддаларнинг тарқалиши ва шунчаки оқартириш билан қўлларни сув билан ювиш орқали олдини олиш мумкинлигини тахмин қилишга ёрдам берди. Вена шаҳридаги акушерлик клиникасида Семмелвайснинг таъкидлашича, келажакдаги шифокорлар ўқитиладиган хонада оналарнинг иситмаси келажак оналар учун ўқитиладиган хоналарга қараганда тўрт барабар юқори. Аммо бу идоралар фақат кичик коридор билан ажратилган. Бўлажак шифокорлар бўлимга анатомик театрдан келиб, ҳомиладор аёлларни қўллари билан текширувдан ўтказдилар. Семмелвайс бу "улар ҳар куни янги ҳаёт туғиладиган уйга ўлимни ўз қўлларида олиб келишганини" англашди. У шифокорлар ва талабалар қўллари оқартувчи сув билан ювсалар,

кафедрада ўлим даражаси кескин пасайишини исботлади: ҳақиқатан ҳам, шундан кейин бу ерда доялар ўқитиладиган бўлимга қараганда ўлим даражаси пастроқ бўлди. 1861 йилда Пестда нашр етилган ўзининг китобида Семмелвайс буларнинг барчасини батафсил баён қилади ва асослайди. У бутун ҳаёти давомида кашфиётининг тўғрилиги учун курашди, аммо дунё унга ишонишдан бош тортди.

Шу билан бирга, Францияда Пастер шифокор эмас, балки кимёгар бўлиб, ферментация кимёвий жараёнининг - ҳаво кислородининг парчаланиши билан боғлиқлигини тадқиқоти натижаларини еълон қилди. Пастернинг натижалари фаннинг йўналишини тубдан ўзгартирди. У Лиебигнинг ферментация ҳақидаги таълимотини рад етди, ферментацияга майда жонзотлар сабаб бўлганлиги, уларда пиво ферментацияси, шаробнинг аччиқланиши ва ипак қуртининг ўлимига олиб келадиган касалликлар ҳам борлигини аниқлади. Пастернинг фаолияти табиақхунослик кашфиётларининг ҳақиқий зафарли юришидир. Унинг тадқиқоти Семмелвейснинг таълимоти учун асос бўлиб хизмат қилди, Листер бошлаган тажрибалар учун асос бўлди. Пастер шифокор бўлмаса ҳам, Франция Тиббиёт фанлари академияси уни аъзолигига сайлади.

Листер Англиядаги Пастер асарлари билан танишди; улар унга кучли таъсир кўрсатган. Очик ва ёпиқ синганларни даволаш жараёнини кузатиб борган Листер, очик ёриқлар билан кечикиш 24 соат ичида ҳарорат кўтарилишини, ёпиқ синишларда еса бу содир бўлмаслигини таъкидлади, чунки терини ҳаво ифлосланишидан ҳимоя қилади. Листер, жарроҳларнинг вазифаси йиринглаш жараёнининг олдини олиш деган ажойиб ғояга тегишли. Бу давр руҳига зид еди, чунки сўнгги 2000 йил давомида яраларни даволаётганда йиринг фойдали ва орзу қилинганлиги таъкидланган.

Листер микробларнинг жароҳатларга киришига ва уларнинг парчаланиш фаоллигини ривожланишига тўсқинлик қиладиган яраларни даволаш



усулини қидирди. Агар ярани бактериялардан ҳимоя қилиш мумкин бўлса, унда инфекция ёки йиринглаш бўлмаслигини тушунди. Аммо ярани юқори ҳарорат ёрдамида стерилизация қилиш мумкин эмас, шунинг учун уни бактериялардан ҳимоя қиладиган бошқа даволаш усулини излаш керак еди. У оқава сувга карбол кислотаси қўшилган Карлисл шахрида парчаланиш жараёни тўхтаганини ешитди. Бу Листерга операцион ҳудудга кирадиган бактерияларга қарши курашда карбол кислотасини дезинфекциялаш воситаси сифатида синаб кўриш ҳақида ўйлашга сабаб бўлди. У очик синиш учун карбол кислотаси билан намланган бандажни қўллади ва бактериялар ҳаводан ярага тушганига амин бўлганлиги сабабли, операция хонасини карбол кислотаси билан пўскўртди.

Листер яраларни карбол кислотаси билан яхшилаб ювди, сўнг яра юзасига бўр груел ва зиғир ёғи аралашмасини суртди. Шундай қилиб, Листер ушбу примитив антисептик кийимни 1865 йил ёзида Глазгода Семмелвайнинг ўлимидан бир кун олдин қўллаганлиги аниқ бўлди. Бу икки киши ҳеч қачон бир-бирларини учратишмаган ва фақатгина 1883 йилда Листер венгер Семмелвеис ва унинг таълимотлари ҳақида билиб, сўзсиз "тақдир излаётган новаторнинг хизматлари" ни тан олган. Ўшандан бери дунё Семмелвайсга "Оналарнинг Қутқарувчиси" унвонини берди, бу унинг номи бугунги кунгача узвий боғлиқдир.

Листер биринчи марта ўзининг янги антисептик усулини 1867 йилда еълон қилди. Унинг усули ҳайратланарли ютуқ еди, чунки бундан олдин яраларни даволашнинг кўплаб қурбонлари сепсисдан вафот етган. 1870-1871 йилларда, Франко-Пруссия уруши пайтида, баъзи дала касалхоналарида, ампутация қилинган деярли барча одамлар сепсисдан вафот етган. 1877-1878 йиллардаги рус-турк уруши даврида. Н.И.Пирогов ўқувчиси П.И. Пелехин биринчи марта ҳарбий амалиётда кенг ва муваффақиятли асептикадан фойдаланган. 1874 йилда Листернинг издоши Волкманн янги усул туфайли

унинг пастки оёғининг очик синган 12 нафар беморларидан ҳеч бири вафот етмаганлиги ҳақида хабар янада кучлироқ бўлди. Бу ҳали содир бўлмаган.

Листернинг жарроҳлик бўлимидан пийемия ва қизилча йўқолди; хоналар олдидаги гавжум, яхши жиҳозланмаган хонада вабо касаллигидан ўлган тобутлар борлигига қарамай, ғойиб бўлди. Кейинчалик Листер ўз усулини содалаштирди ва 1891 йилда карбол пўскўртўлмесини бутунлай тўхтатди. У 1912 йилда вафот етди ва умрининг сўнгги дақиқасигача ишини тўхтатди. Листер Венгрия Фанлар академиясининг фахрий аъзоси еди. Машхур жарроҳ ҳамма жойда "Буюк фойда келтирувчи" деб номланган.

Бироқ, 1880 йилда Брунс еълон қилди: пўскўртме билан пастга тушди, чунки карболик кислота яра юзасини тирнаш хусусияти келтирди. Кўп ўтмай, антисептик давр асептик давр билан алмаштирилди ва дунё биринчи навбатда Тренделенбург, В. Бергманн, Шиммельбусч, Куммел ва Фурбрингер сингари инноваторларга қарздор. Улар яра бактерияларини йўқ қилиш етарли емаслигини, уларнинг яраларга киришига йўл қўймаслик жуда муҳим эканлигини тушунишди. Юқорида айтиб ўтилганидек, тирик тўқималарни юқори ҳарорат ёрдамида стерилизация қилиш мумкин емас, аммо яра билан алоқа қиладиган барча нарсалар стерилизация қилиниши мумкин. 1882 йилда улар буғларни стерилизация қилиш ғоясини илгари сурдилар ва шу йили Боннда дунёдаги биринчи стерилизатор яратилди. Бир неча йиллар давомида асепсия билан шуғулланадиган қоидалар ишлаб чиқилган бўлиб, биз ҳозир ҳам фойдаланамиз: стерил халат, стерил изоляция, стерил асбоблар, стерил тикув материаллари. 1890 йилда Америкалик Ҳалстед (Листер шогирди) бу усулни стерил каучук қўлқоплар билан тўлдирди, 1900 йилда инглиз Ҳунтери стерил юз ниқоби ёрдамида.

Жарроҳлик операциялари тарқалиши билан, асепсиснинг барча қоидаларига қарамай, тахминлар сони ҳали ҳам кўп бўлганлиги маълум бўлди. Бунинг сабаби қон кетишни тўхтата олмаслик еди, катта гематомалар

пайдо бўлди; Бундан ташқари, улар тўқималарни шикастлайдиган қўпол асбоблардан фойдаланишган, жуда калин катгутдан фойдаланишган. Нобел мукофотига сазовор бўлган биринчи жарроҳ Теодор Кочер жароҳатларга ехтиёткорлик билан муносабатда бўлиш муҳимлигини, енг яхши ипак, лигатура ва атравматик операция хонасида ўрнатилган чокларнинг аҳамиятини таъкидлади. яраларни даволаш усуллари. Кочер Европада ва Америкада Халстедда атравматик жарроҳликнинг яратувчиси ҳисобланади.

Антисептиклар ва асептиклар қорин бўшлиғини очиш учун имконият яратдилар. Енди қорин бўшлиғида нафақат шошилмасдан, тинчгина, балки перитонит хавфидан кўрқмасдан ҳам операция қилиш мумкин еди. Бу анатомик ёндашувнинг бошланиши еди, унга кўра, анатомия нуқтаи назаридан тавсия етилган ва клиникага қараганда ҳамма нарсани танадан олиб ташлаш мумкин. Биринчидан, пилорус чиқарила бошланди, кейин ошқозоннинг ярми ўзи, охир-оқибат, бутун ошқозон ҳам олиб ташлашни ўрганди. Дастлаб, фақат вертикал ўсимта олиб ташланди, кейин улар йўғон ичакнинг ярмини олиб ташлашни ўргандилар ва ниҳоят, агар керак бўлса, бутун ичакни олиб ташлашни бошладилар.

Аммо, тез орада маълум бўлдики, ушбу йирик операциялар аввал беморнинг аҳволини ёмонлаштиради ва бир неча ҳафтадан сўнг унинг яхшиланишига олиб келади. Катта операциялардан сўнг ўлим даражаси жуда юқори бўлган, кейин машҳур бир сўз пайдо бўлган: операция муваффақиятли бўлган, аммо бемор вафот етган.

Кўп ўтмай, жарроҳ учун одам нафақат анатомик тайёргарлик, балки метаболизм, сув тузи метаболизми, пХ ва бошқалар муҳим аҳамиятга ега бўлган бутун физиологик организм еканлигини англаб етдилар. Бу масалада рус физиологлари И.М.Сеченов ва И.П.Павлов катта ҳисса қўшган.

Патология нуқтаи назаридан ёндашув клиник кимёнинг пайдо бўлишига олиб келди, унинг ривожланиши ҳали ҳам давом еттирилмоқда. Ушбу янги фан соҳасидаги натижалар жарроҳлик кўламини янада кенгайтди. Инфузион терапия, қон қуйиш, пХ тузатиш, керакли калория таркибидаги овқатланиш - буларнинг барчаси беморларга катта операция организм учун юкни кўтаришга ёрдам беради. Анестезия ва асептик жарроҳлар жарроҳларга қорин бўшлиғига киришга имкон беришди, клиник кимё еса беморни қутқарди.

Қорин бўшлиғидаги операциялар билан бир қаторда нейрохирургия ҳам ривожланди. Операцион асепсия ва нейрофизиологиянинг ютуқларига асосланиб, замонавий нейрохирургия ўтган асрнинг 80-йилларида, мияни локализация қилиш доктринаси ишлаб чиқилган пайтдан бошлаб ривожлана бошлади. Биринчи мия операциясининг муваффақияти шундаки, жарроҳ ўсимтани невролог томонидан аниқланган жойда топди. Бу вақтда Лондонда биринчи ҳақиқий Ҳорсли нейрохирурги ишлаган, у фақат нейрохирургия билан шуғулланган. Россия жарроҳлари орасида Н. Н. Бурденко ва А. П. Полете нейрохирургияни мустақил йўналиш сифатида шакллантиришга катта ҳисса қўшдилар.

Мия, серебеллум, ўмуртка канал, гипофиз безларининг ўсмаларини кетма-кет олиб ташлаш усуллари, тригеминал невралгия (Федор Краусе) ва epilepsia (Ҳорсли) жарроҳлик даволаш усуллари ишлаб чиқилган.

Замонавий нейрохирургиянинг ривожланиши Гушинг номи билан боғлиқ бўлиб, у дастлаб жарроҳлик пайтида қон кетишини тўхтатиш учун қисқич ва диатермик игнадан фойдаланган ва замонавий жарроҳлик нейрохирургиясининг асосини яратган. Пневмосансефалография (Бингел), вентрикулография (Дандй) ва энг муҳими, каротид артерияларнинг ангиографияси (Егас Мониз, Е.В. Шмидт) ва компьютер томографияси (Хоунсфилд) ёрдамида мия тузилишининг энг кичик элементларини ўрганиш

имкони пайдо бўлди, жарроҳнинг пичоғини етаклайдиган қўли янада ишончли бўлди. сиз кутганингиздан ҳам кўпроқ.

