

**O`ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG`LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
ABU ALI IBN SINO NOMIDAGI BUXORO DAVLAT TIBBIYOT INSTITUTI
«XIRURGIK KASALLIKLAR VA REANIMATSIYA» KAFEDRASI**

“TASDIQLAYMAN”

**O`quv va tarbiyaviy ishlari
prorektori, dots.**

G.J Jarilkasinova_____

« ____ » _____ 2019yil

**Davolash va tibbiy pedagogika
fakulteti
6- kurs talabalari uchun**

**XIRURGIK KASALLIKLARFANIDAN
O`QUV-USLUBIY
MAJMUA**

Buxoro – 2019 yil

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

«Хирургик касалликлар» кафедраси

Уқув бўлими
«ТАСДИҚЛАЙМАН»
томонидан руйхатга
проректори
олинди № _____
Г.Ж.

“ ____ ” _____ 2019

Ўқув ишлари

т.ф.н.: Жарилкасинова

« ____ » _____ 2019 й.

«ХИРУРГИК КАСАЛИКЛАР» ФАНИДАН

ИШЧИ ДАСТУР 2019-2020 уқув йили

БИЛИМ СОҲАСИ: 500000 - Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

ТАЪЛИМ СОҲАСИ: 510000 - Соғлиқни сақлаш

ТАЪЛИМ ЙЎНАЛИШИ: 5510100 - Даволаш иши

5111000 – Касбий таълим (5510100 - Даволаш иши)

6-курс

Умумий соат: - 309

Шундан:

Маъруза - 10

Амалий машғулот - 68

Клиник машғулот - 80

Мустақил иш - 151 Даволаш факултети талабалари учун

151 Касбий таълим факултети талабалари учун

Тузувчилар:

Хирургик касалликлар кафедраси мудири, т.ф.д., доц: **Уроков Ш.Т.**
Хирургик касалликлар кафедраси, т.ф.д. **Абдурахмонов Ш.М.**
Хирургик касалликлар кафедраси ассистенти, т.ф.н. **Обидов У.У.**
Хирургик касалликлар кафедраси ассистенти **Исомитдинов Б.Ш.**

Кафедра мудири:

Хирургик касалликлар ва реанимация
кафедраси мудири т.ф.д.
Уроков Ш.Т._____

Такризчилар:

Факультет ва госпитал хирургия
кафедраси мудири, профессори,
Ахмедов Р.М._____

Факультет услибий комиссияси раиси, т.ф.д., проф.: Сафаев Б.Б. _____
Ишчи дастур «Даволаш иши» йуналишлари бўйича намунавий дастури ва ўқув режаси.
Асосида тузилди, БухМИ илмий – методик кенгаши йиғилишида муҳокама қилинган.

Баённома № « » 2019 й

Ўқув бўлими услубчиси: Жумаева Ш.Б. _____

АННОТАЦИЯСИ

Маърузаларда хирургиянинг долзарб муаммолари бўлган мавзулар ёритади. Хирургик касалликлар хақида тушунча, уларнинг дифференциал диагностикаси муаммоларига маърузада алохида эътибор берилган. УАШ кундалик иш фаолиятида бу беморлар билан тукнашади, тугри киёсий ташхис куйиш керак булади, шунинг учун УАШ бу мавзунини мукамал билиш лозимдир. Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалар ёритиб берилган.

Маъруза материалларида хирургияда учрайдиган касалликларнинг этиологияси, патогенези, ташхисоти, киёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари, профилактикаси кенг ёритилган. Асосий эътибор профилактика муаммоларига қаратилган.

Кириш

I. Ўқув фанининг долзарблиги ва олий касбий таълимдаги ўрни

Ушбу фан дастури Ўзбекистон Республикаси Давлат таълим стандарти ва бакалаврият таълим йўналиши малака талабларига асосланган ҳолда тузилган. Ушбу дастур асосида замонавий педагогик технологияларни ўқитиш жараёнига тадбиқ этиб, талабани назарий маълумотидан бошланғич амалий кўникмаларни фантомларда бажаришга ўргатиб ва орттирилган кўникмаларни замонавий тиббий технологиялар орқали клиник амалиёт билан уйғунлаштирган ҳолда мустақил равишда беморларни ташхислаш ва қабул қилишга замин яратиб беради. Дастурнинг мақсад ва вазифаларини ечими якунида талаба горизонтал ва вертикал интеграция жараёнларида олган билим ва амалий кўникмаларни клиник уйғунлаштириб, етук, рақобатбардош, мустақил клиник фикрлаш қобилиятига эга бўлган умумий амалиёт шифокори бўлиб шаклланади.

Мазкур фан ўқув режадаги тиббий ва биологик кимё, одам анатомияси, физиология, гистология ва иммунология, микробиология ва паразитология, ички касалликлар, аллергология, клиник иммунология, фтизиатрия, клиник фармакология, травматология ва шошилиш тез тиббий ёрдам фанларидан ўзлаштирилган билимларга асосланади.

Хирургия фани ўткир ва сурункали хирургик касалликларни этиопатогенетик омилларини, уларнинг клиникасини, замонавий диагностикаси ва даволаш тамойилларини ўргатади.

Бакалавр тайёрлашда дастур орқали – ўткир ва сурункали хирургик касалликларни ва хирургик даво тамойилларини ўрганиш замонавий шифокор учун ўта муҳим, чунки фақатгина уларнинг асосида касалликларнинг этиопатогенезини малакали таҳлил қилиш ва патогенетик асосланган даволаш усулини тайинлаш мумкин.

II. Ўқув фанининг мақсади ва вазифаси

Хирургия фанини ўқитишдан **мақсад** - бўлажак умумий амалиёт шифокорларига асептика, антисептика қоидаларини, ургент ва режали хирургик касалликларни ва энг кўп учрайдиган хирургик касалликларнинг асоратларини даволаш ва профилактикасини ўргатиш. Олган билим ва кўникмаларини тиббиётда қўллаш билишлари учун асосий билим бериш, хирургик касалларда текшириш усуллари ва шу орқали организм ҳолатига баҳо бера олишни ўргатиш ва мустақил равишда биринчи тиббий ёрдам кўрсата оладиган умумий амалиёт шифокорларини тайёрлаш.

Фанининг вазифаси:

- талабаларнинг хирургияда антисептик моддаларни қўллаш, стерилизация масалалари, хирургик стационари ва поликлиника ишида асептика ва антисептиканинг асосий қоидаларига риоя қилиши.
- турли хилдаги юмшоқ ва қаттиқ боғламларни қўллаш учун кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни, уларни бажариш техникасини ўргатиш.
- қон кетиши ва уни тўхтатиш усуллари, қон гуруҳларини ва резус факторни аниқлаш, қон ва унинг ўрнини босувчи эритмаларни қўйиш қоидалари ва техникаси ҳамда донорлик билан талабаларни таништириш.
- хирургик инфекцияси ҳақида тушунча бериш: умумий ва маҳаллий, ўткир ва сурункали носпецифик (йирингли) ва специфик инфекция, уларни турлари, клиник белгилари, даволаш асослари, олдини олиш усуллари.
- беморларни мустақил кўришга ўргатиш.
- касаллик тарихи, амбулатор карталар ва бошқа тиббий ҳужжатларни тўлдиришга ўргатиш.
- синдромал ҳамда ташхисот ва даволаш алгоритмлари асосида ўқитиш ёрдамида кенг тарқалган ҳамда кам учрайдиган касалликларни ташхислаш, даволаш ва олдини олишни ўргатиш.
- ташхисот ва даволаш алгоритмлари асосида мустақил ҳолда ташхис қўйиш ва фавқулотда шароитларда тезкор ёрдам кўрсата олишга ва стационар шароитда даволанишга кўрсатмаларни аниқлашга ўргатиш.
- аҳолини профилактика, диспансеризация ва соғломлаштириш услубларига ўргатиш.

Фан бўйича талабаларнинг билим кўникма ва малакаларига қуйидаги талаблар қўйилади.

Талаба:

- асептика ва антисептика қоидаларини

- десмургияни
- трансфузиология асосларини
- шошилич ва режали хирургик операцияларни бажариш усуллари
- кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи операциялари
- травматология асосларини
- комбустиология асосларини
- маҳаллий ва умумий хирургик инфекция ва хирургик паразитологияни
- ангиохирургия ташхислаш ва даволаш усуллари
- трансплантология, пластик ва эстетик операцияларни
- кичик инвазив ва юқори технологик операцияларни
- болалар хирургиясини тиббиётд ахамиятини
- гибрид ва робототехник операциялар тўғрисида **тасаввурга эга бўлиши**;
- Бош мия, кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишида,
- суяклар синиши ва бўғимлар чиқишида,
- юмшоқ тўқималарни очик ва ёпик шикастида,
- нафас олиш ва юрак фаолияти тўхташида,
- шок,
- коллапс,
- қоқшолда хуружи ва бошқа критик ҳолатларда биринчи ёрдам кўрсатиш усуллари.
- Тез-тез учрайдиган жарроҳлик касалликлари билан оғриган беморларни эрта ташхислашни ва самарали даволашни, реабилитациясини таъминлаш.
- Кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик касалликларидаги клиник белгиларини эрта ва тўғри аниқлаш.
- Операция талаб қилувчи кўп учрайдиган сурункали жарроҳлик касалликларининг белгиларини эрта ва тўғри аниқлаш.
- Юқорида кўрсатилган ҳолатларда мос, самарали ва мақсадга мувофиқ даво чораларини ўтказиш.
- ҚВП да қилишнинг иложи бўлмайдиган ҳолатларда барча чора-тадбирларни ўтказиш учун тўғри ва ўз вақтида йўлланма беришни **билиши ва улардан фойдалана олиши**;
- Қўлларни оқар сув остида ювиш техникаси
- Стерил халатни кийиш босқичлари
- Стерил кўлқопларни кийиш босқичлари
- Румолли боғламлар қўйиш техникаси босқичлари
- “Чепец” боғлами: кўрсатмалар ва қўйиш кетма кетлиги.
- Гиппократ қалпоқчасини қўйиш техникаси
- Югансимон боғламини қўйиш техникаси
- Бармоқ билан қон томирларни босиб қон тўхтатиш соҳалари
- Эсмарх жгутини қўйиш техникаси
- Юмшоқ тўқималар ёпик шикастланганда биринчи ёрдам босқичлари
- Ошқозонга зонд ўрнатиш ва ювиш.
- Сифон хукна бажариш техникаси.
- Тўғри ичакни бармоқ ёрдамида текшириш.
- “Йўтал туртки” белгиси аниқлаш.
- Щеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш.
- Ўткир аппендицит симптомларини аниқлаш (Ровзинг ва Ситковский).
- Ўткир холецистит симптомларини аниқлаш (Мюсси-Георгиевский ва Ортнер-Греков).
- Ўткир ичак тутилиши симптомларини аниқлаш (Скляров ва Кивуль).
- Ўткир панкреатит симптомларини аниқлаш (Керта ва Мейо-Робсон).
- Магистрал қон томирларда пульсацияни аниқлаш.
- Қўл артериал босимни ўлчаш
- Оёқда артериал босимни ўлчаш.
- Блекмор зондини ўрнатиш.
- Плеврал пункция бажариш техникаси.

- Варикоз касаллигида клапан етишмовчилиги, юзаки, чуқур ва перфорант веналарни фаолиятини ўрганувчи синамаларни бажариш (Троянов-Тренделенбург, Дельбе-Пертес, Пратт-2).
- Оёқларни эластик бинтлаш.
- Ташқи артериал ва веноз қон кетишни тўхтатиш.
- Лапароцентез бажариш техникаси.
- Жароҳатдан чокларни олиш техникаси
- Жарроҳлик ишловидан сўнг жароҳатга Донати чокларини қўйиш техникаси
- Очиқ пневмотораксда окклюзион боғлам қўйиш.
- Карбункулни очиш
- Липомани олиб ташлаш (атерома)
- Онихокриптозда жарроҳлик тактикаси
- Ўйрингли жароҳатга ишлов бериш
- Тишланган, чақилган жароҳатларда биринчи тиббий ёрдам
- Панарицийда биринчи жарроҳлик ёрдами.
- Қоқшол профилактикаси ва тиббий ёрдам.
- Беморни курация қилиш;
- Элефант синамаси (ўтказиш техникаси)
- Қизилўнгач зондлаш (ўтказиш техникаси)
- Болаларда қизилўнгачни контрастное текшируви (ўтказиш техникаси)
- Рентгенография Тренделенбургга холатида ва уни ўтказиш техникаси.
- Фистулография киндик оқмаларида ва уни ўтказиш техникаси
- Рентгенография Вангенстину усулида ва уни ўтказиш техникаси.
- Пеллера-Ситковского усулида пункция ўтказиш техникаси
- Бронхоскопия, бронхография - ўтказиш техникалари.
- Спленопортография, спленоманометрия.
- Эзфагогастродуоденоскопия.
- Сийдик қопини катетеризация ўтказиш техникаси.
- Микцион цистография ўтказиш техникаси.
- Касаллик тарихини шакллантириш *каби амалий кўникмаларга эга бўлиши керак.*

2. Уқув юкламасининг ҳажми

Умумий иш ҳажми	Уқув юкламасини тақсимланиши Аудитор машгулотларида қуриниши (саот)				Мустақил иш
	Маъруза	Амалий машгулот	Клиник мушоҳада	Лаборатория иши	
309	10	68	80	-	151

3. Маърузалар курси.

3.1. Маърузалар тематик режаси

№	Маърузалар мавзуси	Соатлар
1	Ўткир қорин ва абдоминал оғриқлар	1
2	Ошқозон ичак тизимидан қон кетиш	1

3	Жигар касалликлари, бактериал ва амёбали абсцесларида ва жигар циррозида сариқлик. Паразитар ва нопаразитар жигар кисталари	1
4	Механик сариқлик	1
5	Ичак диспепсияси	1
6	Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли хосилалари. Қорин чурралари	1
7	Томир патологиясидаги синдромлар. Артерия касалликларида ишемик синдром.	1
8	Вена касалликларида шиш-оғриқ синдроми (варикоз касаллиги, флеботромбоз ва тромбофлебит, ПТФС), юқори ва пастки кавак вена синдроми, Педжетт-Шреттер синдроми	1
9	Ўпка ва плевранинг носпецифик йирингли касалликларида ҳамда кўкрак қафаси травмасида хансираш ва кўкрак қафасида оғриқ синдроми	1
10	Жаррохлик инфекцияларида иситма синдроми	1
Жами:		10

1. Ўткир қорин ва абдоминал оғриқлар

“Ўткир қорин” синдроми тушунчаси. Шошилиш жаррохликка замонавий назар ташлаш. Ўткир қорин таснифи, семиотикаси. Диагностика, дифференциал диагностика, УАШ тактикаси. 1-ёрдам, даволаш. Операцияга тайёрлаш, кўрсатмалар, беморларни операциядан сўнг парваришлаш ва реабилитация қилиш. Ўткир жаррохлик касалликларини олдини олиш сифатида беморларни диспансеризация қилиш. Ўткир қоринни ташхислаш ва даволаш алгоритми (ўткир аппендицит, холецистит, панкреатит, ЎИТ, перитонит, перфоратив яра ва сиқилган чурралар).

Мустақил иш учун мавзулар:

1. Уткир қоринга олиб келувчи сабабларнинг учраш тезлиги.
 2. “Ёлгон” уткир қорин тушунчаси.
 3. Уткир қоринда ультратовуш текшируви
- А:1,2,3,4,5. К:1,2,3,4,15,16

2. Ошқозон ичак тизимидан қон кетиш (ОИТҚ)

Синдром тушунчаси, ОИТҚ нинг сабаблари ва учраши. Замонавий ташхис усуллари, маҳаллий ва умумий белгилари Forrest буйича эндоскопик таснифи; гастродуоденал, кизилўнғачдан, ўпкадан ва ичакдан қон кетишнинг таққослама ташхиси, УАШ тактикаси. ОИТҚни ташхислаш алгоритми ва даволаш. Биринчи ёрдам, геморрагик шок ва геморрагиядан сўнгги анемия билан курашиш. Операцияга кўрсатмалар. Беморни операциядан олдинги тайёрлаш, операциядан сўнгги парвариши, реабилитацияси ва диспансеризацияси.

3. Жигар касалликлари, бактериал ва амёбали абсцесларида ва жигар циррозида сариқлик. Паразитар ва нопаразитар жигар кисталари

Тушунча, сабаблари, таснифи, клиник, лаборатор ва инструментал диагностик усуллари. Клиник семиотикаси, диагностика ва дифференциал диагностикаси, УАШ ва жаррох тактикаси. Замонавий даволаш усуллари. Анъанавий ва ноанъанавий жаррохлик даволаш усуллари. Беморларни реабилитацияси ва профилактикаси.

4. Механик сариқлик (МС)

Механик сариқлик тушунчаси, сабаблари, классификация, клиник, лаборатор ва инструментал диагностикаси. Клиник семиотикаси, диагностикаси ҳамда гемолитик ва паренхиматоз сариқлик билан дифференциал диагностикаси. МС диагностика ва даволаш алгоритми УАШ ва жаррох тактикаси, биринчи ёрдам. Операцияга тайёрлашнинг, эндоскопик ва классик хирургия ҳамда ўт йўллари дренажлашнинг замонавий усуллари. МС беморлар реабилитацияси.

Мустақил тайёрланиш учун мавзу.

1. Организмда билирубин алмашинуви.
 2. Жигар абсцесси ва кисталари.
- А:1,2,3,4,5. К:1,2,3,4,15,16

5. Ичак диспепсияси

Тушунча. Йўғон ичак касалликларида диарея, колостаз ва колопатия (НЯК, амебиаз, Крон касаллиги, дивертикулез, диффуз полипоз). Перианал соҳадаги оғрик, бўртиш, тугунлар мавжудлиги ва шиш (геморрой, анал ёрмаси, парапроктитлар, тўғри ичак тушиши ва х.к.). Диагностика ва дифференциал диагностика усуллари, диагностика ва даволаш алгоритми. УАШ тактикаси. Реабилитацияси.

