

**Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги
Самарқанд Давлат Тиббиёт Институти**



РЕФЕРАТ

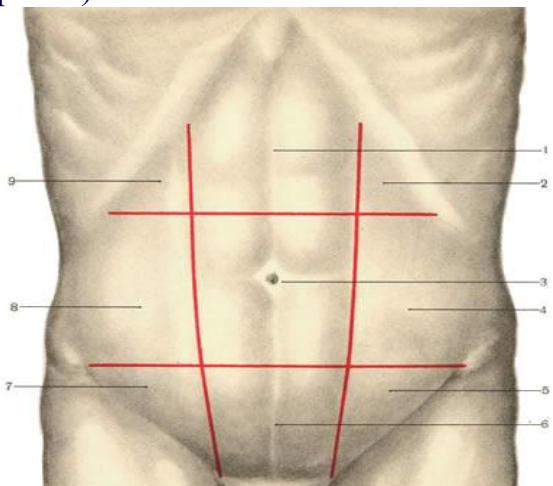
Мавзу: Ўткир қорин синдроми

Бажарди: Буриев Б.

Самарқанд 2017 йил

Қорин бўшлиғида барча қорин аъзолари жойлашган. Унинг чегаралари: олдиндан ва ён томонларда – қорин олд ва ён деворлари, оркадан – бел соҳаси, юкорида - диафрагма, пастда - кичик чанок аъзоларини чегараловчи шартли равишда утказилган чизик.

Қорин соҳалари – қорин олд деворида шартли утказилган туртта чизик уни 9 анатомик соҳаларга булади. Иккита вертикал чизик ков думбокларидан бошланиб, қорин тугри мушаклари ташки кирралари буйлаб утказилади. Иккита горизонтал чизиклар: юкориги – ковурга ёйларининг энг пастки кирралари буйлаб, пастки – ёнбош сүяклар олд юкориги кмрралари буйлаб утказилади. Юкори каватда (эпигастрый) унг ва чап ковурга ости соҳалари, ва эпигастралсоҳа. Урта каватда (mezogastrий) – **киндик** ва унг, чап ён соҳалар. Пастки каватда (гипогастрый) – **унг** ва чап ёнбош соҳалар хамда **ков соҳаси**.(1-расм.)



- 1 — regio epigastrica;
- 2 — regio hypochondriaca sinistra;
- 3 — regio umbilicalis;
- 4 — regio lateralis sinistra;
- 5 — regio inguinalis sinistra;
- 6 — regio pubica;
- 7 — regio inguinalis dextra;
- 8 — regio lateralis dextra;
- 9 — regio hypochondriaca dextra.

Расм 1.

Қорин бўшлиғи – қорин девори ва бўшлиғи аъзолари орсидаги бушлик хисобланади.

Кундаланг чамбар ичак ва унинг туткичи қорин бўшлиғини икки каватга булади.

Қорин бўшлиғи **юкори каватида** жигар ва ут пуфаги, кизилунгач абдоминал кисми ва ошкозон, талок ва ун икки бармок ичакнинг юкори кисмлари жойлашган.

Қорин бўшлиғининг **пастки каватида** ун икки бармок ичакнинг колган кисмлари, ингичка ичак, куричак ва аппендикуляр усимта, кутарилувчи, тушувчи чамбар ичаклар, сигмасимон ват угри ичак, ковук ва ички жинсий аъзолар жойлашган.

Қорин бўшлиғининг пастки кавати туртта соҳага булинади: иккита учбурчак шаклдаги **синуслар** ва улар атрофида жойлашиб, буйламасига йуналган ён **каналлар**.

Қорин парда – ярим утувчан, актив функцияланувчи мембрана хисобланиб, турли функцияларни бажаради: **резорбтив** – қорин бўшлиғидаги суюкликларни суриб олиш; **экссудатив** – суюкликлар ва фибрин ажратиш функциялари; **барьер** функция – механик ва инфекциялардан саклаш.

Ошкозон қорин бўшлиғининг юкори каватида жойлашган булиб, куп кисми (тахминан 3/4) урта чизикдан чапда жойлашган.

Ошкозонда олд ва орка деворлари, катта ва кичик эгриликлари, туртта кисми ва иккита сфинктер механизмларидан иборат.

Меъда кисмлари - кардиналёки киравчи кисм, **Меъда туби ёки гумбаз, танаси, антрап** ёки препилорик кисмлардан иборат.

Сфинктерли механизмлар: кизилунгач-ошкозон сфинктери (кизилунгач пастки сфинктери) ва пилорик сфинктер.

Иннервация.Парасимпатик харакат иннервация н. vagus хисобига амалга оширилади. **Симпатик** иннервация (харакат ва сезги) қорин узани тугуни оркали амалга оширилади.

Кон билан таъминланиши. Артериал кон ошкозонга унг ва чап меъда, унг ва чап меъда-чарви ва меъда калта артериялари оркали амалган оширилади. **Веноз кон** меъдадан пастки кавак ва дарвоза веналарига кетади.

Меъда функциялари хилма-хил булиб:

- а) Резервуар – овкат кабул килиш учун;
- б) Секретор (меъда шираси ва антианемик Кастл ички омилини ишлаб чикириш учун);
- в) Экскретор – меъда бўшлиғига токсик моддаларни чикириш учун;
- г) Инкретор - гормонлар синтези;
- д) Сурувчи – сув, алкоголь ва бошқа баъзи моддаларни сурувчи;
- е) Мотор – овкат лукмасини ун икки бармок ичакка утишини таъминлашда;
- ж) Барьер – меъда ширасининг бактерицид таъсири, шилликли-бикарбонат барьернинг мавжудлиги;

Ун икки бармок ичак – ингичка ичакнинг бошлангич кисми булиб, узунлиги 25-30 см атрофида булиб, қорин орти соҳасида жойлашган. Унинг юкориги, пастки ва ун икки бармок-оч ичак бурмалари ва туртта кисми фарқланади:

а) **Юкори горизонтал** - пилорик сфинктердан кейин жолашиб; узунлиги 4-5 см атрофидабулиб, қорин урта чизигини Th12 – L1 умурткалари соҳасида кундалангига кесиб утади;

б) **Тушувчи кисм** (узунлиги уртacha 7-10 см.) L3 умурткаси соҳасида унгда жолашган; ушбу кисмда умумий ут йули ва панкреатик йул очилади;

в) **Пастки горизонтал кисм** (узунлиги таҳминан 10-12 см.) қорин урта чизигини L3 умурткаси соҳасида кесиб утади;

г) **Кутарилувчи кисм** (узунлиги 2,5-5 см.) L2 умурткаси соҳасида чапда юкорига кутарилади, шу соҳада тез холати узгариб оч ичакка утиб кетади. **Артериал кон билан таъминланиши:** умумий жигар (юкори панкреатодуоденал артерия) ва юкори туткич артерияси (пастки панкреатодуоденал артерия) тармоклари оркали.

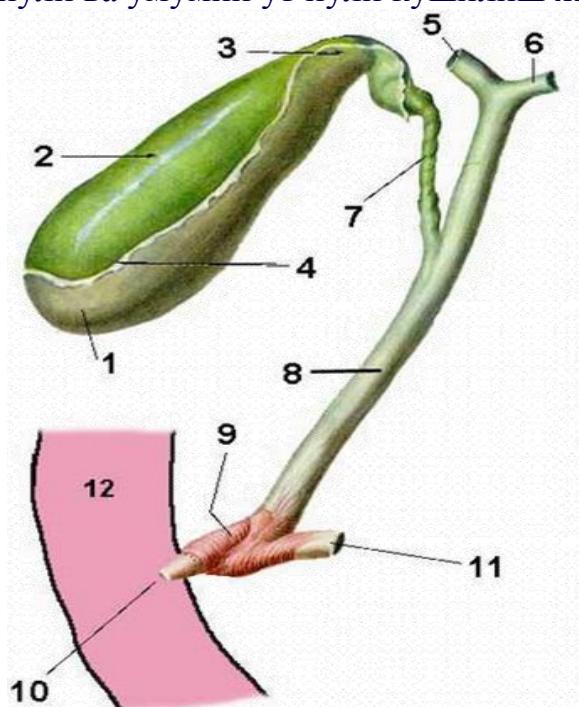
Веноз кон артериялар билан бир хил номланган веналар оркали амалга оширилади. Ушбу веналар пастки кавак ва дарвоза веналарига кетади.

Унг ва чап жигар ут йуллари жигардан чикиш жойида умумий жигар йулини хосил килади (узунлиги 3-4 см). Умумий жигар ва пуфак ут йуллари умумий ут йулини хосил килади (8-10 см узунликда ва 3-10 мм диаметрда).

Умумий ут йули турт кисмдан иборат: **супрадуоденал** (умумий жигар ва пуфак ут йуллари кушилган жойдан ун икки бармок ичак ташки кисмигача), **ретродуоденал** (ун икки бармок ичак ташки кисмидан меъда ости бези бошчасигача), **панкреатик** (меъда ости бези бошчаси оркали ёки унинг оркасидан утади), **интрамурал** (ун икки бармок ичак девори ортида жойлашган). Ут йули ун икки бармок ичакда Фатеров сургичи сохасида очилади.

Одди сфинктери ун икки бармок ичакда умумий ут йули келиб куйиладиган Фатеров сургичидаги ампулада жойлашган булиб, ут суюклигини ун икки бармок ичак бўшлиғига тушишини бошкаради.

Умумий жигар ут йули, пуфак ут йули ва пуфак артерияси **Кало** учбурчагини хосил килади. Ут йулларида ут харакатини бошкарувчи сфинктерлар мавжуд: ут пуфагибуйинчасида **Люткенс** сфинктери, пуфак ут йули ва умумий ут йули кушилиш жойида **Миризи** сфинктери бор (расм 2).



расм 2.

- 1 – ут пуфаги туби,
- 2 - танаси,
- 3 – буйинчаси,
- 4- жигар билан кушилган жойи,
- 5 – унг ва 6 – чап жигар ут йуллари,
- 7- пуфак ут йули
- 8 – умумий ут йули
- 9 - Одди сфинктери,
- 10 - Фатеров сургичи,
- 11 – меъда ости бези йули (Вирсунг).

Меъда ости бези – ташки ва ички секреция аъзоси булиб, юкорин орти бўшлиғида L1 – L2 умурткалар сохасида жойлашган. Унинг бошча, танаси ва дум кисмлари фаркланди. Бошча кисми ун икки бармок ичакка, дум кисми талокка келиб туташади. Меъда ости безининг узунлиги 15-25 см, бошчасининг кенглиги – 3-7,5 см, танаси – 2,5 см, дум кисми – 2-3,4 см. Аъзонинг огирилиги 60-115 г.ни ташкил килади.

Меъда ости безининг йули умумий ут йули билан кушилиб, ун икки бармок ичакнинг Фатеров сургичининг ампуласини хосил килади.

Кон билан таъминланishi. Меъда ости безининг бошчаси юкори ва пастки панкреатодуоденал артерия ва веналар оркали таъминланади. Юкори панкреатодуоденал артерия гастродуоденал артериянинг, пастки панкреатодуоденал артерия юкори туткич артериясининг тармоклари хисобланади.

Тана ва дум кисмлари талок артерияси оркали кон билан таъминланади.

Ичаклар.Ингичка ичак –пилорик соҳададан куричаккача булган масофани эгалловчи найсимон аъзо булиб, меъда ичак трактининг 4/5 кисмини ташкил килади. Кисмлари: ун икки бармок ичак – туткичи балмайди; оч ичак – ингичка ичакнинг проксимал кисми булиб, тахминан 40% ни ташкил килади, ушбу кисмнинг диаметри каттарок булади; ёнбош ичак – 60%ни ташкил килади.

Йугон ичак– меъда ичак трактининг дистал кисми булиб, ингичка ичакдан бошланиб, анал каналнинг ташки тешиги булиб тугалланади, умумий узунлиги тахминан – 1,75-2 м. Йугон ичак куричак, кутарилувчи, кундаланг ва тушувчи чамбар ичаклар, сигмасимон ичак ват угри ичакка булинади.

Ўткир аппендицит

1. Ўткир аппендицит классификацияси (УА).

Купгина таклиф этилган таснифлардан В.И.Колесовнинг таклифи ахамиятга эга.

Ўткир аппендицит турлари:

1. Яккол куринишга эга булмаган аппендицит(аппендикуляр санчик)
2. Оддий (юзаки) аппендицит.(катарал)
3. Деструктив аппендицит.
 - флегмоноз, гангреноз
 - тешилган (перфоратив)
4. Асоратланган аппендицит.
 - аппендикуляр инфильтрат (яхши ажратилган, ривожланаётган)
 - таркалган йирингли перитонит
 - ўткир аппендицитнинг бошка асоратлари (пилефлебит, сепсис ва бошқалар).

2. Ўткир аппендицит билан bemорни текшириш хусусиятлари.

2.1. Сураб-суриштириш: 1. Оғриқ характеристи: .