Аммо, қорин бўшлиғи жарроҳлар учун ҳали ҳам мавжуд эмас еди, чунки уни очганда беморлар пневмотораксдан вафот етишган. Унинг пайдо бўлишига сабаб, атрофимиздаги атмосфера босими ва ўпканинг пластик сиқилиши натижасида пайдо бўлган кўкрак қафасидаги субатмосфера босими ўртасидаги фарқнинг бузилиши еди. Кўкрак бўшлиғини очганда, бу фарқ йўқолди, ўпка "нафас ололмади", бемор сиқилиб, вафот етди. Аммо жарроҳлар тинчланмади ва кўкрак қафаси бўшлиғига киришга уринишда давом етди. Ривожланиш икки йўналишда ўтди. Аср бошида Сауербруч, Микуличнинг ёрдами билан, атмосфера босими ва кўкрак қафасидаги босим ўртасидаги физиологик фарқни сақлаб туришга имкон берадиган камерани яратди. Сауербруч итнинг жасадини паст босимли камерага жойлаштирди, ҳайвоннинг боши хонадан ташқарида еди ва ит атрофдан ҳаво билан нафас олиши мумкин еди. Камера ичида кўкрак қафасидаги операцияларни бажариш мумкин еди, ҳайвон ўлмади.

Аммо босим фарқини ушлаб туришнинг бу усули жуда қийин еди, чунки жарроҳ ҳам, унинг ёрдамчилари ҳам ташқи дунёдан ажратилган камерада бўлишлари керак еди.

Ривожланишнинг иккинчи йўналиши 1909 йилда Рокфеллер институтида бошланган, у ерда Мелтзег ва Ауер ҳайвонларга ўтказилган тажрибаларда трахея ичига қўйилган найча орқали интратрахеал инсуффляция ёрдамида ҳайвонларнинг ҳаётини узоқ вақт сақлаб туришлари мумкин еди: нафас олиш ҳаракатларисиз узоқ вақт нафас олиш. 1915 йилда Россияда А. А. қабр ўзининг "Жарроҳлик пневмоторакс" номли диссертациясида пневмоторакс ҳолатида трахея трубази орқали инфляциянинг аҳамиятини тасдиқлади ва илмий асосланган. Бу усул Сауербруч усулидан фарқли ўлароқ, босим фарқини сақлаб туришга имкон берди, шунда кўкрак қафаси очилганда

субатмосфера босими тўхтаб қолди, аммо шу билан бирга юқори босим остида ҳаво трахея орқали ўпкага кириб борди. Ушбу заковатли фикр Ангра-Саксон мамлакатларидан (Магилл, Рабботам ва бошқалар) зафарли юришга қадар бўлган ва бутун дунёни забт етган интратрачеал беҳушликнинг ривожланишига асос бўлди.

Интратрачеал беҳушлик жарроҳларга кўкрак бўшлиғига киришни таъминлади. Шу билан бирга, тиббиёт фанининг бошқа соҳалари сезиларли ривожланишни бошдан кечирди, кўплаб бошқа нарсалар қатори, антибиотиклар ҳам кашф қилинди. Ўпка силининг жарроҳлик амалиётида туб бурилиш пенициллин (Флеминг, 1929), стрептомицин (Ваксман, 1942) ва бошқа силга қарши дорилар, шунингдек интратрачеал беҳушлик туфайли юзага келди. Унгача ўпка жарроҳлиги бўйича етакчи қўлланма бўлган фақат қулаш терапияси мавжуд еди. Агар қорин бўшлиғи хирургияси соҳасидаги ошқозон резекцияси ва бошқа кўплаб амалиётлар ўтган асрнинг охирида ишлаб чиқилган услубга нисбатан деярли ўзгарган бўлса, у ҳолда 30-40 йил олдин пайдо бўлганига қарамай, қулаш терапиясидан, биз ҳеч нарса қолмади дейишимиз мумкин.

Энди ўпка туберкулёзини жарроҳлик йўли билан даволашнинг моҳияти битта жумлада ифодаланиши мумкин: ўпканинг даволаш мумкин бўлган қисмлари силга қарши дорилар билан даволаниши керак, қолганлари резекция йўли билан олиб ташланиши керак. Ўпканинг қолган қисми чўзилиб кетган, яъни қулаш терапияси пайтида ўпканинг зарарланган қисmlаридан йиқилиб тушиш ўрнига, бу ерда ўпканинг соғлом (даволанган) қисмини кенгайтириш керак.

Интратрачеал беҳушликнинг пайдо бўлиши аввалги қизилўнгач операциясини ҳам кўзғатди, унга С. Юдин ва Б. В. Петровский катта ҳисса қўшдилар. 1940 йилда нашр етилган 50 саҳифали операцион жарроҳлик қўлланмасида қизилўнгачнинг антитрорак пластикаси тасвирланган. Энди бу

усул деярли ишлатилмаяпти, бу қизилўнғачнинг интраторасик пластисига йўл очди.

Интратрачеал беҳушлик жарроҳларга юрак жарроҳлиги соҳасидаги дастлабки қадамларини қўйишга имкон берди. 1943 йилда нашр етилган Клеинсчмидт операцион жарроҳлигининг 1500 саҳифасида туғма ва орттирилган юрак нуқсонларини жарроҳлик даволаш усуллари ҳақида ҳеч қандай маълумот йўқ. Аммо ўша пайтда замонавий юрак хирургияси ривожланишининг биринчи босқичи. экстракардияк жарроҳлик. 1939 йилда Гросс Боталлов каналини боғлай олди. 1945 йилда Блалоск Фаллот тетралогияси билан сиянотик болада субклавиан ва ўпка артериялари ўртасида биринчи анастомозни яратди ва ўша йили Срафоорд аортанинг коарктацияси тўғрисида биринчи муваффақиятли резекцияни амалга оширди.

Интратрачеал беҳушлик ва мушакларнинг гевшемеси, қорин бўшлиғида ва тананинг ҳар қандай бошқа қисмида узок муддатли операциялар учун ишончилиқни таъминлади. Бунинг таъсири остида травматологиянинг ривожланишида янги йўналиш бошланди. Иккинчи Жаҳон урушидан олдин ва ундан кейинги 10 йилдан ортиқ вақт давомида синишларни даволашда консерватив даволаниш усуллари устунлик қилган. Қадимги даврларда ишлатилган иммобилизация қилинган гипсли қопламалар тайёрланди, бошқа ҳолатларда еса иммобилизация суяк парчаларини чўзиш орқали амалга оширилди, ерта сафарбарлик еса жабрланувчини тикланиш учун имкон қадар тезроқ унинг оёқларига қўйишга ҳаракат қилди. Консерватив синишни даволашнинг қироли шоҳ Блер еди, у ҳозирги кунгача бутун дунёда қўлланилиб келинмоқда. Россияда бу йўналиш Р. Р. Вреден ва Г. И. Тёрнер, кейинчалик В. Д. Чаклин мактаби асосида ривожланди.

1958 йил бошида М.Е. Мюллер (Берн), М. Алигower (Базел) ва Н.Вилленеггер (Листал) бошчилигидаги 15 швейцариялик жарроҳлар ва ортопедлар остеосинтез бўйича ишчи гуруҳини туздилар (АО деб

кисқартирилган), унинг мақсади энг яхши амалиётларни ривожлантириш еди. синганларни жарроҳлик йўли билан даволаш, ишончли ва синчковлик билан кўриб чиқиладиган воситаларни яратиш, "суяк синишларини бирламчи даволаш" га еришиш. Бизнинг давримизда бахқиз ходисалар сони ва унга кўшилиб кетадиган жароҳатлар ва жароҳатлар даҳшатли эпидемия каби тарқалганда, ёриқларни консерватив даволаш билан бирга, АО фаолияти муҳим аҳамиятга ега. Й. Г. Дубров, А. Н. Беркутов, И. Л. Крупко асарлари остеосинтез ва синган жойларни жарроҳлик даволашга бағишланган.

Интрачечеал беҳушлик ешикни ва юрак бўшлиғини очди. 1940 йилларнинг охирида асосан Харкен ва Бейли юракда ёпиқ операцияларни ўтказиш усулини ишлаб чиқдилар ва шу билан юрак хирургияси ривожланишининг иккинчи босқичини бошладилар. Митрал стенозни анатомик торайиш сифатида жарроҳлик даволаш ғояси терапевт Брунтонга (1902) тегишли еди. Аммо унинг бир нечта муваффақиятсиз уринишларидан сўнг, 1948 йилда фақат кўрсаткич бармоғини ишлайдиган юрак атриясига киритиш орқали тарихдаги биринчи митрал комиссуротомияни амалга ошириш мумкин бўлди, бу сўнгги ўн йилликларда ўн минглаб одамларнинг соғлиғини тиклашга имкон берди. Бу операциялар елликкинчи йилларда А. Н. Бакулев, А. А. Вишневский, П. А. Куприянов томонидан муваффақиятли амалга оширила бошланди.

Аммо жарроҳлар кўр операция усулидан қониқишмади, врачнинг бармоғи юракка киритилганида кўзга кўринмас бир нарса йиртилиб кетди. Жарроҳликнинг қадимги қонуни шундан иборатки, жарроҳнинг барча ишлари кўз билан бошқарилиши керак.

1953 йилда Бигелов гипотермия остида юрак операцияларини ўтказиш усулини ишлаб чиқди. Шунинг учун жарроҳлар юрак бўшлиғига кенг йўл очиб бердилар. Бигеловнинг фикри қуйидаги мулоҳазаларга асосланган: юрак кенг очилиши мумкин ва унга операция фақат кўзнинг назорати остида



амалга оширилиши мумкин. Агар у қонсиз бўлса, вена кавасини сиқиб чиқаргандан сўнг, юрак тез орада унда бир неча ритмик ҳаракатлар билан қонни тўкиб ташлайди, қонсиз бўлиб қолади, шундан кейин уни очиб, керакли аралашувни амалга оширади. Бўш томирнинг сақланиши қон айланишини тўхтатишга олиб келади, қон босими нолга тушади, аъзолар кислород олмайди. Аниқланишича, юрак ва паренхимал органлар ярим соат давомида тўлиқ аноксияга тоқат қилолмайди, аммо мия ва айниқса унинг ривожланган қисми кул рангдир. Кислородни қабул қилмасдан мия моддаси 4 дақиқада қайтарилмас ўзгаришларга учрайди, аммо бундай қисқа вақт ичида қон айланишини тўхтатишнинг маъноси йўқ, чунки 4 дақиқада юрак бўшлиғида ҳеч нарса қилинмайди. пўстлок

Ҳарорат пасайиши билан метаболизм ва кислородга органларга еҳтиёж камаяди. Агар беморнинг танаси  $30^{\circ}\text{C}$  гача совутилса, кислороднинг емиши икки баравар камаяди ва миянинг аноксияга тоқат қилиш қобилияти вақт ўтиши билан 8 дақиқагача ошади. Бундай вақт ичида атриал септал нуқсонни тикиш ёки бошқа оддий операцияни бажариш мумкин. Қисқа вақт ичида юрак бўшлиғига кенг йўл очилди.

Бу шуни англатадики, юракни қон айланишидан чиқариб ташлаб, ўз ишини тегишли механизмга алмаштириши мумкин деган фикр пайдо бўлди. 1953 йилда Гиббон узоқ вақт давомида юрак ва ўпкаларни қон айланишидан ўчиришга имкон берадиган механизмни яратди ва шу билан очиқ юрак жарроҳлиги усулини ишлаб чиқди. Юрак хирургияси ривожланишининг учинчи даври бошланди. Бундай двигател ёрдамида кардиожарроҳлик пайтида қон иккита вена кавасидан, биринчи навбатда оксигенаторга (сунъий ўпкага), сўнгра юрак ўрнига кислородли қонни аортага сурадиган насосга (сунъий чап қоринча) тортилади. Бундай восита ёрдамида бир, икки ва ҳатто уч соатлик юрак операциялари бажарилиши мумкин, бунда енг мураккаб ривожланиш аномалияларини тўғирлаш, ескирган валфни ўзгартириш,

коронар томирнинг тикилиб қолган новдасини яширин томир ёрдамида алмаштириш мумкин.

Шундай қилиб, юрак бўшлиғига жарроҳ учун ўз вақтида кириш имконияти очилди. Аммо юрак ва ўпканинг ишини бир неча соат давомида алмаштириш фақат енг муҳим физиологик функциялар параметрларини доимий равишда кузатиб бориш ва алмаштириш механизмларини ўз вақтида тузатиш билан амалга оширилади. Нафас олиш ва қон айланишига таъсир қилувчи барча ўчирилган рефлексларнинг ўрнини тўлдириш керак. Бунинг учун операция хонасига физиологик ва биокимёвий лаборатория ва замонавий электрон жиҳозларни киритиш керак еди. Шундай қилиб, физиологик ёндашув жарроҳлик амалиётига ўтди.

#### **Назорат саволлари:**

1. Хирургияни ривожланиш боскичлари қанақа?
2. Эмпирик хирургия нима дегани?
3. Физиологик хирургия ривожланишига нима йул очиб берган?
4. Ўзбекистон хирургик ердэм курсатиш тизими нимадан иборат?
5. Хусусий клиник тизими, унинг моҳиятлари нимада?
6. Сугурта тизими нима?