Мустақил тайёрланиш учун мавзу

1. Эндоскопия ва операцияга тайёрлаш усуллари.
2. Уткир ва сурункали парапроктит.
3. Ярали колит Ўзбекистонда регионал муаммо.

А:1,2,3,4,5. К:1,2,3,4,15,16

6. Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли хосилалари.

Қорин чурралари

Асоратланган ва асоратланмаган чурралар тушунчаси, классификацияси, клиник симптоматологияси. Қорин чурраларини яхши ва ёмон сифатли ўсмалардан, лимфогрануломатоздан, лимфаденит ва бошқа касалликлардан фарқи ва дифференциал диагностикаси. Даволаш. УАШ тактикаси. Асоратланган чурраларда биринчи ёрдам ва даволаш. Операцияга кўрсатмалар. Реабилитация ва меҳнат билан таъминлаш.

Мустақил тайёрланиш учун мавзу.

1. Қорин олд девори, чов ва сон каналларининг хирургик анатомияси.
2. Кам учрайдиган чурралар.

А:1,2,3,4. К:1,2,3,4,15,16

7. Томир патологиясидаги синдромлар. Артерия касалликларида ишемик синдром. Вена касалликларида шиш-оғрик синдроми (варикоз касаллиги, флеботромбоз ва тромбофлебит, ПТФС), юқори ва пастки кавак вена синдроми, Педжетт-Шреттер синдроми

Облитерацияловчи артерия касалликларида ва тромбоемболияда ўткир ва сурункали артериал тутулиш. Инструментал ва ангиографик диагностика, дифференциал диагностика ва даволаш. УАШ тактикаси. Ишемик синдромда диагностика ва даволаш алгоритми. Реабилитация ва диспансеризация, меҳнат билан таъминлаш. Веноз касалликлари тушунча, сабаблари, классификация, клиник семиотикаси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Инструментал ва ангиографик диагностика, дифференциал диагностика ва даволаш. УАШ тактикаси. Диагностика алгоритми ва даволаш. Реабилитация ва диспансеризация, меҳнат билан таъминлаш.

Мустақил тайёрланиш учун мавзу.

1. Томир касалликларининг ангиографик белгилари.
2. Аорта шохларининг окклюзияси.
3. Оек веналари клапан аппаратининг етишмовчилигида функционал синамалар.
4. Лимфаденопатия.
5. Упка артерияси тромбоемболтыси.

А:1,2,3,4,5. К:1,2,3,4,15,16

8. Вена касалликларида шиш-оғрик синдроми (варикоз касаллиги, флеботромбоз ва тромбофлебит, ПТФС), юқори ва пастки кавак вена синдроми, Педжетт-Шреттер синдроми

Веноз касалликлари тушунча, сабаблари, классификация, клиник семиотикаси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Инструментал ва ангиографик диагностика, дифференциал диагностика ва даволаш. УАШ тактикаси. Диагностика алгоритми ва даволаш. Реабилитация ва диспансеризация, меҳнат билан таъминлаш.

Мустақил тайёрланиш учун мавзу.

3. Оек веналари клапан аппаратининг етишмовчилигида функционал синамалар.
 4. Лимфаденопатия.
 5. Упка артерияси тромбоемболтяси.
 А:1,2,3,4.5. К:1,2,3,4,15,16

9. Ўпка ва плевранинг носпецифик йирингли касалликларида ҳамда кўкрак қафаси травмасида хансираш ва кўкрак қафасида оғриқ синдроми

Тушунча, классификация, клиника, симптоматология, диагностика, дифференциал диагностика, асоратлари, УАШ ва жаррох тактикаси. Биринчи ёрдам ва даволаш. Консерватив ва оператив даволашга кўрсатмалар.

10. Жаррохлик инфекцияларида иситма синдроми

Тушунча, классификация. Специфик ва носпецифик, умумий ва маҳаллий, аэроб ва анаэроб жаррохлик инфекцияларида иситма клиникаси ва ўзига хослиги. Диагностика, дифференциал диагностика ва даволаш усуллари. УАШ ва жаррох тактикаси. Замонавий даволаш усуллари (умумий, маҳаллий, специфик, хирургик). Қандли диабетда хирургик инфекциянинг ўзига хослиги. Реабилитация ва профилактика.

4. Амалий машгулотлар

4.1. Амалий машгулотларни тематик режаси

Амалий машгулотларнинг намунавий мавзулари.

№	Соат		Амалий машгулотлар мавзуси ва мазмуни	Адабиёт
	А.м	К.м		
1.	Теридаги узгаришлар синдроми.			
1	2,0 с	2,0	Хирургик беморларни текшириш усуллари. Умумклиник, лаборатор ва инструментал усуллар. Асептика ва антисептика. Жаррох кўли ва операция майдонига ишлов бериш усуллари.	А-12,13,17 К- 7,8,11,18
2	2,0 с	2,0	Жарохатлар, тушунча, таснифи, диагностикаси ва юза жарохатларни даволаш. Жарохат БЖИ, бойлаш ва чолкларни олиш. Чукур, ёрилган, скальпирланган яралар. Яраларнинг асоратлари. Клиника, диагностикаси. Қон тухтатувчи ва шина куйиш учун курсатма. Қоқшолнинг специфик профилактикаси. Бирламчи, кечиктирилган ва иккиламчи чоқлар хақида тушунча. Реабилитация.	А-4,6,16 К-15,20,33
3	2,0	2,0	Тери ва шиллик каватларни термик ва химик жарахатланиши, совук уриши. Классификация. Куйиш ва совук уриш даражалари. Касаллик босқичи клиникаси. Дифференциал диагноз ва даволаш. УАШ тактикаси. Биринчи тиббий ёрдам. Қоқшол профилактикаси. Реабилитация. Трофик ва ёток яралар.	А-4,6,12,15 К-17,21,23
2.	Қорин олд девори юмшоқ туқималарининг хажмли ҳосилалари.			
4	2,0	2,0	Қорин олд девори, киндик, чов ва сон чурралари. Чов ва сон сохаларида туғриланадиган ва туғриланмайдиган ҳосилалар. Ташхисоти ва қиёсий ташхисоти. Оператив ва консерватив даволаш усуллари. Операцияга курсатма. УАШ тактикаси. Операциядан сунгги парвариш, реабилитация.	А-1,2,7,8,13 К-23,25,19,32
5	2,0	3,0	Чурра асоратлари, қисилиш, яллиғланиш, копростаз, туғриланмаслик. Клиникаси, ташхисоти, қориннинг бошқа хажмли ҳосилаларидан қиёсий ташхисоти.	А-1,4,6,8,14 К- 7,10,11,13,20, 27
3	Ичак диспепсияси.			

6	2,0	3,0	Диарея синдроми. Тушунча. Этиология, патогенез, диагностика, текшириш усуллари ва даволаш тактикаси. Носпецифик яралли колит, йугон ичак амебиёзи, диффуз полипоз, дивертикулез, Крон касаллиги. Этиология, патогенез, диагностика ва дифференциал, текширув усуллари ва даволаш тактикаси.	А-1,5,6,21 К-7,10,13,15
7	2,0	3,0	Орқа чиқарув соҳасидаги ўсмасимон ҳосилалар, огрик, кичишиш. Тўғри ичакдан қон кетиш. Диагностика, дифференциал диагностикаси. Текшириш методлари, даволаш. УАШ вазифаси. Реабилитация, профилактика.	А-4,6,21,22 К-4,5,9,16,17,20 А-13,19,21,22 К-22,29,30,33
8	2,0	3,0	Перианал соҳадаги огриклар, шишлар ва йирингли окма яралар. Этиология, патогенез, диагностика ва дифференциал диагностикаси, текшириш методлари, даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактикаси.	А-4,6,21,22 К-4,5,9,16,17,20 А-13,19,21,22 К-22,29,30
4	Қон томирлар патологияси синдромлари.			
9	2,0	3,0	Оёқ ва қулларда ишемик симптомокомплекс, классификация. Лериш Синдроми. Уткир артериал тугилиш. Этиология, клиника, диагностика ва дифференциал диагностика, алгоритми, Текшириш усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Беморлар реабилитацияси ва диспансеризацияси.	А-7,9,11,19 К-24,34,39
10	2,0	3,0	Вена касалликларида шиш-огрик синдроми. Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши. Пастки ковак вена синдроми, флеботромбоз ва тромбофлебит. Посттромбофлебитик синдром. Пастки ковак вена ва Педжетт-Шреттер синдроми. Этиология, клиник симптомокомплекс, диагностика ва дифференциал диагностикаси, даволаш тактикаси. Асорати (ТЭЛА). Профилактика, диспансеризацияси. УАШ вазифалари.	А-7,9,11,19 К-24,34,39
5	Хирургик инфекцияларда иситма синдроми.			
11	3,0	3,0	Умумий ва маҳаллий, специфик ва носпецифик, аэроб ва анаэроб инфекцияларда иситма, теридаги узғаришлар ва бошқа клиник белгиларнинг узига хослиги. дифференциал диагноз, даволаш. УАШ тактикаси.	А-7,9,11,19 К-24,34,39
12	3,0	3,0	Маҳаллий хирургик инфекцияларда (фурункул, карбункул, гидраденит, тери ости ва кадокли абсцесс, флегмона ва лимфаденит) иситма ва бошқа клиник белгиларнинг узига хослиги. Лимфангаит ва флегмонанинг сарамас билан дифференциал диагностикаси. Юздаги фурункулни хавфи. Карбункул ва фурункулезда кандли диабет ва бошқа модда алмашинув касалликларининг ахамияти. Диагностика методлари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактикаси.	А-7,9,11,19 К-24,34,39
13	3,0	3,0	Хасмол. Унинг бармоқ хирургик анатомиясига боғлиқ холда кечиши хусусиятлари. Панарицийнинг тери, териости пай, бугим, суяк шакллари. Пандактилит. Этга усган тирнок, паронихий. Клиника, диагностика	А-7,9,11,19 К-24,34,39

			методлари, дифференциал диагностикаси, асорати ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактикаси.	
14	3,0	3,0	Сут безида оғрик ва хажмли хосилалар. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциал диагностика. Текширув методлари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактика. Сут безида оғрик ва хажмли хосилалар. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциал диагностика. Текширув методлари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактика.	А- 1,2,3,4,5,7,14, 17 К-4,8,11,17
6	Ўткир қорин ва абдоминал оғриқлар			
15	3,0	3,0	Ўткир қорин синдроми ва абдоминал оғриқлар. Клиника, диагностика ва текширув методлари. Гинекологик, терапевтик, урологик, қон-томир касалликлари билан дифференциал диагностикаси. Ўткир қоринда УАШнинг даволаш тактикаси.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
16	3,0	3,0	Ўткир аппендицит. Унинг болаларда қарияларда, хомиладорларда узига хослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Ўткир аппендицит асорати. Аппендикўляр инфилтратда ва абсцессда УАШ ва жаррох тактикаси.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11
17	3,0	3,0	Ўткир ичак тутилиши. Таснифи, этиологияси ва клиник симптомологияси. Диагностика, дифференциал диагностика турлари, даволаш. Ўткир ичак тутилишида УАШ нинг вазифаси. Операцияга курсатмалар. Бемор реабилитацияси.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
18	3,0	3,0	Ошқозон ва 12 б/и ярасининг перфорацияси ёрилиши. Клиникаси, диагностика ва дифференциал диагностика усуллари. УАШ вазифаси реабилитация.	А- 1,2,4,5,7,14,17 К-4,8,11,17
19	3,0	3,0	Ярали ва ярасиз келиб чиққан гастродуоденал қон кетишлар. Махалий ва умумий белгилари, қон кетишнинг оғирлик даражалари Форест ни эндоскопик таснифи. Диагностик усуллари, Ошқозон–ичак касалликларини ташхислаш ва қиёсий ташхислаш, даволаш алгоритми. УАШ тактикаси, беморларни реабилитацияси ва профилактикаси.	А- 1,2,5,7,9,11,19 К-24,34,39
20	3,0	3,0	Қорин бўшлиғи аъзоларининг очик ва ёпик шикастлари. Тушунчаси. Этиологияси, патогенези, диагностика ва дифференциал диагностика, текширув усуллари ва даволаш тактикаси. УАШ вазифалари. Реабилитация, профилактикаси. Ошқозон – ичак тракти ва нафас йуллари ёт жисми. Таснифи, клиникаси, диагностика ва дифференциал диагностикаси. Шошилиш тез ёрдам. Даволашда УАШ вазифаси. Реабилитация ва профилактика.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
7	Жигар касалликлари, бактериал ва амёбали абсцессларида ва жигар циррозида сариклик. Паразитар ва нопаразитар жигар кисталари			
21	3,0	3,0	Механик сариклик. Тушунчаси, таснифи, этиологияси, патогенези, клиникаси. Гемолитикав ва паренхиматоз сарикликни диагностика ва дифференциал диагностика усуллари. Эндобилиар диагностика ва даволаш усуллари афзаллиги. Ўт йулларини дренажлаш	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17

			усуллари. УАШ вазифалари. Механик сарикликни реабилитация ва профилактика усуллари.	
22	3,0	3,0	Жиғар касалликларида бактериал, амёбали абцесслар ва жиғар церрозиди сариклик. Тушунчаси, сабабалари, таснифи, клиник лаборатор ва инструментал диагностика усуллари. Клиник симптоматика ва дифференциал диагностика. УАШ ва хирург вазифалари. Даволашнинг замонавий усуллари. Хирургик традиция ва нотрадион даволаш усуллари. Беморни реабилитацияси ва профилактикаси.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
23	3,0	3,0	Жиғарнинг паразитар ва нопаразитар кисталари. Тушунчаси, сабабалари, таснифи, клиник лаборатор ва инструментал диагностика усуллари. Клиник симптоматика ва дифференциал диагностика. УАШ ва хирург вазифалари. Даволашнинг замонавий усуллари. Хирургик традиция ва нотрадион даволаш усуллари. Беморни реабилитацияси ва профилактикаси.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
24	3,0	3,0	Кизилунгая веналарининг варикоз кенгайиши ва параэзофагал чурралардан қон кетиш, сабабалари, патогенези, клиникаси, диагностикаси. Упка қон кетишлари билан диф. Диагностикаси. Шошилич тиббий ёрдамда УАШ тактикаси. Медикаментоз ва эндовасқўляр даволаш усуллари.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
25	2,0	4,0	Ингичка ва йугон ичакдан қон кетиш (Крон касаллиги, синдром Пейси-Егера, НЯК, дивертиқўлёз, поллипоз, геморрой ва бошқалар). Этиологияси, клиникаси, ташхислаш ва қиёсий ташхислаш методлари. Ичакдан қон кетишда УАШ тактикаси.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
8	Ўпка ва плевранинг носпецифик йирингли касалликларида ҳамда кўкрак қафаси травмасида хансираш ва кўкрак қафасида оғрик синдроми			
26	2,0	4,0	Кўкрак қафаси травмаси, таснифи. Кўкрак қафасини очик, ёпик, тешиб утувчи, тешиб утмайдиган жароҳати. Гемоторакс, пневмоторакс, клиникаси, ташхислаш ва қиёсий ташхислаш. Плеврал пункцияга курсатмалар. Дренажлаш ва торакотомия, реабилитация усуллари.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17
27	2,0	4,0	Упканинги ўткир бактериал деструкцияси ва упканинги йиринглаган кистаси. Пиопневмоторакс асоратлари. Клиника, ташхислан ва қиёсий ташхислаш методи. Шошилич тиббий ёрдам УАШ тактикаси. Плеера бўшлиғини дренажлаш ва операцияга курсатмалар. Беморларни реабилитацияси.	А- 1,2,5,7,14,17 К-4,8,11,17

Жами:

Амалий машғулотлар 68 соат

Клиник машғулот 80 соат

Ўқув клиник амалиётни ташкил этиш бўйича кўрсатма ва тавсиялар

Талабаларнинг “Хирургия” фани бўйича клиник амалиёти касалхоналарнинг терапевтик, хирургик ва болалар бўлимларида ўтказилади.

Амалий машғулотда амалий кўникмаларга ўргатиш жараёни батафсил режалаштирилади ва 3 босқични ўз ичига олади:

1. Кириш қисми – машғулотнинг мақсади ва вазифалари аниқланади, ўрганилаётган кўникмадан фойдаланишнинг мотивацион асоси, унинг назарий жиҳатлари муҳокама қилинади.
2. Кўникмани намойиш қилиб бериш ва кўп марта машқ қилиш – бунда кўникмани босқичларга тўғри тақсимлашга алоҳида эътибор қаратилади. Тескари алоқани олгунга қадар, яъни ўрганиётган

шахс мустақил, бироқ педагог назорати остида бажара олганда, кўникмани бажаришнинг барча босқичларини умумлаштириш ва муляжларда, ўзаро бир-бирида кўп марта машқ қилиш ва фақат кўникмага эга бўлгандан сўнг беморда қўллағунча, ҳар бир босқич намоёиш қилинади ва ишлаб чиқилади.

3. Хулоса – ўрганаётган шахс билан ушбу кўникманинг аҳамиятини муҳокама қилиш ва уни турли вазиятларда қўллаш. Сўров асосида бирламчи бўғиннинг мақсади ва вазифаларига эришилганлигига ишонч ҳосил қилиш. Ўқитиш жараёнида юзага келган муаммоларни аниқлаш ва ҳал қилиш.

Талабаларга бажарилаётган амаллар алгоритми мавжуд бўлиши лозим (кафедранинг услубий қўлланмасида касбий йўриқномалар батафсил ёритилган, ўқув хонаси деворига схема кўринишида осиб қўйилган бўлиши лозим). Ўқитувчи назорат қилади ва керак бўлганда талабалар ишидаги хатоликларни тўғрилайди. Талаба, унинг хатоси нимада эканлигини, ўқитувчига ва бошқа талабаларга тушунтириб беради ва сўнгра муолажани такрорлайди. Интерфаоллик шунда намоён бўладики, бунда бошқа талабалар эксперт сифатида чиқишга ва ўқитилаётган талабанинг амалий кўникмани тўғри ўзлаштирганлигини баҳолашга тайёр бўлишлари лозим.