2. Касаллик ва хаёт анамнези.

2.2. Клиник текшириш Ўткир аппендицит клиникасининг кенг ва хилма-хиллиги унинг хар хил турлари ва вариантлари борлигидандир. Уларнинг узи эса яллигланиш жараёнини давомилиги,чувалчангисимон усимта жойлашиши, ундаги морфологик узгаришлар ва асоратларга боғлик.

Ўткир оғриқ ўткир аппендицитнинг энг эрта ва асосий белгисидир.

У купинча согломликнинг уртасида пайдо булади. Унинг жойлашиши, давомийлиги ва интенсивлиги хар бир холатда хар хил. Куп bemорларда эпигастрал соҳада (Кохер симптоми) ёки киндик атрофида (Кюммел симптоми) пайдо булади. Баъзи холларда оғриқ бирданига унг ёнбош соҳада пайдо булади. Бу махаллий оғриқ купинча давомий, харакатда ошади. Усимтанинг ретроцекал ёки қорин парда ортида булса оғриқ бел соҳасида сезилиб, унг оёкка, орка чикарув тешиги соҳасига иррадиация беради. Усимтанинг медиал жойлашишида оғриқ киндик соҳасида булади. Тери катламидан пастки соҳасидаги оғриқ яллигланишнинг кичик чанокда ёки унинг қорин парда ортига, кичик чанок ретроперитонеал клетчаткасига утишидан далолат беради. Усимтанинг чап ёнбош соҳасида жойлашишини хам эсдан чикармаслик керак (ички аъзоларнинг тескари жойлашиши ёки харакатчан кур ичакда), унда оғриқ бошидан чап ёнбош соҳада булади. Касаллик бошлангич фазасида оғриқ бир

жойда булади, лекин яллигланишнинг усимта соҳасидан таркалишидан унинг жойлашиши ноаник булади. Баъзида у катта эмас ва бемор кичик жисмоний меҳнатни давом эттиради, баъзида ўткир, ошиб борувчи булиб бу деструктив турларда булиб, бу деструктив турларда ёки усимтанинг перфорациясида кузатилади. Ривожланаётган яллигланиш жараёнида усимтадаги оғриқ сусайиши ва йуқолиши мумкин. Ўткир аппендицитнинг ретраперитониал турида палпацияда камрок оғриқ белгисини беради, лекин яхшигина текширишда аник оғриқ симптомини аниклаш мумкин. Ўткир аппендицит диагностикасида перкутор текширувлар хам ёрдам беради. Касалликнинг бошланишида унг ёнбош соҳада юкори тимпанит ва маҳаллий оғриқ чувалчангсизон усимтанинг яллигланиш жараёнига кушилганини курсатади. Перкутор товушнинг бу соҳада, қорин унг ён чунтагида тумтокланиши ва кескин ўткир симптоми яллигланиш жараёни борлигидан далолат беради. Оғриқнинг юколиши яхши белги деб караш мумкин, агар ўткир аппендецитнинг бошка симптомларининг ортга кайтиши аникланса. Кунгил айниш ва кусиш ўткир аппендецитда тез-тез учрайдиган белги. Улар яллигланиш бошланишида ёки қорин парда китикланишидан пайдо булади. Бошида кунгил айниш пайдо булиб, кейинчалик кусиш бошланади. Кусиш хаммада булмайди, деструктив турларида купрок.

Ахлат тутилиши-Ўткир аппендецитда доимий булмаган белги, купинча усимтанинг деструкциясида учраб, қорин парда шамоллашидан ичакларнинг парези хисобидан булади. Кам холларда ўткир аппендицит билан оғриган беморларда суюқ ахлат кузатилади. Бу бузилиш купинча усимтанинг чанокка булганида авж олади. Чанокдаги аппендицитда яллигланишнинг ковукка утиш даражасига бөглиқ тез-тез сийиш кузатилади. Ўткир аппендецитда куп беморларнинг тана харорати ошади. Юкори тана харорати кам кузатилади. Лекин тана харорати ошмасдан ўткир аппендицит учраш холати хам бўлиши мумкин. Ўткир аппендецитда тугри ичакда тана харорати доимо баланд. Деструктив аппендицит билан беморларда харорат ошишида варажжа кузатилиши мумкин. Ўткир аппендицит бошланишида бемор ахволи купинча коникарли. Уларнинг ахволи оғирлашиши усимтанинг деструкцияси ва яллигланиш соҳасига қорин парданинг кушилишидан хосил булади. Гангреноз ва перфоратив аппендицитда беморлар умумий ахволи оғир ва янада тез ёмонлашиб боради.

Купгина холларда **Щеткин-Блюберг симптоми** аникланади, у хамма маҳаллий ва таркалган ва хатто аппендикуляр сабабли перитонитларда мусбат булади.

Воскресенский симптоми – «куйлак» симптоми – унг кул бармок уни билан унг ковурга ёйи остида пастга караб қоринни сирпанувчи пальпацияси утказилади- оғриқлар шамоллаган аппендиксга якинлашган сари қучаяди.

Ситковский симптоми. Беморни унг ёнбошга ёткизганда оғриқ кучайиши кузатилади. Бу кур ичак соҳасидаги шамоллаган қорин парданинг тортилишидан булади.

Ровзинг симптоми. Бу куйидагича аникланади: чап кул билан йугон ичак пастка тушувчи кисми жойлашган чап ёнбош соҳа босилади. Кулни олмасдан иккинчи кул билан йугон ичак юкори кисми босилади. Агар bemор бу пайтда унг ёнбош соҳада оғриқ сезса, симптом мусбат саналади.

Раздолский симптоми. Қорин девори перкуссиясида унг ёнбош сохада оғриқ сезилиши. Симптом тери сезувчанлигининг ошишига асосланган.

Бартоме-Мехелсона симптоми. Бемор чап ёнга ётиб кур ичак пальпация килинганда оғриқ кучайиши кузатилади. Ўткир аппендицит учун характерли.

2.3.Ўткир аппендицит билан беморларни стандарт текшириш усуллари (лаборатор ва инструментал):

1. Кон умумий тахлили – лейкоцитоз, СОЭ ошиши.
2. Сийдик клиник тахлили – узгармаслиги мумкин.
3. Конда глюкоза.
4. Кон гурухи ва резус-фактор.
5. ЭКГ, күкрак кафаси ва қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси.
6. Қорин бўшлиғи аъзолари УТТ, лозим булса эркакларда ректал бармок билан текшириш, аёлларда вагинал текширишлар.
7. Курсатмалар булганда бошка мутахассислар куриги.
8. Диагностика оғир холатларда лапароскопия.

3. Дифференциал диагностика (қорин бўшлиғи барча ўткир касалликлар билан)

Ўткир аппендицит дифференциал диагностикаси беш гурух касалликлар билан олиб борилиши керак: Қорин бўшлиғи аъзолари касалликлари, қорин парда орти аъзолари касалликлари, күкрак кафаси аъзолари касалликлари, инфекцион касалликлар ва томир хамда кон касалликлари билан.

Ошкозон ёки 12 бармок ичак перфоратив яра касаллиги ўткир аппендецитдан бирданига эпигастряя соҳасида кучли ва интенсив оғриқ пайдо бўлиши, қориннинг мушакларининг «доскасимон» тарангланиши, қоринни эпигастрал соҳада ва унг ковурга ости соҳасида пальпацияси пайтида жуда оғриқли бўлиши, перкутор йул билан аникланадиган қорин бўшлиғида эркин газ мавжудлиги (жигар тумтоклиги юколиш) ёки рентгенологик – жигар устида у билан унг диафрагма орасида ургсимон жой пайдо бўлиши. Хамда перфорациядан кейин биринчи соатларда тана харорати меъёрда булади (перитонит ривожлангунга кадар). Шеткин-Блюмберг симптоми перфоратив ярада эпигастряя ва унг ковурга ости соҳада кенг жойда аникланади. Дифференциал диагностика пайтида анамнезда яра касаллиги борлигига катта ахамият бермаслик керак. Бу белги катта ахамиятга эга булмагани сабаби хаммага маълум-яраси булмаган беморларда хам перфорация учраши – «гунг яралар» перфорацияси мавжудлигидир. Шу билан бирга яра касаллиги бор беморларда ўткир аппендицит ривожланиш эхтимолияти хам йук эмас.

Ўткир холецистит ўткир аппендицитдан оғриқ жойлашиши унг ковурга ости соҳада ва унинг иррадиацияси унг елкага, кулга, куракда, ёрдам бермайдиган куп мартали ут билан кусиши билан фаркланади. Оғриқлар купинча диетани сакламасликдан келиб чикади. Қорин пальпациясида оғриқ, мушаклар тарангланиши ва Шеткин-Блюмберг симптоми унг ковурга ости соҳада аникланади. Бунда баъзида катталашган, таранглашган ут пуфаги пальпациялаш имкони булади. Беморлар тана харорати аппендицитнига нисбатан юкори. Ўткир холециститничувалчангсимон усимта жигар ости соҳада жойлашганида ўткир аппендицитдан фарклаш жуда кийин булиб, баъзида лапароскопия утказиш керак булади.

Ўткир панкреатитни баъзида ўткир аппендицит билан дифференциялаш жуда кийин. Ўткир панкреатитда кусиши купинча куп мартали, оғриқлар эпигастрия соҳасида булиб интенсив булади. Шу ерда пальпацияда оғриқ ва мушаклар химоя тарангланиши кузатилади. Тана харорати меъёрда. Панкреатит учун қориннинг ичак парези хисобидан даммайиши кузатилади. Рентгенологик текшируқда газ билан тула, кенгайган парезланган кундаланг ичак аникланади. Унг ковурга жойи соҳа босилганда оғриқ пайдо бўлиши ўткир панкреатит учун хос белги. Сийдикда диастаза микдори курсатгичи ташхиси аникланширади – унинг ошиши ўткир панкреатит учун асосий симптомдир.

Крон касаллиги (ёнбош ичак терминал булимининг носпецифик яллигланиш) ва Меккел дивертикули ўткир аппендицитга хос клиник куриниши бериши мумкин. Шунинг учун буларнинг операциягача дифференциал диагнози жуда кийин. Агар операция пайтидачувалчангсимон усимтадаги узгаришлар клиник куриниш даражасига тугри келмаса Крон касаллиги ёки Меккел дивертикулини куйиб юбормаслик учун ёнбош ичакни 1 м-гача давомида текшириш керак.

Ўткир ичак тутилишини ўткир аппендицит билан одатда болаларда учрайдиган ингичка ичакнинг кур ичакга инвагинацияси холларида дифференцияланади. Бунда кучайиб сусаядиган оғриқлар бўлиши, қорин мушаклари таранглиги йуклиги, қорин парда яллигланиш симптомлари камлиги далолат беради. Қоринни пальпациялашда кам оғриқли харакатчан хосила – инвагинатни аникладилар. Бундан ташкари ичак тутилиши бошда симптомлари – қорин даммайиши, ахлат ва газлар йуклиги, қорин перкуссиясида тимпанит аникланиш кабилар мавжуд булади. Куп холларда тугри ичакдан кон аралаш («малина желеси» рангига) шиллик пайдо булади.

Ўткир аднексит ўткир аппендицитнинг дифференциал диагностикасида катта кийинчиликлар тугдриши мумкин. Ўткир аднексит учун белга ёки оралика таркатувчи қорин пастки кисмидаги оғриқлар, тана харорати ошиши хос. Беморларни суриштирганда утмишда жинсий аъзоларда яллигланиш, менструал цикли бузилиши кузатилгани аникланади. Пальпация пайтида bemorларда қорин пастки кисмida, ков устида икки томондан (чувалчангсимон усимта кичик чаноқда булса хам шундай бўлиши мумкин), лекин ўткир аппендицитга хос қорин мушаклари тарангланиши ўткир аднекситда булмайди. Ўткир аднексит дифференциал диагностикасида ўткир аднекситга шубха килинадиган хамма аёлларда утказиладиган тугри ичак ва кин оркали текширув муҳим ахамиятга эга. Бунда бачадон ортиклари оғриқли бўлиши, тукималар инфильтрацияси, бачадон буйинчasi босилганда оғриқли бўлиши аникланади. Жинсий аъзолардан патологик чикиндилар ўткир аднекситдан далолат беради.

Бачадондан ташкари хомиладорликнинг бузилиши бир неча узига хос белгиларга эга. Суриштириш пайтининг узида менструациянинг тухтагани (кетган кон микдори, давомийлиги), киндан конли чикиндилар бўлиши аникланади. Оралик тугри ичакга таркалувчи кучли оғриқнинг бирдания пайдо бўлиши, кунгил айниш, кусиши, хушдан кетиш хос хисобланади. Пальпацияда қорин пастки кисмida оғриқ сезилади, қорин мушаклари таранглиги аникланмайди. Катта қорин ичи кон кетишларда холсизлик, тери копламаларининг рангпарлиги, тахикардия, гипотония, қорин чет кисмларида

тумтоклик аникланиши, конда гемоглобин ва гематокрит курсатгичнинг тушиши кузатилади.