#### **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.

## **2-мавзу: Хирургия соҳасидаги инновацион технологиялар.**

### **Режа:**

1. Хирургияда суғурталанган тиббиёт асослари.
2. Эҳтимолий муаммолар ва уларни ечиш йўллари.
3. Дунё замонавий хирургик йўналишларнинг олдидаги муаммолари ва истиқболлари.
4. Хирургия соҳасидаги инновацион технологиялар.

**Таянч иборалар:** суғурта, микрохирургия, трансплантология, каминвазив хирургия, эндопротезлаш, NOTES, SILS, SPL, робототехника, гибрид ва бошқа технологиялар.

Махсус техника ва ҳажм туфайли юрак жарроҳлиги шундай махсус ва катта жарроҳлик соҳасига айланди, унда муваффақиятли операциялар фақат махсус марказларда ўтказилиши мумкин.

Янги техниканинг ўзига хос "куртаклар" бор. Бу "сунъий буйрак" ёрдамида гемодиализ; тананинг ўсимта қисмини (екстремал, бачадон ва бошқалар) ситостатик препаратнинг концентрланган еритмаси билан ажратилган перфузияси; Трансплантация учун олинган органни (буйракни) трансплантацияга қадар совутиш билан перфузия ва ҳоказо. Ушбу усуллар ёрдамида бутун танани инфузия қилиш ўрнига, юрак ва ўпкаларни алмаштирадиган механизмлардан фойдаланган ҳолда тананинг айрим қисmlари ёки алоҳида аъзоларининг перфузияси қўлланилади.

Замонавий жарроҳликда синтетик материаллар муҳим рол ўйнайди. Шундай қилиб, ҳозирги вақтда қон томирларининг узоқ сегментларини синтетик қон томирлари билан алмаштириш мумкин, аксарият одамларда қорин аортаси ўрнига аккордеон шаклида синтетик найча қон ўтказди. Яна бир неча йилдан бери қалбларида пулсацияланувчи синтетик материалдан ясалган вана ўрнатилган бундай одамлар, бир йилдан кўпроқ

вақт давомида пулсацияланмоқда. Кўплаб одамларнинг ҳаёти таъсирланган тирнаш хусусияти қатламини алмаштирадиган юракка киритилган сунъий стимулятор туфайли сақланиб қолди. Турли хил синтетик ёпиштирувчи воситалар кенг қўлланилишини топмоқда, агар улар ўрнини босмаса, анъанавий жарроҳлик чокларини янада мустаҳкамлайди ва мустаҳкамлайди. Дастлабки муваффақиятларга олиб келган сунъий юракни яратиш учун доимий тажрибалар олиб борилмоқда (Де Бакей, В. И. Шумаков). Бу соҳада фундаментал муаммолар йўқ, амалда фақат иккита турдаги қийинчиликларни енгиб ўтиш керак. Биринчи тўсиқ қон ивишидир, чунки ҳозирда юракнинг ички қопламасида бўлгани каби қон ҳам ивиб қолмайдиган синтетик материаллар мавжуд эмас. Иккинчи муаммо - юракнинг сунъий энергиясини етказиб бериш. Йил давомида инсон юраги 50 миллион силкинишни бажаради - бу 5 миллион килограммлик иш. Агар биз 10% самарадорликни асос қилиб олсак, унда 1 кг оғирликдаги атом энергиясини етказиб беришга қодир сунъий юрак йилига 50 миллион килограмм энергия талаб қилади.

Замонавий жарроҳликда электр токи ёрдамида муҳим рол ўйнайди. Замонавий ДС дефибрилатор атриял ёки қоринча фибриляциясини битта зарба билан тўхтатиши мумкин. Ушбу таъсир юрак жарроҳлиги пайтида ҳам, реанимация ва кардиоверсияда ҳам қўлланилади. Сўнгги ўн йилликларда сунъий юрак ритмининг ҳайдовчилари синус тугунини, Унинг тўпламини алмаштиришга қодир ва механизм асосида жуда "қочиб кетган" юракни тийиб, юракнинг жуда секин ва тезлаштирилган ишини буюриб, юракни нормал ишлашига мажбур қилади.

Замонавий жарроҳликда мутлақо янги йўналиш - бу гипербарик кислороддан фойдаланиш. Бу жуда қизиқарли ғоя, унинг амалий тимсоли голландиялик Воогета-га тегишли. Ушбу усулнинг физиологик асослари қуйидагича: 100 мл артериал қонда 20 мл га яқин боғланган кислород

мавжуд. Ушбу миқдорнинг 98,5% гемоглобин билан махсус боғланиш билан боғлиқ ва фақат 1,5% қон плазмасида физиологик еритилган ҳолатда (яъни, атиги 0,3 мл ў, 100 мл). Биз нафас олаётган ҳавода кислород миқдори 20% ни ташкил қилади.

Инсон танаси аста-секин гипербарик муҳитга жойлаштирилиши мумкин. Гипербарик камерадаги босим 3 атм. (мутлақ атмосфера босимида). Ҳаво ўрнига хонада тоза кислород мавжуд. Шу билан кислород миқдорининг 0,3 мл дан 6,0 л <л / 100 мл гача, яъни йигирма марта кўпайишига еришилади. Агар шу билан бирга, инсон танаси 30 ° С гача совутилса ва шу билан кислородга еҳтиёж камайса, одам гемоглобинсиз тирик қолиши мумкин.

Масалан, кичкина чўчқанинг қонини тоза кислород билан гипербарик камерада, озгина гипотермия ҳолатида сақланадиган бўлса, уни реомакродекс билан алмаштириш мумкинлиги исботланди. Агар бир соатдан кейин реомакродексни қон учун яна ўзгартирсангиз, пиглет ҳеч нарса бўлмагандек ишлай бошлайди. Сиз қила оласиз

Гипербарик кислород камерасидаги катта ёшли одам танада 3500 мл кислородни тўплаши мумкинлигига ишонилади.

Нима учун буларнинг барчасини амалда қўллаш мумкин? Дастлаб улар гипербарик кислород камераси юрак жарроҳлигида ҳақиқий инқилоб қилади, деб ўйлашди, чунки бу қонсиз беморга операцияни бажариш учун ишлатилиши мумкин, чунки у қон томирларида фақатгина "сув" тарқатилади ва бу албатта жарроҳлик аралашувни енгиллаштиради. Аммо, бу унчалик емаслиги аниқланди: 100 мл қонга 6 мл кислород нормал метаболизмни таъминлаш учун етарли емас, яъни қон умуман ортиқча бўлмайди ва уни алмаштириш унчалик ҳам осон емас. Енди юрак жарроҳлигида гипербарик кислород камераси деярли ишлатилмайди.

Бундан фаркли ўлароқ, қон оксигенацияси бошқа бир қатор ҳолатларда жуда фойдали таъсирга ега эканлиги маълум бўлди. Гипербарик кислород хонаси беморнинг ҳаётини сақлаб қолиши мумкин, масалан, агар у захарланишдан азият чеккан беморга СО-гемоглобин парчаланадиган соатдан омон қолишга ёрдам берса. Шунга ўхшаш ҳолат ерготамин билан захарланишда қайд етилган. Бундай захарланиш билан бармоқлар ва оёқ бармоқларининг артериолаларининг узок ва қаттиқ спазмлари натижасида атрофда ишемик гангрена пайдо бўлади. Гипербарик кислород камерасидан фойдаланганда, кислород билан бойитилган қон атроф-муҳитга киради, бу еса аноксияни олдини олади.

Гипербарик кислород камерасининг ажойиб таъсири анаэроб инфекцияларга қарши курашда ҳам қўлланилади. Турли таёқчалар ва бошқа анаэроб бактериялар олов каби кислороддан кўрқишади. Гипербарик камерада шиша орқали гипербарик кислород таъсири остида аста-секин ранг ўзгаришини, мушакларнинг яраларини, газли шишга мойил, пиширилган гўштнинг ранги билан янгилашини кузатиш ёқимли. Бундай хона ёмон даволанадиган, яраси етиологиясининг яралари, масалан, оёқ яралари ва ҳоказоларни даволашга катта ҳисса қўшади. Ески кунларда кислород ҳаёт бахш етувчи деб номланган: ~ ҳар қандай ҳаётий фаолият унга боғлиқ. Шундай қилиб, жарроҳликда нафақат босим камералари, балки барча баросентерлар, баро-шифохоналар пайдо бўлди (Б.В. Петровский, С.Н. Ефуни).

Жарроҳнинг енг муҳим вазифалари патологик торайиш ва торайишни кенгайтириш, тананинг ескирган ёки шикастланган элементларини алмаштириш, қисқаси - инсон танасида ёмон бўлган ҳамма нарсани тузатиш ва такомиллаштириш. Ушбу мақсад жарроҳлик тарихи давомида тадқиқотчилар учун кўп асрлар давомида синган суякларни даволашдан бошлаб, нуқсонли юрак қопқоғини алмаштиришгача бўлган. Вақт ўтиши

билан, шунингдек, ёмонни тузатишнинг иложи йўқлиги, уни йўқ қилиш ва уни енг яхшисига алмаштиришнинг ҳожати йўқ деган фикр пайдо бўлди. Кундалик ҳаётда одам бунга кўникади, у хотиржам равишда ески кийимларни, мебелларни, машиналарни ва бошқаларни ўзгартиради.

Шундай қилиб, жарроҳликда трансплантация ғояси туғилди. Аммо органлар трансплантациясини амалга ошириш учун жарроҳлар кўплаб техник ва биологик муаммоларни йечишлари керак еди. Худди шу тузилмани биринчи егизак егизаклар учун биринчи трансплантациядан анча узоқ масофа бўлган, унинг мунологик номувофиқлиги йўқ; бундай егизакдан иккинчисига орган трансплантацияси ҳар доим муваффақиятли бўлади.

Аммо, аллоген (ирсий таркиби жиҳатидан фарқ қиладиган) организмга нисбатан идрок етувчи организм иммунологик ҳимоя қилади, ўзини "бегона" ҳис қилади, шунинг учун у ҳаракат қилади.

Саррел бизнинг асримизнинг бошларида итда қилган юрак ва юракни юрак-қон томир комплексини итга З.П.Демихов томонидан 1948 йилда, профессор Барнард томонидан одамга юрак трансплантациясидан олдин, аммо жарроҳлар барча техник қийинчиликларни енгиб ўтишган. Аммо трансплантация қилинган органни янги организмда соғлом сақлаш бу кунгача ҳал етилмаган муаммо. Жарроҳлар ишида биология, генетика ва иммунология муҳим рол ўйнай бошлади, бунинг натижасида катта муваффақиятларга еришилди. Айниқса буйрак трансплантацияси соҳасида сезиларли натижаларга еришилди. Ҳозир дунёда мутлақо нормал ҳаёт тарзини олиб борадиган кўплаб одамлар бор, уларнинг танасида касал буйрак ўрнига бошқа одамдан олинган соғлом одам ишлайди.

Бошқа органларга келсак, ҳозирги пайтда биз кутилмаган муваффақиятликлар ҳақида гапиришимиз керак. Трансплантация

килинган юрак, ўпка, жигар, ошқозон ости беги ва бошқалар билан яшайдиган одамлар сони жуда оз.

Ҳозирги вақтда трансплантация фақатгина иммунологик муаммодир. Ушбу ҳодиса билан курашишнинг икки йўли мавжуд. Бир йўли, иммунологик ёзиш усулидан фойдаланган ҳолда донор ва қабул қилувчини танлашдир, шунда улар ўртасида маълум, ҳеч бўлмаганда тахминий тўқима мувофиқлиги, антиженик муносабатлар мавжуд. Бироқ, мукамал иммунотолеранс фақат изоген антиженлардагина кузатилади: бир хил егизакларда автотрансплантация ёки трансплантация. Иммуниетга чидамлилиқ, қоида тариқасида, қариндошлиқ даражаси билан тесқари пасаяди.

Амалда, буларнинг барчаси ҳар бир донор орган учун (масалан, кўча-кўйдаги бахқиз ҳодисада вафот етганнинг буйраги ва бошқалар) трансплантацияни кутаётган енг "мос" қабул қилувчиларни топиш кераклигини аңлатади. Бу еҳтиёж трансплантация марказларини (масалан, Еуротрансплант) ташқил етиш билан боғлиқ бўлиб, бунда қабул қилувчиларнинг дастурлаштирилган маълумотлари асосида компютерлардан фойдаланган ҳолда у ёки бу учун енг мос донор танланади.

Иммунокорреқциядан ҳимояланишнинг яна бир усули иммуносупрессия, яъни қабул қилувчининг танасида иммунологик ҳимоя механизмларининг заифлашиши бўлиб, бу унга "сезмаслик", "нотаниш" одамни қабул қилиш имқонини беради. Иммуносупрессия воситалари биринчи навбатда ситостатик препарат имуран, преднизон, рентген ёки кобалт нурланиши, лимфоцитларга қарши глобулин. Аммо иммуносупрессия ҳам салбий томонларга ега: натижада у бегона бактериялардан ҳимоя қилувчи механизмларни фалаж қилади, қабул қилувчи ҳар қандай юқумли агентлардан ҳимоясиз бўлиб қолади. Шунинг



учун иммуносупрессияни яхши бажариш жуда қийин, бу иммунокоррекция Скйлла ва иммунологик ҳимоясизлик Чарйбдис ўртасидаги мураккаб маневр.