Машғулот сўнггида ўқитувчи ҳар бир талабанинг амалий кўникмани ўзлаштирганлик даражасини баҳолайди. Талаба амалий кўникмани ўзлаштира олмаган вазиятларда, машғулотдан ташқари вақтда мустақил ўзлаштириш тавсия этилади.

«Хирургия» фани бўйича клиник амалиётни ўтиш даврида талабалар қуйидаги амалий кўникмаларни ўзлаштиришлари кўзда тутилган:

1. Жароҳатдан чокларни олиш техникаси
2. Жарроҳлик ишловидан сўнг жароҳатга Донати чокларини қўйиш техникаси
3. Очиқ пневмотораксда окклюзион боғлам қуйиш.
4. Карбункулни очиш
5. Липомани олиб ташлаш (атерома)
6. Онихокриптозда жарроҳлик тактикаси
7. Йирингли жароҳатга ишлов бериш
8. Тишланган, чақилган жароҳатларда биринчи тиббий ёрдам
9. Панарицийда биринчи жарроҳлик ёрдами.
10. Қоқшол профилактикаси ва тиббий ёрдам.

5. Лаборатор машғулотлар кузда тутилмаган

№	Маъруза №	Талабалар мустақил иши мавзуси ва мазмуни	Соат	Адабиёт
1.	6	Чов ва сон канали анатомияси; Асоратланмаган чов чурраси симптомокомплекси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
2.	6	Асоратланмаган чов чурраси симптомокомплекси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
3.	6	Чурра ва унинг асоратлари симптомокомплекси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28

4.	5	Носпецифик ярали колитнинг симптомокомплекси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
5.	5	Тўғри ичакдан қон кетиш симптомокомплекси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
6.	6	Лериш синдромининг симптомокомплекси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
7.	8	Юқори ва пастки кавак вена синдроми	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
8.	5	Мезентериал тромбоз (СХАИ)	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
9.	7	Диабетик ангиопатия, диабетик товон	4	А-1,3,4,5 К-24,26,28,
10.	10	Жароҳат фазалари, йирингли жароҳатни даволаш, хасмол симптомокомплекси	4	А-1,3,5 К-24,26,28,
11.	10	Бармоқлар хирургик анатомияси	4	А-1,2,3,4,5 К-2,13,14,18,22
12.	10	Мастит профилактикаси	4	А-1,2,3,4,5 К-2,13,14,18,22
13.	1	Ўтқир қорин рентгенсемиотикаси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
14.	1	Ўтқир аппендицит симптомокомплекси	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
15.	1	Ўтқир ичак тугилиши симптомокомплекси	4	А-1,3,5 К-24,26,28,
16.	1	Перитонит ва ўтқир ичак тугилиши ўтказган беморларни реабилитацияси	4	А-1,3,5 К-24,26,28,
17.	1	Перфоратив яралар симптомокомплекси	4	А-1,2,3,4,5 К-

				2,13,14,18,22
18.	1	Резус фактор ва қон гуруҳини аниқлаш гемотрансфузия	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
19.	3	Портоковал анастомозлар	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
20.		Қизилўнгач қуйиши, дисфагия синдроми	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
21.	9	Пневмоторакс симптомокомплекси, пневмотораксда биринчи ёрдам	4	А-1,3,4,5 К- 12,15,24,26,28
22.	9	Ўпка ва плевранинг носпецифик йирингли касалликлари	4	А-1,3,4,5 К- 12,15,24,26,28
23.		Қалқонсимон без касалликлари	4	А-1,3,4,5 К- 12,15,24,26,28
24.	1	Боғлов, тикувчи материаллар ва кийимлар стерилизацияси	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
25.	1	Жарроҳ қўлига ва операцион майдонга ишлов бериш усуллари	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
26.	1	Қўл ва оёқларда десмургия ва иммобилизация усуллари. Дельбе-Пертеснинг марш синамаси	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
27.	10	Қоқшолни специфик ва носпецифик профилактикаси	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
28.	10	Ҳайвонлар, ҳашоратлар ва илон тишлаганда биринчи тиббий ёрдам	4	А-1,3,5 К-24,26,28,
29.	10	Қутиришда носпецифик профилактика, актив ва пасив иммунизация	4	А-1,3,5 К-24,26,28,
30.	5	Ректоскопия ва аноскопия техникаси, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш. Рекамье методи ва техникаси;	4	А-1,2,3,4,5 К- 2,13,14,18,22
31.	8	Дельбе-Пертеснинг марш синамаси	4	А-1,3,4,5 К- 12,15,24,26,28

				8
32.	2	Ошқозон ичакдан қон кетишининг лаборатор ва инструментал текширув усуллари (ЭГФДС, Forrest таснифи)	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
33.	1	Ташқи қон кетишни тўхтатишни вақтинчалик ва тугал усуллари	4	А-1,2,3,4,5 К-2,13,14,18,22
34.	3	Блекмор зондини қўйиш усуллари	4	А-1,3,4,5 К-12,15,24,26,28
35.	1	Жарроҳлик амалий кўникмаларининг алгоритми, жарроҳлик синдромларини ташхислаш ва даволаш алгоритми	4	А-1,2,3,4,5 К-2,13,14,18,22

**Малакавий амалиёт буйича курсатмалар
Уқув амалиётининг намунавий мазмуни**

Бармоқ ва кафтдаги огриклар. Панариций, абсцесс, флегмона, диагностика, диф. диагностика, даво, УАШ тактикаси, реабилитация

Жароҳатлар. Куча, маиший, ишлаб чиқариш шикастлари. Сабаблари, механизми, олдини олиш чоралари. УАШ томонидан бериладиган 1-тиббий ёрдам. Диагностика диф. диагностика ва даволаш усуллари.

Гематоракс. Сабаблари, текшириш усуллари, диагностика, диф. диагностика тактикаси, УАШ вазифалари.

Пневмоторакс. Сабаблари, турлари, таснифи, диагностика.

Плевра бушлигини пункция қилиш, дренажлаш усуллари. Нафас етишмовчилигига қарши тадбирлар.

Корин деворида, чов, сон соҳаларидаги шишлар. Сабаблари, чурралар диагностикаси, диф. диагностикаси. Даволаш тактикаси. УАШ тактикаси ва вазифалари. Чурра асоратлари, диагностикаси, диф. диагностикаси. Тез хирургик даволаш, реабилитация.

Тери копламалари ва шиллик каватларининг термик ва химик зарарланиши, қуйиш ва совук уриши. Тушунчаси, сабаблари, патогенези, клиникаси, даволаш тактикаси. Реабилитация. Асоратлар, олдини олиш.

Ўғтал йирингли балгам билан. Кукракдаги огрик, хансираш ва балгам ажралиши сабаблари. Упка абсцеси, гангрена, бронхоэктаз ва бошқа хасталикларда. Диагностика, диф. диагностика, УАШ нинг ташхис, даволаш ва реабилитациядаги вазифалари.

Курс иши йук.

Узлаштириш назорати

Талабаларнинг узлаштириш назоратини давлат стандартлари асосида жорий, оралик, якуний, назоратларни узлаштириш асосида амалга оширилади.

Бошлангич билим даражаси жорий назоратга кириб, жорий назорат биринчи кунини ташкил қилади. Якуний баҳо ОСКЕ – компьютер тестларига қараб 50%/50% нисбатида қуйилади.

Дисциплина буйича узлаштириш 100 баллик система билан баҳоланади.

8. Амалий аудитория машгулотлари вазифаларини бажарилишига қуйиладиган минимум талаблар.

1. Амалий машгулот мавзуси буйича сурок қилиш.
2. Беморлар курацияси ва касаллик тарихини тулдириш.
3. Беморларни текширишни эркин бажариш.

4. Эркин рентгенограммаларни тасвирлаш.
5. Уткир корин синдромини ташхислаш.
6. Профилактик даво муолажаларида катнашиш.
7. Кушимча диагностик текшириш усулларини утказишда катнашиш.
8. Стационар ва поликлиника булимларида мустакил ишлаш - беморларни куздан кечириш ва текшириш, клиник ташхисни асослаш, амалий машгулотда доклад килиш.
9. Маъруза ва амалий машгулотлар мавзуси буйича талабаларнинг назарий мустакил тайёргарлигини жорий назорати, вазиятли масалаларни ечиш, уйинлар, интерактив укитиш усуллари, рейтингни аниклаш.

8.1 Талабалар билимини баҳолашнинг назорат килиш турлари

Талабалар билимини баҳолаш учун назорат чоралари УзР ОТВнинг буйругига асосан 100 баллик тизим буйича амалга оширилади ва куйидагилардан иборат:

1. Жорий назорат+талабанинг мустакил иши
2. Якуний назорат

Рейтинг назорати ва билимини баҳолаш мезонлари, эгаллаган куникмалар тартиби.

Талабалар билимини баҳолашда асосий сифатли мезон унинг рейтинги, яъни жорий баҳолаш, якуний назорат баҳолари ҳисобланади.

100 балли системада куйидаги курунишда баҳолаш утказилади:

Талабалар билимини баҳолаш тизими:

т/ р	Назорат туридаги топшириқларнинг номланиши	Максимал йиғиш мумкин бўлган балл	ЖН ва ОН баллар тақсимооти	
И. Жорий назоратдаги баллар тақсимооти		50 балл	25	25
<i>Маъруза ва амалий машгулотларда</i>		Максимал балл	1- ЖН	2-ЖН
1.	Талабанинг маъруза ва амалий машгулотлардаги фаоллиги ва ўзлаштириш даражаси, дафтарларнинг юритилиши ва ҳолати. Мустакил таълим топшириқларининг ўз вақтида ва сифатли бажарилиши (кейс-стадилар, реферат, навбатчилик, тақдимот ва бошқа турдаги мустакил таълим топшириқлари)	20	0-10	0-10
2.	Беморларни курациясида катнашиши, амалий кўникмаларни қадамма-қадам бажариши	30	0-15	0-15
ИИ. Оралиқ назорат		20 балл		
	Оралиқ назорат, ҳар бир талабага алоҳида билет берилади, оғзаки шаклида ўтказилади ва профессор-доцентлар томонидан қабул қилинади. Билетда 4 та савол мавжуд.	20	семестр сўнгида	
ИИИ. Якуний назорат		30 балл	график асосида	
ОСКЕ		15 балл	кафедрада	
Тест		15 балл	тест марказида	
Жами:		100 балл		

Амалий ва клиник машгулотларни баҳолашнинг асосий куруниши жорий баҳолашдир, бу уз ичига талабанинг машгулотга тайёргарлигини назорат қилади ва вазифаларни сифатили бажарганлиги баҳоланади.

Талабалар билимини баҳолаш мезонлари

№	Узлаштириш % ва балларда	Баҳолашни тавсифлаш	Баҳолаш мезонлари	Тайёргарлик даражаси
1.	91-100	Аъло «5»	Талабанинг амалий куникмалар бажариш маҳорати теоритик билимларни мантикий фикрлаш хулосаларини умумлаштиришда намоён булади. Олинган билимлар тахлиliga асосланиб беморга тугри ташхис қуяди ва уни асослай олади.	4- ижод даражаси
2.	86-90	Жуда яхши «5»	Талаба олинган билимлар ар тахлиliga асосланиб, жаррохлик касалликлари билан касалланган беморга тахминий ташхис қуя олади.	3- маҳорат ва куникмалар даражаси
3.	71-85	Яхши «4»	Талаба олинган билимлар тахлиliga асосланиб, жаррохлик касалликлари билан касалланган беморнинг клиник симптомларини аниқлай олади, ташхис қуйиш учун тушунади ва керакли маълумотлардан фойдаланади.	3- маҳорат ва куникмалар даражаси
4.	65-70	Тулик кониқарли «3»	Талаба олинган билимлар тахлиliga асосланиб, жаррохлик касалликлари билан дарс жараёнида касалланган беморга хос симптомларни аниқлай олади ва ташхис қуйиш учун натижаларни шарҳлай олади.	2- тасвирлаш даражаси
5.	55-64	Кониқарли, талаблар минимал бажарилган «3»	Талаба олинган билимлар тахлиliga асосланиб, жаррохлик касалликлари билан касалланган беморга хос муҳим симптомларни аниқлай олади	1-тассавур даражаси
6.	54-41	Кониқарсиз, суст, қушимча ишлаш талаб этилади «2»	Ёмон билади	О-паст тассавур даражаси
7.	40-31 паст	Кониқарсиз, етарлича қушимча ишлаш талаб этилади «1»	Ёмон билади	О-умуман тассавурга эга эмас
8.	30	«0»	Билмайди	О- даража

VII. Асосий ва қўшимча ўқув адабиётлар ҳамда ахборот манбаалари Асосий

1. Karimov Sh.I. Xirurgk kasalliklar. T. 2011 y.
2. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2005й.
3. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005г.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.1987г 704 бет.
5. Уроков Ш.Т., Обидов У.О. Хирургические болезни 2014г.

Қўшимча адабиётлар:

1. Аталиев А.Е. и др. Учебное пособие по освоению практических навыков хирургического профиля. Т.2003г. 136 бет.

2. Аталиев А.Е. и др. ОКП по хирургии ВОП с эталонами ответов. Т.2000г. 74 бет.
3. Аталиев А.Е. ва бошқ. УАШ жаррохлиги бўйича ЎНД жавоб эталонлари билан. Т. 2001. 104 бет.
4. Аталиев А.Е., Юнусов И.И. Экстремал ҳолларда зудлик билан кўрсатиладиган ёрдам бўйича амалий кўникмалар. Т. 1994й. 39 бет.
5. Гостишев В.К. Общая хирургия М. 1993г.
6. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М.1998г Пер. с англ. Яз. 1230 б.
7. Денисов И.Н., Шевченко Ю.А., Назиров Ф.Г. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. М.2005г. 1147 бет.
8. Каримов Ш.И., Бабажанов Б.Д., Тешаев О.Р. Современные аспекты лечения острого гнойного перитонита. Т.2005г.
9. Конден Р. ва Найхус Л. Клиническая хирургия М. 1998г. Пер. с англ. Яз. 716 б.
10. Лопухин Ю.М., Савелев В.С. Хирургия. М.1998г Перевод с англ. Яз.
11. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. Т. 2004г
12. Назиров Ф.Г., Гадоев А.Г. Руководство для врачей общей практики. Ташкент 2005 г.
13. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004 г.
14. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). М. 2006 г.
15. Усманов Р.И. и др. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Т. 2003 г. 152 бет.
16. Шалимов А.ПА. Хирургия пищеварительного тракта. М. 1984г.
17. Wittmann D. H., Wittmann-Taylor A. Scope and limitations of antimicrobial therapy of sepsis in surgery. 1999.V-198.
18. Ахмедов Р.М. Клиникагача бўлган хирургия. Т.2001й.
19. Ванцян Э.Н. Наружные и внутренние свищи. М. 1990г.
20. Генри М.М., Свош М. Колопроктология и тазовая дно. М. 1988 г.
21. Каримов Ш.И., Асраров А.А., Острый гнойный перитонит. Т.1991г., 68 б.
22. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 г.
23. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. Под редакцией акад. РАМН Денисова И.Н., акад РАМН Шевченко Ю.Л. и проф. Назирова Ф.Г. Москва 2005 г., 1147 б.
24. Ллойд М., Найхус Л. и др. Боль в животе. М. 2000 г.
25. Моше Шайн. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии. М. Геатар. 2003г., 270 б.
26. Назиров Ф.Г., Акилов Х.А. Острый панкреатит и его осложнения. Методические рекомендации. Наманган. 2001 г.
27. Новгородцев Г.А., Демченкова. Диспансеризация населения. М. 1994 г.
28. Нурмухамедов Р.М., Юнусов И.И. Қорин бўшлиғи абзоларининг ўткир жаррохлик касалликлари ва шикастлари. Т. 1990 й., 60 б.
29. Нурмухамедов Р.М., Хожибоев М.Х., Юнусов И.И. Жаррохлик хасталиклари бўйича клиник маърузалар. Т. 1998 й. 208 бет.
30. Семейная медицина. Руководство в 2-х томах под руководством акад. Краснова А.И. Самара. 1995 г. 384+768 бет.
31. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София. 1986 г. 483 бет.
32. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М. 2000 г.
33. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. 2006 г. ТМА.

Интернет сайтлари

1. www.zyonet.uz
2. www.info@minzdrav.uz
3. www.info@tma.uz
4. bsmi.uz

МУНДАРИЖА

бет

.....	4
2 5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врачининг тайёргарлик даражасига қўйиладиган талаблар	6
3 Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари	12
4 Умумий амалиёт врачларини тайёрлаш сифатини назорат қилиш ва баҳолаш	20
5 Эслатма	22
6 Илова	23

1. 5720100 – Даволаш иши таълим йўналишининг умумий тавсифи

1.1. Йўналиш – Ўзбекистон узлуксиз таълим Давлат таълим стандартлари, олий таълимнинг Давлат таълим стандарти, олий таълим йўналишлари ва мутахассисликлари классификаторига киритилган.

1.2. Таълимнинг кундузги ўқиш шаклидаги муддати – 7 йил.

Ихтисослик - умумий амалиёт врач

1.3 Умумий амалиёт врач:

- касблар ва лавозимлар миллий классификаторига мувофиқ олий маълумотли шахс эгаллаши лозим бўлган лавозимларда таълимнинг ушбу йўналиши бўйича мустақил фаолият кўрсатишга;
- таълим йўналиши ҳамда турдош таълим йўналишларининг магистратура мутахассисликлари бўйича олий таълим олишни давом эттиришга;
- кадрларни қайта тайёрлаш ва малака ошириш тизимида қўшимча касбий таълим олишга тайёрланган бўлиши керак.

1.4. 5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врач касбий фаолияти соҳалари ва объектларининг тавсифи.

1.4.1. Йўналишнинг фан ва техника соҳасидаги ўрни

5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши – соғликни сақлаш соҳасидаги йўналиш бўлиб, у тиббиёт соҳасини ривожлантиришга, истиқболни белгилашга, касбий кўникмага, мутасаддилик қобилиятига йўналтирилган инсон фаолиятининг воситалари, усуллари, методлари ва услубларининг мажмуасини ўз ичига олади.