Буйрак тош қасаллиги буйрак ўткир оғриқ синдромини беради ва уни чувалчангсимон усимтанинг ретроцекал жойлашувида ўткир аппендицит билан дифференциялаш керак. Буйрак оғриқ синдромига бел соҳасида жуда интенсив, даврий кучаядиган, хуружланадиган оғриқлар пайдо булиб ташки жинсий аъзоларга, сон олд ички кисмига таркалади, тез-тез сийиш кузатилади.

Мезентерал лимфаденит (ингичка ичак туткиши лимфа тугунларининг яллигланиши) баъзида ўткир аппендицитга хос клиник куриниши беради. Болаларда ва ёши кичикларда учрайди. Тана хароратининг юкорилиги. Якинда ўткир респиратор яллигланиши бошидан утказганлиги кузатилади.

Плеврит ва унг томонлама пневмония болаларда диагностик хатога олиб келиши мумкин, чунки баъзида қориндаги оғриқ ва қорин мушакларининг тарангланиш билан кечади. Беморни диккат билан курганда хатога йул куймаслигга ёрдам беради.

4. Диагнозни асослаш ва шакллантириш:

1. Асосий - ўткир аппендицит.
2. Асорати - махаллий перитонит.
3. Хамроҳ қасаллик.

5. Даво тактикаси.

5.1. Даво тактикасини танлаш.

1.Хирургик булимга ёткизиш.

2.Диагнознинг куйилиши bemorning ёши, жинси, холати, хамроҳ қасалликларнинг бўлишига карамай операцияга абсолют курсатма хисобланади.

3.Карши курсатма аппендикуляр инфильтрат хисобланади.

4.Хомиладорлик карши курсатма эмас.

5.У больных с тяжелыми сопутствующими заболеваниями (ўткир инфаркт миокарда, декомпенсация кровообращения, тяжелая пневмония и др.) о возможности оперативного вмешательства, которое может оказаться опаснее самого ОА, решает консилиум врачей в каждом случае индивидуально.

При неясном диагнозе проводится динамическое наблюдение в течение 3-5 часов и тщательное обследование с привлечением современных методов исследования, широко используется ургентная лапароскопия. Если за указанный период клиническая картина сохраняется, и диагноз ОА не снимается - показана операция.

5.2. Хирургик даво:

Оператив киришлар:

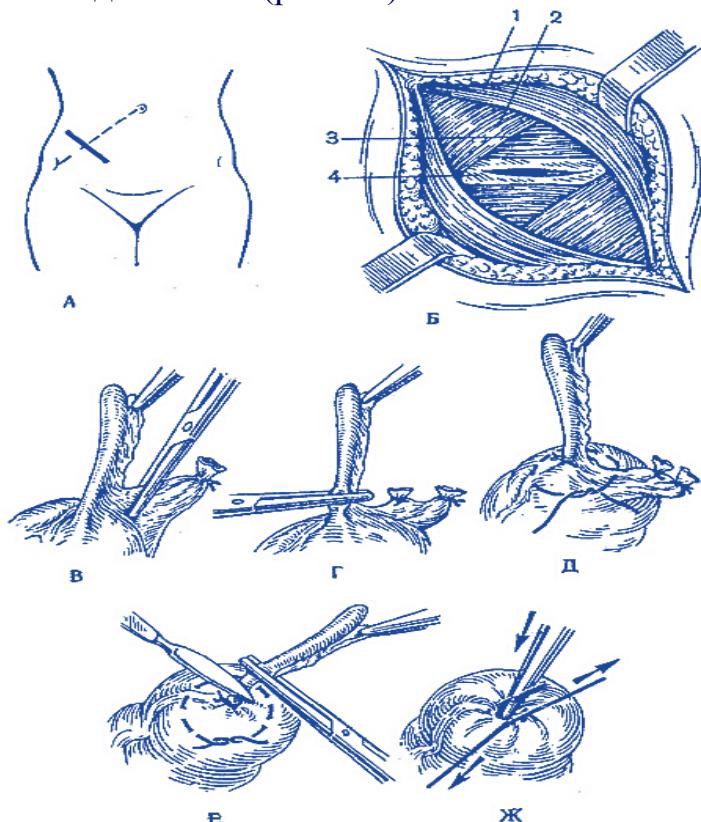
1. Купгина жаррохларнинг айтишича аппендэктомияда энг яхшиси Волкович—Мак-Бурнеу кириш хисобланади. Бу кириш иш афзаликни беради:

- 1) унинг проекцияси кур ичак ва чувалчангсимон усимта жойлашувида тугри келади;
- 2) қорин бўшлиги асабларини камрок жарохатлайди;
- 3) операциядан кейин камрок чурралар пайдо булади, чуни тукималарни ва асабларини камрок жарохатлайди.

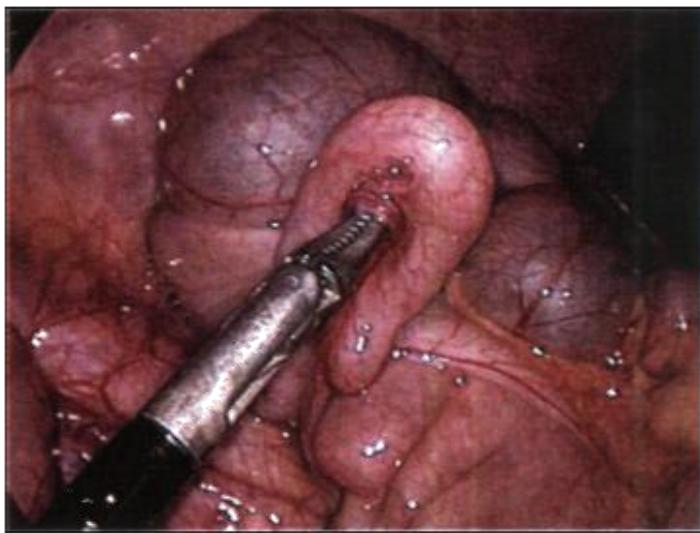
Волкович-Мак-Бурнеу кириши. Киндик ва унг ёнбош суюк юкори-олд киррасини бирлаштирувчи чизикга кийшик 5-6 см ли кесма булиб, у пупарт болгамига паралелл утиб, 1/3 кисми айтилган чизикдан юкорида, 2/3 кисми пастида жойлашган булади.

Асоратланган холларда курс ичакнинг кам харакат булганида хамда қорин бўшлигини ревизия килиш учун кириш кесимини кенгайтириш мумкин. Бу максадда ташки кийшик мушак апоневрозини кундаланг кесиши давом этиб, кесимни кин ва тугри ичак устидан давом этилади. Кейин утмас чангак билан қорин тугри мушагини ичкарига тортиб қорин парда ва қорин кундаланг фасцияси кесилади. Бу усул билан кириш кисми анча кенгайтирилиб қорин бўшлиғи анча кесими куриш имконини беради.

Аппендэктомияда тери кесими узунлиги 10-12 см-ни ташкил этади, чунки шундай кесим чувалчангсимон усимтани олиб ташлаш учун кулагай шароит яратади. Айтиб утиш керакки, кесимнинг бундан хам кичрайтириш операция пайтида тукималарнинг ортикча жарохатланиши ва кейинчалик операциядан кейинги асоратлар ривожланиши учун замин яратади.. (расм 3.) Лапароскопик аппендэктомия. (расм 4.)



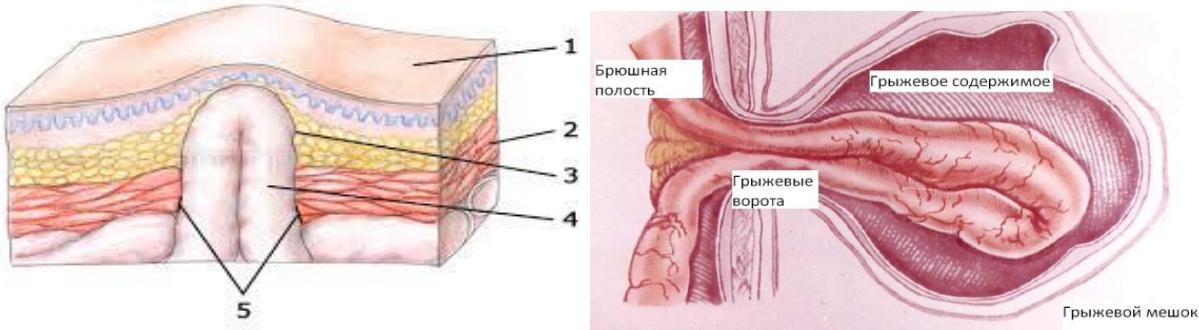
Расм 3. Аппенэктомия этаплари



Расм 4. Лапароскопик аппендэктомия

Кисилган чурра.

Чурраларнинг энг куп таркалган асоратларидан бири кисилишdir. Кисилиш КБАУК орасида 4-уринда туради(4,3-4,8 %). Операциядан кейинги асоратлар юкори (7,2 – 12 (расм 5)



Расм 5. Кисилган чурра

Қорин ташқи чурралари классификацияси.

А. Келиб чиқишига кўра:

I. Туғма чурралар.

II. Орттирилган чурралар.

1. Зўрикишдан бўладиган чурралар.

2. Дармонсизликдан бўладиган чурралар.

3. Операциядан кейинги чурралар.

4. Травматик чурралар.

5. Патологик чурралар.

Б. Анатомик жойлашувига кўра: чов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўsicк чурралари, қориннинг ён чурралари, бел, қўймич, ёпқич тешик, оралиқ чурралари.

В. Клиник кечишига кўра:

1. Асоратланмаган (тўғриланадиган) чурралар.

2. Асоратланган чурралар (тўғриланмайдиган, қисилган, копростаз, чурра яллиғланиши).

Г. Ривожланиш босқичлари бўйича:

1. Нотўлиқ (бошланғич, канал, уруғ тизимчаси чурраси).
2. Тўлик.);

2. Чурра қисилиши, одатда, чурра ичидағининг чурра дарвозаларида ёки чурра халтачаси бўйни оғзида, ёки чурра халтачасидаги битишмалар орасида тўсатдан қисилиб қолишидан иборат. Бунда чурра ичидағи аъзолар тўқималарида қон таъминоти, иннервацияси бинобарин улар трофиқаси ва озиқланишининг бузилишлари рўй беради. Чурранинг қисилиш сабаблари турли туман бўлиши мумкин.

Эластик қисилишда чурра халтачасига ўтган аъзолар ташқаридан босилади.

Нажас билан қисилишда ичак ичидағи нарса кўп микдорда йиғилиб, чурра халтачасининг тўлишини анча оширади ва шу тариқа чурра ҳалқасидаги босимни кучайтиради, бунинг оқибатида ичак тутилиб қолиши вужудга келади.

Чурранинг қисилиш турларидан бири Рихтер чурраси бўлиб, уни ўз вақтида диагностика қилиш ниҳоятда мушкул. Чурранинг бу турида чурра халтачасида ичак деворининг фақат бир қисми қисилади. Операцияда чурра халтасини очиш бирмунча қийинчилек түғдирали, чунки девор олдидағи қисилган участка бевосита чурра халтачаси тубига тақалган бўлади ва шу сабабли ичак тасодифан кесиб қўйилиши эҳтимол.

Ретроград ёки тескари қисилиш қисилишнинг турларидан бири ҳисобланади. Ретроград қисилишда ичак қовузлоқларининг жонсизланishi қисилган ҳалқадан юқорида бошланади. Ичак қовузлоқлари 2-14 соат ичидаги жонсизланади.

Чурра қисилишининг клиник манзараси. Хар қандай чурра қисилишининг классик клиник белгилари одатда учта симптом ҳисобланади:

- а) чурра бўртмаси бўлган жойда ёки умуман қоринда тўсатдан оғриқ бошланиши;
- б) чурра бўртмаси хажмининг тез катталашуви;
- в) чуррани тўғрилаш имкониятининг бирданига йўқолиши.

Бу симптомларнинг юзага чиқиши даражаси ҳар хил бўлади.

Даволаш. Чурраси қисилган беморларни даволашнинг бирдан-бир тўғри усули шошилинч операция. Қисилган чуррани операциясиз, кўлда тўғрилашга уриниш мумкин эмас, бироқ операция қилишга мутлақ монелик бўлган ҳоллар бундан мустасно. Қисилишни бартараф этиш ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлигини аниқлаш зарур. Бунинг учун тўқималарни апоневрозгача қават-қават қилиб тилинади ва чурра халтачаси очилади, уни кесилади ва «чурра суви» ни чиқарилади. Бунда хирург ёрдамчиси қисилган аъзоларни тутиб туради ва қисилган аъзолар текшириб чиқилгандан кейингина қисадиган ҳалقا кесилади ва қисилган аъзоларнинг яшашга лаёқатлилиги аниқланади. Ичакнинг яшаб кетиши мезонлари: пушти ранг тусда, странгуляцион эгатчалар ва субсероз гематомалари йўқ, ичак тутқич майда томирларида пульсация ва ичак перистальтикаси сақланиб қолган. Ичак яшашга лаёқатсиз бўлса, уни олиб ташланади. Ичакнинг олиб келадиган кесигидан кам деганда 30-40 см ва олиб кетадиган кесигидан 15-20 см ни резекция қилиш керак (6,7-расмлар).