Трансплантация иммунологиясининг кашшофи Медавар ўз асарларининг бирида орган трансплантацияси туфайли жарроҳлик янги босқичга кўтарилишини айтади. Бироқ, бир қатор муаммолар ҳалигача ҳал қилинмоқда. Булар тўқима типификацияси, иммуносупрессия ва органларни сақлаш техникасини ривожлантириш.

Замонавий жарроҳлик тарихини ўрганиб чиқиб, жарроҳларнинг еҳтиёткорлик билан аралашини, уларга ҳаддан ташқари куч ва асбоб-ускуналар ва замонавий жиҳозлар бериш хавфи мавжудлигини кўришингиз мумкин. Мўъжизавий даволаш бу жарроҳнинг пичоғи эмас, ҳатто электрон сеҳргар ҳам эмас, балки тирик тўқималарнинг бизнинг аралашувимизга дош бериш қобилиятининг доимий ҳисоби. Голланнинг сўзларига кўра, бугунги кунда жарроҳнинг энг муҳим воситаси - кузатувчи, фикрлайдиган одамнинг мия ярим ярим шарлари бўлиб, ҳаракатларни фикрлаш мантиғи билан боғлайди.

Илгари бир ҳунармандчилик бўлган жарроҳлик ендиликда физиология, биокимё ва бошқа фундаментал фанларнинг ютуқларидан фойдаланмасдан имконсиздир. Ендиликда жарроҳлик - бу юқори маҳорат, санъат ва шу билан бирга амалий фан бўлиб, 20 йил ичида табиатнинг бир нечта сирларини очишга муваффақ бўлди. Бугунги кунда жарроҳлик - бу турли хил фанларнинг маълумотлари билан бойитилган жарроҳ-оператор қобилиятидир. Шундай қилиб, жарроҳлик тиббиёт фанининг энг кучли соҳасидир. Катта ёшли жарроҳни тайёрлаш тиббиётнинг бошқа соҳаларида мутахассис тайёрлашдан кўра кўпроқ вақт талаб этади. Гиппократ аллақачон айтган: "Ҳаёт жуда қисқа ва ҳунармандчиликни ривожлантириш учун кўп вақт талаб етилади".

### **Назорат саволлари:**

1. Суғурта нима дегани?
2. Микрохирургия тугрисида нима биласиз?
3. Трансплантология тугрисида нима биласиз?
4. Каминвазив хирургия нима дегани?
5. Эндопротезлаш нима дегани?
6. Куйидаги иборалар нима дегани: NOTES, SILS, SPL, работотехника, гибрид?

### **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.

#### IV АМАЛИЙ МАТЕРИАЛЛАР

**1-амалий машғулот: Хирургия йуналишидаги тез тиббий ердан курсатиш боскичларида замонавий ташхислаш ва даволаш усуллар.**

**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.

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 аппендэктомия операциясини бошидан утказган.

Операциядан кейинги улим даражаси Россиянинг ривожланган клиникаларида 0,2—0,3% ни, бизда эса урта ҳисобда 0,2% ни ташкил қилади. Улим курсаткичининг асосий сабаблари: беморларнинг шифохонага ётқизилишидан олдинги даврдаги қўйилган диагностик хатолар, баъзида шифохонага кеч ётқизиш сабабли йул қўйилган 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 яллиғланиши хамелеонсимон касаллик, у кутган жойда булмай қутилмаган

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 ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6—16 см, диаметри эса 5—9 мм булган ёпик. цилиндр шаклига эга булади. Ёши утган организмда усимта кичраяди, 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 чанок соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта куричакдан медиал ва латерал йуналишда юқорига ҳам кутарилиши мумкин, баъ-зан эса ут пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон усимта куричак оркасида ва хатто ретроперитонеал жойлашган булади. Баъзида, усимтани юқорида — жигар остида, ёки пастда — кичик чанок бушлиғида — жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан хар томонлама урал-ган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган булиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда булади. Баъ-зида чувалчангсимон усимтанинг тугма булмаслик ҳоллари ҳам уч-райди, лекин бу турдаги ходисалар камдан кам ҳолларда 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, кўпчи-лик ҳолларда узун булиб, узининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқди ичак,

умуртка поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай холатларда 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. appendicula-ris) 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 лимфоид 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 асоссиз ҳисобланади. Чувалчангсимон усимта фаолияти:

- ◆ Шиллиқ каватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида ами-лаза ва липаза булиб, овқат хазм қилиш жараёнида иштирок этади.

- ◆ Таркибида кўп микдорда лимфатик фолликулалар булиб, химоя вазифасини бажаради.

- ◆ Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон булиб, чувалчангсимон усимга ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошка аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса ке-либ чиқади: чувалчангсимон усимта инсон организмда 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 чиқади. Уткир аппендицитда инфекция кузгатувчиси булиб одатда стафилококклар, ичак таёкчаси, аралаш ва анаэроб флора хисобланади.

Уткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, аллергия, 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 боғлиқ 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 яллигланишга 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 санчик (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 тромбофлебити);
  - 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 соҳаси-га 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 каерга 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 айланиши 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 қуйидаги 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, Щеткин—Блумберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бири-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 мушакларининг 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 соҳасига 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 инфилтратларини 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:  $10 \times 10^9$  -  $18 \times 10^9$  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 чанок бўшлиғи аъзолари касалликлари билан: аёллар жинсий аъзоларининг ўткир, хуруж килган сурункали яллиғланишлари ва асоратлари, бачадондан ташқари хомиладорлик, аёллар жин-сий аъзоларининг хавфсиз ва хавfli 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 мумкин. Ўнг оёқнинг букилган контрактураси каби белгилар

билан ўтади ва оёқ ёзилганда Пти учбурчаги соҳасида оғриқ қайд қили-нади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ ун-чалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ходиса-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 инфильтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чақалоқлар 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 захарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг хажми 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 ҳимоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиқади ёки умуман бўлмай-ди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳаро-рати 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 иккин-чи 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 кечуви анчайин ўзгаради. Оғриқлар 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 сақдаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

### ЗАМОНАВИЙ ДИАГНОСТИК ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Меъда шираси анализи. Текширув нахорда ўтказилади. Меъда ингичка зонд билан зондланади ва йигилган суюқлик аспирация қилинади. Сунгра 1 соат мобайнида суюқликни доимий аспирация қилиб, кислотанинг базал ишланиши текширилади. Кислота-нинг базал ишланиши курсаткичлари буйича вагус тонуси ва унинг секретор аппаратга таъсири тугрисида билвосита ҳулоса чиқариш мумкин.

Максимал гистамин (пентагастрин) тести — секрецияни урга-нишнинг энг ахамиятли усуллари: меъда ширасининг ажралиши буйича шиллик парда патоморфологияси ҳолатига баҳо бериш мумкин. Гистаминнинг қушимча таъсири булиши мумкинлигини ҳисобга олиб, олдиндан антигистамин препаратлар юборилади. Меъда суюқлиги I соат ичида (0,024 мг/кг дозада гистамин юборилгандан кейин 30 минут ўтгач) аспирация қилинади. Секреция хажми, умумий кислоталик ва озод хлорид кислота титрлаш бирликларида, хлорид кислота дебети ммоль/соат ҳисобида қуйидаги формула буйича аниқланади:

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

Максимал гистамин (пентагастрин) тестларининг қуйидаги нормативлари фарқ қилинади: 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 тадкик килиш имконини беради. Бирок у Кей тестига караганда кам маълумот беради, уни хозирги вақтда хам 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, бирок, рН ни танада хам, антрал булимда хам бирданига аниклашга имкон беради.

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

Меъда ва 12-бармокли ичакнинг яра касаллиги патологиясидаги режали ва шошилишч хирургияда текширишнинг рентгенологик усулларида —

обзор рентгенография (озод газ борлигини аниқлашда яра тешилганига шубҳа бўлганда ёки яра перфорациясида), пневмогастрографияга (шубҳали холларда меъдага 2—3 л газ инфузия қилиниб такрор рентгенографияда) катта ахамият берилади.

Меъда ва 12-бармокли ичакни контраст рентгенологик текшириш нахорда утказилади. Бунда барий сульфат қабул қилишдан олдин меъдада эвакуация ёки гиперсекреция бузилишлари содир бўлганидан далолат берадиган талай микдордаги суюқликни аниқлаш мумкин, уни зонд билан чиқариш керак. Озрок микдордаги барий аралашмаси қабул қилингандан сунг шиллик парда рельефи аниқланади, 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 аниқланади. Динамик, флюорографик, кинематографик текширув электрон-оптик узгартиргичдан фойдаланиб олиб борилганда меъда моторикасини, унинг турли булимларини ва эвакуация муддатларини қайд қилиш мумкин.

Катор 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 аниқлашнинг энг қулай маълумот берадиган усули бўлиб,



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 бошкалар) 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 (юрак томирлар касалликларидан кейин).

Яра касаллиги этиологияси мураккаб ва хал килинмаган масала хисобланади. Хозирги вақтда омилларнинг 3 асосий гуруҳи: нерв, гуморал

ва махаллий омиллар мавжуд. Конституция, ирсият, ташки мухит 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, O/1 (кон группаси); стресс холатлар (касб-корга оид ва рухий зурикишлар, шикастлар, куйиш,) кислотали-ишкор мувозанат холатининг бузилиши, антродуоденал дисмоторика; овкатланишнинг нотугри мароми; сурункали оч колиш; 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 хосил булишига агрессия омиллари (хлорид кислота, пепсин, моторика бузилишлари, шиллик парда шикастлари, овкатланиш омиллари ва ташки мухит 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 хисобига олинадиган булса, консерватив даволашнинг хам, усулини танлашнинг хам 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 пенентрация 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 ҳам 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 — энгиллашади, 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 пенентрацияси хакида уйлаш лозим.

Одатда жараён кузиган даврда пайдо буладиган кусиш беморга бирмунча энгиллик 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 текширишлардан 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-бармокли 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-бармокли ичакнинг қушма яралари;

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

Меъда яраларининг келиб чиқиш сабаблари хилма-хил. Бош сабабчиларидан бири меъдадан пассажни бузилиши натижасида руй берадиган дуоденогастрал рефлюкс, пилородуоденал сегмент моторикаси бузилиши, пилорусдаги етишмовчилик ҳисобланади. 12-бармокли ичак ичидаги моддалар (лизолецитин, ут кислоталари) меъда шиллик пардаси химоя барьерини бузади, водород ионларининг жадал тесқари диффузияси эса шиллик парданинг бевосита жароҳатига атрофик гастрит бошланишига олиб келади. 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 кислота миқдорининг паст курсаткичлари водород ионларининг тесқари

диффузланиши, коплама хужайралар массаси камайиб кетган 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 чикишига, 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, бировк 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 ташкари), 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 беши, 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, биров, 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: овкатнинг торайган участка орқали қийинлик билан утиши меъданинг қучайган перистальтикаси билан қопланади, яъни компенсацияланади. Клиник жиҳатдан яра касаллигининг одатдаги симптомлари фонида меъданинг тулиб кетиш сезгиси, эпигастрийда, айниқса қуп овкат ейилгандан кейин оғирлик пайдо булади. Нордон кекириш, баъзан меъда суюқлиги аралаш нордон хидли қайт қилиш енгиллик беради. Рентгенологик текширувда меъда улчами нормал, биров гипермоторика, барийнинг уртача тутилиб қолиши аниқланади.

Субкомпенсацияланган стеноз меъдада туликлик хисси палагда булган тухум хиди келадиган ёқимсиз кекириш, санчиксимон оғрик, қорин гулдираши билан утади. Қусиш қупрок булади, беморлар узларини қусишга мажбур этадилар, у енгиллик беради. Қусуқ массасида ундан олдин ейилган овкат қолдиқлари булади. Беморларнинг ахволи

емонлашади, холсизланиш, озиб кетиш, сув-электролит баланси бузилишлари ифодаланган. Объектив текширишда эпилгастрийда «чайкалиш шовкини» кайд килинади. Рентгенологик нахорга меъдада суюклик, унинг перистальтикаси сустлашган, то-райган пилодуоденал канал оркали секинлашган эвакуация кайд килиниб, барий 6—12 соатгача тутилиб қолади. 24 соат утгач меъдада барий булмаиди.

Декомпенсацияланган стеноз меъдада суюклик эвакуациясининг кескин бузилиши, умумий холатнинг ёмонлашиши билан Меъдада суюкликнинг туриб қолиши меъданинг чузилиб кетишига, дилатациясига олиб келади, меъдада бир неча литргача суюклик тупланиб қолади, палагда булган тухум хиди келади кекириш пайдо булади. Атайин кузгатилган кусишдан кейин ахволи вақтинчалик энгиллашади, бироқ, тез-тез кайт килиш, куп микдорда суюклик, 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 булмаиди, меъда перистальтикаси секин ёки булмаиди, 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 чикарилмайди, 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;

I - радикал операциялар — декомпенсацияланган стенозда меъданинг 2/3 қисмини резекция қилиш гастродуоденоанастомоз Бильрот- I ёки гастрэнтероанастомоз Бильрот 2 усулида бажарилади (12-бармоқли ичакнинг стенозловчи яраси ва меъда ярасининг қушилиб қелиши; дуодено-стаз булганда ҳам), икки томонлама тутам ваготомияси билан антрумэктомия (уша курсатмалар булганда ва кислоталиликнинг юқори рақамларида); II- паллиатив операциялар-меъдани дренажлашнинг ҳар хил турлари (гастрэнтероанастомоз, гастродуоденоанастомоз, пилоропластика). Бирок операцияларнинг бу турлари алоҳида вариантда жуда оғир ётган, холсизланган ва кекса бемор-лардагина кулланилиши мумкин, чунки сакланиб қолган кислота ҳосил қиладиган ва секретор функциялар пептик яралар пайдо булишига 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 беморлар-нинг шикоятларини, анамнезни ва организмни физик усуллар би-лан текшириш натижаларини урганишга асосланади.