1.4.2. Касбий фаолият объектлари

5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врач касбий фаолиятининг объектлари – соғликни сақлаш тизимида даволаш ва кузатиш назоратида бўлган соғлом одамлар ва беморлар.

1.4.3. Касбий фаолият турлари

5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врач ўзининг фундаментал, умумкасбий ва махсус тайёргарлигига мувофиқ қуйидагиларни ўзлаштиради:

- **тиббий-профилактик:** соғломлаштириш, санитар-гигиеник, профилактик ва эпидемияга қарши тадбирларни ишлаб чиқиш ва ўтказиш, одамларининг саломатлигига таъсир этувчи хавф омилларини олдини олиш;
- **тез ва шошилинч тиббий ёрдам:** кечиктириб бўлмайдиган диагностикаси ва бирламчи тиббий ёрдам тадбирларини мустақил бажариш;
- **даволаш-диагностик:** кенг тарқалган касалликларни касалхонадан ташқари клиник ва лаборатор-инструментал диагностикаси, мутахассислар кўрсатмаларига кўра консултация ёки госпитализация;
- **реабилитациялик:** психологик статусни, касбий ва жисмоний фаоллигини қайта тиклаш;
- **тиббий-ижтимоий:** социал муҳофаза органлари ва меҳрибонлик хизматлари билан бирга оилага ва алоҳида гуруҳларга социал-гигиеник, тиббий-демографик ва социал-психологик хавф

омилларинихисобга олган холда хизмат кўрсатиш;

- **илмий- тадқиқот:** актуал илмий тиббиёт текширишларни ўтказишда қатнашиш;
- **ташқиллаштириш-методик:** режалаштириш, ҳисобга олиш, саломатликни ва даволаш-профилактика мусасаларини фаолиятини асосий кўрсаткичлар анализи, консултациялар ва методик семинарларни ўтказиш каби *касбий фаолият турларини бажариши*.

1.4.4. Турдош касбларга мослашиш имкониятлари

5720100 – *Даволаш иши* таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врачлари қуйидаги:

- **Махсус тиббий ёрдам:** айрим махсус тиббий ёрдам турлари бўйича шифокор;
- **Диагностик ишлари:** лаборатор-инструментал текшириш бўйича шифокор;
- **Жамоа соғлиғини сақлаш ишлари:** жамоа соғлиғини сақлаш мутахассиси ва

Экспериментал-тадқиқот ишлари: намунавий методикалар бўйича экспериментал ва клиник текширишларни ўтказиш ва олинган маълумотларга ишлов бериш ҳамда бошқа касбий фаолият турларига мослашиши мумкин.

Умумий амалиёт врачлари ўрнатилган тартибда олий таълим муассасаларида, шунингдек малака ошириш ва кадрларни қайта тайёрлаш курсларида фаолият юритиши мумкин.

1.5. Таълим олишни давом эттириш имкониятлари

5720100 – *Даволаш иши* таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врачлари қуйидаги:

5A720101 - *Акушерлик ва гинекология*

5A720102 - *Эндокринология*

5A720103 - *Ички касалликлар (терапия)*

5A720104 - *Оториноларингология*

5A720105 - *Кардиология*

5A720106 - *Офтальмология*

5A720107 - *Юқумли касалликлар*

5A720108 - *Дерматовенерология*

5A720109 - *Неврология*

5A720110 - *Умумий онкология*

5A720111 - *Психиатрия*

5A720112 - *Фтизиатрия*

5A720113 - *Умумий хирургия*

5A720114 - *Нейрохирургия*

5A720115 - *Гематология ва трансфузиология*

5A720117 - *Урология*

5A720120 - *Тиббий радиология*

5A720121 - *Реабилитология (курортология, физиотерапия, даволаш жисмоний тарбия ва спорт тиббиёти)*

5A720122 - *Анестезиология ва реаниматология*

5A720123 - *Травматология ва ортопедия*

5A720132 - *Оилавий тиббиёт*

5A720133 - *Суд тиббиёт экспертизаси*

5A720136 - *Морфология*

5A720141 - *Тиббий генетика*

5A720142 - *Патологик анатомия*

5A720144 - *Касб-ҳунар фанларини ўқитиш методикаси*

5A720146 - *Шошилинч тиббий ёрдам*

5A720147 - *Жамоат соғлиғини сақлаш ва соғлиқни сақлашни бошқариш*

5A720148 - *Юз-жағ хирургияси*

5A720149 - *Тиббий биохимия*

5A720150 - *Нормал ва патологик физиология*

5A720151 – *Фармакология* мутахассисликлари ҳамда таълимнинг ваколатли орган(лари) томонидан белгиланган, турдош таълим йўналишлари (мутахассисликлари) бўйича икки йилдан кам бўлмаган муддатда магистратурада ўқишни давом эттириши мумкин

1. 5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врачининг тайёргарлик даражасига қўйиладиган талаблар

2.1. Умумий амалиёт врачлари тайёргарлигига қўйиладиган умумий малакавий талаблар

Умумий амалиёт врачлари:

- дунёқараш тавсифидаги билимлар тизимини эгаллаган бўлиши; гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар асосини, давлат сиёсатининг долзарб масалаларини билиши; ижтимоий муаммолар ва жараёнларни мустақил таҳлил қилиш қобилиятига эга бўлиши;
- Ватан тарихини билиши; миллий ва умуминсоний қадриятлар бўйича ўз нуқтаи назарини баён этиши ва илмий асослай олиши, миллий ғоя асосида фаол ҳаётий ўринни эгаллаши;
- табиат ва жамиятда юз бераётган жараёнлар ва ҳодисалар ҳақида яхлит тасаввурга эга бўлиши, табиат ва жамият ривожланиши ҳақида билимларга эга бўлиши, улардан ҳаётда ва касбий фаолиятда замонавий илмий асосларда фойдалана олиши;
- инсонлар орасидаги жамиятга, атроф-муҳитга бўлган муносабатини тартибга солувчи ҳуқуқий ва ахлоқий меъёрларни касбий фаолиятда ҳисобга ола билиши;
- ахборотни тўплаш, таҳлил қилиш, сақлаш, уларга ишлов бериш ва унумли фойдаланиш методларини эгаллаш, ўзининг касбий фаолиятида асосли мустақил фикрлаш ва керакли қарорлар қабул қила олиши;
- бакалавриятнинг мос йўналиши бўйича рақобатбардош умумкасбий тайёргарликка эга бўлиши;
- янги билимларни мустақил ўзлаштира олиши, ўзини такомиллаштириши ва ўз меҳнатини илмий асосда ташкил қила билиши;
- соғлом турмуш тарзини шакллантириш, жисмонан бақувват ва спорт билан шуғулланиб бориш зарурати ҳақида илмий тасаввурга ва эътиқодга эга бўлиши, ўзини жисмонан такомиллаштиришнинг малака ва кўникмаларига эга бўлиши керак.

2.2. Касбий малакавий талаблар

Умумий амалиёт врачлари:

даволаш-диагностик соҳасида: инсонга таъсир қилувчи атроф муҳит умум-биологик қонун-қоидаларни; касалликнинг этиопатогенези; касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, иқтисодий, маданий ҳамда оилавий омилларини; патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятларини; касаллик тарқалган районда асосий клиник, лабаратор, инструментал кўрсаткичлар ва морфологик намоён бўлишни; энг кўп тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш; туғруқни ва туғруқдан кейинги даври, ҳомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволашни, беморларни реабилитациясини; мутахассис консультацияси ва госпитализацияга кўрсатма; аҳолига тиббий хизматни таъминлаш; фавқулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари ва тамойилларини билиши;

тиббий-профилактика соҳасида: асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни камайтиришга қаратилган чора-тадбирлар; вақтинчалик ва турғун ишга лаёқатсизлигини, вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш; соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилишни;

илмий-тадқиқот соҳасида: актуал илмий тиббиёт текширишларни ўтказишда қатнашиш; компьютер технологияларини тадқиқ қилишни, экспериментлар ўтказишни ва улардан олинган маълумотларга ишлов беришни;

ташқиллаштириш-методик соҳасида: режалаштириш, ҳисобга олиш, саломатликни ва даволаш-профилактика мусасаларини фаолиятини асосий кўрсаткичлар анализи, консультациялар ва методик семинарларни ўтказиш;

таълим соҳасида: узлуксиз таълим муассасаларида ўқув жараёнини ташкил этиш ва ўтказилишига кўмаклашиш (ўқув персонали), тадқиқотларда иштирок этиш, маълумотларни тўплаш, умумлаштириш ва таҳлил этиш, умумий ўрта, ўрта махсус, касб-ҳунар таълим муассасаларида ўқув машғулотларини ўтиш, замонавий педагогик ва ахборот технологияларни эгаллаш ва тадқиқ этишни **билиши керак.**

Касбий маҳорат бўйича ўз билими ва кўникмасини эгаллаган лавозимида мустақил фаолият кўрсатиш талабларига ва профессионализмга жавоб бериши керак.

2.3. Таълим дастурлари бўйича билим, малака ва кўникмаларга қўйилган талаблар

2.3.1. Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар бўйича талаблар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоки бўйича талаблар Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги тасдиқлаган «*Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар*» блоки бўйича умумий амалиёт врачлари тайёрлашнинг зарурий мазмуни ва савиясига қўйилган талаблар» асосида белгиланади.

2.3.2. Математик ва табиий-илмий фанлар бўйича талаблар

Математик коммуникатив курс

Умумий амалиёт врачлари:

- математика дунёни билишнинг ўзига хос усули, унинг тушунчалари ва тасаввурларининг умумийлиги;
- даво-диагностик аппаратларни тузилиши ва ишлаши принциплари;
- информатика ва информацион технологияни замонавий жамиятда ўрни ва роли, уни сақлаш, қайта ишлаш ва узатиш усуллари **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- математик таҳлил, асосий тушунчалари ва методларини;
- оддий тизимлар ва жараёнларнинг математик моделларини;
- маълумотлар базаларини, дастурий таъминот ва дастурлаш технологиясини;
- компьютер ва турли хил воситаларни ишлатишдаги хавфсизлик техникасини **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- экспериментал маълумотларга ишлов беришнинг асосий методлари ва усулларидан фойдаланиш;
- физик факторларни аниқлаш ва идентификациялаш усуллари қўллаш;
- дастурлаш ва ҳисоблаш техникаси ҳамда дастурий таъминот имкониятларидан фойдаланиш;
- компьютер графикаси воситаларини ишлатиш **кўникмаларига эга бўлиши керак.**

Табиий-илмий курс

Умумий амалиёт врачлари:

- борлиқ бир бутун физикавий объект ҳақидалиги ва унинг эволюцияси;
- табиий илмларнинг фундаментал бирлиги, табиатшуносликнинг тугалланмаганлиги ва унинг янада ривожланиши мумкинлиги;
- табиатда дискретлик ва узлуксизлик;
- табиатда тартиб ва тартибсизликнинг нисбати, объектлар тузилмасининг тартибга солинганлиги, тартибсиз ҳолатга ўтиш ва унинг акси;
- эҳтимоллик – табиий тизимларнинг объектив тавсифи эканлиги;
- симметрия тамойиллари ва сақланиш қонунлари;
- билишда эмпириклик ва назарийлик нисбати;
- табиатдаги ҳолатлар ва уларнинг вақт ўтиши билан ўзгариши;
- термодинамик тизимлар ва параметрлар, термодинамиканинг асосий қонунларидан амалиётда фойдаланиш, энергетик қурилмалар ва аппаратлардаги термодинамик жараёнларнинг асослари;
- материяни ташкил қилишнинг биологик шакллари хусусиятлари, жонли тизимларни қайта тиклаш ва уларнинг ривожланиш тамойиллари;
- биосфера ва унинг эволюциясининг йўналиши;
- жонли тизимларнинг бир бутунлиги ва гомеостази;
- организм ва муҳит, организмлар уюшмаси ва экотизимларнинг ўзаро таъсири;
- биомуҳит ва инсон табиати биоижтимоийлигининг бир бутунлиги нуқтаи назаридан ўз касбий фаолиятининг оқибатлари **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- механика, электр ва магнетизм, тебранишлар ва тўлқинлар, квант физикаси, статик физика ва термодинамика, иссиқлик-масса алмашинуви, кимёвий тизимлар, моддаларнинг реакцияга киришиш қобилияти, кимёвий идентификация, экологиянинг асосий тушунчалари, қонунлари ва моделларини;
- табиий билимларнинг фундаментал константаларини;

- физика, назарий механика, термодинамика, кимё, экологияда тадқиқотнинг назарий ва экспериментал методларини;
- иссиқлик ташувчининг мажбурий ҳаракатида, табиий конвенцияда, агрегат ҳолат ўзгаришида, радиацион иссиқлик алмашинувида иссиқлик узатишни ҳисоблашнинг методларини;
- иссиқлик-масса алмашинуви жараёнларида ўхшашлик назарияси ва ўлчамларни;
- кимёвий идентификация ва моддаларни аниқлаш методларини;
- физик, кимёвий ва биологик моделлашни;
- техникавий қурилмаларни қуриш учун табиатшуносликдаги энг янги кашфиётларни;
- физикавий, кимёвий ва биологик ҳодисаларнинг зарарли таъсирдан атроф-муҳитни ва инсонни ҳимоя қилиш воситалари ва методларини;
- табиатни ҳимоя қилиш ва табиатдан оқилона фойдаланишнинг экологик принципларини, табиатга зарар етказмайдиган методларни яратишни **билиши ва улардан фойдалана олиши**;
- физик, кимёвий ва биологик моделларни тадқиқ қилиш;
- ишлаб чиқариш жараёнларида ва техникавий объектларда энг оддий физикавий, кимёвий ва биологик тизимларнинг моделларидан фойдаланиш;
- табиий фанларнинг турли бўлимларига характерли бўлган қийматларнинг сонли тартибини ўлчаш ва баҳолаш **қўникмаларига эга бўлиши керак.**

2.3.3. Умумқасбий фанлар бўйича талаблар

Умумий патология курси

Умумий амалиёт врач:

- патологик ҳолатнинг асосий қонуниятлари ва ривожланиш механизмлари;
- касалликнинг этиология ва патогенези;
- типик патологик жараёнлари патофизиологияси;
- патологик жараённи ўрганишда экспериментал ёндошувнинг аҳамияти;
- суд тиббиёт экспертизалари асослари;
- дори воситалар механизми ва уларнинг организмга таъсири **ҳақида тасаввурга эга бўлиши**;
- патологик ҳолатларда организмдаги асосий физиологик кўрсаткичлар;
- организмнинг мослашиш-компесатор жараёнлари;
- дори воситаларни қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни **билиши ва улардан фойдалана олиши**;
- турли экспертизаларни ўтказиш;
- суд тиббиёт эксперти ишида тиббий хужжатларини расмийлаштириш;
- турли дори воситаларига рецепт ёзиб бериш **қўникмаларига эга бўлиши керак.**

Профилактик тиббиёт курси

Умумий амалиёт врач:

- инсон организми ва органлари тузилишга, ривожланишига ва функциясига ижтимоий, физик ва табиий омилларнинг таъсири;
- экологик фалокатлар ва экстремал ҳолатларда инсон ҳолатини патологик асослари **ҳақида тасаввурга эга бўлиши**;
- инсонга ташқи кимёвий ва биологик зарарли таъсирлар ҳамда атрофни ўраб турувчи зарарлардан ҳимоялаш усуллари ва воситалари;
- профилактик эмлашни ўтказиш усуллари ва унга кўрсатма, қарши кўрсатма, календар режаси;
- оналик ва перинатал ўлимни олдини олиш тамойиллари;
- оилани режалаштириш, этика, психология, жинсий тарбия, гигиена, жинсий муносабат, контрацепция воситаларини қўллаш ҳақидаги саволлар;
- эпидемияга қарши ҳимоялаш ва фуқаро муҳофазаси чора-тадбирлари;
- фавкулотда вазиятлардаги оммавий шикастланиш ўчоқларида тиббий ёрдамни ташкиллаштириш билиш;
- соғлиқни сақлашни режалаштиришни, молияштиришни давлат ҳуқуқий йўналишлари асосида бошқара олиш;
- соғлиқни сақлаш тизимидаги асосий амалдаги директив хужжатлар;

- вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасига асосланиб «касаллик варақасини бериш тартиби» кўрсаткичига қараб ВТЭК га юбориш;
- саломатлик ҳолатини асосий кўрсаткичи ва даволаш-профилактика муассасаларини фаолиятини таҳлилий методлари (тиббий статистика) ва уларнинг ахамиятини **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- шифокорлик этика ва деонтологияси;
- тиббий статистикани қўллаш;
- социал ахамиятга эга касалликларни эпиддиагностикасини қўллаш;
- меъёрий ҳужжатлар тузиш;
- УАШ асосий ҳужжатларини тўлдириш (амбулатор карта, касаллик варақаси ва ҳ.к.)

кўникмаларига эга бўлиши керак.