6,7- расмлар.

Ҳазм йўллари узлуксизлигини тикланади ва чурра дарвозаларини энг оддий усуллар билан пластика қилинади. Қари ёшдаги ва ҳамроҳ оғир касалликлари бўлган беморларга қисилган чурраларда чурра кесиш амалиёти бажариш жараёнида чурра дарвозаси пластикаси бажарилмайди, жароҳат қавтма-қават тикилади.

Меъда ва ун икки бармок ичак яраси тешимиши.

1. Классификация.

I. Этиологиясига кура:

1. яра касаллигига тешимиши.

2. Яра-ракда тешимиши (ulcus –tumor).

3.Меъда локал девори кон айланиши бузилишидан кейинги тешимиши (атеросклероз, гипертония касаллиги).

4. деворни паразитлар таъсирлаши натижасидаги тешимиши.

II. Клиник кечишига кура:

1. Типик.

2. Атипик.

III. Паталогоанатомик турлари:

1. Ўткир яралар тешимиши.

2. Сурункали яралар тешимиши.

IV. Топографо-анатомик жойлашувига кура:

1. Меъда яраси перфорацияси.

2. ун икки бармок ичак яраси тешимиши.

Яранинг эркин қорин бўшлиғига тешимишининг клиник куринишларида руйи рост 3 давр кузатилади:

биринчи даври (дастлабки 6 соат) – қоринда тусатдан каттиқ оғриқ туриб, шокка ухшаган холат бошланиши (шу сабабдан бу давр шок даври деб ҳам айтилади)

иккинчи даври (6-12 соат давом этадиган давр) – нисбатан тинчлик билан утадиган, аслида сохта хотиржамлик даври.

Учинчи даври (12 соат ва бундан кура купрок вакт утгандан кейин бошланадиган) зурайиб борадиган перитонит давридир.

Касалликнинг клиник манзараси тешилган яранинг урни, катта-кичичклиги, яра тешилган вактда меъда (ун икки бармокли ичак) нинг канчалик

тулиб турғани ва меъда суюклининг табиати (меъда ширасидаги кислоталар микдори, овкатнинг суюк ёки куюклиги ва бошқалар) га хам bogликdir.

Касаллик клиникаси. Яранинг тешилиши купчилик холларда яккол ифодаланган ва етарлича характерли булган клиник манзарани беради: корнида меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллигига хос белгиларни олдиндан сезиб юрган bemорларда тусатдан нихоятда каттик қорин огриги пайдо булганлигини курсатиш мумкин. Одатда бундай касал тиззаларини қоринга такаб олади, мажбурий холатга тушиб, оғриқ кучайишидан куркиб андек характерат килишдан тортинади, халк тили билан айтганда, “кулчадек уралиб олиб”, кимирламай ётаверади.

Меъда ва ун икки бармокли ичак ярасининг биринчи белгиси яранингтешилиши билан бошланиши хам мумкин.

Яра тешилишининг асосий аломати - оғриқ жуда купчилик холларда нихоятда характерли хусусиятларга эга булади: хеч кутилмаганда тусатдан, хаддан ташкари зур, чидаб булмайдиган даражада каттик оғриқ пайдо булади - “гуёки корнига ханжар ёки пичок санчилгандек, ёки қоринда алла нарса ёрилиб кетгандек” булиб сезилади. Яра тешилганда бошланадиган оғриқлар табиати ва кучини bemорлар купинча ана шундай деб тасвирлашади. Оғриқ шу кадар зур буладики, касал ётиб олишга мажбур булиб колади, “хеч ким оёқда тик тура олмайди” (Жанилидзе ва бошқалар), баъзи bemорлар хатто хушидан кетиб колиши хам мумкин. Яра тешилишидан бошка бирорта касалликда оғриқлар шу кадар тусатдан бошланиб, шу кадар кучли ва каттик булмаса керак, яра тешилишининг диагностикаси учун бу симптомнинг нихоятда кимматлилиги хам шунга boglik. “Ханжар санчилгандек” булиб сезиладиган бу оғриқ қорин пардасида кенг таркалган нерв тармокларининг қорин бўшлиғига куйилиб тушган кислотали меъда ёки ун икки бармок ичак суюклигидан бирдан таъсирланишига алокадордир (бу химиявий омил - хлорид кислота ва сафро, ундағи кислота физикавий, бактериал омиллар таъсирига boglik).

Шеткин-Блюмберг, Завъялов симптомлари, яъни қорин пардасининг таъсирланишига хос симптомлар яра тешилганидан кейинги дастлабки дакикалардан бошлаб мусбат булиб чиқади (айникса яра тешилган жойда). Бемор корни куздан кечириб курилганида дастлабки соатларда қорин ичига тортилган, нафас олишда иштирок этмаётган булади. Киндиқдан юкорида қорин мутлако котиб колгандек, каттик (“тахтадек”) булиб туради, факат пастки кисми нафас характерларида аранг сезиладиган даражада иштирок этади. Демак, оғриқ билан бир каторда қорин пресси мускулларининг химояланиб (Defense Musguleure), таранг тортиб туриши, яъни “қориннинг тахтадек котиб туриши” симптоми хам мухимдир (8 расм).



Расм 8.Меъда яраси перфорацияси.

Диагноз куйиш учун беморда “ярага хос анамнез” борлиги хам ахамиятга эгадир. Анамнез йигиладиган булса, меъда ва ун икки бармокли ичак яраси тешилган беморларнинг купчилигига “меъда касаллигига алоказдор” шикоятлар борлигини аниклаб олишга имкон беради. Лекин турли олимларнинг маълумотларига караганда, беморларнинг 2-37 фоизида “ярага хос” анамнез булмаслиги хам мумкин, яъни яра одам соппа-согдек булиб юрган пайтида тешилиб кетган булади, “соков яранинг тешилиши” деб шунга айтилади.

Диагностикасида яранинг тешилиб кетганини шак-шубҳасиз курсатиб берадиган муҳим белги қорин бўшлиғида эркин хаво (газ) бўлишидир. Дарвоке, нихоят даражада кимматли деб хисобланадиган бу симптом доимий булмайди. Қорин бўшлиғида газ борлигини тукиллатиб уриб куриш, яъни перкуссия йули билан аниклаб олса булади, бунда унг ковургалар остида жигардан чикадиган бугик товуш орасида тимпанитли чекланган жой борлиги топилади. Бу симптом яранинг тешилган жойидан қорин бўшлиғига бир талай хаво утган махалдагина булади. Шу билан биргаликда дам булиб турган йугон ичак урнини узгартириб қўйган махалларда хам жигар соҳасида паст тонли тимпанит бўлишини хам эсда тутиш керак.

Қорин бўшлиғини рентгеноскопия йули билан текширишда диафрагма гумбази остида (яъни жигар устида) катталиги 3-7 см келадиган “уроксимон катлам” куринишида эркин газ бўлиши қорин бўшлиғидаги кавак органлардан биронтасининг тешилганини ишончли килиб тасдиклаб беради. Касалларнинг 47-80 % шу симптом борлиги кузатилади. Пневмоперитонеум топилмаган холларда меъдага солинган зонд оркали 500 мл миқдорда хаво юбориб шундан кейин қорин бўшлиғи яна рентгенда текшириб курилади. Бунда хавонинг ингичка ичакда тургани (агар перфорация булмаса) ёки эркин қорин бўшлиғига утиб кетгани маълум булади (перфорацияга хос рентгенологик симптом).

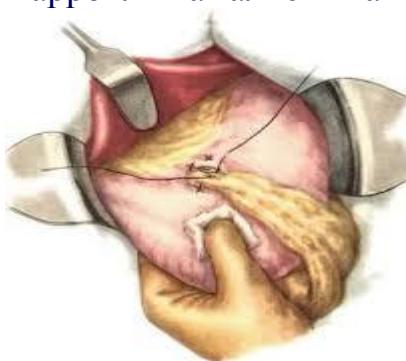
Яра тешилиб беркилиб колган беморда касаллик белгилари худди одатдагича бошланади-ю (туш ости соҳасида худди ханжар ургандек каттиқ оғриқ бошланиши, қорин пардаси таъсирланиши, Шеткин-Блюмберг симптомининг мусбат булиб чикиши, қорин мускулларининг таранг тортиб туриши ва бошкалар), лекин орадан 15-30-60 минут утганидан кейин симптомлар “узилади” - оғриқлар камаяди, қорин мускулларининг таранглиги кам ифодаланган булиб колади (чекланган, кичик бир жойда билинадиган булади, холос.) “Жигардан бушлик товуш чикадиган жой” билинмай колиши

мумкин. Лекин касал ахволининг бундай яхшиланиши одатда киска муддатли булади. Яра тешилиши кайталаниши ёки тупланиб суюклик (баъзида эса абсцесс) эркин қорин бўшлиғига ёриб тушиши ва кейин шиддатли перитонит бошланиб кетиши мумкин - икки бора яра тешилиши деб шунга айтилади.

Давоси. Меъда ва ун икки бармокли ичак яраси тешилган маҳалда факат жаррохлик йули билан даволаш тугрисида суз бўлиши мумкин. Яранинг тешилишида паллиатив (тешилган ярани тикиш) ва радикал жаррохлик (меъда классик 2/3 кисми резекцияси, ваготомия ва меъданинг эконом резекцияси ёки меъдани дренажловчи операциялар) бажариш мумкин булиб, жаррохлик амалиёти хажмини белгилаш маҳали беморнинг ёши, яра анамнези бор ёки йуклиги, яра тешилгандан кейин утган вакт, перитонит кай даражада таркалганлиги, кушимча касалликлари ва жаррох малакаси, хамда маълум жаррохлик амалиетини бажариш учун зарур техник шароитлар бор ёки йуклиги билан белгиланади.

Паллиатив жаррохлик амалиётлари купинча бемор умумий оғир ахволида, ёши утган, оғир кушимча касалликлари булган, перитонитнинг таркалган йирингли турлари билан булган беморларга, хамда техник сабабларга кура ва радикал жаррохлик амалиётларини бажара оладиган малакали жаррох булмаган холларда бажарилади. Тешилган меъда ярасини тикиш Оппель-Поликарпов усулида (расм 9) ва ярани лапароскопик тикиш усулларида (расм 10) амалга оширилади.

Радикал жаррохлик амалиётлари эса бемор умумий ахволи нисбатан коникарли булган холда, нисбатан ёш булган, яра тешилгандан кейин узок вакт утмаган, перитонитнинг йирингли таркалган турлари булмаган беморларга, хамда шу радикал жаррохлик амалиётлари турларини бажара оладиган малакали жаррох ва техник шароитларнинг мавжудлигига бажарилиши мумкин. Яра тешилиши хар бир холатида беморга бажарилиши лозим булган жаррохлик амалиёти хажмини белгилашда индивидуал ёндашиш лозим



Рас 9. Оппель-Поликарпов усулида **Рас 10.** Ярани лапароскопик тикиш. ярани тикиш.



Ўткир ичак тутилиши.

1. Классификацияси (А.А. Шалимов. 1977)

А. Механик ичак тутилиши:

I. Обтурацион ичак тутилиши (ичак туткич иштироксиз утадиган хили):

1. Ичак ичида унинг девори Билан боғланмай турган тусик (обтурация).

Бундай холатга:

- а) ут тошлари;
- б) ахлат тошлари;

- в) ет жисмлар;
- г) гижжалар сабаб бўлиши мумкин.

2. Ичак деворидан чикиб, унинг йулини ичкаридан беркитиб куйган тусик (обтурация):

- а) усмалар;
- б) чандикли стенозлар;

3. Ичакдан ташкаридаги тусик (обтурация): усмалар, кисталар билан ичакнинг босиб колиши.

4. Ун икки бармок ичак обтурацияси:

- а) артериома-мезентериал ичак тутилиши;
- б) гематома билан босилиб колиши.

5. Тугри ичак обтурацияси: ахлат йигилиб котиб колиши (колостаз).

П. Странгуляцион ичак тутилиши (ичак туткич иштироқи билан бошланадиган хили) (расм 11):

1. Меъда-ичак буралиши:

- а) меъда бурилиши;
- б) ингичка ичак бурилиши;
- в) куричак бурилиши;
- г) кундаланг-чамбар ичак бурилиши;
- д) сигмасимон ичак бурилиши.

2. Ичакда тугун хосил бўлиши.

3. Йугон ичак чарвисининг бурилиши.

4. Ката чарвининг бурилиши.