Беморлар қуйидагиларга энг куп шикоят қиладилар: оғрик, дис-пепсия, истма, эт жунжиқиши, тери қичиши, 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 булиши эхтимол. Физик текшириш усулларидан беморни куздан кечириш, пайпаслаб куриш, перкуссия, аускультациядан фойдаланилади. Улар анатомик ва функционал узгаришлар тугри-сида тушунча хосил килига имкон беради ва купинча беморни даволаш жараёнида унинг холати динамикасига бахо беришда асосий усуллардан саналади.

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

Билиар касалликларни диагностика килишда рентгенологик тек-шириш куп холларда хал килувчи ахамиятга эга булади.

Бемор корнини 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 кобилиятига асосланган булиб, уларнинг рентген контраст тасвирини олишга имкон беради. Вена оркали 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 киритилган катетер ёрдамида контраст модда юборишда иборат (2-расм).

Тери оркали, жигар оркали холангиография (ЧЧХГ) жигар ичидаги ут йулларини пункция қилиш, 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 аниқлаш ва сабабини билишга имкон беради. Текшириш учун ингичка пулат игналар ва рентгентелевизион мосламалардан фойдаланиш туфайли бу усул кейинги йилларда жуда кенг тарқалди.

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

Жигар ут йулларини ультратовуш билан текшириш. Ут пуфагини ультратовуш билан текширишда жуда қимматли маълумот олиш мумкин, бу уларда конкрементлар ёки яъни ҳосил булган тузилма-лар борлигини аниқлаш имконини беради.

Жигарни радиоизотоп текшириш — унинг радиоактив моддаларни ютиш хусусиятига асосланган. Шунга асосланиб, жигарнинг радиоактив препаратни ютиш динамикаси буйича функционал ҳолати аниқланади ва радиоактив препаратнинг жигар туқималарига тақсимланишига дойр морфологик хусусиятлари урганилади.

Ут йулларини эндоскопик текшириш усуллари. Хирургия ама-лиётида лапароскопияни аксарият жигарнинг учокли зарарланиши, ут йуллари

саратонини аниқлаш 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.

### **Назорат саволлари:**

1. Чувалчангсимон усимта жойлашувининг энг куп учрайдиган варианты?

2. Уткир аппендицитнинг қуринишлари?

3. Уткир аппендицит бошланган даврида беморларнинг асосий шикоятлари?

4. Уткир аппендицит бошланишида тана даражаси?

5. Уткир аппендицит бошлангич даврида қон таркибидаги узғаришлар?

6. Уткир аппендицит клиник белгилари ривожланган даврда беморларнинг асосий шикоятлари?

7. Уткир аппендицитда пальпация қилинганда қорин деворининг аҳоли?

8. Уткир аппендицитнинг асосий клиник симптомлари?

9. Уткир аппендицитнинг қорин пардаси яллигланишининг белгилари?

10. Уткир аппендицитда ректал ва вагенол текширишда аниқлаган симптомлар?

11. Уткир аппендицит ва ун буйрак, сийдик йули касалликлари уртасида дифференциал ташхис? Утказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?

12. Уткир аппендицит ва бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тухумдон кистаси ёрилиши, бачадон найлари яллигланиш уртасида дифференциал ташхис утказиш учун лозим бўлган текшириш усуллари?

13. Ёш болаларда уткир аппендицит кечишининг узига ҳос томонлари?

14. Хомиладорлик пайтида чувалчангсимон усимта топографиясининг узгариши?
15. Уткир аппендицит ташхиси тасдиқланган ёки гумон қилинган пайтларда даволаш тактикаси?
16. Чувалчангсимон усимтани топиш учун қуп қулланиладиган кесма?
17. Ретрторад аппендэктомия қандай бажарилади?
18. Уткир аппендицитда қорин бушлигини деренажлаш учун курсатмалар?
19. Аппендикуляр инфилтрат нима?
20. Аппендикуляр инфилтратда дифференциал ташхиси?
21. Аппендикуляр инфилтрат жаррох тактикаси?
22. Аппендикуляр инфилтрат билан огриган беморлар қорни қурилганда аниқланган узгаришлар?
23. Аппендикуляр инфилтрат билан огриган беморларда динамик қузатишда аниқланиши лозим бўлган курсатгичлар?
24. Аппендикуляр инфилтратни консерватив даволашдаги асосий вазибалар?
25. Аппендикуляр инфилтрат йиринглашнинг асосий белгилари ва ундаги жаррох тактикаси?
26. Операция вақтида аппендикуляр инфилтратда абсцесс йуқлиги аниқланган пайтидаги жаррох тактикаси?
27. Аппендикуляр абсцессда операция хажми?
28. Пилефлебитда даволаш тактикаси?
29. Аппендэктомиядан сунг ҳосил бўладиган абсцессларнинг типик жойлашуви?
30. Қорин 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: Режали хирургияда замонавий ташхислаш ва даволаш усуллари.**

**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, қусиш 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 шиллиқ билан қопланганлигига диққатини йўналтиради.

Беморнинг қорин пайпасланганда одатдагидан тортиқ бўлади. Яра касаллигининг кўзгалиш 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 (узок 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.

Ҳозирги 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: яралинг 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 чандиқланиши 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 чандиқлар 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-чандиқли 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 суюқ 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 қатлами 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.

Топ мутахассисли йўналишлари бўйича асосий хасталикларни ташхислаш учун қўлланиладиган замонавий усулларни 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. 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.

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

13. Кўкрак қафаси шикастлари. Пневмоторакслар: очик, ёпиқ, клапанли. Гемоторакс.

14. Қорин аъзолари ёпиқ шикасти. Шикастланиш натижасида ковак (ошқозон, ичак) ва паренхиматоз аъзолар (жигар, талоқ, буйрак) йиртилиши. Сийдик қопи йиртилиши.

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

16. 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 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–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 қуйилиши:** Фурунқўл, карбункул, абсцес, флегмона, сарамас, эризипеллоидлар 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 даволашнинг мураккаблиги билан алоҳида аҳамият касб этади.

Хирургик инфекция тушунчаси касал қўзғатувчи аэроб ва анаэроб инфекциянинг специфик ва носпецифик турлари келтириб чиқарадиган хирургик касалликларни ўз ичига олиб, ҳозирги замонда касаллик қўзғатувчиларнинг 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 қобилятига ва қаршилиқ кўрсатишга салбий таъсир кўрсатувчи ташқи муҳитнинг турли- туман омиллари ёки кўзгатувчилар хирургик инфекциянинг кўпайишига имконият яратади. Касалликнинг авж олишида касаллик туғдирадиган микроблар катта роль ўйнайди. Организмга тушган микроорганизмлар миқдори қанчалик кўп, улар қанчалик вирулентли ва организмнинг ташқи таъсирга қаршилиқ кўрсатиш нечоғлиқ заиф бўлса, хирургик инфекциянинг ривожланиш эҳтимоли шунчалик кўп бўлади.

Йирингли инфекция авж олишида тери ва шилимшиқ моддаларнинг қаршилиқ кўрсатиш қобиляти катта аҳамиятга эга. Шикастланмаган тери ва шиллиқ пардалар микробларга уларнинг организмга таъсир кўрсатиши учун ўтиб бўлмайдиган тўсиқ ҳисобланади.

Механик ва бошқа омиллар таъсири натижасида терининг энг устки қавати ва шиллиқ 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 огиб 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.



## КЎЧМА МАШҒУЛОТ

### 1-мавзу: Хирургик касалликларни ташхислашнинг инновацион усуллари.

#### Режа

1. Ўзбекистонда Соғлиқни сақлаш тизимида амалга оширилаётган ишлар
2. Хирургик касалликларни ташхислаш ва даволашнинг янги усуллари.

**Таянч иборалар,** ПЭТ, МРТ, фиброскан, фибротест.

#### ПОЗИТРОН ЭМИССИОН ТОМОГРАФИЯ

ПЭТ/КТ GE 128 Discovery MI DR– бу 128 та кесмали мультиспирал компьютер томографияси ва позитрон-эмиссия томографиясидан иборат гибрид сканер туркумига киради. Бу 2018 йилда ишлаб чиқарилган молекуляр тасвирларни кўриш учун мўлжалланган мутлақо 100% рақамли тизимга эга энг сифатли тасвир берувчи гибрид томографдир. Ушбу аппарат русуми GE Healthcare (АҚШ) компанияси ишлаб чиқариш линиясининг энг юқори чўққисида бўлиб, ҳозирда дунёнинг фақат учта давлатидаги клиникаларга ўрнатилган, жумладан АҚШ, Италия ва энди Ўзбекистонда ҳам. Бундан ташқари, ушбу ускуна модели МДХ мамлакатларида ҳали ўрнатилган эмас. Юқори сифатли, сезгир, замонавий, рақамли детекторларнинг мавжудлиги, диаметри 2-3 мм бўлган ўсмаларни аниқлаш имконини беради. Унинг юқори аниқлик кучи туфайли ускуна касалликнинг дастлабки босқичларида жуда ҳам кичик ўлчамдаги патологик ҳосилаларни аниқлашга қодир.

2018 йил 11 август кuni New Life Medical клиникасида Ўзбекистонда биринчи ПЭТ-маркази очилди. Бунда дунёнинг турли мамлакатларидан ташриф буюрган етакчи мутахассислар, жумладан Метин Чевинер (Туркия), профессор Кайремо Калеви (Финляндия), Юрий Ильин (Россия) ўз маърузалари билан чиқиш қилдилар. ПЭТ-КТ (ПЭТ-КТ) саратон касаллигини аниқлашнинг самарали ва замонавий усули ҳисобланади. Усул позитрон эмиссия (ПЕТ) ва компьютер томография (КТ) натижаларини бирлаштиради ва тасвирни юқори даражали аниқликдаги ўсмаларни ажратиб олиш имконини беради. Патологик хужайраларни аниқлаш учун турли радиофармпрепаратлар ишлатилади. <sup>18</sup>F-флородексоглицозанинг киритилиши билан беморнинг шахсий хусусиятларини инобатга олган ҳолда, тадқиқот арафасида тайёрланган препарат - ПЭТ / КТ текширувида қўлланилади. Препарат қисқа ҳаёт кечирувчи изотоп булиб, ярим парчаланиш даври 108 дақиқага эга. Бемор танасида парчаланиб, бир сутка давомида бутунлай йўқ бўлади ҳамда организмдан айирув тизими орқали чиқариб юборилади. Ядро тиббиёт марказига ўрнатилган ПЭТ/КТ ускунасида бемор танасини бошидан-оёғигача 20 дақиқа давомида батамом

текшириш имконини беради ва бу бошқа ПЭТ-сканерлар билан солиштирилганда сезиларли равишда тезроқ амалга оширилади.

Бунда молекуляр даражадаги хужайраларнинг метаболик даражаси бахоланади, шунинг учун у 4-5 мм гача бўлган ўсмани аниқлаш имконини беради. Ундан кичик ўлчамдаги ўсмаларни замонавий ПЭТ / КТ сканерлари аниқлашига имкон беради. ПЭТ / КТ ултратовуш, рентген, КТ, МРТ каби бошқа воситалар ёрдамида аниқланмайдиган ўсимталарини аниқлашга кодир.

Дунёда ҳар куни минглаб беморлар ПЭТ/КТда текширувлардан ўтишади. Расмий маълумотларга кўра, бугунги кунда Ўзбекистонда онкологик касалликка дучор бўлган 120 мингдан зиёд беморлар рўйхатга олинган. Уларнинг учдан бир қисми ҳар йили ПЭТ/КТ ускунасида текширувдан ўтиш учун хорижий давлатларга боришади. Мазкур текширувни New Life Medical клиникасида амалга ошириш сезиларли равишда, яъни 3-4 баробар арзонга тушади. Бундан ташқари, текширув натижалари ҳам беморга қисқа муддат давомида тақдим этилади.

Жараённинг ўзи кўп йиллик тажрибага эга бўлган мутахассислар гуруҳининг қатъий назорати остида ўтказилади. Циклотрон муҳандислари, радиокимёгарлар, радиофармацевтлар, радиолог шифокорлар, шу жумладан профессор, доцент, катта илмий ходимлар, фан докторлари ва номзодлари бир ёқадан бош чиқариб, ушбу ўта мураккаб, инновацион диагностика усулини амалга оширишда тинмасдан ишламоқдалар.