Терапевтик фанлар курси

Умумий амалиёт врач:

- консултатив кўникмалар;
- касаллик кўзгатувчиси ва уни ўзгарувчанлиги;
- энг кўп тарқалган терапевтик ва шошилинч ҳолатларга кирадиган касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий кўриниши, лаборатор-инструментал диагностикаси ва клиник кўрсаткичлари, оқибати, тарқалиши ва асоратларини билиши;
- ирсий касалликлар;
- беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гуруҳига қараб касалликнинг кечиши;
- дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари;
- дори воситалари фармакокинетика ва фармакодинамикаси, ножўя ва бошқа дори воситалари билан ўзаро таъсири;
- даволаш ва диагностик аппаратларидан кўрсатма бўйича фойдаланиш **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- терапевтик соҳадаги касалликларни сўраб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;
- дори воситаларини синаб кўриш учун терига ва тил остига қўллаш усуллари;
- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик ўзгаришлар ва нормал кўрсаткичларни аниқлаш;
- фармакотерапия самараси ва хавфсизлигини баҳолаш усуллари;
- дори воситаларини қўллашга клиник фармакологик ёндашуви;
- тиббиётнинг исботланган тамойиллари;
- халқ табobati ва даволовчи физкультура усуллари;
- психотерапия асослари ва тиббий психологик ёрдам;
- профилактика асослари ва жинсий йўл билан ўтадиган касалликларни клиникаси, ОИТС, ионловчи ва ионлови бўлмаган нурланиш, наркомания ва токсикоманияни **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усулларига риоя қилиш;
- беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтиришга эришиш ва жавобгарлигини ҳис қилиш;
- амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлаштириб беморларни қабул қилиш;
- ташхисни қўйиш ва ифодалаш;
- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
- дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
- реабилитация ва диспансеризация ўтказиш;
- шошилинч ҳолатларда тез тиббий ёрдам кўрсатиш;
- тиббий адабиётлар ва моногарфиялар билан, илмий-методик қўлланмалар билан ишлаш;
- компьютер билан ишлаш **кўникмаларига эга бўлиши керак.**

Жарроҳлик фанлар курси

Умумий амалиёт врач:

- хирургик сохадаги касалликларнинг этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий кўриниши, лаборатор - инструментал диагностикаси ва клиник кўрсаткичларини, оқибати тарқалиши ва асоратларини;
- беморларни ёшига, жинсига ва социал касбий гуруҳига қараб касалликнинг кечиши;
- операцияларга кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар;
- реанимация ва анестезиология асослари;
- жаррохлик йўли билан даволаш ва аъзоларни трансплантация қилиш методлари;
- операциядан кейинги бўладиган асоратлар **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- хирургик сохадаги касалликларни сўраб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;
- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик ўзгаришлар ва нормал кўрсаткичларни аниқлашни **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усуллариغا риоя қилиш;
- беморда юзага келаётган муаммоларни тушунтуришга эришиш ва жавобгарлигини ҳис қилиш;
- амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлаштириб беморларни қабул қилиш;
- ташхис қўйиш ва ифодалаш;
- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
- дорилар рецептини ёзиш ва даволаш режасини тузиш;
- реабилитация ва диспансеризация ўтказиш;
- жаррохлик операцияга тайёрлаш;
- жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
- шошилинч ҳолатларда тез тиббий ёрдам кўрсатиш;
- компьютер билан ишлаш **кўникмаларига эга бўлиши керак.**

Оналик ва болаликни ҳимоя қилиш курси

Умумий амалиёт врач:

- болалар касалликлари ва энг кенг тарқалган акушерлик-гинекология касалликларни этиологияси, патогенези, эпидемиологияси, морфологияси, асосий кўриниши, лаборатор-инструментал диагностикаси ва клиник кўрсаткичларини, оқибати, тарқалиши ва асоратлари;
- болалар касалликлари ва энг кенг тарқалган акушерлик-гинекология касалликлари ёшига, жинсига ва социал касбий гуруҳига қараб касалликнинг кечиши;
- дорилар ва дорисиз даволашни методологик асослари **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- педиатрия ва акушерлик-гинекология соҳасига доир касалликларни сўраб-суриштириш, физикал усуллари ва диагностикаси;
- асосий лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида патологик ўзгаришлар ва нормал кўрсаткичларни аниқлаш ва лаборатор-инструментал усуллар ёрдамида фармакотерапия хавфсизлиги ва самарадорлигини баҳолаш методлари;
- хомиладорликни диагностикаси, кечишини кузатиш, туғишга психопрофилактик тайёрлашни **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- тиббий деонтология ва шифокорлик сирлари усуллариغا риоя қилиш;
- беморда юзага келаётган муаммоларини тушунтуришга эришиш ва жавобгарлигини ҳис қилиш;
- амбулатор карта, касаллик тарихини ва бошқа тиббий ҳужжатларни расмийлаштириб беморларни қабул қилиш;
- ташхисни қўйиш ва ифодалаш;
- беморни лаборатор-инструментал текширувларга тайёрлаш ва текшириш режасини тузиш;
- дорилар рецептини ёзиш, ёш болаларни ва хомиладорларни назоратга олиш;
- реабилитация ва диспансеризация ўтказиш;
- жаррохлик операциясига тайёрлаш;
- жаррохлик воситалардан фойдаланиш;
- шошилинч ҳолатларда тез тиббий ёрдам кўрсатиш;
- тиббий адабиётлар ва моногарфиялар, илмий-методик қўлланмалар билан ишлаш;
- компьютер билан ишлаш **кўникмаларига эга бўлиши керак.**

2.3.4. Ихтисослик фанлари бўйича талаблар

Ихтисослик фанлари курси

Умумий амалиёт врачлари:

- инсонга таъсир қилувчи атроф-муҳит, умумбиологик қонун-қоидалари;
- касалликнинг этиопатогенези;
- касалликларни ривожланишига олиб келувчи асосий ижтимоий, экономик, маданий ҳамда оилавий омиллар;
- патологик ҳолатда инсон орган ва системаларининг функционал хусусиятлари;
- махсус тайёргарликка мос тиббиёт соҳасининг асосий илмий-услубий муаммолари ва ривожининг истиқболлини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан ўзаро алоқаси **ҳақида тасаввурга эга бўлиши;**
- асосий касалликларни тарқалиши ҳамда касалланишни камайтиришга қаратилган чора-тадбирларни;
- вақтинчалик ва турғун ишга лаёқатсизлигини;
- вақтинча меҳнатга лаёқатлиги экспертизасини ташкиллаштириш;
- касаллик тарқалган районда асосий клиник, лаборатор, инструментал кўрсаткичлар, энг кўп тарқалган касалликлар ва жароҳатларни клиник белгилари, диагностикаси ва олиб бориш тактикасини аниқлаш;
- туғруқни ва туғруқдан кейинги давр, ҳомиладорлик физиологияси ва патологияси; замонавий хавфсиз ва самарали даволаш, беморлар реабилитациясини;
- мутахассис консультацияси ва госпитализацияга кўрсатма;
- аҳолига тиббий хизматни таъминлаш;
- фавкулот ҳолатларда аҳолига тиббий ёрдам кўрсатиш усуллари ва тамойилларини;
- махсус тайёргарликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ бўлган асосий объектларни, ҳодиса ва жараёнларни, уларни илмий-тадқиқ қилиш усуллари **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- соғлом турмуш тарзини ва унинг муҳимлигини тарғибот қилиш;
- беморларни консультация қилиш;
- беморларни мустақил қабул қилиш;
- янги туғилган чақалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш **қўникмаларига эга бўлиши керак.**

Ихтисослик фанлари бўйича умумий амалиёт врачлари:

- ихтисосликка мос хизмат соҳасининг асосий илмий-назарий муаммолари ва ривожининг истиқболлини ҳамда уларнинг турдош соҳалар билан ўзаро алоқасини тушуниши;
 - ихтисосликнинг муайян соҳаси билан боғлиқ бўлган асосий объектларни, ҳодиса ва жараёнларни билиши, уларни илмий-тадқиқ қилиш усуллари билан фойдалана билиши;
 - ўрганилаётган объектларга қўйиладиган иқтисодий талабларни таърифлаб беришни удаллаши, уларни амалга оширишнинг мавжуд илмий-техник воситаларини билиши керак.
- Умумий амалиёт врачлари ихтисослигига қўйиладиган муайян талаблар ихтисослик ўқув фанлари туркумидан танланган вариантдаги ўқув фанларининг мазмуни бўйича олий таълим муассасаси томонидан ўзгартирилиши мумкин.

2.3.5. Интеграл ОСКИга қўйиладиган талаблар

Интеграл ОСКИда умумий амалиёт шифокори фанларнинг ҳамма туркумлари бўйича билимлар қўлланилишини талаб қиладиган тугалланган касбий топшириқни ечади.

ОСКИда умумий амалиёт шифокори:

- муляжларда, фантомларда амалий қўникмаларни бажаради;
- волонтерда амалий қўникмаларни бажаради;
- ситуацион масалалар ечади;
- лаборатор-инструментал текширишлар тахлилини ўтказади.

2.3.6. Малакавий амалиёт бўйича талаблар**Малакавий амалиёт****Умумий амалиёт врачлари:**

- профилактик чораларни ўтказиш;
- деонтологияга риоя қилиш;
- қисқа вақт ичида беморни клиник текширувдан ўтказиш, анамнез йиғиш, орган ва системаларни текшириб чиқиш;
- бирламчи аниқ ташхис қўйиш;

- клиник ташхис қўйиш учун аниқ текшириш услубларини белгилаш;
- таққослама ташхис ўтказиш;
- якуний ташхис қўйиш;
- тўғри овқатланиш ва диетани белгилаш;
- патогенетик даво бўйича рецепт ёзиш;
- поликлиникада тиббиёт хужжатларини тўлдириш;
- вақтинчалик ишга лаёқатсизлигини белгилаш;
- беморни мутахассис консултациясига, кўшимча текширув ўтказиш ва госпитализацияга юбориш;
- ногиронлар ва кам таъминланган аҳолини тиббий кўриқдан ўтказиш;
- инфекция қасалликларда амалга ошириладиган санитар-оқартув ишлари ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни **билиши ва улардан фойдалана олиши;**
- соғлом турмуш тарзини тадбиқ қилиш;
- беморларни консултация қилиш;
- беморларни мустақил қабул қилиш;
- янги туғилган чақалоқлар, болалар, беморлар ва қарияларни парвариш қилиш **кўникмаларига эга бўлиши керак.**

3. Таълим дастурининг мазмуни ва компонентлари

3.1. 5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врачини тайёрлашнинг таълим дастури таълимнинг кундузги шакли бўйича 7 йил ўқишга мўлжалланган бўлиб, қуйидаги вақт тақсимотига эга:

Назарий таълим ва амалий машғулот, жумладан оралиқ ва якуний аттестациялар	278 ҳафта
Малакавий амалиёт	22 ҳафта
Интеграл ОСКИ	2 ҳафта
Давлат аттестацияси	2 ҳафта
Таътиллар	56 ҳафта
Жами:	360 ҳафта

3.2. Талаба ҳафталик ўқув юкмасининг максимал ҳажми 54 соат, шундан аудиториядаги ўқув юкмаси – 36 соатгача, мустақил иш – 22 соатгача.

3.3. Жорий, оралиқ ва якуний аттестацияларни ҳисобга олган ҳолда таълим дастурининг умумий ҳажми 7 йиллик ўқув даври учун 17042 соатни ташкил этади.

3.4. Таълим дастурини ўзлаштиришда бир қатор масалалар аудитория соати ҳисобига интеграллаштирилган курслар муаммоси бўйича талабаларнинг мустақил таълими кўзда тутилади.

3.5. 5720100-«Даволаш иши» таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг зарурий мазмуни

3.5.1. Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар

Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоки бўйича талаблар Олий ва ўрта махсус таълим вазирлиги тасдиқлаган «Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар блоки зарурий мазмуни ва умумий амалиёт шифокорининг тайёргарлик даражасига қўйиладиган талаблар» асосида белгиланади.

3.5.2. Математик ва табиий-илмий фанлар

Математик коммуникатив курс

Информатика ва ахборот технологиялари:

Замонавий оламда информатика ва ахборот технологиялари ва уларнинг тиббиётнинг барча соҳаларида қўлланилиши; замонавий тиббиёт технологиялари.

Тиббиёт техникаси ва янги тиббиёт технологиялари:

Тиббий анжомлар, аппаратларнинг тузилиши ва ишлаш принциплари; к касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт

технологиясининг устунлиги ва камчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги коммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Касаллик профилактикасида, диагностикасида, даволаш ва реабилитациясида замонавий тиббиёт технологиясининг устунлиги ва камчиликлари; тиббий ёрдамни ташкил қилишда янги коммуникацион технология: беморнинг электрон картаси, видеоконференция, телетиббиёт.

Табийий-илмий курс

Тиббий биология ва генетика:

Тирикликни ташкил қилишни молекуляр-ирсий, хужайравий, органик тизим даражасида, хужайра элементар генетик ва структур-функционал биологик бирлик сифатида; умумий ва тиббий ирсиятнинг биологик қонуни тиббиётда биотехнология ва генетик муҳандисликда тиббий биологик аспектлар инсон онтогенезида биологик ва социал сабабларга асосий қонунларни ўзаро таъсир сабаби, унинг онто-филогенезга ўзаро мунособати; орган ва тизимларни филогенетик ривожланиш босқичи; тур тарқалиши, биоценоз – биогеноценоз тириклик ташкилий даражаси замонавий эволюциянинг сунъий назария, экологиянинг тиббий биологик томонлари, алоҳида натижалари паразитологиянинг экологик асослари .

Биофизика:

Коинот физик объект сифатида, тўлқин ва тебраниш физикаси, тирик организмда биофизик қонунияти, суюқликларни ва тўқималарни биофизик хусусиятлари, организмга таъсир қилувчи физик факторлар, биоэнергетика эшитиш ва кўриш физикаси, оптик асбоблар, жаррохлик ва лазер оптика, электрон асбоблар ва аппаратлар; радиоактив, спектроскопик аппаратлар, ЭМП, магнитобиологик ўлчовлар, таснифи, ўлчов бирлиги.

Биоанорганик кимё:

Кимёвий жараёнлар, материяни харакати тури сифатида кўриниши, унинг биология ва тиббиётда аҳамияти, кимёвий ўзаро харакатни асосий қонуни, физик ва каллоид кимё, унинг тиббиётда аҳамияти.

Биоорганик кимё:

Клиник ва профилактик тиббиётда аҳамияти, ишлаб чиқариш муҳити ва атроф муҳит ҳолатини назорат ва диагностикаси учун тиббиётда ишлатиладиган замонавий сифат ва миқдорий услублар; органик бирикмаларни кимёвий табиати орасида ва уларнинг биологик табиати орасидаги боғлиқлик.

Биологик кимё:

Тирик организмда кечувчи физик-кимёвий жараёнлар, уларнинг биология ва тиббиёт учун аҳамияти, модда алмашинуви ҳаёт фаолиятининг муҳим белгиси сифатида, оксиллар, углеводлар, липидлар, ферментлар, витаминлар, гормонлар; оксилларни, углеводларни, липидларни ва сув-туз алмашинувининг биокимёвий тузилиши; биокимёвий тўқималар ва биологик суюқликлар, гомеостазни норма ва патологиядаги механизми, замонавий текшириш усуллари, уларни ўтказиш ва таҳлил замонавий анализаторлари.

Лотин тили:

Тиббий терминологияларни тузишда лотин тилини аҳамияти (анатомио-гистологик, клиник, фармцевтик), фонетика, морфология, синтаксис, сўз тузиш, тиббётда керакли бўлган лотин терминологиясини ёзма ва нутқий шаклда асосий лексика-грамматик луғат бойлиги.

Одам анатомияси:

Одам танасининг шакли, тузилиши ва ривожланиши, эволюцион, тасвирий ва таснифий йўналиши, остеология, синдесмология, артрология, миология, спланхнология, неврология, эстеziология, инсон танаси ривожланишига ижтимоий ишлаб чиқариш, физик ва табиий факторларнинг таъсири, анатомияни ўрганишда замонавий услублар, антропометрия, тирик инсонда анатомияни ўрганиш, организмни индивидуал жинсий ва ёшига кўра ўзига хослиги; халқаро анатомик терминология асосида (Terminalogia Anatomica, 1998).

Гистология, эмбриология, цитология:

Тўқима ва органлар, хужайраларнинг ҳаёт фаолияти, микроскопик ва суб-микроскопик тузилиши; айрим орган ва тизимларнинг гистологик тузилишининг ўзига хослиги, қон хужайралари ва қон хосил қилувчи органлар, мушак, нерв ва ёғ тўқималари, иммун органлар,

ошқозон ичак тракти, сийдик-жинсий тизими, эндокрин органлар, одам эмбриологияси асоси, гистологияда текшириш усуллари: ёруғлик ва электрон микроскопия.

Нормал физиология:

Физиология тиббиётнинг асоси сифатида ташқи мухит билан организмнинг бир бутунлиги, соғлом организмнинг тизими ва хужайра, тўқима, органларнинг ишлаш қонунлари, функция бошқарув механизми, тизим ва органларнинг хусусий физиологияси, психик функцияларнинг физиологик асоси, инсон ҳулкининг мақсад сари интилиши, ишлаб чиқариш ва ташқи мухит шароитига инсон организмнинг мослашув асослари, организм функцияларининг текшириш услублари ва асосий физиологик кўрсаткичлар.

Микробиология, вирусология ва иммунология:

Микроорганизмларнинг тузилиш, ҳаёт фаолияти, тарқалиши ва патогенезининг умумий қонуни, кўзгатувчиларнинг халқаро таснифи, уларнинг хусусияти, улар тарафидан инфекция қасалликларни чақирувчиларнинг патогенетик асоси, микробиологик ташхис услублари, иммунитет, нормада ва патологияда инсоннинг иммун статуси ва унинг регуляцияси, инсон иммун статусининг баҳолаш услублари, бирламчи ва иккиламчи иммунодефицит ҳолат, аллергия, махсус профилактика услублари, вакциналар.

Тиббиёт тарихи

Тарихий тиббиёт тизимлари ва уларнинг асосчилари, тиббиётда деонтология, Гиппократ қасами, Абу Али ибн Синонинг роли, саломатликни сақлашда халқ урф-одатларининг аҳамияти, замонавий тиббиёт, ЖССТ, глобал дастурлар, Ўзбекистоннинг ўлка патологияси, Ўзбекистоннинг етакчи шифокор олимлари.