Ш. Араплаш хиллари:

1. Ривожланиш нуксонлари туфайли бирдан ичак тутилиб колиши (ката ешли одамларда):

- а) малъротация ;
- б) Меккель дивертикули катнашувида;
- в) дубликация.

2. Инвагинация.

3. Битишмалар туфайли ичак тутилиши.

4. Чурранинг ичкарида кисилиб колиши.

Б. Динамик ичак тутилиши:

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

2. Спастик ичак тутилиши:

- а) спазм туфайли бошланадиган хили;

б) кургошиндан захарланиш туфайли бошланадиган ичак санчиги.



Расм 11. Ичак тутилиши турлари

2. КЛИНИК МАНЗАРАСИ

Бирдан ичак тутилишининг асосий аломатлари қоринда оғриқ туриб, ич ва газлар юришмай колиши, қориннинг дам булиб, шошиб кетиши, ичак перистальтикаси кучайиб (вактидан утган холларда ичак бутунлай «жимиб колади» кайт килиш, томир уриши (пульснинг) тезлашиб кетишидир.

Касаллик аксари кутитмаганда, тусатдан бошланади. Касалликнинг энг бошидаек беморда кучли оғриқ туфайли купинча шок холати юзага келади: унинг эси огиб, ранги оппок окариб кетади, пульси сусайиб, аъзойи-баданини муздек тер босади. Ичакда эшитилиб турадиган шовкинлар йуколиб кетади. Организм ана шундай одатдан ташкари янгича шароитларга бир кадар мослашиб олиши муносабати Билан шок ходисалари бирмунча вактдан кейин камайиб, бемор сал узига келиб колади, пульси тезлашиб, ичак перистальтикаси яна пайдо булади, беморда холл сураб курилганида эса у яхши булиб колдим, деб жавоб беради.

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

Анамнез маълумотларини туплашда касалликнинг кандай бошланганига, «оҳирги марта ич качон келгани ва ахлат кандай булиб тушганига, авваллари шундай ходисалар булган-булмаганига, қорин операция килинганми, шикастланганми-йуклигига» ахамият берилади.

Беморни текис жойга, естиксиз еткизиб куйиб текширилади, у чалканча тушиб, тупа-тугри булиб етиши керак. Аввало кисилиб колган чурра йуклигига ишонч хосил килиш керак (типик чурра дарвозалари куздан кечирилиб, текшириб курилади). Қорин терисини куздан кечириб, унда кандай булмасин бирор хил чандиклар бор-йуклигига ахамият берилади.

Қоринни текшириб куриш бирдан ичак тутилишига хос булган бир канча кимматли аломатларни курсатиб бериши мумкин: қориннинг дам булиб тургани энг характерли аломатларнинг бири хисобланади, лекин ичакнинг кайси жойи тутилиб колгани ва касалликнинг муддатларига караб қорин хар хил даражада дам булиб туриши мумкин. Чунончи, ичакнинг юкори кисмлари тутилганида қорин жуда арзимас даражада дам бўлиши еки мутлако дам булмаслиги хам мумкин. Ичакнинг тутилиб, тикилиб колган жойи канчалик пастда булса, қорин шунча куп дам булаверади (йугон ичак тутилиб сайин ел тупланиши метеоризм) хам зурайиб боради.

Қорин деворининг нафас харакатларидаги иштироки қоринда ел тупланиб, метеоризм авжиға чикмагунча унча узгармайди. Қориннинг нотугри шаклга кириб, асимметрик булиб колиши бирдан ичак тутилишининг характерли аломатидир.

Чузилиб кетган, аник чегараланиб турган ичак ковзулогининг қорин девори оркали билиниб туриши – Вал симптоми бирдан ичак тутилишининг барвакт пайдо буладиган аломатидир. Қориннинг шу жойи тукуллатиб уриб курилганида баланд тимпаник овоз (перкуссия) эшитилади. Бундай ичак ковзулокларининг сони тез купайиб колади, бу нарса қориннинг, уша жойи думбайиб чикиб туришига, асимметрик шаклга киришига олиб боради.

Енбош ичак тутилганида Вал симптоми киндик сохаси (мезогастроум) да аникланади; йугон ичакнинг дистал булимлари тутилиб колганида эса метеоризм қориннинг ен томонларини эгаллади.

Сигмасимон ичак буралиб колганида қорин гуе «кийшайиб колгандек» булиб қуринали. Қорин шаклиннинг бузилишига хос булган манна шу симптомларнинг хаммаси касалликнинг биринчи кунида яхширок билиниб турди; кейинчалик метеоризм кучайиб бориши туфайли улар унча билинмай колади-да, бутун қорин жуда дам булиб, шишиб кетади.

Ичак перистальтикаси нинг қуриниб туриши ичак тутилишининг жуда мухим аломати хисобланади (бу нарса касалликнинг бошида, шок босилиб колганидан кейин айникса руйи-рост билиниб турди). Бу И.И. Греков симптоми булиб, «устма-уст келаетган тулкинлар еки бирдан пайдо булиб, бирдан йуқолиб кетадиган думбаймалари» манзарасини беради. Уни қорин деворини салигина уриб қуриш еки силкитиб қуриш йули билан юзага келтириш мумкин (Греков симптоми хроник ичак тутилишида анча аник ифодаланган булади, чунки бунда ичакнинг тутилиб колган жойидан юкорирокдаги мускуллари гипертрофияга учрайди).

Греков симптоми обтурацион ичак тутилишида купрок, странгуляцион ичак тутилишида эса камрок маълум булади.

Перистальтиканиң кайси жойдан бошланиб, кайси жойда тугалланиши кузатиб борилар экан, ичакнинг тутилиб, тикилиб колган жойини билиб олса булади.

Куриналиган перистальтика пайдо булганида, одатда, оғриқлар зурайиб, одамга жуда азоб беради («санчикка ухшаб турадиган оғриқлар»). Лекин қорин девори ости ер катламидан махрум булиб, анча иловиллаб колган холларда ва куп туғиб, қориннинг тугри мускуллари ораси анча очилиб колган аелларда хам, перистальтика билиниб туришини унутмаслик керак. Бундай шароитарда ичакнинг одатдаги, нормал перистальтикаси қуриниб турадиган булади.

Қоринни пасайиб қуриш (пальпация). Бирдан ичак тутилишида қорин пресси мускулларининг химояланиб, таранг тортиб колишига сабаб булмаслик учун қоринни авайлаб, Майнин харакатлар Билан пайпаслаб қуриш керак. Чукур пальпацияда безиллаб турган жойни, «текшираетган бармокларга каттиккина булиб уннайдиган ичак ковзулокларини (И.И. Греков, 1928) еки хали фалаж холига тушмаган ичакларнинг «худди пружинага ухшаб, каршилик курсатаетганини» (М.В. Парташников, 1955) сезиш мумкин.

Ичаклар анча дам булиб, олдинги қорин девори бир мунча чузилиб турган махалда текшираетган одам қорин деворининг бир кадар таранг тортиб, каршилик курсатаетганини пайкайди (Мондор симптоми).

Қорин пайпаслаб қурилганида баъзан «усмадек» булиб турган инвагинация танаси, яллигланиш инфильтрат ива бошкаларни топиш мумкин булади.

Қорин девори сал силкитиб қурилганида эшитиладиган «чайкалиш шовкини» - И.П. Скляров (аслида бу Гиппократ) симптоми ичак ковзулогининг суюклиқ ва газга тулиб, чузилиб кетганидан дарак беради (ичак парези боскичидан булади). Қорин тукуллатиб уриб қурилганида баландлиги, тембри жихатидан нотекс булган тимпаник овоз чикади, бу овоз баъзи жойларда бугикрок булиб эшитилади.

Қорин плессиметр билан перкуссия килиниб, Айни вактда стетоскоп оркали эшитиб қурилганида баъзан металлга хос аник жарангли овоз эштилади, бу- ичак газлар Билан тулиб-тошиб, худди баллондек жуда шишиб кетган махалда аникланадиган Kiwull симптоми булиб, сигмасимон ичак буралишига хос деб хисобланади.

Странгуляцион ичак тутилишида қорин бўшлиғидаги анча барвакт экссудат тупланади – перкуссияда қориннинг паст жойларидан чикадиган товуш бугикрок булиб эштилади (обтурацион ичак тутилишида эса экссудат одатда кейинрок тупланади).

Ичак шовкинлари (перистальтикасини) бор-йуклигини аниклаш учун аускультация-эштиб қуриш усулидан фойдаланилади. Обтурацион ичак тутилишида касалликнинг бошлангич даврида, ичакнинг харакат функцияси хали бузилмаган махалда «бир талай чузик шовкинлар эштилади, булар анча бир текис, жарангдор, ичак ковузлокларида акс садо берадиган, тони баланд ва тембри бир хил булади». Странгуляцион ичак тутилишида шовкинлар факат касалликнинг энг бошида эштилади ва тез орада йуколиб кетади.

Баъзан «чакиллаб томаетган томчи шовкинини» эштиш мумкинки, бу холл овознинг берк бушликда акс садо беришига boglik.

Шундай килиб, ичак тутилишида қорин аускультациясидан олинадиган маълумотлар касаллик бошланганидан бери канча вакт утганига борлик булади:

а) илк муддатларида (касаллик шоксиз утаётган махалларда) гулдирайдиган, шитирлайдиган, кучи билан узук-чузиклигини узгартириб турадиган жуда хилма-хил шовкинлар эштилади;

б) шок энди бошланиб келаётган пайтда бу шовкинлар йуколиб кетади, бемор шу холатдан чикканидан кейин улар Яна пайдо булади;

в) оралик даврда, ичакнинг дам бўлиши зурайиб бораётган пайтда шовкинлар камайиб боради-ю, лекин улар кискарок ва жаранглирок булиб колади;

г) касалликнинг кечки даврида, ичак парези бошланганида перистальтика кучайиши муносабати Билан эштиладиган овозларнинг хаммаси, шунингдек перистальтиканинг узи хам аста-секин йуколиб, қорин тинчиб, «сув куйгандек жим-жит» булиб колади, бу-касалликнинг даҳшатли аломати булиб, ичак фалажланиб булганидан, ичак деворининг узи эса башарти хали некрозга учрамаган белса хам, лекин шунга якинлашиб колганидан дарак беради.

Қорин жуда хам дам булиб, шишиб турган манна шу пайтда Lotheissen симптомини аниклаш – нормада қорин оркали эштилмайдиган нафас шовкинлари ва юрак тонларини эштиш мумкин. Бу улим якинлашиб колганидан дарак берадиган емон аломатдир (Л.А.Кирнер, 1936). Тугри ичакни бармок Билан текшириб қуриш диагностика учун шарт деб хисобланадиган усулдир. Бирдан ичак тутилишида тугри ичак амруласи, одатда, бум-буш турган булиб чикади, олдинги девори думалок эластик тузилма қуринишида думбайиб туради (И.И.Греков томонидан тасвирланган Обухов касалхонаси симптоми). И.И.Греков: «илемеус бошланганини билиб олиш учун биргина шу аломатнинг узи кифоя» деган эди. Тугри ичакни текшириш Билан бир вактнинг узида қорин бимануал йул Билан пальпация килиб қурилганида дам булиб турган ичак ковузлокларини, инвагинат танаси еки ичакка тикилиб колган ет жисм (у теки ахлат тоши)ни бирмунча аник

пайпаслаб топса булади. Вагинал текшириш бачадон ва ортикларидағи усмалар, яллигланиш инфильтратларини аниклаб олишга имкон берадыки, булар хам хар хил турдаги ичак тутилиши холлари билан бирга давом этиб бораётган бўлиши мумкин.

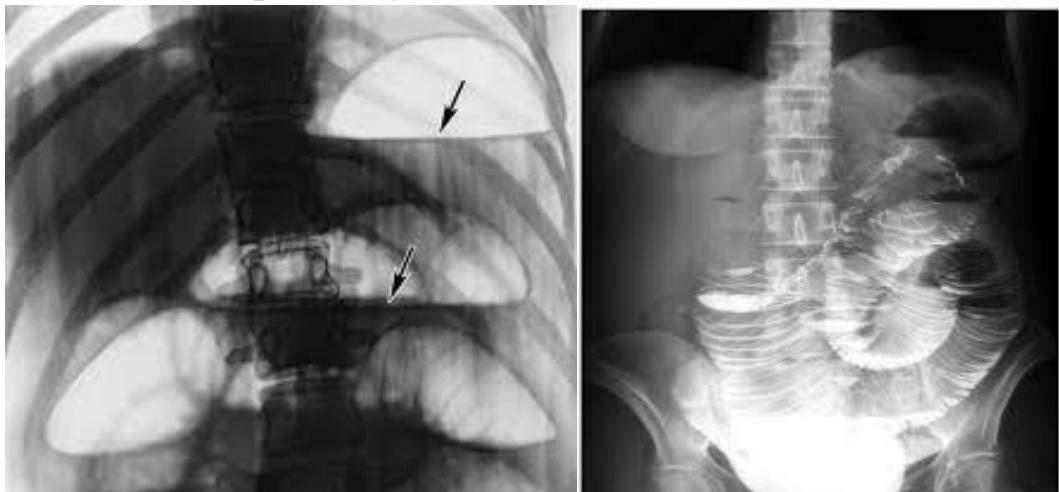
Рентгенологик текшириш. Қорин бўшлиғи органларининг обзор рентигеноскопиясида сатхи горизонтал (суюклиқ) булиб, тепаси гумбазсимон еришиб турган жой борлигини топиш мумкин. «Клойбер косаси» деб шунга айтилади, у тункариб куйилган косага ухшайди ва беморнинг олган вазиятига караб узгариб туради.