**FIBROSCAN** замонавий аппаратида оғрикларсиз ва хавфсиз бажариладиган жигарни фибросканердан ўтказиш 5-10 дақиқа ичида жигар фибрози ва циррозининг ривожланиш даражасини аниқлаб олиш, текширув натижалари ва врачнинг кечиктириб бўлмас маслаҳатини олишга имкон беради.

Фибросканердан ўтказиш-жигар ва гепатобилляр тизимни ноинвазив тадқиқот қилишнинг энг янги технологиясидир. Процедура, касалхонага ётқизиш, пациентни олдиндан текшириб кўриш ва тайёрлашни талаб этмайди, фибросканердан ўтказиш услуги мутлақо жароҳатсиз (аммо таъсирлаш даражаси УТТ процедураси билан тенг), лекин ўта ахборотчан ва юқори аниқлик билан жигардаги фибротик ўзгаришлар яққоллиги даражасини аниқлашда кўмаклашади, шу жумладан — циррозни дастлабки даврида диагностика қилишда ҳам. Фибросканердан ўтказиш услубияти туврли ёшдаги одамлар учун ҳам тўғри келаверади, терапия соҳасида муваффақият билан қўлланилади.



ПЭТ / КТнинг бир нечта афзалликлари бор:  
асимптоматик босқичдаги онкологик ўсмаларни аниқлаш хусусиятига эга;  
хавфсизлиги, оғриқсизлиги;  
танадаги хатарли жараённинг тарқалиши хақида тўлиқ маълумот бериши.  
Радиофармпрепарат 18Ф-фтордезоксиглюкоза универсал бўлиб, у барча хужайралар томонидан сўрилади, чунки тузилиши жихатидан глюкозага яқин. Ўсимта хужайралари дорини бошқа хужайралардан тезроқ абсорбциялайди, шунинг учун бу хужайралар сканерлашда аниқ кўринади. Препарат 24 соат ичида бемор танасидан чиқиб кетади.



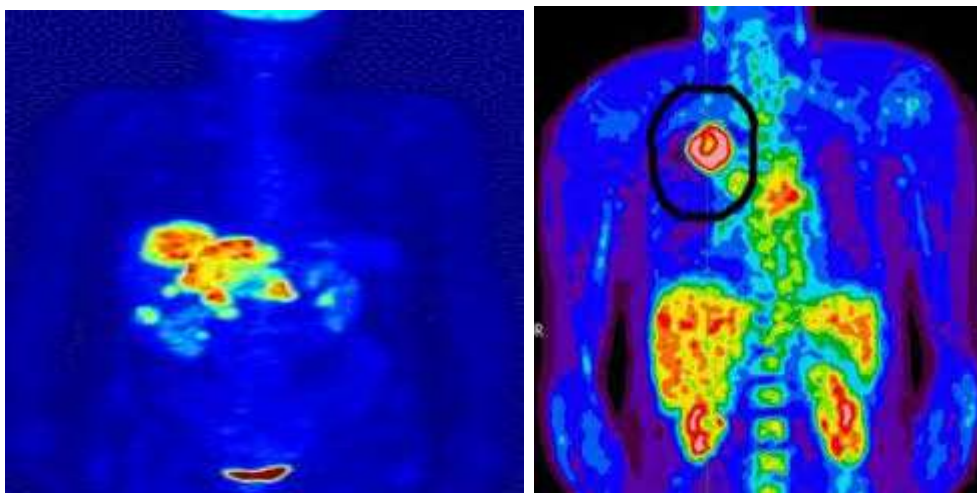
Беморнинг танасини сканерлаш орқали олинган ўсимта хужайраси тасвирини ёрқин нуқта сифатида кўриш мумкин, чунки улар соғлом тўқималарга қараганда 18 ФДГни кўпроқ абсорбция қилади. Шифокор рангнинг тўйинганлиги, катталиги, локаллашуви ва "иссиқ доғлар" сонига қараб ўсманинг шакли, даври, тарқалганлиги, босқичи тўғрисида хулоса чиқариш имкониятига эга.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар ва чекловлар .

Хомиладор аёллар учун ўтказилмайди. Эмизувчи аёллар текширув ўтказилганидан кейин 24 соат давомида болаларини эмизмасликлари тавсия этилалди. Тадқиқот диабет ва буйрак етишмовчилиги бўлган беморларда, силга чалинган беморларда эҳтиёткорлик билан ўтказилади. Сканерлаш қондаги қанд юқори бўлган ҳолатларда ўтказилмайди (8-10 ммол / л дан ортиқ).

Текширувдан икки кун олдин спиртли ичимликлар ва углеводли овқатлар (глюкоза, фруктоза, лактоза ва мураккаб углеводларни ўз ичига олган барча нарсалар: ширинликлар, ун, сут, шакарли ичимликлар) таъқиқланади.

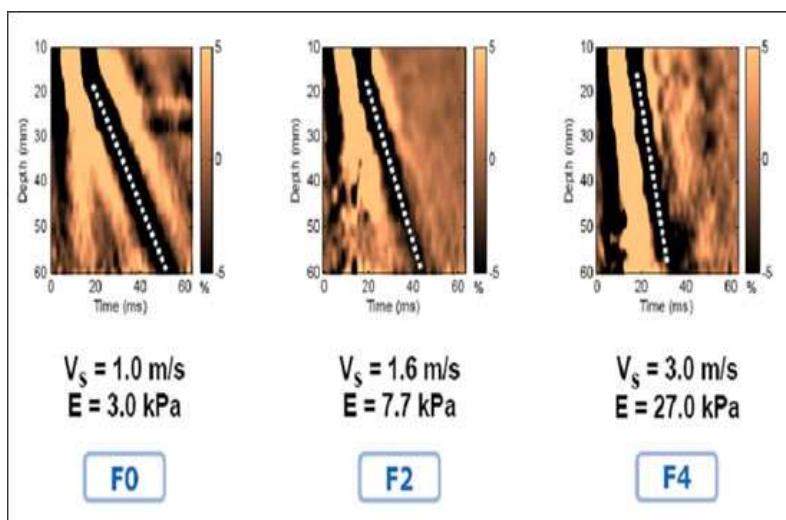
6 соат овқат емаслик керак. Текширувдан олдин кўп суюқлик истеъмол қилиш керак. ПЕТ / КТдан 2 кун олдин, жисмоний зўриқишлар, кучли меҳнат тақиқланади - совуқ ва оғир ҳаракат танадаги тўқималар метаболизмини кучайтиради. Кийим сиқмаслиги ва кийимда металл тугмалар бўлмаслиги керак.



Текширув пайтида беморлар тинч ётишлари, гаплашмасликлари, китоб ўқимасликлари, мобил телефондан фойдаланмасликлари керак. Препаратни юбориш беморга томир ичига амалга оширилади. Жараён оғриқсиз, баъзида исиб кетиш ҳисси билан кечади. Препарат бир соат ичида барча тўқималарда тарқалади. 18-ФДГ фаол ишлайдиган мушакларда тўпланади, бу натижаларга таъсир қилиши мумкин. Хужайра визуализациясини яхшилаш учун тоза сув ичиш мумкин.

**FIBROSCAN** аппаратида жигарни фибросканердан ўтказиш процедрасидан ўтиш тавсия этилган пациентларнинг хатар гуруҳига: сурункали жигар касаллиги бор деб тахмин қилишга асоси бўлган, В,С ва Д сурункали юқумли гепатитлари билан оғриган одамлар, жигар циррози диагнози қўйилган беморлар, шунингдек жигар фибрози даражасини

даволашгача, даволаш даврида ва ундан кейин динамикасида баҳолаш учун вирусга қарши терапия ўтказишни режалаштирган пациентлар кирадилар<sup>3</sup>.



Фиброскан бўйича жигар зарарланиши даражаслари  
 F0 – соғлом жигар  
 F1 — F3 фиброз даражаслари  
 F4- жигар циррози

Жигарнинг эластиклиги (зичлиги) килопаскалларда (кПа) ифода этилган аниқ жисмоний параметрдир. Ўлчовлар ўнлаб пунктларда

амалга оширилади, бу эса катта майдонларни баҳолаш қобилиятини оширади. Фибрознинг даражасини акс эттирувчи эластиклик даражаси тадқиқотчининг иштирокисиз, натижани баҳолашда субъективликни истисно қиладиган қурилма томонидан белгиланади. риоя қилиш



Бемор учун текширувнинг соддалиги ва қулайлиги, бу процедурани ультратовуш текшируви сифатида қўллаш мумкин. Гистологик текширув орқали аниқланган эластометрия, фиброз даражаси билан олинган натижаларга минглаб беморларда тасдиқланган.

Фиброз даражасини аниқлаш учун бемор учун тезкор, объектив ва қулай шароитда вирусли гепатитда диагностика имкониятларини сезиларли даражада кенгайтиради. Жигар ҳолатини аниқроқ баҳолаш антивирус терапиянинг бошланиши ҳақида қарор қабул қилишга имкон беради ва унинг натижаларини объектив баҳолайди. Одатдаги стандарт жигар текширувлари - биокимёвий (АЛТ, АСТ) ва ультратовуш текширувлари фиброз даражасига ҳар доим мос келмаслигини ҳам таъкидлаш жуда муҳимдир. Кўпинча одатдаги кўрсаткичларда юқори даражали фиброз

кузатилиши мумкин. Бундай холларда даволанишдан бош тортиш циррознинг тез шаклланишига олиб келиши мумкин.

**ФиброТест** биопсия ёрдамида олинган материалларни маҳаллий ўрганишда хатолик юзага келтириши мумкин бўлган ҳолатларда 95-99% холларда локализациясидан қатъий назар, барча босқичларда жигарда фиброз ва некротик ўзгаришларни аниқ ва сифатли баҳолаш имконини беради.

2016 йил январ ойида Франция Соғлиғи Сақлаш Вазирлиги ФиброТестни Гепатитнинг диагностикаси учун ишончли, инвазив бўлмаган яхши усул сифатида тасдиқлади. ФиброТест бу дунёдаги етакчи илмий журналларда чоп этилган 40 дан ортиқ халқаро клиник тадқиқотлар томонидан тасдиқланган ва тавсияланган ягона усулдир.

ФиброТест тести 2 ҳисоблаш алгоритмидан иборат ва олти хил биокимёвий қон параметрларини математик ишлов бериш натижалари асосида амалга оширилади: алфа2 макроглобулин, гаптоглобин, аполипопротеин А1, ГГТ (гамма глутамилтрансфераза), тотал билирубин ва АЛТ (аланин аминотрансфераза) шулар жумласидандир. Фибротест тестида ишлатиладиган ҳисоблаш алгоритми турли клиник тадқиқотлар бўйича аниқланди ва тестланди. Алгоритм патент билан ҳимояланган. Ушбу олти компоненти (гендер ва ёшни ҳисобга олган ҳолда) ўлчаш натижаларига қараб, ҳисоб-китоблар ФиброТестда амалга оширилади. Тадқиқот натижалари биокимёвий қон параметрлари бўйича маълумотларни қабул қилиб ва қайта ишлагандан сўнг келиб чиқади.

### **Назорат саволлари**

1. Сурункали гепатитларни диагностик стандартларини биласизми?
2. Сурункали гепатитларни даволаш стандартларини айтиб ўтинг?
3. Қандай тадқиқот усули циклотрон радионуклидлари билан белгиланган радиофармацевтик воситалардан фойдаланади?
4. Ноинвазив текшириш усуллари?
5. Дистрофия бу:

### **2- мавзу: Замонавий рентгенологик текширув усуллари. МСКТ, МРТ текширув усуллари. Радиацион хавфсизлик.**

#### **Режа**

- **1. Компьютер томография физик асосларини кўриб чиқиш.**
- **2. Магнит-резонанс томография физик асосларини кўриб чиқиш**

Ҳозирги кунда касалликларни аниқлашда нур ташхиси усуллари катта аҳамиятга эга. Тиббий радиология тиббиётни энг ёш ва ҳозирги вақтда динамик ривожланаётган фанларидан бири. Бугунги кунда шифокорлар эҳтиёжида турли, шу жумладан компьютер технологияларига асосланган



радиологик усуллар бор. Шу технологиялардан тўғри фойдаланиш учун, талабалар уларнинг физик асосларини, ташқи муҳит ва биологик объектларга таъсири, улар хосил қиладиган тасвирлар тури ва бошқа шу билан боғлиқ бўлган муаммолар билан яқин таниш бўлишлари керак

Шу мавзуни ўқитиш талабаларнинг нормал ва патологик анатомия, нормал ва патологик физиология, гистология, ички касалликлар, физика ва информатика бўйича билимларга асосланади. Дарс давомида олинган билимлар хирургик ва терапевтик стоматология, онкология, оториноларингология, неврология ва нейрохирургия, офтальмология, шошилиш ёрдам, эндокринология ва бошқа клиник фанлар ўрганилганда керак бўлади.