3.5.3. Умумқасбий фанлар

Умумий патология курси

Патологик физиология:

Қасаллик ривожланиши ва тузалишининг асосий қонуният ва механизмлари, ҳасталик ва ҳасталик олди босқичлари тушунчаси, этиология ва патогенезининг умумий масалалари, шунингдек ижтимоий-экологик омилларни ҳисобга олган ҳолда атроф-муҳитни ифлосланиши билан боғлиқ бўлган ҳасталикнинг янги этиологик факторлари, маҳаллий ва умумий бузилишларнинг ўзаро боғлиқлиги; патологияда ирсий ва реактивликни бузилишининг ўрни; иммуно-патологиянинг намоён бўлиши, химик-патологик жараёнларнинг патофизиологияси (маҳаллий қон айланишининг бузилиши, шунингдек тўқима ўсишидаги бузилиши, метаболизм, яллиғланиш, талваса, гипоксия), орган ва тизимлар патологиясида функционал ўзгаришларнинг тавсифи, она-йўлдош-хомила тизимида патофизиологиянинг ўзига ҳослиги ва ёши жихатдан ўзига ҳослиги, уларни тузатишнинг экстремал ҳолати ва асосий принциплари, ҳасталикларни моделлаштириш.

Патологик анатомия.Секцион биопсия курси:

Патологик анатомия – патологиянинг асосий ташкилий унсурлари (макроскопик ва гистологик), умумий патологик морфология; тўқима патологияси, зарарланиши ва некроз, қон ва лимфа томирларида айланишнинг бузилиши, яллиғланиши иммуно-патологик ва компенсатор-мослашувчан жараёнлар, орган ва тизимлар қасаллигида хусусий патологик морфология, юқумли қасалликларда патологик анатомия; қасалликлар-нозология-ташхис-тонатогенез.

Клиник ва патологоанатомик ташхисда асосий, ёндош қасалликлар ва асосий қасаллик асоратлари, шифокор ва ташхис конструкциясидаги хатоликлар, ўлим ҳақидаги гувоҳномани тўлдириш

Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари :

Тирик шахсларни жароҳати оғирлигини ҳисобга олган ҳолда экспертиза қилиш, тез келиб чиқадиган ўлим ҳолатида мурда экспертизаси; механик жароҳатланишда, захарланишда ашёвий далиллар экспертизаси, ҳужжатларни расмийлаштирилиши.

Тиббий ходимлар ва пациентларнинг ҳуқуқлари ва мажбуриятлари, соғлиқни сақлаш бўйича қонунчилик асослари, врач фаолиятига тегишли бўлган фуқаролик-маъмурий ва жиноий ҳуқуқ мейёрлари, тиббий ёрдам кўрсатиш нуқсонлари дифференциацияси, экспертиза кўринишлари.

Фармакология:

Дори воситалари, уларни ҳайвон ва инсон организмга таъсир этиш механизми, умумий фармакология (фармакокинетика, фармакодинамика) умумий токсикология асослари, хусусий фармакология (ҳаётий муҳим препаратлар рўйхати ва уларнинг орган ва тизимларга таъсири,

таъсир қилиш механизми, қўллашга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, ёшга боғлиқ бўлган холда таъсир этишининг ўзига хослиги, ножўя ва захарли таъсири, асоратлари) дори воситаларидан захарланиш ва белгиланган мейёрдан ортиқ истеъмол қилганда ёрдам кўрсатиш, рецепт тизими, турли патологик ҳолатларда ва турли дори шаклларига рецепт ёзиш усуллари.

Жамоат соғлиғини сақлаш курси

Гигиена экология билан, ХГ:

Атроф мухитдаги объектларни гигиеник характеристикаси ва уларни аҳоли соғлиғи учун аҳамияти (хаво, қуёш радиацияси, сув, тупроқ) экологиянинг тиббёт аспекти, атроф-мухит ва инсоннинг ўзаро таъсири, гигиеник талаблар, болалар ва ўсмирларни тарбия ва ўқитиш шароитида гигиена аҳамияти; меҳнат гигиенаси ва коммунал гигиенасининг асослари, аҳоли озикланиш рационининг аҳамияти, шахсий гигиена, касалхонадаги гигиена принциплари, психогигиенанинг актуал муаммолари, кечувчи ва оғоҳлантирувчи санитар назорат ҳақида тушунча; бирламчи профилактикадан саволлар; харбийларнинг санитар гигиеник таъсирлаш асослари, касаллик диагностикаси ва даволашда ионлантирувчи нурланишни қўллаш.

Инсон организми ва атроф мухитнинг ўзаро боғлиқлиги, табиий иқлимий, ижтимоий-гигиеник омилларнинг касаллик пайдо бўлишидаги ўрни ва роли, касалликларнинг бирламчи ва иккиламчи профилактикасининг гигиеник асослари. Даволаш профилактика муассасаларида шифобахш ҳимояловчи режим, болалар ва ўсмирларни ўқитиш ва овқатлантириш шароитлари, соғломлаштириш тадбирлари.

Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика:

Аҳоли соғлиғи кўрсаткичлари; уларни ижтимоий гигиеник аҳамияти ва ўрганиш усуллари, тиббий статистика, она ва бола соғлиғини сақлаш, шифокорлар этика ва деонтологияси, шахар ва қишлоқ аҳолисига тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил қилиш, шифокорлар касбий экспертизаси, санитар эпидемиологик хизмати; тиббий статистика асослари, статистик текшириш усуллари уни аҳоли саломатлиги кўрсаткичларини баҳолашдаги аҳамияти.

Тиббий хизмат пакетини шаклланиши, бозор сегментацияси, маркетинг стратегиясининг элементлари, бозорда тиббий хизматни ҳаракатлари ва ишлаб чиқариш жараёнлари, соғлиқни сақлашни ташкил қилиш системаси, бошқариш жараёни ҳақида умумий тушунча. Соғлиқ ва соғлиқни сақлаш ижтимоий экологик категория сифатида. Соғлиқни сақлаш реформалари; Соғлиқни сақлашда иқтисодий концепция. Аҳоли саломатлигига таъсир қилувчи иқтисодий факторлар. Бозорни иқтисодий анализи.

Валеология:

Аҳоли соғлиғини мустаҳкамлаш, аҳолини соғломлаштириш усуллари ва услублари, соғломлаштириш механизмлари. Соғлом турмуш тарзини тузиш услублари, СТТни тарғибот қилиш усуллари. Ўтказилган тадбирлар мослиғини баҳолаш тизими.

Эпидемиология, ХЭ:

Эпидемиологик жараён жараённинг омиллари, ривожланиш механизми, кўринишлари, зарарланиш хавфи омиллари тушунчаси, дезинфекция, стерилизация, дезинсекция, дератизация асослари; Ўзбекистонда ўсувчи ўсимликлардан тайёрланган дезинфекцияловчи ва дезинсекцияловчи дорилар.

Тезкор профилактика ўтказиш учун қўлланиладиган эмлаш воситалари; эпидемик жараённи ривожлантиришнинг биологик, ижтимоий ва табиий омиллари, турли хил юқумли касалликларни тарқалиши, шахар ва қишлоқ аҳолисининг ҳар – хил гуруҳлари ўртасида вақтни ҳисобга олиб юқумли касалликларни тарқалиши; профилактикаси; эпидемик жараённинг ўтишини ўзига хос томонлари ва харбий жамоаларда профилактика тадбирлари.

Юқумли касаллаикларни механизмига ва кўзгатувининг ўчоғига нисбатан эпидемияга қарши тадбирий чоралар тизимини ишлаб чиқиш; сув ва ҳаво – томчи, ичак, қон юқумли касалликларида эпидемияга қарши кураш тадбирлар режасини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш, эмлашнинг кенгайтирилган дастури.

Терапевтик фанлар курси

Шифокор ва бемор:

Маслаҳат кўникмалари, маслаҳат турлари, беморга психологик ёрдам бериш, бемор турлари, ўзаро шахсий мулоқотдаги кўникмалар.

Ички касалликлар пропедевтикаси:

Шикоятларни анамнезини объектив ва текширув маълумотларини йиғиш, беморни текширишдаги лаборатор ва асбоб ускунавий услублар, кенг тарқалган ички аъзолар касалликларини симптом синдромларини келиб чиқиш механизми; ушбу клиник функционал лаборатор текшириш услублари маълумоти бўйича ички аъзолар асосий касалликлари, амалий кўникма, сўров ва физик текшириш услубларини қабул қилиш.

Ички касалликлар. Ҳалқ таобати:

Этиология, патогенез, клиника, кечиш вариантлари, асорати, диагностика, солиштирма ташхис, ички аъзоларни оғир касалликларини прогнози ва ташхис, кечиш вариантларини солиштирма даволаш ва уларнинг асорати; клиник ташхис қўйишда ва даволашни белгилашда синдромал йўналиш, кўникмалар ишлаб чиқиш; терапевтик касалликлар прогнози, профилактикаси, реабилитацияси, диспансеризацияси; ривожланиш тарихи, илмий асоси, таъсир қилиш услуби; Ибн Сино меҳнатида шарқ таобати, даволаш услуби; игна билан даволаш, куйдириш, кулоққа игна қўйиб даволаш, нуқтали уқалаш, мануал терапия, фито терапия, ва ҳ.к.; нафас олиш, юрак қон-томир, хазм, асаб, сийдик ажратиш ва бошқа тизимларни даволашдаги кўрсатмалар.

Фтизиатрия:

Этиология, эпидемиология, патогенез, хавф гуруҳлари, ярим резистентли сил, клиника, текшириш услуби, эрта ва қиёсий ташхис, асоратлар, замонавий даволаш, диспансеризация, ўпка ва бошқа аъзолар ҳар-ҳил турдаги сил профилактикаси, тез ёрдам кўрсатиш. хомилдорлар ва болаларда, катта ёшдагиларда, спидга дучор бўлганларда сил касаллиги кечиши; махсус профилактика; меҳнатга лаёқатлиги тўғрисидаги экспертиза. Ижтимоий томонлар.

Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия:

Шифокор назорати, шифобахш жисмоний тарбия тарбия ва спорт билан шуғулланиш учун кўрсатма, комплекс даволашда бадантарбия ва беморлар реабилитацияси; инсон организмга физик омилларнинг таъсири; ички аъзолар касалликларини даволашда физиотерапиянинг ўрни; беморлар реабилитациясида унинг аҳамияти; санатор курорт даволаш.

Эндокринология:

Этиология, патогенез, эндокрин касалликлар клиникаси, текширишнинг функционал ва лаборатор асбобий услуби; гормон таркибини аниқлаш услуби; солиштирма ташхис, даволаш, қўллаб-қувватловчи терапия, диспансеризация, профилактика; хомилдорлик даврида беморларда, қарияларда, йирингли инфекция ва бошқа патологияларда эндокрин касалликларнинг кечиши; оғир ҳолатларда диагностика ва тез ёрдам.

Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, гематологик беморлар текшириш услуби; стернал пункциянинг аҳамияти; замонавий даволаш, профилактика, хомилдорлик ва туғиш даврида, болаларда, қарияларда гематологик касалликларнинг кечиши; трансфузиология, донорлик бўйича саволлар; асоратлар ва тез ёрдам. Лаборатор инструментал текширувлар натижаларини интерпретация қилиш.

Касб касалликлари:

Этиология, патогенез, клиника, эрта диагностика, солиштирма ташхис, кенг тарқалган касбий касалликларнинг биргаликда даволаш; касб касалликларида ишга жойлашиш ва касалликнинг профилактикаси; шифокор меҳнат экспертизаси, тиббий хужжатлар.

Клиник фармакология:

Асосий гуруҳ дори воситаларининг клиник фармакологик характеристикаси, фармако-терапия (патологик синдромлар ва шошилиш ҳолатларда); дори воситаларининг тера-певтик самарадорлигини баҳолашда клиник фармакологик тестлар, амбулатор-поликлиника шароитида фармакотерапия; дори воситалари таъсирини лаборатор инструментал баҳолаш усуллари; дори дармон формуляри.

Юқумли касалликлар, болалар юқумли касалликлари:

Болалар ва катталарда инфекцион касалликларнинг этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташхиси, қиёсий ташхисоти, даволаш, кузатиш, диспансеризацияси; инфекцион касалликларда ўз вақтида специфик ва носпецифик профилактика; асоратлари ва шошилиш ёрдам; катталарда болалар инфекцияси.

Тери-таносил касалликлари, ОИТС:

Тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, лаборатор ташҳисоти, даволаш, деспансеризация қилиш, профилактика; ОИТС, қонуний далолатномалар, ижтимоий аспектлар.

Асаб касалликлари:

Асаб системасининг клиник анатомияси, симиотикаси ва топик диагностикаси; марказий ва периферик нерв системасининг туғма ва ортирилган касалликларини даволаш; турли ёшдаги аспектларда соматоневрология, асосий симптомлари, этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, киёсий ташҳисоти, асоратлари ва даволаш, шошилиш холатлар ва биринчи врачлик ёрдами.

Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси:

Беморларнинг рухий фаолиятини асосий қонуниятлари; нарма ва патология чегараси; даволаш жараёнида ва касалликнинг шаклланишида шахснинг роли; рухий ўз-ўзини бошқарув, психиатрия асослари, психологик текшириш усуллари, умумий психопатология ва хусусий психопатология, диагностика, даволаш принциплари реабилитация ва онг бузилиши экспиртизаси; психосоматик касалликлар, психотерапия, профилактика, наркологик хизмат; ижтимоий-тиббий ҳукукий муаммолар; тиббий психология асослари, деонтология, этика, психогигиена; турли патологияли беморлар психологиясининг ўзига ҳослиги, беморларга психологик ёрдам.

Нур ташҳиси ва терапияси:

Юз-жағ соҳаси касалликларини ультра товуш, рентгенологик, компьютер-тамографик, радионуклид ва ядро-магнитно-резонанс ташҳисоти, ёмон сифатли ўсмалар ва ўсма бўлмаган касалликларнинг нур терапияси.

Тиббий генетика

Ижтимоий йўналишлар, хатарли гуруҳлар этиологияси, туғма ва ортирилган патологиялар патогенези, клиникаси, цитогенетикаси ва биокимёвий ташҳис.

Клиник аллергология

Аллергологик анамнез; тери ва провокацион синамалар. Клиник (умумий қон, пешоб, балғам таҳлили) ва инструментал текширишлар (спирометрия, пикфлоуметрия, кўкрак қафаси, бурун олди бўшлиқлари ренгенографияси, риноскопия). Биохимик, иммунологик, бактериологик (балғам, бурун ва томоқдан суртма), эндоскопия (бронхоскопия, ЭФГДС), УЗИ, ЭКГ, ошқозон ва 12 бармоқ ичак ширасининг таҳлили. Аллергик касалликларни этиологияси, патогенези, таснифи, клиникаси, ташҳислаш, даволаш, олдини олиш. Аллергия ва хомиладорлик. Хомиладор ва эмизикли аёлларда гипоаллерген пархезнинг роли.

Жарроҳлик фанлар курси

Оператив жарроҳлик ва топографик анатомия билан:

Инсон танасида жинсга, ёшга, ва тана тузилишига боғлиқ ҳолда орган ва тўқималарнинг шакли, тузилиши ва бир-бирига нисбатан жойлашуви; орган ва тўқималарга диагностик, даволаш ва тиклаш мақсадида механик таъсир қилиш.

Умумий жарроҳлик анестезиология асослари билан:

Умумий жарроҳлик анестезиология асослари билан: асептика, антисептика, беморларни лаборатор-инструментал текширувларга тайерлаш, анестезиология асослари, клиник ва лаборатор текшириш усуллари, операция турлари, операция олди тайергарлиги, юмшок туқималарнинг носпецифик йирингли касалликларини жарроҳлик йўли билан даволаш, қон кетишида ва шикастларда биринчи ёрдам, қон қуйиш.

Хирургик касалликлар:

Энг қўп учрайдиган жарроҳлик касалликларини этиологияси, патогенези, клиникаси, лаборатор-инструментал ташҳисоти, асоратлари ва даволаш; жарроҳлик муолажаларига кўрсатма, операциядан кейинги асоратлар ва уларни олдини олиш; асосий тиббий ҳужжатлар; шошилиш жарроҳлик; кўкрак қафаси, қорин бўшлиғи ҳамда магистрал артерия ва веналар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиника текшириш усуллари, кечиши, асоратлари, киёсий ташҳисоти, даволаш, реабилитация, профилактика ва диспансеризацияси; хомиладорликда жарроҳлик амалиётини қилишга кўрсатма, трансплантология асослари, стационарда, поликлиника ва уйда шошилиш жарроҳлик муолажалари; режали жарроҳлик патологияларини олиб бориш, шошилиш ёрдам ва тиббий ҳужжатлар.

Нейрожарроҳлик:

Марказий ва периферик нерв системаси жароҳатларининг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, даволаш, жарроҳлик муолажаларига кўрсатмалар; шошилич ҳолатларда тез тиббий ёрдам кўрсатиш.

Болалар жарроҳлиги:

Туғма нуксонли ва жарроҳлик касалликлари билан туғилган болалар касалликларини этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, даволаш, жарроҳлик муолажаларига кўрсатмалар.

Урология :

Этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, урологик беморларга тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва даволаш, тез тиббий ёрдамга кўрсатмалар.

Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси:

Травматизм (хонадонда, транспортда, ишлаб чиқаришда жароҳатланиш) этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, даволаш; синишлар (туғма ва ортирилган); шикастланиш турлари; турли жароҳатланишларда транспортировка ва меҳнат фаолиятини тиклаш; ижтимоий реабилитация, протезлаш.

Онкология. Болалар онкологияси:

Онкологик касалликларнинг этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, хавfli ва хавфсиз усмаларни текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, биопсияни аҳамияти, даволаш турлари, диспансе-ризация, реабилитация, меҳнатга лаёқатини аниқлаш; онкологик хизмат.

Анестезиология ва реанимация:

Оғриқсизлантириш замонавий усуллари ва турлари; умумий оғриқсизлантиришни ўтказиш принциплари; критик ҳолатлардаги асосий патологик синдромларни патофизиологияси, ташҳисоти ва клиникаси; интенсив терапия ва реанимациянинг умумий саволлари.