Странгуляцион ичак тутилишида Клойбер косалари бир соатдан кейин хам пайдо бўлиши мумкин, обтурацион ичак тутилишида эса 3-6 соатдан кейин пайдо булади.

Ичак деворида деструктив узгаришлар зурайиб, ичак тонуси пасайиб борган сайин газ пуфакларининг баландлиги камайиб, сатхининг узунлиги ортиб боради (А.П.Хомутова, 1962). Бундай косалар сони биттадан 12-15 тагача бориши ва бундан кура купрок бўлиши мумкин.

Ингичка ичакларда Клойбер косалари хар хил баландликдан жой олади, леки насосан қорин бўшлиғининг марказий булимларида купрок булади (бунда косалар пастак, сатхи эса узун булади).

Ингичка ичак юкори булимларидан тутилиб колганида косалар сони куп булмай, борлари хам қориннинг чап томондаги устки квадрантидан жой олади. Ингичка ичакнинг пастки булимлари тутилиб колганида бу косалар аксари унг томондаги пастки квадрантда булади.



Расм 12. УИТда рентгенологик текшириш.

Йугон ичак тутилганида косалар камрок топилади ва асосан йугон ичак йули буйлаб ен томонлардан жой олади (коса сатхи киска, лекин еришиб турадиган кисми баланд булади). Кахексия пайтида одам урнидан турмай узок етиб колганида, шунингдек клизмадан кейин хам коса симптоми топилиши мумкин.

Қориннинг «еруг» бўлиши йугон ичак тутилишига, тутилганида хам газлар Билан тулиб, шишиб кетган йугон ичак бутун қоринни эгаллаб оладиган холларига характерлидир.

Беморга суюк барий чириб туриб меъда-ичак йулини текшириш ичакнинг кайси кисми тутилиб колганини аниклаб олишга имкон беради (асосан касалликнинг илк даврида).

Утиши. Бу касалликнинг бутун манзараси гоҳо фожиона булиб, шиддат билан утса,гоҳида кам-камдан зурайиб бориб, секинлик Билан утади. Унинг кай тариқа утиб бориши ичак тутилишининг хил ива табиатига, ичак найининг кайси кисми заарланганлигига, ичак ковузлоклари ва туткичининг нечоглик кисилиб колганига боғлиkdir.

Касалликнинг утишида шартли равишда учта даврни тафовут килиш мумкин:

Биринчи даври – дастлабки боскич – 1 соатдан 12 соатгача давом этади. Купчилик холларда шок холатига олиб борадиган оғриқ бу даврда касалликнинг устун турган асосий аломати булиб хисобланади. Клойбер косалари хали булмайди. Ичак перистальтикаси зурайган булади.

Иккинчи даври – оралик боскичи – 12 соатдан 36 соатгача давом этиб бориши мумкин. Гемодинамик узгаришлар, айникса томир уриши тезлашиб, артериал босим пасайиши характерлидир. Оғриқ анча доимий булиб колади. Одамнинг ичи юришмай, ел тупланиб, корни жуда шишиб кетади, аксари асимметрик шаклга киради. Ичак перистальтикаси сусайиб колади, «чакилаб томиб турадиган томчи шовкини» эшитилади. Организмнинг сувсивланаётганлигидан дарак берадиган аломатлар (эритроцитоз, гипергемоглобинемия) пайдо булади. Рентгенологик текширишда Клойбер косалари борлиги топилади.

Учинчи даври касалликнинг сунгги еки терминал даври булиб, бошидан хисобланганда 36 соат ва бундан кура купрок вактдан кейин бошланади. Гемодинамикада тургун узгаришлар юзага келиши, bemor кузларининг ичи-ичига ботиб, юзининг чакак-чакак булиб туриши («Гиппократ юзи»), тилнинг куриб, ерилиб кетиши, ахлат аралаш кайт килиш, сийдик камайиб кетиши (олигурия) касалликнинг бу даври учун характерлидир.

Корин дам булиб, шишиб кетади, ичак перистальтикаси йуколиб, худи «сув куйгандек жим-жит»булиб колади, қорин бўшлиғида эркин экссудат тупланиб боради.

Кон клиник анализида олинадиган маълумотлар. Бирдан ичак тутилишининг дастлабки даврида периферик конда кандай булмасин бирор тарздаги узгаришлар топилмайди. Лекин касаллик зурайиб борган сайн коннинг аста-секин куюк тортиб бораётганига хос аломатлар пайдо булади.

Сийдик текшириб курилганида олигурия (организмнинг тобора купрок сувсизланиб бориши натижасида), индиканурия бошлангани, калий Билан натрий зур бериб чикиб тургани маълум булади.

Касаллик диагнози. Анамнез ва клиник текширишлардан олинган маълумотларни тахлил килиб чикишга асосланиб. Бирдан ичак тутилишини эрта муддатларда, барвакт аниклаб олиш анна шу даҳшатли касалликнинг давосида муваффакият козонишининг хал килувчи шартларидан биридир.

Касалликнинг бирдан-бир аломати факт оғриқдан иборат буладиган, бошка аломатлари эса хали маълум бермай турадиган дастлабки даври диагностика учун хаммадан кейин булади. Бирок бирдан ичак тутилган

махалларида оғриқлар тутиб-тутиб турадиган, перистальтика кучайган пайтда зурайдиган бўлишини эсда тутиш керак.

Касалликнинг иккинчи даврида уни аниклаб олишга ердам берадиган асосий аломати – Клойбер косалари бўлишидир.

3. Дифференциал - диагностикаси.

Бирдан ичак тутилишининг дифференциал диагностикасини утказиша бу касалликни қорин органларининг куйидаги жарроҳлик касалликларидан фарқ килиб, ажратиб олиш керак:

Ўткир аппендицит. Ўткир аппендицит Билан бирдан ичак тутилишининг бир канча умумий аломатлари бор; қоринда оғриқ туриши, ич юришмай колиб, ел тупланиб бориши, кайт килиш шулар жумласидандир. Лекин аппендицитда оғриқлар аста-секин бошланади ва ичак тутилишидагидек кучли булмайди. Ўткир аппендицитда оғриқлар унг енбош соҳасида сезилади, шу жойнинг узида қорин девори таранг тортиб турди хам, Щеткин-Блюмбер симптоми мусбат булиб чикади. Беморнинг узини тутиши хам бошкacha булади – бирдан ичак тутилишида bemor безовталаниб, узини хар екка ташлайди, оғриқ тутиб колиши Билан уз вазиятини хар сафар узгартираверади. Нихоят, бирдан ичак тутилиши учун ичак перистальтикаси кучайиб, Клойбер косалари пайдо бўлиши характерликдирки, ўткир аппендицитда бундай ходисалар кузатилмайди.

Меъда ва ун икки бармок ичак ярасининг тешенишида хам бирдан ичак тутилишига хос аломатлар булади: бу касалликнинг тусатдан бошланиб, қоринда жуда каттик оғриқлар бўлиши билан ажралиб турди. Лекин яра тешилганида қорин девори пайпаслаб куриладиган булса, энг бошданок у безиллаб турди ва нафас актида иштирок этмайди, қорин прессининг таранг тортиб туриши («қориннинг тахтадек булиб туриши»дан иборат симптом) сезиларли булади, холбуки бирдан ичак тутилганида қорин юмшок булиб, нафас актида иштирок этиб боради.

Меъда яраси тешилган вактда bemor мажбурий холатга тушади (оекларини корнига тортиб, икки букилиб олади), перкуссия килиб курилганида жигар тепасидан ичак тутилишидек бугик овоз чикмасдан, балки тимпаник овоз чикади. Яра тешилган булса, рентгеноскопияда, bemordan diafрагма гумбази тагида эркин газ турганлиги, ичак тутилишида эса Клойбер косалари борлиги топилади.

Ўткир холецистит. Бу касалликга хам хос булган умумий симптомлар қоринда каттик оғриқ пайдо бўлиши, кайт килиш, қориннинг дам булиб туришидир; шуниси хам борки, ўткир холециститда одам кайт килгани Билан қунгли равшан тортиб, ахволи яхшиланмайди. Лекин оғриқлар доимий булади, одамнинг унг елкасига, курагига утиб турди. Пальпация махалида ут пуфаги турадиган жой соҳаси хаммадан куп безиллайдиган булади. Шу жойда қорин мускуллари хам таранг тортиб турди. Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат булиб чикади. Баъзи-баъзида катталашиб, безиллаб турган ут пуфаги кулга уннайди. Тана харорати одатда кутарилган булади.

Коринда тусатдан жуда каттик оғриқлар туриб, bemornинг умуман оғир ахволга тушиши, тез-тез кайт килиб туриши, баъзида корни дам булиб кетиши ўткир панкреатитга хам характерлидир. Лекин ўткир панкреатитда оғриқлар

одамнинг оркаси билан чап курагига утиб туради. Мейо-Робсон, Морган симптомлари ва бошкалар характерли булади. Кон ва сийдикда – амилаза купайган булиб чикади.

Бирдан ичак тутилишида эса Обухов касалхонаси, Валь, Гиппократ, Скляров симптомлари мусбат булади, Клойбер косалари борлиги топилади.

Тухумдон кистасибуралиб колганида хам тусатдан каттик оғриқ бошланиб, одам кайт килади, корни юмшок булиб тураверади. Лекин тухумдоннинг кистаси буралишида оғриқлар ичак тутилишидагидек тутиб-тутиб турадиган булмай, балки доимий булади, орка тешик атрофига, думгазага утиб туради.

Бимануал йул Билан текшириб курилганида «усма»нинг жинсий органлар Билан боғликлиги маълум булади, тугри ичак ампуласи бушаб колган, очилиб колган холда булмайди, ичак перистальтикаси кучаймайди. Рентенологик текшириш натижалари хам бошкacha булиб чикади.

Мезентериал томирлар тромбози ва эмболияси уз симптоматикаси жихатидан бирдан ичак тутилиши ходисасига куп ухшайди: касалликнинг биринчи ва иккинчи даврларида қоринда каттик оғриқлар пайдо булиб, одам оғир ахволга тушади, кайт килаверади, корни юмшок булиб, нафас актида иштирок килиб туради, ичи юришмай, корнида ел тупланиб бораверади, тез орада шок бошланади. Лекин ичак девори инфарктида энг бошиданок перистальтика йуқолиб кетади, қорин асимметрияси, Обухов касалхонасининг симптоми булмайди (баъзида ахлат кон аралаш булиб тушади). Диагностика рентгенологик текшириш ердам беради (ичак тутилишида Клойбер косалари топилади).

4. Давоси – операция, энтеротомия килиниб, тош олиб ташланади (тош одатда ичакнинг пучайиб турган ковузлоклари билан дам булиб кетган ковузлоклари чегарасида топилади). Ичак деворида морфологик узгаришлар юзага келган булса, ичак резекция килинади.

Ичакнинг ахлат тошлари билан тикилиб колиши хам шунга ухшаш клиника билан утади, бундай ходиса купдан бери ичи котиб юрган касалларда руй беради. Касалликнинг бух или одатда йугон ичак пастга тушувчи кисмининг тикилиб колиши билан таърифланади ваш у сабабдан клиникаси секинлик билан авж олиб боради.

Ахлат тошлари ва ут тошлари (копролитлар ва энтеролитлар) хар хил катталиқда булади. Б.Н.Назаров (1954) 2,5 кг оғирликдаги, А.Е.Норенберг – Чарквиани эса (1969) чакалок бола бошидек катталиқдаги копролитни тасвирлаб утишган. Ичакда ривожланиш аномалиялари (мегаколон) борлиги ахамиятга эга.

Давоси – операция.

Ичакнинг усма билан тикилиб колиши 1,6 – 9,3% холларда учрайди, шу билан бирга хавфли усмалар хам, хавфсиз усмалар хам ичак найида тикилиб колиши мумкин. Ингичка ичакда хавфсиз усмалардан липомалар, миомалар, фибромалар, аденоомалар, полиплар, ангиомалар, лейомиомалар учрайди. Йугон ичакда купрок хавфли усмалар: рак, саркома булади. Ингичка ичакда рак камдан-кам учрайдиган касалликлардир. Унинг икки хили учраши мумкин:

- 1) халкасимон каттик рак;
- 2) инфильтрацияланадиган таркок рак.

Бундай adenокарцинома аксари енбош ичакда булади. У бирламчи (купрок)бўлиши еки метастаз тарикасида юзага келиши мумкин.