Компьютер томография (КТ) тарихи ва унинг замонавий тиббиётда ўрни. КТ-тасвир шаклланиш принциплари. КТда контрастланиш услуби. Сканлаш усуллари: кетма-кет, спирал, динамик ва х.к.. Текшириш параметрларини танлаш. Компьютер томограмма рентгенанатомик ва денситометрик тахлили. Хаунсфилд шкаласи. КТда радиацион химоя, нурланиш дозалари. КТ афзаллиги ва камчиликлари. КТ қўлланиш сохалари

Компьютер томография. 1972 й Кормак ва Хаунсфилд томонидан ихтиро қилинган. рентген усуллари энг юкори компьютер технологияси. рентген нурлари кулланилади. нурланиш юкори (масалан упка рентгенографияси – 0.15 мзв, упка КТ – 20 мзв), нурланиш дозаси текширув соха хажмига боғлиқ. аъзолар кундаланг тасвири 1-12 мм гача кесмаларда тушади, универсал усул («бошдан оёкгача»); укималар рентгенологик зичлиги Хаунсфилд шкаласи бўйича сувга нисбатан улчанади ва кундаланг; рентгенография нисбатан сезгир; рентген усулларига нисбатан юмшок тукималар яхшироқ куринади, лекин КТ афзаллиги – зич тукималар - суяк ва кальцинатлар; тез усул (1-2 с), эски аппаратларда – 2-3 мин; нафас билан синхронизация; зич тана ва структуралар – суяк, контраст, метал – артефакт хосил қилади; майда кесмалар олиш имконияти булгани учун – бошқа проекциядаги реконструкциядал аниқ чиқади; тез ердам усули; кулланиш сохалари – бош мия, кукрак қафаси, корин бушлиги, ретроперитонеум, таянч-харакат системаси – суяклар<sup>1</sup>.

**Хаунсфилд шкаласи.** - 1000Н дан (газ, хаво) = + 1000Н (зич суяк, контраст, кальцинат); уртада сув – зичлиги 0 тенг; манфий зичликлар – упка -650-850 Н, ег тукимаси = 30-100 Н; суёкликлар – киста 0+10Н, йиринг

+20+30 Н, кон - +30+50Н; юмшок тукима ва паренхиматоз аъзолар +30+50 Н; жигар =+50+70Н; ўткир гематома, ивиган кон - +60+90

- 1972 й Кормак ва Хаунсфилд томонидан ихтиро килинган
  - рентген усуллари энг юкори компьютер технологияси
  - рентген нурлари кулланилади
  - нурланиш юкори (масалан упка рентгенографияси – 0.15 мзв, упка КТ – 20 мзв), нурланиш дозаси текширув соха хажмига боглик.
  - аъзолар кундаланг тасвири 1-12 мм гача кесмаларда тушади
  - универсал усул («бошдан оекгача»)
  - тукималар рентгенологик зичлиги Хаунсфилд шкаласи буйича сувга нисбатан улчанади ва кундаланг
  - Рентгенография нисбатан сезгир
  - рентген усулларига нисбатан юмшок тукималар яхшироқ куринади, лекин КТ афзаллиги – зич тукималар - суяк ва кальцинатлар.
  - тез усул (1-2 с), эски аппаратларда – 2-3 мин.
  - Нафас билан синхронизация
  - Зич тана ва структуралар – суяк, контраст, метал – артефакт хосил килади.
  - Майда кесмалар олиш имконияти булгани учун – бошка проекциядаги реконструкциядал аниқ чикади.
  - Тез ердам усули
  - Куланиш сохалари – бош мия, курак кафаси, корин бушлиги, ретроперитонеум, таянч-харакат системаси – суяклар.
- 

Хаунсфилд шкаласи.

- - 1000Н дан (газ, хаво) = + 1000Н (зич суяк, контраст, кальцинат)
- уртада сув – зичлиги 0 тенг.
- манфий зичликлар – упка - -650-850 Н, ег тукимаси = -30-100 Н
- Суякликлар – киста 0+10Н, йиринг +20+30 Н, кон - +30+50Н
- Юмшок тукима ва паренхиматоз аъзолар +30+50 Н
- Жигар =+50+70Н
- Уткир гематома, ивиган кон - +60+90Н
- Суяк ва кальцинатлар +300+1000Н

Тукима зичлиги канча юкори булса ушанча окрок куринади.

КТ-классификация – оддий (рентген найчали), спирал, куп кесмали, электрон-нурли

### **МРТ тарихи. МРТ афзаллиги ва камчиликлари.**

Илёсов Т.Н. Тиббиет рентгенологияси. Т.: Ибн Сино, 2000



МРТ физик асослари, T1 ва T2 релаксация вақтлари. МР-тасвир хусусиятлари. T1, T2 ва протон зичлиги тасвирлар. Текширув ўтказиш услуги. Текширув параметрлари TR, TE, T1 танлаш. Махсус усулаблар: МР-ангиография, МР-урография, МР-холангиография. Магнит майдони ва радиотулқинларни одам организмига салбий таъсири. Беморлар инструктажи ва текширувга тайергарлиги. Бемор жойлантириш. МРТга специфик қарши кўрсатмалар. Беморлар премедикацияси. МРТ хонасида пациент ва персонал учун хавфсизлик чоралари. Магнит-резонанс спектроскопия.

МР-томография. Магнит-резонанс ходисасига асосланган – биологик туқималар кучли магнит майдонида резонанс радиотулқинлар ютади ва қайтаради. МР ходиса 1946 й Блоч ва Парселл томонидан очилган. 1чи МРТ 1982 й Дамадиян ва Лаутербур томонидан яратилган. Радиотулқинлар танамиздаги кичик магнитчалар билан ютилади. Булар – H, P, Na, N, C. H сув таркибига киради, кучсиз магнит ва факат кучли магнит майдонида (30-40 минг юкорирок) магнит хусусиятларини курсатади. Қайтган радиотулқинлар таҳлил қилинади ва улардан T1 ва T2 вақтлари саналиб – тасвирга айлантирилади. МРТ камида 3 хил тасвир бор – T1, T2, ва протон зичлиги (сув микдори) ва МР ангиография тасвирлари. Нурланиш йук, магнит майдони ва радиотулқинлар зарари ҳозиргача тасдиқлангани йук. 3 проекцияда тасвир. Юкори юмшок туқимали контраст. Ноинвазив ангиография. Ноинвазив миелография, холеграфия, урография. Суяклардан артефакт йук, мияча ва гипофиз соҳаси учун энг яхши усул. Туқималардаги метаболик жараенларни – МР-спектроскопия. ЭКГ синхронизация. Узок текшириш вақти. Энг қиммат усул. Нафас билан синхронизация қилиб бўлмайди,. Харакатланиш (нафас, кон оқими, перистальтика) ва металл артефактлари КТ нисбатан фазовий фарқлаш кичикрок – 3 мм кесмалар. Суяк булакчалари, суяк кортикал кавати, кальцинат, упка туқимаси яхши тасвирланмайди. МРТ классификацияси – магнит кучига қараб – кичик (0.3 Тгача), урта (0.3-0.5 Т) ва юкори майдонли (1.0-3.0 Т). МР-томографияга қатъий қарши курсатмалар: сунъий пейсмейкер, 2) куз, бош, умуртка ичидаги металик ед таналар, 3) кон томирларидаги ферромагнит клипсалар. Нисбий қарши курсатмалар: клаустрофобия, 2) хомила 1 уч ойлиги, 3) реанимацион сунъий вентиляциядаги касаллар, 4) текшириш соҳасида металик объектлар.

### **МР-ТОМОГРАФИЯ**

- магнит-резонанс ходисасига асосланган – биологик туқималар кучли магнит майдонида резонанс радиотулқинлар ютади ва қайтаради.
- МР ходиса 1946 й Блоч ва Парселл томонидан очилган.
- 1чи МРТ 1982 й Дамадиян, Лаутербур ва Мансфилд томонидан яратилган

- Радиотулкинлар танамиздаги кичик магнитчалар билан ютилади. Булар – H, P, Na, N, C.
- H сув таркибига киради, кучсиз магнит ва факат кучли магнит майдонида (30-40 минг юкорирок) магнит хусусиятларини курсатади.
- Кайтган радиотулкинлар тахлил килинади ва улардан T1 ва T2 вақтлари саналиб – тасвирга айлантирилади.
- МРТ камида 3 хил тасвир бор – T1, T2, ва протон зичлиги (сув микдори) + Ноинвазив ангиография Ноинвазив миелография, холеграфия, урография
- Нурланиш йук, магнит майдони ва радиотулкинлар зарари хозиргача тасдиқлангани йук.
- 3 проекцияда тасвир
- **Юкори юмшок тукимали контраст**
- Суяклардан артефакт йук, мяча ва гипофиз сохаси учун энг яхши усул
- Тукималардаги метаболик жараенларни – МР-спектроскопия
- ЭКГ синхронизация
- Камчиликлари
- Узок текшириш вақти
- Энг киммат усул
- Нафас билан синхронизация килиб булмаиди,.
- Харакатланиш (нафас, кон окими, перистальтика), металл ва ег тукимаси артефактлари
- КТ нисбатан фазовий фарклаш кичикрок – 3 мм кесмалар.
- Суяк булакчалари, суяк кортикал кавати, кальцинат, упка тукимаси яхши тасвирланмаиди.
- МРТ классификацияси – магнит кучига караб – кичик (0.3 Тгача), урта (0.3-0.5 Т ва юкори майдонли (1.0-3.0 Т)).
- Тукималарни T1 ва T2 вақтлари буйича характеристикалари:

| Тукима  | T1-тасвирда | T2-тасвирда |
|---|-------------|-------------|
| 1. Суяклик  | Кора        | Ок          |
| 2. Ег (суяк кумиги), колоид кисталар                  | Ок          | Ок          |
| 3. Кальцинат, пай, бойлам, кортикал суяк, хаво (упка) | Кора        | Кора        |
| 4. Уткир ости гематома                                | Ок          | Ок          |
| 5. Харакатланган кон                                  | Кора        | Кора        |
| 6. Бошка тукималар                                    | Урта        | Урта        |

### **МР-томографияга катъий карши курсатмалар:**

1. сунъий пейсмеркер, 2) куз, бош, умуртка ичидаги металлик ед таналар, 3) кон томирларидаги ферромагнит клипсалар

### **Нисбий карши курсатмалар:**

2. клаустрофобия, 2) хомила 1 уч ойлиги, 3) реанимацион сунъий вентилияциядаги касаллар, 4) текшириш сохасида металлик объектлар.

### **Назорат учун саволлар**

- Компьютер томография (КТ) тарихи ва унинг замонавий тиббиётда ўрни.
- КТ-тасвир шаклланиш принциплари.
- КТда контрастланиш услуби.
- Сканлаш усуллари: кетма-кет, спирал, динамик ва х.к..
- Текшириш параметрларини танлаш.
- Компьютер томограмма рентгенанатомик ва денситометрик тахлили.
- Хаунсфилд шкаласи.
- КТда радиацион химоя, нурланиш дозалари.
- КТ афзалиги ва камчиликлари.
- КТ қўлланиш сохалари

### **Адабиетлар**

- 1. Илёсов Т.Н. Тиббиет рентгенологияси. Т.: Ибн Сино, 2000
- 2. Ильясов Т.Н. Медицинская рентгенология. Т.: Ибн Сино, 2000
- 3. Линденбратен Л.Д., Лясс Ф.М. Медицинская радиология. М.: Медицина, 2003

## V. КЕЙСЛАР БАНКИ ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 1

45 ёш бемор узоқ муддат совукда бўлгач тана ҳарорати 39оС, 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 | Қоник ар-сиз жавоб |
|----|---|------------|-------------|---------------|--------------------|
| 1. | ўнг ўпка ўткир абсцесси   | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |
| 2. | кўкрак қафаси рентгеноскопияси, ўпка рентгенографияси, қон ва сийдик умумий анализи | 30         | 20-30       | 5-19          | 0-4                |
| 3. | ўпка 2 ва 6 сегментларида юмалоқ соя перифокал инфильтрация билан                   | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |

## ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 2

45 ёш бемор узоқ 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 энгиллашган. 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 | Қониқ ар-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 | Қониқ ар-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   | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
| реторакотомия қилиш,<br>қонаётган томирларни<br>тикиш ва боғлаш,<br>гемостатик даво, ОЦҚни<br>тўлдириш |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

#### ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 4

Ёш беморга ўнг ўпка кўпсонли сурункали абсцесслари бўйича пневмонэктомия қилинган. Операциядан сўнгги 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.<br>балл | Тўлиқ<br>жавоб | Нотўл<br>иқ жавоб | Қониқ<br>ар-сиз<br>жавоб |
|----|--|---------------|----------------|-------------------|--------------------------|
| 1. | хаста тарафда нафас олганда кучаювчи оғриқлар, қовурғалар оралиғининг силлиқлашуви, перкутор бўғиқлик, нафас шовқинлари эшитилмаслиги ва юқори тана ҳарорати хос, рентгенограммада горизонтал сатҳга эга гомоген соя | 20            | 10-20          | 5-9               | 0-4                      |
| 2. | гомеостаз ва КҚС коррекцияси, антибактериал терапия, қон ва оксил препаратлаи қўйиш, плеврал лаваж   | 30            | 20-30          | 5-19              | 0-4                      |
| 3. | плеврэктомия, ўпка   | 20            | 10-20          | 5-9               | 0-4                      |

|   |                                |  |  |  |  |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|
| декортикацияси,<br>бўшлиғини<br>Линберг<br>торакопластика | плевра<br>дренажлаш,<br>бўйича |  |  |  |  |
|---|--------------------------------|--|--|--|--|

### 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.<br>балл | Тўлиқ<br>жавоб | Нотўл<br>иқ жавоб | Қоник<br>ар-сиз<br>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, антибактериал терапия, юрак давоси, нафас аналептиклари  | 20            | 10-20          | 5-9               | 0-4                      |

### 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. Болаликдан 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 | Қоник ар-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, хансирашга шикоят қилади. Чап ўпка юқори бўлагида нафас суст. СОЭ 45 мм/соат. Балғам анализиде 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 | Қониқ ар-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 хидли, 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 биров суюқлик бор.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Сизнинг даволаш тактикангиз;

| №  | Жавоблар   | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-сиз жавоб |
|----|--|------------|-------------|---------------|--------------------|
| 1. | ўнг ўпка гангренази  | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |
| 2. | 5-7 кун давомида комплекс операция олди давоси (антибиотиклар, гемотрансфузия, гемосорбция, юрак препаратлари, инфузион-дезинтоксикацион терапия), ўнг тарафлама пневмонэктомия, иммунотерапия | 30         | 20-30       | 5-19          | 0-4                |
| 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, хаво 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 | Қоник ар-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 пломбиривка қилиш, гемостатиклар, бронхларни айрим интубация қилиш, гемостатиклар, бронхиал артериографияда 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 оғриқ, нафас етишмовчилиги пайдо бўлиб ёта олмаган. Туриш ёки ўтиришга мажбур бўлган. Кўкрак қафаси ўнг тарафи нафас олишда суст катнашади, перкутор ноғора товуши, аукультацияда – 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 | Қониқ ар-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 кирғоқлари каттиқлашган жигар пайпасланади.