Оториноларингология, стоматология:

Қулоқ, томоқ, бурунниг кенг тарқалган касалликлари этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, даволаш; ЛОР ва бошқа орган системаларни касалликлари ҳамда уларни кечишида инфекция ўчоқларини аҳамияти; шошилич ҳолатларда тез тиббий ёрдам; оғиз бўшлиғини касалликларин профилактикаси ва ёшга хос ҳолда физиологик ўзига ҳослиги; кенг тарқалган патологияларни клиникаси, диагностикаси ва асоратлари; мутахасис консультациясига кўрсатмалар; жарроҳлик даволаш усуллари ва протезлаш.

Офтальмология:

Кўзни ёшга хос анатомияси, физиологияси, кўришнинг оптик коррекцияси; этиологияси, патогенези, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, асоратлари, оқибатлари, даволаш ва кўрув органларини туғма ва ортирилган касалликларида реабилитация ҳамда профилактикаси; кўшма жароҳатларда тез тиббий ёрдам ва экспертиза.

Оналик ва болаликни ҳимоя қилиш курси

Акушерлик ва гинекология:

Аёл организмнинг ўзига ҳослиги; хомиладорлик туғруқ ва туғруқдан кейинги даврда кузатиладиган физиологик ва патологик ҳолатлар; хомиладорликда хомила ҳолатини аниқлаш усуллари; экстрагенитал патология; хомиладорликда гипертензион синдром; клиника ва даволаш; хомиладорликда физиологик ва патологик туғруқлар; кўп учрайдиган гинекологик касалликларни этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, даволаш; консультация асослари; контрацепция.

Педиатрия:

Ёш болалар ўсиш даврлари ва анатомио-физиологик хусусиятлари; болалар ўсишига таъсир этувчи омиллар; этиологияси, патогенези, морфологияси, клиникаси, текширув усуллари, қиёсий ташҳисоти, даволаш, диспансер назорати принциплари; болаларни эмлаш.

3.5.4. Ихтисослик фанлари

Ички касалликлар, гериатрия:

Аҳоли соғлиғини сақлаш ва олдини олиш, соғлом турмуш тарзини тарғибот қилиш, ҳавф омиллари, аҳоли скрининги. Кўп учрайдиган синдромлар клиника, диагностика, дифференциал диагностикаси ва даволаш, рационал фармакотерапия, аниқ клиник вазифаларда УАШ тактикаси, аҳоли турли ёш гуруҳларида ва хомиладорларда бирламчи ва иккиламчи профилактика. Терапевтик касалликларда шошилич ҳолатлар, реабилитация ва диспансеризация, шифохонагача бўлган босқичда шошилич ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш. УАШ амалиёти

шароитида умумий ёндашув даволаш стандартлари ва дори воситаларини рационал қўллаш. Амбулатор даволанишга кўрсатмалар, госпитализацияга кўрсатмалар, маҳсус даволаш муассаларига йўлланма учун кўрсатмалар, тор мутахассис кўриги учун кўрсатмалар. Бемор учун текширув режасини дифференциал тавсия қилиш. Дастлабки, якуний, клиник ташҳис қўйиш.

Ўзбекистон Республикаси қонунларига мувофиқ ёши ўтган соғлом кишиларни химоялаш асослари. Кекса ёшдаги ва ёши катта шахсларда халқаро таснифни асослари. Қариш назарияси ва умумий қонуниятлари. Физиологик параметрларни ёшга оид меёри. Кекса ва ёши катта шахслар овқатланиш рационини асослари. Кекса ва ёши катта шахсларда касалликнинг клиник, этиологик ва патогенетик кечиш асослари. Гериатрияда инструментал ва лаборатор текшириш кўрсаткичларини интерпритация асослари. Ёши катта кишиларини уйда парваришlash услублари.

Реабилитология:

Физиотерапевтик муолажаларнинг одам организмга комплекс таъсир механизми, тиббий тикланшнинг физиотерапевтик йўналишлари, физиотерапевтик муолажалар ва дори моддаларини биргаликда қўллаш йўллари, беморларни санаторий ва курортларга танлаш масалалари, даволаш хужжатларини расмийлаштириш, физиоаппаратларнинг ишлаш принциплари ва техника хавфсизлиги қоидаларига риоя қилиш, соғломлаштириш мақсадида физиопротектив муолажаларни қўллаш, жисмоний машқларнинг таъсир механизми, ШЖТни қўллаш учун кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, шифобахш жисмоний тарбия воситалари ва унинг турлари, даволаш усуллари.

Хирургик касалликлар:

Ўткир жарроҳлик касалликларда клиника, ташҳисот, синдромлар бўйича ташҳисот ва таққослама ташҳисот, УАШ тактикаси, рационал фармакотерапия, кўп тарқалган жарроҳлик касалликларини соғлиқни сақлашни биринчи қатори шароитларида даволаш, жарроҳлик амалиётидан кейинги даврларда олиб бориш, асоратлар ташҳисоти ва уларни профилактикаси, қон кетишларда, шикастланишларда, юмшоқ тўқима йирингли касалликларида биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш. Умумий амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

Халокат тиббиёти. Болалар травматологияси:

Табиий офат ва ҳалокатларда шикастланганларни мустақил текшириш ва ташҳис қўйиш, табиий офат ва ҳалокатларда биринчи тиббий ёрдамни кўрсатиш учун зарур бўлган амалий кўникмаларни бажариш, транспортировка ва юқори малакали ва ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш. Таянч-ҳаракат тизими жароҳланган болаларга биринчи тиббий ёрдамни кўрсатиш, тўғри транспортировка қилиш ва малакали ҳамда ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатиш

Шошилинич ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам:

шошилинич ҳолатлар ташҳиси ва клиникаси. Шифохонагача ва шифохона босқичида критик ҳолатларда оғриқсизлантириш, реанимация ва интенсив даволаш.

Акушерлик-гинекология:

Оилани режалаштириш ва репродуктив соғлиқни сақлашни консултация қилиш. Физиологик хомилдорликда, экстрагенитал касалликларда, антенатал парваришlash, диагностика, асоратларни эрта ташҳисlash ва олдини олиш, туғруқдан кейинги даврни олиб бориш, абортдан кейинги ва туғруқдан кейинги контрацепция, асоратларда тез ёрдам кўрсатиш, консултация, тест ўтказиш, жинсий йўл билан юқувчи ва ВИЧ инфекцияни олдини олиш, онкокасаликлар профилактикаси, контррецепцияни тавсия қилиш, шифохонагача бўлган босқичда ёрдам, кўп учрайдиган гинекологик касалликлар ташҳис ва даволаш, амбулатор ва уй шароитларида гинекологик касалликлар ва жарроҳлик амалиётидан кейин реабилитация, рационал фармакотерапия, акушерлик ва гинекологияда шошилинич ҳолатлар умумий шифокор амалиёти шароитларида умумий ёндашув.

Неонатология:

Янги туғилган чақалоқларга биринчи ёрдам ва неонатал парвариш, туғруқ залида асфикцияда реанимация, кўкрак сути билан боқиш усуллари ва янги туғилган чақалоқни она билан бирга бўлишини таъминlash; турли патология билан туғилган чақалоқларни диспансер назорати ва реабилитация. Болалар соғлиғини баҳолаш ва барча ёшдаги болаларни парваришlash; болани овқатланишини коррекцияlash, жисмоний ва психомотор рифожланишини кузатиш; касалликлар профилактикаси бўйича ишлаш ва хавфсиз вакцинация; кўп учрайдиган касалликларда таққослама ташҳисот ва фармакотерапия; шошилинич ҳолатларда тез ёрдам кўрсатиш; ҳавф гуруҳи ва турли ҳил касаллик билан оғриган болалар диспансеризацияси ва реабилитацияси.

Юқорида келтирилган ихтисослик фанларининг рўйхати ва мазмуни кадрлар буюртмачиларининг талаблари ҳамда бакалаврлар тайёрланадиган ушбу йўналиш фани, техникаси ва технологиясидаги замонавий ютуқларни ҳисобга олган ҳолда таълим муассасаси томонидан ўзгартирилиши мумкин.

3.5.5. Малакавий амалиёт

Талабалар умумқасбий фанларни ўзлаштиришда олган билимларини назарий ва амалий мустаҳкамлаш; ҚВП/ШВПда умумий амалиёт врачлари томонидан бажарилувчи хизматлар категорияларини билиш; соғлиқни сақлаш тизими бирламчи бўғини шароитида умумий амалиёт врачлари билимлари ва кўникмаларини бажара олиш; беморнинг асосий ва иккиламчи шикоятларини йиғиш; беморни синчиклаб кўриш; анамнестик ва объектив маълумотлар йиғиш; таққослама лаборатор-инструментал текширувлар режасини тавсия қилиш; тор мутахассислар кўригига кўрсатма; амбулатор даволанишга кўрсатма; стационар даволанишга кўрсатма; якуний ташҳисни қўйиш; аниқ клиник ҳолатларда умумий амалиёт врачлари тактикаси; поликлиника, тез-ёрдам ва стационар шароитида тиббий ҳужжатларни тўғри тўлдириш; вақтинча хизматга лаёқатсизлик экспертизаси; амбулатор-даволаш босқичида беморларни кузатиш; бирламчи ва иккиламчи профилактика; касаллар диспансеризацияси ва реабилитацияси; ижтимоий аҳамиятга эга саволлар ечими (оилавий ҳолати, жамиятдаги, ишдаги ногиронлик ҳолатини қайд қилиш).

3.5.6. Интеграл ОСКИ

Интеграл ОСКИ мавзулари таълим муассасасининг битиртирувчи кафедралари томонидан мутахассисларга талабгорларнинг талабларини, шунингдек замонавий фан, техника, технологиялар ютуқларини ҳисобга олган ҳолда белгиланади.

Интеграл ОСКИ мавзуси терапевтик фанлар, жаррохлик фанлар ва оналик ва болалиқни ҳимоя қилиш йўналишида бўлиши мумкин.

Интеграл ОСКИ базавий босқичда олган билим ва кўникмаларни аниқлаш мақсадида талабалар бешинчи курсни тугатганидан сўнг ва битирувчи курсда якуний давлат аттестациясида мазкур стандартда бажариш учун ажратилган вақт мобайнида бажарилади.

Интеграл ОСКИнинг ҳажмини УАШ кафедралари белгилайди.

3.5.7. Таълим дастурини амалга ошириш

5720100 – *Даволаш иши* таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врачлари тайёрлашнинг таълим дастури мазкур йўналиш бўйича аккредитацияланган олий таълим муассасаларида ривожланаётган таълим технологияларидан, ахборот технологияларидан ва таълимнинг замонавий техника воситаларидан фойдаланиб тайёрлашда амалга оширилади.

Таълим мабойнида талаба иккитадан кам бўлмаган Давлат аттестацияси (гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлардан ва хорижий тилдан) ва интеграл ОСКИ топширади. Давлат аттестацияси ўқув жараёни тугаши биланоқ тегишли интеграллашган курс бўйича ўтказилади.

Малакавий амалиёт даволаш-профилактика муассасаларида (республика, вилоят, шаҳар касалхоналари, Академиянинг клиникалари, оилавий поликлиникаларда ва ИТИларда) ўтказилади.

4. Умумий амалиёт врачлари тайёрлаш сифатини назорат қилиш ва баҳолаш

4.1. Бакалаврият йўналишлари бўйича кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш қуйидагилардан иборат:

ички назорат – олий таълим муассасаси томонидан амалга оширилади. Ички назорат олий таълимни бошқарувчи ваколатли давлат идораси томонидан тасдиқланган назоратнинг рейтинг тизими тўғрисидаги Низом асосида ўтказилади;

якуний давлат назорати давлат таълим стандартига мувофиқ фанлар бўйича давлат аттестациясини ва битирув иши ҳимоясини ўз ичига олади;

давлат-жамоат назорати олий таълимнинг бошқарувчи ваколатли давлат идораси, жамоат ташкилотлари ва кадрлар буюртмачилари томонидан белгиланган тартибда ўтказилади;

ташқи назорат Вазирлар Маҳкамаси қошидаги Давлат тест маркази Кадрлар тайёрлаш сифатини назорат қилиш, педагог кадрлар ва таълим муассасаларини аттестация қилиш бошқармаси томонидан белгиланган тартибда амалга оширилади.

Тайёрланган кадрлар сифатини баҳолаш кадрлар истеъмолчилари томонидан меҳнат фаолияти жараёнида амалга оширилади.

4.2. Олий таълим муассасаси:

- ушбу стандартдаги талабларга риоя қилиниши ва олий таълим муассасаларининг давлат аттестацияси ва аккредитацияси ҳақидаги Низомда назарда тутилган умумий амалиёт ва тайёрлашнинг сифати;
- профессор-ўқитувчилар таркиби ва ўқув-ёрдамчи ходимлар малакаси талабларга тўла мос келиши;
- ҳар бир интеграллаштирилган курс фанларининг дастурларида назарда тутилган ўқув-методик адабиётлар, шунингдек, яқка тартибда ишлаш ва мустақил тайёргарлик учун материаллар билан таъминланганлиги;
- ўқув жараёнининг моддий-техникавий таъминланганлиги учун тўла маъсулдир.

5. Эслатма

5.1. Олий таълим муассасасига:

- ушбу стандартда назарда тутилган минимал мазмунни таъминлаган ҳолда талабанинг ҳафталик максимал юкламасини оширмасдан ўқув материални ўзлаштиришга ажратилган соатлар ҳажмини ўқув фанлари туркумлари учун 5% оралиғида, туркумга кирувчи ўқув фанлари учун 10% оралиғида ўзгартириш;
- касбий фанлар туркуми профилига мос равишда гуманитар, ижтимоий-иқтисодий, математик ва табиий-илмий ўқув фанларининг алоҳида бўлимларини қай даражада чуқурлаштириб ўқитишни белгилаш;
- ўқув фанлари мазмунига, техника ва технологияларнинг ютуқларини ҳисобга олган ҳолда ўзгартиришлар киритиш ҳуқуқи берилади;

5.2. Интеграл ОСКИ муайян йўналиш бўйича ўқув фаолиятининг бир тури сифатида кўрилади ва ушбу ўқув фанини ўзлаштириш учун ажратилган соатлар чегарасида бажарилади.

5.3. Давлат таълим стандартини билиш профессор-ўқитувчилар таркибини олий таълимнинг тегишли йўналиши бўйича танлов асосида саралаш шартларидан бири ҳисобланади.

1-Илова

5720100 – Даволаш иши таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг тузилиши

т/р	Ўқув фанлари, интеграллаштирилган курслар ва блокларнинг номи	Умумий юклама ҳажми, соатларда
1	2	3
1.0.0	Гуманитар ва ижтимоий иқтисодий фанлар	1706
2.0.0	Математик ва табиий илмий фанлар	2970
2.1.0	<i>Математик коммуникатив курс</i>	252
2.1.0	Информатика ва ахборот технологиялари	180
2.1.0	Тиббий техника ва янги тиббиёт технологияси	72
2.2.0	<i>Табиий илмий курс</i>	2718
2.2.0	Тиббий биология ва генетика	270
2.2.0	Биофизика	180
2.2.0	Биоанорганик кимё	144

3		
2.2.0 4	Биоорганик кимё	180
2.2.0 5	Биологик киме	324
2.2.0 6	Лотин тили ва тиббий-фармацевтик терминология асослари	144
2.2.0 7	Одам анатомияси	450
2.2.0 8	Гистология, эмбриология, цитология	324
2.2.0 9	Нормал физиология	324
2.2.1 0	Микробиология, вирусология ва иммунология	342
2.2.1 1	Тиббиёт тарихи	36
3.0.0 0	Умумкасбий фанлар	8316
3.1.0 0	<i>Умумий патология курси</i>	990
3.1.0 1	Патологик физиология	270
3.1.0 2	Патологик анатомия. Секцион биопсия курси	306
3.1.0 3	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари	144
3.1.0 4	Фармакология	270
3.2.0 0	<i>Тиббий профилактик курс</i>	756
3.2.0 1	Гигиена экология билан, ХГ	234
3.2.0 2	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика	378
3.2.0 3	Валеология	36
3.2.0 4	Эпидемиология, ХЭ	108
3.3.0 0	<i>Терапевтик фанлар курси</i>	3438
3.3.0 1	Шифокор ва бемор	72
3.3.0 2	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.3.0 3	Ички касалликлар. Ҳалқ таоботи	558
3.3.0 4	Фтизиатрия	216
3.3.0 5	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126
3.3.0 6	Эндокринология	198
3.3.0	Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши	270

7		
3.3.0 8	Касб касалликлари	90
3.3.0 9	Клиник фармакология	234
3.3.1 0	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	342
3.3.1 1	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
3.3.1 2	Асаб касалликлари	252
3.3.1 3	Психиатрия ва наркологиya. Тиббиёт психологияси	306
3.3.1 4	Нур ташҳиси ва терапияси	108
3.3.1 5	Тиббий генетика	72
3.3.1 6	Клиник аллергология	72
3.4.0 0	<i>Жарроҳлик фанлар курси</i>	2160
3.4.0 1	Оператив жарроҳлик топографик анатомия билан	198
3.4.0 2	Умумий жарроҳлик анестезиология асослари билан	216
3.4.0 3	Хирургик касалликлар	468
3.4.0 4	Нейрожарроҳлик	108
3.4.0 5	Болалар жарроҳлиги	162
3.4.0 6	Урология	162
3.4.0 7	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.4.0 8	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.4.0 9	Анестезиология ва реанимация	72
3.4.1 0	Оториноларингология, стоматология	234
3.4.11	Офтальмология	162
3.5.00	<i>Оналик ва болаликни ҳимоя қилиш курси</i>	972
3.5.01	Акушерлик ва гинекология	342
3.5.02	Педиатрия	630
4.0.0 0	Ихтисослик фанлари	1818
	Умумий амалиёт врачлари фанлари	1818
4.0.0 1	Ички касалликлар, гериатрия	828
4.0.0 2	Реабилитология	72
4.0.0 3	Хирургик касалликлар	252

4.0.0 4	Халокат тиббиёти	72
4.0.0 5	Шошилинич холатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.0.0 6	Акушерлик ва гинекология	360
4.0.0 7	Неонатология	90
5.00	Қўшимча фанлар	450
5.01	Ҳарбий тиббий тайёргарлик, ФМ ва ФМТХ	450
6.00	Танлов фанлари	378
6.01	Танлов фанлари	360
	Жами:	15638
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Давлат аттестацияси	108
	ҲАММАСИ	17042