Механик ичак тутилишининг алоҳида турлари.

Буралиб колиш

Странгуляцион ингичка ичак тутилиши (битишмалидан ташкари) нинг охирги вактларда камайиши билан бирга ичакларнинг айланиб колиш холатлари хам камаймоқда. Ўткир ичак тутилишининг бу шакли 2-2,5% ташкил килади. Ингичка ичак сирмогларининг айланиб колишида тугма аномалиялар, ингичка ичак туткичининг узунлиги ва битишмали холатнинг муҳум аҳамияти бор. Купчилик муаълифлар муаълимотига кура операциядан кейин эрта хосил булган ичак тутилиши билан 18,4% ташкил килади. С.И Спасакукоцкий (1948) фикри буцича ингичка ичакнинг айланиб колиши узок вакт оч колиш олиб юрган кишиларнинг бирданига куп микторда овкат истимол килиши таъсирида хосил булган қорин бўшлиғи ички босимининг ошиши механизми билан тушинирилади. Ингичка ичакнинг айланиб колиши тула ва кисман юулиши мумкун. Клиник белгисининг ривожланиши айланиб колган ичак сирмогларининг сонига боғлиқ. Тула айланиб колганда (ингичка ичакнинг хамма кисми) bemорларда шок холатим кузатилиб, кисман айланганда куп марта кусиши хожат ва боднинг чикмаслиги кузатилади. Касалликнинг бошланиш даврида қорин юмшок, бир хил равишда оғриқ, локал холатда дамлаш каби Вал белгилари юзага чикади. Анашу боскичда Тевенар белгиси мусбат булади – урта чизик буйлиб киндиқдан 2 см юкорида оғриқ булади. Кейинчалие перитонит белгиси кучая бошлайди, қорин дамлайди, ичак харакатлари эштилмайди. Қорин парданинг тасирланиш белгилари юзага чикади.

Инвагинация

Инвагинациянинг ривожланиш патогенези кийин. Бу касалликнинг келиб чикиш сабабини изохлайдиган бир неча назариялар бор. Шулардан энг куп таркалгани спастик, паралитик ва механик назариялардир. Бу назарияларнинг асосан ичакнинг алоҳида сегментларида ичак харакатининг бузилиши ётади. Инвагенация 2 хил булади : Пастга тушиши яъни юкорги сегментнинг пастки сегментга кириб кетиши, кам учрайдиган пастки сегментнинг юкориги сегменга кириб кетиши хисобланади.

Инвагенациянинг ривожланишидаги механик теория унинг бошланишида таъсири килувчи фактор яъни ичак сегментининг итарувчи механик таъсири (катти ахлат, гелментларнинг туланиб колишиш, усма шишлар) ва ундан кейин ичак харакатининг бузилиш эфекти юзага чикади. Ичак инвагенацияси ичак тутилишининг аралаш шаклига кириб, энг авало абтурацияловчи ва кейинчалик эса странгуляцион факторлар таъсири курсатади. Инвагенацияларнинг куп сонли класификациялари ичida амалий жихатдан кўлланиши жихатдан осон булган куйидаги тасниф ишлатилади: 1 ингичка ичак инвагенацияси, ёнбош чанбар ичак, кур ичак чанбар ичак, соф йугон ичак инвагенация . Шуларнинг ичida энг куп учрайдигани кур ичак чамбар ичак инвагенация булиб 45-63% ташкил килади. Ёнбош-чамбар ичак инвагенацияси 12-17% ташкил килиб энг оғир шаклидир. Чунки ичак туткичлари кисилиб колиб странгуляцион ичак

тутилишлари юзага чикади. Йугон ичак инвагенацияси 8-15% ташкил килиб хроник кечимга эга.

Ингичка ичак инвагенациясида ингичка ичакнинг бир кисми унинг бошка кисмига кириб кетади ва натижада странгуляцион ичак тутилиши юзага чикади. Хамма инвагенациянинг 10-18% ташкил килади.

Ўткир холецистит.

1. Классификация.

Келтирилган куплаб таснифлар (классификациялар) ичида С.П.Федоровни (1934) классификацияси кулайрок хисобланади. Уни асосоида патологанатомик принцип ётади:

1. Ўткир бирламчи холецистит (куйидаги натижаси билан):

- а. тўлик согайиш
 - б. бирламчи истиско (водянка)
 - в. иккиламичи яллигланган истиско
2. Сурункали асоратланмаган кайталаниб турувчи холецистит
3. Асаратланган, кайталаниб турувчи холецистит:
- а. йирингли холецистит
 - б. ярали холецистит
 - в. гангреноз холецистит
 - г. ўт копи эмпиемаси

4. Ут копи склерози

5. Ут копи актиномикози

6. Ут йулларининг туберкулези

7. Ут йулларининг яллгланиши (холангит):

- а. ўткир булмаган холангит
- б. ўткир холангит
- в. йиригли холангит

С.П.Федоров классификацияси бошка бир катор классификациялар учун асос булди.

А.М.Джвадян (1957) куйидагиларга ажратади:

1. Оддий холецистит:

- катарал
- ўт копи эмпиемаси
- сурункали кайталаниб турувчи асоратланмаган холецистит

2. Деструктив холецистит:

- флегмоноз холецистит
- ўт копи эмпиемаси
- гангреноз холецистит
- перфоратив холецистит
- ўткир холецистопанкреатит
- холангитлар
- ангиохолитлар

- ХТК (холедохниниг терминал кисми) ўткир еки сурункали тикилиши (ёпилиши).

2. Ўткир холецистит клиникаси.

Тошни жойлашган урни, мавжуд булган инфекция ва бошка асоратларга караб УТК клиникаси хар-хил булади. Шунга караб «яширин боскичи» ва «ўткир жигар коликаси» ёки «сурункали кайталаниб турувчи клиникаси» кузатилади.

Яширин боскичи. Тальман берган малумотларга караганда (1963) ўт копидаги тош 75-90% ва холедохолитиазда 20% одамларда хеч кандай клиник куриниши кузатилмаслиги мумкин. Лекин бу хакикатга тугри келмайди. Уларни купчилигига диккат билан анамнез йигилса «туш остида оғирлик», эрталаблари оғзида аччик сезиш, жигилдон кайнаши, кекириш, диспептик узгаришлар, метиоризм, ичини яхши келмаслигини аниклаш мумкин.

Бу холатни кучайиши ва «жигар коликаси» ёглик овкат ёки куп микдорда овкат истъемол килингандан кейин вужудга келади (Мильцер-Лайон симптоми). Жигар коликасида унг ковурга остида оғриқ булади, у кураклар орасига ва унг куракга узатилади.

Оғриқ хосил бўлишига тошни ут йуллари оркали миграцияси ва ут йулларини спазми сабаб булади.

Ут йулинни тош билан беркилиши ва унга инфекцияни кушилиши (ўткир обтурацион тошли холецистит) унг ковурга остида ўткир хуруж оғриқбўлишига олиб келади. Оғриқ одатда бирданига (спазм хисобига) вужудга келади ва спазмолитик килинса ёки уз-узидан утиб кетиши хам мумкин.

Оғриқ кучли булиб айрим холатларда юрак атрофида оғирлик, оғриқ булади – холецистито - коронор синдром (Боткин синдроми ёки билиокардиал синдром). Бу синдром ут копи буйин кисмида «винтил тош» булганда купрок учрайди.

Оғриқ характеристи: «санчиксимон», «кесувчи», «бураб олгандай», «йиртиб юборишга ухшаш» булади.

Купчилик муаллифларни фикрича, агар оғриқ факат спазм ва ут копи ичи босимини ошиши хисобига булса, уни жигар ёки ут коликаси дейилади.

Агар оғриқ ут копи яллигланиши хисобига булса унда ўткир тошли холецистит дейилади.

П.Н.Напалков ва В.С.Кочурин (1977) хакли равища жигар коликаси ва ўткир холециститни ажратишади, уларни тасдиқлашича ут копида яллигланиш булмасада хосил булган кучли оғриқ спазмолитиклар килингандан сунг утиб кетсса жигар коликаси хакида уйлаш керак.

Беморда катталашган, оғрикли ут копини пайпасланиши ўткир холецистит диагнози куйишига асос булади (ўткир обтурацион тошли холециститда).

Ўткир холециститда куйидаги симптомлар мусбат булади:

- **Вольский симптоми (Ортнер, Греков, Крюков)** - унг ковурга равогига кафтни кирраси билан секин урилганда ўт копини урнида оғриқ пайдо бўлиши;

- **Василенко В.Х.** симптоми - ут копи проекциясида қорин олди деворига уриб курилса, чукур нафас олганда оғриқ пайдо бўлиши;

- **Караванов Г.Г.** симптоми - йутал турткиси симптоми. Ут копи проекцияси босиб турилиб bemor йуталганда оғриқбўлиши;

- **Кер симптоми (Образцов)** - унг ковурга остини пайпаслаб туриб bemor чукур нафас олса, кучли оғриқбўлиши;

- **Захарин** симптоми - ут копи проекцияси босилса ёки уриб курилса оғриқбўлиши;

- **Мерфи** симптоми - бемор чалканчасига ётади, чап кул бармокларини кукрак кафасини унг томонига, бош бармокни ковурга равогидан пастга ут копи проекциясига куйилади. Шундай холатда бош бармок ут копини босиб тургани учун bemor чукур нафас ололмайди;

- **Гено де Мюсси** симптоми - ёки Георгиевский симптоми. Беморни буйин кисмида m.sternocleidomastoides оёкчалари орасида, диагфрагмал нерв утиш жойи проекциясида босилса оғриқ жигар соҳасида булади;

- **Березнеговский-Элекер** симптоми - оғриқни унг елкага узатилиши;

- **Айзенберг** симптоми - унг кукрак проекциясига уриб курилса ут копи соҳасида оғриқ булади;

- **Боас-Сквирский** симптоми - Th 7-10-чи умуртка погонасида унг ёки чап тарафини босиб курилса оғриқ ўт копи соҳасида бўлиши мумкин;

- **Мильцер-Лайон** симптоми - ёглик овкат истемол килинса унг ковурга ости да оғриқбўлиши.

Тошли холецистит диагностикасида эхосонография хал килувчи уринни эгаллайди. У нафакат тош борлигини аниклаб беради, уни хажми, эхонегативлиги ёки эхопозитивлигини (аралаш тошларда), балким ут копи деворини тузилишини, калинлигини, яллигланиш борлигини (каватларини ажраши), ут копи йулинини холати ва сафрони 12 бармок ичакга тушишини бузилишини билвосита белгилари - жигар ичи ут йулларини диаметрини кенгайиши кўрсатади.

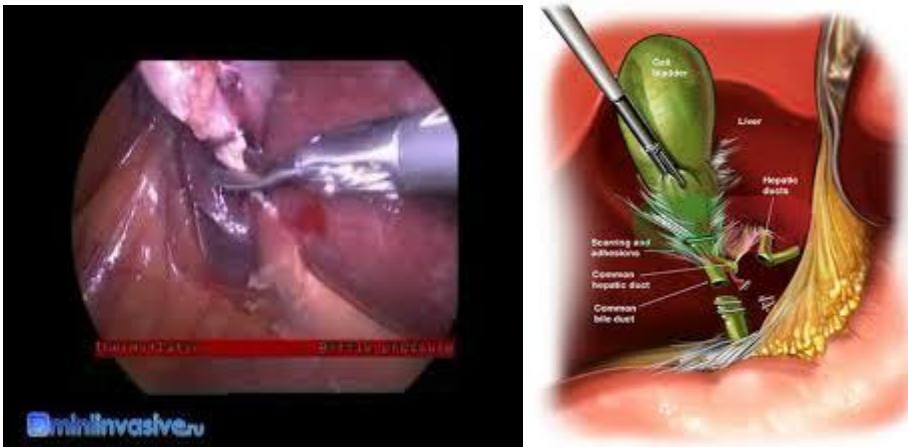
Лапороскопияда ут копини холати (яллигланишини, фибрин коплаганини, хажмини) чарвини холати - холецистопанкреатитда Гомзяков симптоми мусбат булади (тукималарни сафро билан имбибицияси, чарвини шиши ва б.), айрим холларда некроз учоклари чарvida бўлади (Бальсер симптоми).



Расм 13.

3. Ультратовуш текшириш (УТТ), эзофагофиброгастродуодено-скопия (ЭФГДС), ретроград панреатохолангиография (РПХГ), тери жигар оркали холангиография (ТЖОХГ), лапороскопиядан ташкари албатта умумий гомеостазни урганиш зарур (лабаратория текширувлар), онкологик касаллик ва вирусли гепатитни истисно килиш керак.