I. Қон кетиш манбаи:

II. Ташхисни тасдиқловчи тешириш усули:

III. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул:

| №  | Жавоблар | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-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 кўзиши кузатилди. Охирги 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 | Қониқ ар-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, охирги 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 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?

Ш. Беморни даволаш учун сиз уни қаерга ва қандай жўнатасиз?

| №  | Жавоблар                                | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-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, Ps-120 зарба 1 минутда, «кофе қуйқа»сидек қусган, ичи қора рангда келган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. ОИТ дан қон кетиш кўп кузатиладиган сабаблари:

A. \*

B. Геморрагик гастрит

B. Меллори-Вейс синдроми

G. Эрозив гастрит

D. Тактикангиз

| №  | Жавоблар   | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-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, аминаокапрон кислота, дицинон тавсия қилиш,<br>антиацидлар тавсия қилиш,<br>H <sub>2</sub> блокаторлар тавсия қилиш, | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |

## ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 15

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 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 | Қоник ар-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 3чи марта қон кетиши. Олиб борилган консерватив даво муолажаларидан сўнг қонли қусиш тўхтади. Гемоглобин миқдори 60 днан 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 | Қоник ар-сиз жавоб |
|----|---|------------|-------------|---------------|--------------------|
| 1. | ярадан қон кетиши қайталамоқда  | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |
| 2. | такрор ЭГДФС ўтказиш қонни вақтинчалик тўхтатиш ва кейинчалик оператив даво | 30         | 20-30       | 5-19          | 0-4                |

|    |   |    |       |     |     |
|----|---|----|-------|-----|-----|
|    | учун  |    |       |     |     |
| 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 | Қониқ ар-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 <sub>2</sub> 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, кўпikli қон келиши билан келди. Умумий аҳволи оғир тери копламлари 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 | Қониқ ар-сиз 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 куйкаси»дек қусиш кузатилди. Илгари бундай ҳолат кузатилмаган. ОИТ томонидан шикоятлари бўлмаган.

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз;

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усул;

III. Биринчи навбатда қандай чора кўриш керак;

| №  | Жавоблар  | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-сиз 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, аминокапроин кислотадацинон тавсия қилиш, антиацидлар тавсия қилиш, H <sub>2</sub> 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 талоқ 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 | Қоник ар-сиз жавоб |
|----|---|------------|-------------|---------------|--------------------|
| 1. | жигар циррози, портал гипертензия, қизилўнгач 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. Охирги 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 | Қоник ар-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% ОЦҚ 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 | Қониқ ар-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 усуллари қўллайсиз;

### III. Тактикангиз;

| №  | Жавоблар  | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қоник ар-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% викасол, аминаокапрон кислота, дицинон тавсия қилиш,<br>Антиацидлар тавсия қилиш,<br>H2 блоқаторлар тавсия қилиш | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |

### ВАЗИЯТЛИ МАСАЛА 24

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 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 | Қоник ар-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 | Қониқ ар-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, аминоксапрон 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 қийслаш керак:

| №  | Жавоблар  | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-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 инфилтрация бермаган ва кизилўнгачга ўсиб кирмаган 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 | Қониқ ар-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 Ps-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 усулларини ўтказиш лозим деб топардингиз?

III. Беморни даволаш учун сиз уни қаерга ва қандай жўнатасиз?

| №  | Жавоблар                                | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-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 | Қониқ ар-сиз жавоб |
|----|--|------------|-------------|---------------|--------------------|
| 1. | қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |
| 2. | жигар ости блоки                                   | 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 қусишдан сўнг қонли қусиш кузатилди. Бемор сут беги раки сабабли химиотерапия курсини олмоқда. Ҳар бир курс кучли қусиш билан кўзатилмоқда. Бемор рангпар, ҳолсиз.

I. Сизнинг ташхисингиз;

II. Ташхисни тасдиқлочи тешириш усули;

III. Тактикангиз;

| №  | Жавоблар   | макс. балл | Тўлиқ жавоб | Нотўлиқ жавоб | Қониқ ар-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, H2 блокаторлар, пратон помпа ингибиторлари) | 20         | 10-20       | 5-9           | 0-4                |

## VI. ГЛОССАРИЙ

| Термин                     | Ўзбек тилидаги шарҳи   | Инглиз тилидаги шарҳи   |
|----------------------------|--|---|
| <b>АНГИОГРАФИЯ</b>         | 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.     |
| <b>АНОСКОПИЯ</b>           | Аноскоп ёрдамида текшириш усули  | research that is carried out using a special instrument - anoscope                          |
| <b>АРТРОСКОП</b>           | Бўғин бўшлиғини текшириш учун асбоб  | device inserted into a joint to its inspection  |
| <b>АРТРОСКОПИЯ</b>         | Эндоскоп ёрдамида бўғин бўшлиғини текшириш ва амалиёт бажариш                                      | research and operations in the joint cavities rigid endoscope                               |
| <b>БЕРНШТЕЙН ТЕСТ</b>      | Кислотани ошқозондан қизилўнғачга тушганини текширувчи синама                                      | test to determine whether heartburn caused by acid gets into the esophagus from the stomach |
| <b>БИОПСИЯ</b>             | Анализ учун тўқимадан синама олиш  | taking a piece of tissue for analysis   |
| <b>ВЕНТРИҚЎЛОСКОПИЯ</b>    | Мия ошқозончаларини текшириш усули   | the study of the brain ventricles via fiber optical devices                                 |
| <b>ВИДЕОЛАПАРОСКОП</b>     | Видекамера, лапароскоп, ёритувчи ва нурли асбоб  | device that combines a video camera, a laparoscope, lighting, optical fiber                 |
| <b>ГАСТРОДУОДЕНОСКОПИЯ</b> | Эндоскоп ёрдамида ошқозон ва ун икки бармоқли ичак бўшлиғини                                       | Method antrum and duodenum examination using an endoscope                                   |

|                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
|                                     | текшириш   |   |
| <b>ГИСТЕРОСКОП</b>                  | Махсус нурлар билан мослаштирилган асбоб                                   | hollow instrument, equipped with a special lighting device                      |
| <b>ГИСТЕРОСКОПИЯ</b>                | Бачадон ичини эндоскопик текшириш ва муолажалар ўтказиш                    | endoscopic research, medical and surgical manipulation into the uterine cavity  |
| <b>ДЕФЕКОГРАФИЯ</b>                 | Аноректор соҳани текшириш усули, дефекация жараёнини кўрсата бериши мумкин | X-ray of the anorectal area, reflecting the full value of the act of defecation |
| <b>КОЛОНОСКОПИЯ</b>                 | Йўғон ичакни кўриш учун текшириш усули                                     | study, in which the doctor can see the colon throughout                         |
| <b>КОЛОРЕКТАЛ ПАССАЖНИ ТЕКШИРИШ</b> | Югон ичакдан пассаж жараёнини кўриб бера оладиган текшириш усули           | test to determine how food moves through the large intestine                    |



## **VII. АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ**

### **Ўзбекистон Республикаси Президентининг асарлари:**

1. Каримов И.А. Юксак маънавият – енгилмас куч. Т.: “Маънавият”. – Т.: 2008.-176 б.
2. Каримов И.А. Ўзбекистон мустақилликка эришиш остонасида. Т.: “Ўзбекистон”. –Т.: 2011. -440 б.
3. Каримов И.А. Она юртимиз бахти иқболи ва буюк келажаги йўлида хизмат қилиш – энг олий саодатдир. –Т.: “Ўзбекистон”, 2015. – 302 б.
4. Мирзиёев Ш.М. “Эркин ва фаровон, демократик Ўзбекистон давлатини мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз” мавзусидаги Ўзбекистон Республикаси Президенти лавозимидаги киришиш тантанали маросимида бағишланган Олий Мажлис палаталарининг қўшма мажлисидаги нутқи. – Т.: “Ўзбекистон”, 2016. – 56 б.
5. Мирзиёев Ш.М. “Қонун устуворлиги ва инсон манфаатларини таъминлаш – юрт тараққиёти ва халқ фаровонлиги гарови” мавзусидаги Ўзбекистон Республикаси Конституцияси қабул қилинганининг 24 йиллигига бағишланган тантанали маросимдаги маърузаси. – Т.: “Ўзбекистон”, 2017. – 48 б.
6. Мирзиёев Ш.М. Танқидий таҳлил, қатъий тартиб-интизом ва шахсий жавобгарлик – ҳар бир раҳбар фаолиятининг кундалик қонидаси бўлиши керак. –Т.: “Ўзбекистон”. – 2017.– 102 б.
7. Мирзиёев Ш.М. Буюк келажагимизни мард ва олижаноб халқимиз билан бирга курашимиз. – Т.: “Ўзбекистон”, 2017. – 488 б.
8. Мирзиёев Ш.М. Миллий тараққиёт йўлимизни қатъият билан давом эттириб, янги босқичга кўтарамиз. – Т.: “Ўзбекистон”, 2017. – 591 б.

### **Норматив-ҳуқуқий ҳужжатлар**

9. Ўзбекистон Республикасининг Конституцияси. – Т.: Ўзбекистон, 2018.
10. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 7 февралдаги “Ўзбекистон Республикасини янада ривожлантириш бўйича Ҳаракатлар стратегияси тўғрисида”ги 4947-сон Фармони.
11. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 5 июлдаги “Ёшларга оид давлат сиёсати самарадорлигини ошириш ва Ўзбекистон ёшлар иттифоқи фаолиятини кўллаб-қувватлаш тўғрисида”ги 5106-сон Фармони.
12. 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 4732-сон Фармони.

13. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 27 августдаги “Олий таълим муассасалари раҳбар ва педагог кадрларининг узлуксиз малакасини ошириш тизимини жорий этиш тўғрисида”ги ПФ- 5789-сонли Фармони.

14.Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 11 июлдаги “Олий ва ўрта махсус таълим соҳасида бошқарувни ислоҳ қилиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПФ-5763-сонли Фармони.

15. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2019 йил 11 июлдаги “ Олий ва ўрта махсус таълим тизимида бошқарувнинг янги тамойилларини жорий этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-4391-сонли Қарори.

16. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 2 февралдаги “Коррупцияга қарши курашиш тўғрисида”ги Ўзбекистон Республикаси Қонунининг қоидаларини амалга ошириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2752-сонли Қарори.

17. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2017 йил 20 апрелдаги “Олий таълим тизимини янада ривожлантириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги ПҚ-2909-сонли Қарори.

18. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2012 йил 26 сентябрдаги “Олий таълим муассасалари педагог кадрларини қайта тайёрлаш ва уларнинг малакасини ошириш тизимини янада такомиллаштириш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 278-сонли Қарори.

19. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2015 йил 3 декабрдаги “Олий ва ўрта махсус, касб-хунар таълими муассасаларининг бошқарув кадрлари захирасини мақсадли ўқитишни ташкил этиш чора-тадбирлари тўғрисида”ги 351-сонли Қарори.

#### **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 all. 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 трансфузиологии. 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 бошқалар//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](http://www.med.knig.biz/index.php)
2. [www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm](http://www.tgma.ru/formation/kafedra.vulnus.htm)

3. [www.bookmed.ru/illustrated.php](http://www.bookmed.ru/illustrated.php)
4. [www.shop.medicinform.net/showtov.asp](http://www.shop.medicinform.net/showtov.asp).
5. [www.suggeryinfection](http://www.suggeryinfection)
6. [www.generalsurgery](http://www.generalsurgery)
7. [www.tma.uz](http://www.tma.uz)
8. [www.zionet.uz](http://www.zionet.uz)
9. [www.edu.uz](http://www.edu.uz)