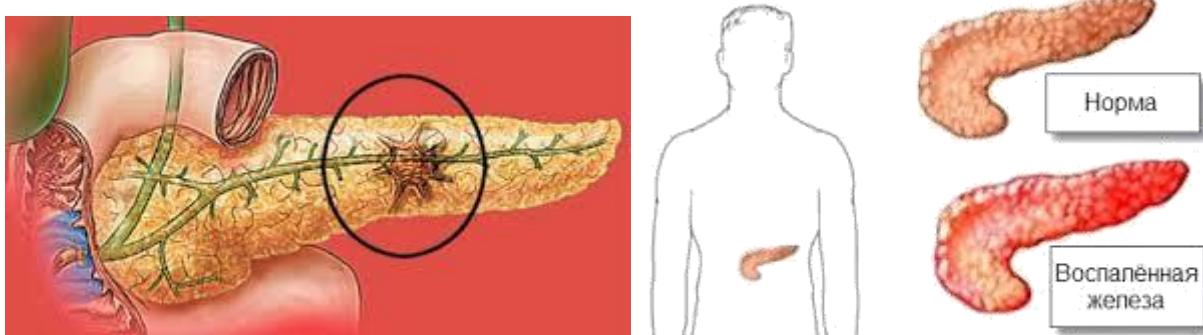
Давоси - хирургик: холецистэктомия (ХЭ), лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) (расм 14). Ут йулларини утиши яхши булса ут копи кискариши функцияси сакланган булса 25 мм гача булган эхонегатив тошда ЭУВЛ килиш мумкин (ультратавуш аппарати ердамида ўт копидаги тошни майдалаш).



Расм 14. Лапароскопик холецистэктомия.

Холецистэктомия килиш вакти ут копи деворидаги патоморфологик узгаришга боғлик, купинча давони консерватив муолажалар билан бошлаш керак - спазмолитик, антибиотик ва б.л., агар 48-72 соат ичида ердам бермаса, яъни хуруж тухтамаса операция килинади. Махаллий перитонит булса ва ут копи буйин кисмидатош билан тикилиб колсаншошилинч ХЭ килиш зарур.

Ўткир панкреатит



Расм 15.

1. Классификация

Жаррохларнинг 28 съездида (1965) куйидаги классификация кабул килинган эди:

- Ўткир панкреатит
- Ўткир интерстициал панкреатит («шиш» - «салкиш»)
- Ўткир геморрагик панкреатит
- Ўткир панкреонекроз
- Сурункали панкреатит
- Кайталаниб турадиган хили
- Кайтарилмайдиган хили
- Холецистопанкреатит
- Вакти-бевакт хуружланувчи тури

Сурункали турлари:

а) аввал холецистит, сунгра панкреатит ривожланиши (купрок ут-тош касаллиги асорати сифатида)

б) аввал панкреатит, сунгра ўткир холецистит – ферментлар таъсирида ут копининг шиллик пардасини яллигланишидан, некрозидан бошланади

в) холецистит ва панкреатит бир вактда бошланади.

Академик В.С.Савельев ва хамкорлари (1983) панкреатитни клиник ва морфологик шаклларга буладилар:

1. Шишли (абортив) панкреатит (интерстициал «салкиш»)

Геморрагик панкреатит

Панкреонекроз

Патологик жараён таркалишига кура:

Локал (махаллий)

Субтотал жараён

Тотал

Жараённинг кечишига караб:

Абортив тури (кайтариладиган)

Прогрессив тури (зурайиб борадиган)

Касаллик ни кечиш даврига кура:

Гемодинамик узгаришлар ва панкреатоген шок даври;

Ферментемия, агрессив ферментларни таъсирида паренхиматоз органларнинг фаолияти бузилиши даври;

Репаратив, хамда дегенератив ва йирингли асоратлар ривожланиши даври.

2. Ўткир панкреатит клиникаси.

Касалликни кечишида уч даврни ажратиш мумкин:

- боскич (давр) да кучли оғриқ (туш ости ва белбогсимон), кайта-кайта кусиши, ичак фалажини борган сари зурайиши, гемодинамиканни бузилиши, панкреатоген шок (кучли оғриқ сабабли), тукималарда микроциркулятор бузилиш, кон томирларнинг деворларининг утказувчанлигини ошиши сабабли коннинг суюк кисми атроф тукималарга утади (шиш) ва кон микдори камаяди (гиповолемия), кон куюклашади. Бу эса тукималарга етказиладиган кислород микдорини камайишига (гипоксия) олиб келади (бу холат касалликнинг 1-3 кунлари ривожланади). Бу даврнинг клиник белгилари, юкорида курсатилганидек:

- кучли оғриқ (белбогсимон таркалувчи);
- кайта-кайта кусиши (ичак фалажи белгиси) дан ташкари;
- эпигастрал (туш ости), соҳада, кундаланг жойлашган, оғриқ берадиган инфильтрат - Кёрте симптоми;
- аортани пульсациясини эшитилмаслиги (инфильтрат аортани устини коплаб туриши сабабли) – Воскресенский симптоми;
- Ѣшу соҳани перкуссия килганда оғриқни кучайиши - Раздольский симптоми;
- кафтнинг уни билан киндик усти соҳасини туртганда оғриқни кучайиши - Чухриенко симптоми;
- чап томонда XII ковурга остида (Грюнфельд-Лесгафт учбурчаги) пайпаслаганда оғриқни кучайиши (Мейо-Робсон симптоми), беморни

умумий ахволи огираша боради (АКБ пасаяди, тахикардия) – лапароскопияда Балсер симптоми – ёг бор тукималарда некроз үчоги булади.

2 - давр (боскич) – касалликнинг 3-7 кунларида ривожланади: аввало меъда ости бези тукималарида активлашган ферментлар конга хам утади (веноз кон ва лимфа йуллари оркали), амилаземия ва амилазурия булади., интоксикияция кучаяди (тахикардия, тахипноэ), гиперферментемия натижасида Мондор (беморнинг юз ва танасида бинафша рангли додлар), Лагерлеф (юзида цианоз), Грей-Турнер (қорин деворида цианоз), Грюнвальд (киндинк атрофида петехиялар), Гуллен (қорин девори – киндинк атрофида терининг саргайиши) симптомлари ва умумхолсизлик (интоксикияция натижаси), бутун ички аъзоларнинг (аввало юрак кон томирлари, жигар ва буйраклар) фаолиятини бузилиши (полиорган етишмовчилик) натижасида bemor жуда оғир ахволга тушиши улимга олиб келади. Эндоскопия килинганда катта дуоденал сургични шиши (Поппель симптоми – agar КДСда тош тикилган булса), рентгеноскопияда чап m.psoas ни чегарасининг ноаниклиги (шиш хисобига) – Пчелина симптоми – чап ёклама реактив плеврит (пунктатда ферментлар куп бўлиши билан оддий плевритдан фарқ килади), - улимни сабаби – полиорган фаолиялининг бузилиши, организмнинг гиперферментемия натижасида захарланиши.

3- давр – bemor улмай колса касаллик бошланишининг иккинчи хафтасида, меъда ости безининг некрозга айланган тукималари макрофаг, лимфоцитлар, плазмоцитлар харакати билан тозаланади ва уларни урнига бириктирувчи тукима усади ва нихоят чандикка айланади.

Айрим вактда улган тукима атрофини бириктирувчи тукима хисобига фиброз кин ураб олиб киста хосил килади. Агар киста меъда ости безининг йули (вирсунг) билан boglik булса киста аста-секин катталашади (чин киста) атрофидаги орган ва тукималарни эзади. Агар киста вирсунг йули ёки унинг тармоклари билан boglik булмаса – кичик кисталар бириктирувчи тукима хисобига чандикга айланади (бу сурункали панкреатит тури). Айрим вактда киста усмай тураверади (сохта киста), лекин у яллигланса меъда ости бези абсцесси ривожланади. Катта киста (чин кисталарга мансуб) – эластик, коптоксимон, флюктуация белгили, атроф тукима ё органларини эзиш билан ва меъда ости безининг фаолиятини бузилиши (триада) белгилари билан кечади. Мана шундай кистани рентгеноскопия килиб аниклаш мумкин – купинча барий ичирилса ва шу вактни узида ирригоскопия килинса меъда ва чамбар ичак орасида (иккаласини юкори ва пастга суриб), киста жойлашганини куриш мумкин – бу Гуссенбауэр симптоми. Сурункали панкреатитда яна бир рентгенологик симптом – Гобье симптоми мусбат булади (чамбар ичакнинг рефлектор кенгайиши – ичак тутилишидан фарки, Клойберг косачалари булмайди).

Ўткир деструктив панкреатитни аниклашда Узи, КТ ва лапароскопия усувлари асосий рол уйнайди.

Касални умумий холини, оғирлигини аниклашда APACHE (the acute phisiology and chonic health evalution) критериясидан фойданалади: артерия кон босим, харокат, пулс, нафас лоши тезлиги, Ро, РН, кон мочевиниси, креатинин,

плазмада К, гематокрит, лейкоцитлар. Баллар Глазко тавсиясига асосан 15 баллдан зиёд булса – бу огир панкреатит.

Даволаш принциплари:

Панкреотоген шок ва гиперферментемия, токсимеяга карши кураш:

а) оғриқсизлантириш ва спазмолитикларини шошилинч юбориш (новокаин блокадаси ва 0,1%-1,0 атропин + 2%-2 мл промедол + 0,5%-5 мл новокаин + 2,5%-2 мл димедролдан иборат коктейлни вена ичига юбориш.

б) детоксикация максадида 1-2 литр 5% глюкоза эритмаси + 0,25% ли 100,0 мл новокаин кушиб, реополиглюкин (микроциркуляцияни яхшилайди), сийдик хайдовчи моддалар (лазикс).

Меъда ости бези соҳасига совук таъсир килиш ва ошкозонни совук сув билан тозалаб ювиш;

Безнинг шира ишлаб чикариш фаолиятини камайтириш максадида:

а) овкат едириласлик (3-4-кун)

б) пентоксил, диамакс, 5-фторурацил ва б.

в) ошкозонни ювиб-тозалаш.

ДВС га карши кураш – гепарин, реополиглюкин, никотин кислотаси, эуфиллин ва б.

Бузилган сув-туз ва электролитлар мувозанатини тиклаш;

Ферментемияга карши протеазлар ингибиторлари – трасилол, контрикал, гордокс ва х.к.

Гиповолемияга карши плазма, альбумин, гемодез ва бошка эритмалар;

Яллигланишга карши воситалар (антибиотиклар);

Лимфосорбция;

10) Абдоминал диализ.

Операция факат панкреонекроз булганда ва перитонит белгилари ошкора булса килинади.

ПАНКРЕАНЕКРОЗДА ЖАРРОХЛИК ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИ.

1. очилган некроэктомияда қоринпарда чутакларига дренаж куйилади.
2. программали релапаратомия ёки лапаростомия-қорин парда очилганда тухтатилади.
3. кичикинвазивланган некроэктомия
4. қорин пардада лапороскопияли

Узоклашган охирги панкреанекроз. Псевдокисталар, экзокринни етишмаслиги, кандли диабет, сурункали панкреатитнинг ривожланиши (фиброз, калсиноз, поликистоз).

АСОРАТЛАРИ.

1. панкреатик инфильтрат
2. йирингли инфильтрати
3. ферментатив перитонит
4. йирингли перитонит
5. қорин ёги чунтагининг абцесс
6. қорин парда абцесси
7. қорин парда хужайраларини флегмонаси
8. псевдокисталар

9. механик сариклик
10. ички ва ташки окмалар
11. торакални йирингли асоратлар
12. стенозлар жкт
13. йирингли медиастинит
14. сепсис
15. аррозив кон кетиш.

Кўлланилган адабиётлар:

- 1.Каншин Н.Н. Хирургическое лечение послеоперационного перитонита, вызванного несостоительностью кишечных швов. М; Профиль 2009: 64.
- 2.Перитонит: Практическое руководство. Под ред. Савельева В.С., Гельфонда Б.Р.,М: Литтера 2006; 205.
- 3.Стручков Ю.В., Горбачева И.В. Оценка тяжести течения послеоперационного перитонита хирургия 2007; 7; 12-15.
- 4.Томнюк Н.Д., Рябков И.Л., Давыдов Е.И. Структура послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии и ранние повторные операции. Успехи сов. Естествознания. 2008: №2, 32-35.

Электрон адабиётлар:

- 5.Хирургические болезни (Под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко, учеб.С компакт-диском в 2-х томах, -М., ГЭОТАР Медиа, 2006, -т 1-603 с.)
6. Бойко В.В., Криворучко И.А., В.Н. Лесовой, Замятин П.Н., В.П.Полевой, Ю.С.Паращук, Н.Н.Березка, С.Н.Тесленко. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости.- Харьков-Черновцы, 2009. - 514 с.

Интернетсайтлар:

- <http://www.moodle.sammi.uz>
- <http://www.tma.tmn.ru/Vestnik>
- <http://medi.ru/doc/83.htm>
- <http://www.rmj.net/index.htm>
- <http://www.consilium-medicum.com/media/refer>
- <http://www.mediasphera.aha.ru>
- <http://www.doktor.ru>
- <http://www.ziyonet.uz>