<i>Вақти: 360 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	Амалий машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тuzилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> -Кейс-стади -Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <p>-Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш;</p> <p>- Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида</p> <p>-Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида)</p> <p>-Дастлабки ташҳис қўйиш, қиёсий Ташҳисни бажариш;</p> <p>- Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш;</p> <p>- тери ва тери ости ёғ қатлами йирингли касалликларини (флегмона, фурункул, панариций ва х.к.);</p> <p>-Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш;</p> <p>- Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.</p>
<i>Талаба билиши шарт:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • анатомия, топографик анатомия, жароҳатлар ва уларнинг жараёнлари ҳамда жароҳат инфекцияси • Тери жароҳатларнинг хозирда мавжуд классификациялари • госпитализацияга кўрсатмалар • текширувларнинг усуллари ва хажми • касалликлар профилактикаси • жарроҳлик касалликлар реабилитацияси • асоратларни ривожланишида бевосита ва билвосита (махаллий ва умумий) омилларнинг ахамияти
<i>Талаба бажариши шарт:</i>	<ul style="list-style-type: none"> • беморларни сўровдан ва кўрувдан ўтқизиш • юзаки жойлашган атерома ва липомаларни оператив йўл билан даволаш, • йирингли бўшлиқларни очиш • турли блакадалар қилиш (паранефрал, вагосимпатик, қовурғалар аро) • операциядан кейин беморларни амбулатор даволаш • беморлардан шикоятлар ва анамнез йиғиш

	<ul style="list-style-type: none"> • беморларни текшириш, пальпация, перкуссия • кузатув, лаборатория ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қилиш
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика ва деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш. Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятини натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ТЖС сабабларини билиш: - ТЖС клиникаси ва ташҳисотини билиш: - ТЖС билан оғриган беморларни курация қила олиш: - Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; - касаллик текширув усулларини, лабаратор таҳлиллар интерпритациясини ва киёсий ташҳисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.
<p><i>Ўқитиш услублари</i></p>	<p>Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тури» усули, демонстрация, видео куриш, дискуссия, ўргатувчи уйин, кейс-стади.</p>
<p><i>Маишулотни ташиқил қилиш шакллари</i></p>	<p>Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда, аудиториядан ташқарида.</p>
<p><i>Ўқитиш манбалари</i></p>	<p>Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар</p>
<p><i>Ўқитиш жойи ва шароити</i></p>	<p>Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.</p>
<p><i>Усуллар билан воситан боғлиқлиги</i></p>	<p>Блит-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий хариталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини</p>

Ma'ruza mavzulari

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўқув ишлари бўйича проректор
_____ доц. С.Ш. ОЛИМОВ
_____ 2014 й

ЎТКИР ҚОРИН

Даволаш факультетнинг
7 курс талабалари учун

маъруза

Бухоро – 2014

УАШ тайёрлаш учун жаррохлик ва болалар
жаррохлиги кафедраси кенгашида куриб чиқилган ва
тасдиқланган

Каф. Мудир. Уроков Ш.Т

Маъруза матни тузилган МУК да кўриб чиқилган

Баённома № «___» _____ 2014 й.

Раис: доц. С.Ш. Олимов

Бухоро – 2019

ЎТКИР ҚОРИН СИНДРОМИ

Қориндаги оғриқлар – хавотирли белгидир. Қоринда оғриқ бўлганда авваламбор тезкор операцияни талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир касалликларини (ўткир қорин синдромини) шубха остига олиш лозим бўлади. Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан [1].

Россиянинг ерли шифокорлари томонидан киритилган «Ўткир қорин» ташхисини қўйишга ҳаққимиз борми? «Ҳа» бўлса керак, негаки УАШ дан аниқ ташхис қўйиш мумкин эмас. Шундай тизим ва шунақа ташхис чет элда ҳам мавжуд.

Ўткир қорин синдроми қориндаги ўткир оғриқни билдириб, у қуйидаги саволларга ечимни топишни талаб этади: 1) беморга жаррох маслахати зарурми? 2) жаррохлик бўлимига ётқизиш керакми? 3) беморга тезкор операция қилиш лозимми?

Биз Сиз билан ўткир қорин масаласини ўрганаётган бир маҳалда бутун дунёда юзлаб ва минглаб жаррохлар (хашаматли VIP – шифохоналарда ҳам, камбағаллар касалхоналарида ҳам, палаткали шаҳарчаларда ҳам, харбий ҳаракатлар театрида ҳам) ер юзида минглаб касалларни кўрмоқдалар. Уларнинг ҳаммаси умумий ва ҳайрон қоларли даражада ўхшаш ва оддий ҳолат билан тўқнашдирлар – шифокор қориндаги оғриқлар каби ташвиш билан курашадилар. Улар билан бемор оғрийди, у ўз ахволидан ташвишга тушган. Бемор эса ташхис қўйиш, кейинги тактика билан оловора. У нафақат ҳаммага маълум бўлган қоида - «non posere», балки афсуски, эсан чикқан 2- қоида - «juve» (ёрдам бер) дан келиб чиққан холда ҳаракат қилишга интилади.

Ташхис қўйиш, шифохонага ётқизиш, зарур бўлган текширувлар ва операциянинг кечиктирилиши жуда оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жаҳон статистикаси шундан далолат берадики, қорин бўшлиғи касалликларининг натижаси шифокорга мурожаат қилинган, шифохонага ётқизилгунча ҳамда операциягача ўтган вақтга тўғридан-тўғри боғлиқдир.

Қориндаги оғриқларнинг ўткир, ўткир ости, сурункали ва қайталанувчи турлари фаркланади. қориндаги оғриқ сабаблари хирургик, гинекологик, психик касалликлар ва куплаб ички хасталиклар бўлиши мумкин. қориндаги ўткир оғриқларни эрта диагностикаси ва сабабларини аниқлаш хасталик асоратлари ва улим ҳолатларини камайтиради. Ўткир қоринда купчилик ҳолларда жаррохнинг тезкор маслаҳати зарур бўлади.

Умумий маълумотлар

- қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит (31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%);
- Одатда эпигастрал соҳадаги оғриқлар меъда-ичак тизими юқори қисми аъзолари зарарланганда, гипогастрал соҳада эса - пастки қисм аъзолари хасталанганда кузатилади;
- Тўлғоқсимон оғриқ, қайтарилувчи қайт қилиш ингичка ичак тутилишига хосдир;
- қориндаги тўлғоқсимон оғриқлар, қориннинг симметрик шишиши эса йўғон ичак тутилишига хосдир;
- қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жаррохлик хасталикларида деярли доимо дастлаб оғриқ, кейин қайт қилиш кузатилади;
- Атеросклероз, мерцал аритмия ёки яқинда миокард инфаркти ўтказган ёши улуғ беморларда қоринда оғриқ бўлса, энг аввало мезентериал қон айланиш ўткир бузилишига шубҳа қилиш керак бўлади.

«Ўткир қорин» қуйида келтирилган яққол намоён бўлувчи кўринишларнинг ҳеч бўлмаганда биттасини ўз ичига олади:

- a) Қоринда оғриқ ва шок;
- b) тарқоқ перитонит (бутун қорин бўйлаб оғриқ ва таранглик);
- c) маҳаллий перитонит (қорин чоракларининг бири билан чегараланган);
- d) ичак тутили белгилари;
- e) турли-туман ички касалликлар.

Биз бу маърузада қорин жароҳатларини кўриб чиқмаймиз.

1-жадвал

Жаррохлик касалликлари - ўткир қориннинг сабачилари

Патологик жараён	Аъзо	Касаллик
Яллиғланиш	Ичак Аппендикс Ўт пуфаги Меъда ости беши Бачадон найлари	Ичакнинг яллиғланиш касалликлари Аппендицит Холецистит Панкреатит Сальпингит
Перфорация	12 бармоқли ичак Меъда Йўғон ичак (дивертикул ёки ўсма) Ўт пуфаги Аппендикс	12 бармоқли ичак яраси тешилиши Меъда яраси тешилиши Нажасли перитонит Сафроли перитонит Перфоратив аппендицит, перитонит
Тиқилиб қолиш	Ўт йўллари Ингичка ичак Йўғон ичак Буйрак жомлари, сийдик чиқарувчи йўлар Сийдик чиқарув канали Туткич артериялари	Ўт санчиғи Ингичка ичак тутилиши Йўғон ичак тутилиши Буйрак санчиғи Ўткир пешоб тутилиши Ичак инфаркти

Қон кетиши	Бачадон найлари Тухумдонлар Жигар ва қора талоқ Қорин аортаси	Бачадондан ташқари ҳомиладорликда бачадон найларининг ёрилиши Тухумдон кистасининг ёрилиши Жигар ва қора талоқ ёрилиши Қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши
Ишемия	Ичак Тухумдон Ёрғоқ	Странгуляция Тухумдон кистаси оёқчасининг буралиши Ёрғоқ буралиши

Диагностика

қориндаги ўткир оғриқларнинг катталарда дифференциал диагностикаси.

Энг куп учрайдиган сабаблар:

- ўткир гастроэнтерит;
- ўткир аппендицит;
- овулятор оғриқ;
- ичаклар таъсирланиш синдроми.

Энг хафли хасталиклар:

Юрак кон-томир касалликлари

- миокард инфаркти;
- қорин аортаси аневризмаси ёрилиши;
- мезентериал кон айланишининг ўткир бузилиши.

Хавфли усмалар

инфекциялар.

- ўткир сальпингоофарит;
- перитонит;
- кутарилувчи холангит;
- қорин бўшлиғи абсцесси;

Бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг ёрилиши;

ингичка ичак тутилиши;

сигмасимон ичак буралиб колиши;

меъда ва ўн икки бармоқ ичак яраси тешилиши.

Нотугри диагноз манбалари:

- ўткир аппендицит;
- қорин олд девори ва бел мушаклари шикастланиши;
- зотилжам;
- ўпка артериясининг тромбоэмболияси;
- кабзият (қарияларда).

Кам учрайдиган сабаблар:

порфирия;

кўрғошин билан захарланиш;

гемогроматоз;

урокусимон хужайрали камконлик;

орка мия захми;

Чалгитувчи еттита асосий ҳолатлар:

- депрессия (тушкунлик);
- кандли диабет;
- интоксикация ва дори воситаларининг ноғужу таъсирлари;
- камконлик (урокусимон хужайрали);
- калконсимон без хасталиклари;
- умуртка погонаси касалликлари;
- сийдик йуллари инфекцияси.

Симуляция ва асаб бузилишлари:

- Мюнхгаузен синдроми;
- Сексуал бузилишлар;
- Эмоционал (рухий) зуриқишлар.

Катталарда сурункали ҳамда қайталанувчи қорин оғриқларининг дифференциал диагностикаси

Энг қуп учрайдиган сабаблар:

- таъсирланган ичак синдроми;
- овулятор оғриқ;
- гастрит;
- меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра хасталиги;
- қорин олд девори ва бел мушаклари шикастланиши.

Энг хавфли хасталиклар:

Юрак кон-томир касалликлари:

- мезентериал кон айланишининг сурункали бузилиши;
- қорин аортаси аневризмаси.

Хавфли усмалар:

- меъда раки;
- йугон ичак раки;
- меъда ости беи раки;
- тухумдон раки.

Оғир инфекциялар:

- вирусли гепатит;
- аёллар жинсий аъзоларининг сурункали яллигланиш хасталиклари.

Нотугри диагноз манбалари:

- овкат аллергияси;
- лактаза танкислиги;
- кабзият;
- сурункали панкреатит;
- Крон касаллиги;
- Эндометриоз;
- ураб олувчи темиртки;
- дивертикулит;

Кам учрайдиган сабаблар:

- уремия;
- кўрғошин билан захарланиш;
- Крон касаллиги;
- порфирия;
- уроксимон хужайрали камконлик;
- Аддисон касаллиги.

Чалгитувчи асосий 7 ҳолат:

- Депрессия (тушқунлик);
- кандли диабет;
- дори воситаларининг ноҳуя таъсирлари ва интоксикация;
- камконлик;
- калконсимон без хасталиклари;
- умуртка погонаси касалликлари;
- сийдик йуллари инфекцияси.

Асаб бузилишлари ва симуляциялар (ипохондрик невроз, хавотирли ва сексуал бузилишлар).

Қуп учрайдиган сабаблар:

Ўткир қориннинг энг қуп учрайдиган сабаблари - ўткир аппендицит, ўткир гастроэнтерит, таъсирланган ичак синдроми, ўт, буйрак ва ичак санчиғи ва овуляция; болаларда - мезаденит. қориндаги сурункали оғриқларнинг энг қуп учрайдиган сабаблари - қорин олд девори ва бел мушаклари шикастланиши (16%), таъсирланган ичак синдроми (12%), гинекологик касалликлар

(8%), меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ва диафрагма кизилунгач тешиги чурраси (8%); қориндаги сурункали оғриқларнинг 50% сабаблари хозиргача ноаник бўлиб колмокда.

Энг хавфли касалликлар:

Қориндаги оғриқлар кўпинча бемор ҳаётига хавф солувчи, ўткир касалликларнинг белгиси бўлиб, тезкор диагностика ва жаррохлик аралашувини талаб қилади.

Қориндаги оғриққа шикоят қилиб келган беморларда қорин аортаси аневризмаси ва қаватланувчи аневризма ёрилишини, мезентериал қон айланиши ўткир бузилишини, миокард инфаркти гастралгик шаклини, меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра тешилишини, странгуляцияон (ичак буралиб қолишида, ичак ковузлогининг чурра дарвозасида сиқилишида), обтурацион ичак тутилишларини кетма-кет истисно қилиш лозим. Аёлларда қорин пастки қисмларида ва қов устида оғриқ бўлганда бачадондан ташқари хомиладорликнинг бузилишини истисно қилиш керак.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларига шубҳа туғдирувчи белгиларига қуйидагилар қиради:

- бош айланиши;
- қайта-қайта бесабаб қусиш;
- қориннинг ўсиб борувчи шиши (метеоризми);
- қориндаги оғриқларнинг кучайиши;
- кучли ифодаланган холсизлик, апатия (бефарқлик);
- рангпарлик, совук тер босиши;
- артериал гипотония;
- хилпилловчи (мерцал) аритмия, тахикардия;
- юқори харорат;
- Щеткин-Блюмберг белгиси;
- қорин олд девори мушаклари таранглашуви;
- дефекация пайтида хушдан кетиш (қорин бўшлиғига қон кетганда, кўпинча бачадондан ташқари хомиладорлик ёрилганда);
- олигоурия.

Шуни эсда тутиш лозимки:

- бачадондан ташқари хомиладорликда бачадон найларининг йиртилиши ва қорин аортаси аневризмаси ёрилиши гиповолемик шок кўринишида намоён бўлиши мумкин;
- гангреноз аппендицит қорин бўшлиғи абсцесси ёки тарқоқ перитонит билан асоратланади;
- ичак тутилиши ичаклар инфаркти, перитонит, гиповолемик шокни чақиради;
- меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг тешилиши перитонит билан асоратланади.

Нотугри ташхис манбалари.

Кўпинча болалардаги ва қариялардаги ўткир аппендицит клиник шакли атипик бўлганлиги туфайли диагнозда хатоликлар кузатилади. Аппендицитда ўнг ёнбош сохадаги оғриқ эпигастрал сохадаги оғриқдан 4-6 соатдан кейин пайдо бўлади. Шунинг учун кўпинча ўткир гастро-энтерит билан адаштирилади. Чувалчангсимон ўсимта чаноқ бўшлиғида жойлашган бўлса хатоликлар янада кўп кузатилади, негаки оғриқ диарея билан биргаликда кузатилади.

Дисахаридазларнинг, масалан, лактазининг етишмовчилиги сут ёки сутли махсулотлар истеъмол қилгач қориндаги ўртача ифодаланган ёки кучли тўлғоқсимон оғриқлар сифатида намоён бўлади. Оғриқ бир неча соат давом этиб сувсимон нажас билан бирга кечади. Лактаза танқислигида беморлар оғриқларнинг кўпинча сут истеъмол қилиш билан боғламайдилар.

Қориндаги оғриқлар дифференциал диагностикасидаги кўп учрайдиган сабаби, айниқса қарияларда ўраб олувчи темиртки ҳисобланади. Шуни эсда тутиш лозимки, бу касалликда оғриқ доимо бир тарафлама бўлиб, бир ёки бир неча дерматомаларда жойлашган бўлади.

Қориндаги оғриқлар, шунингдек, миокард инфаркти, ўпка артериясининг тромбоэмболияси ва зотилжамда ҳам кузатилиши мумкин. Диабетик кетоацидоз порфирия, Аддисон касаллиги, кўрғошин билан захарланиш, орқа мия захми, ўроксимон хужайрали камқонлик, гемогроматоз ва уремияларни қориндаги оғриқларнинг нисбатан кам учрайдиган сабаблари қаторига киритса бўлади.

Хатолик (адашиш) сабаблари.

Бачадондан ташқари хомиладорлик диагностикасидаги хатоликлар:

- перорал контрацептивлар кабул қилаётган ва хомиладорликни катъиян рад қилаётган аёлларда;
- киндан кон аралаш ажралмалар бўлганда (уларни хайздаги ажралмалар сифатида кабул қилинади).

Ичак тутилишида қорин девори заиф сохаларини тулакони текширмаслик.

Чувалчангсимон ўсимта ҳамда меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси тешилгач бемор ахволи вақтинча яхшиланишини билмаслик.

Кортикостероидлар кабул қилаётган шахсларда (оғриқ бусагасининг кутарилиши) ва қарияларда перфорация диагностикасидаги хатоликлар.

Мезентериал кон айланишининг ўткир бузилиши диагностикасидаги хатоликлар: у одатда қарияларда юзага чиқиб, киндик сохасидаги кучли тўлғоқсимон оғриқлар билан тавсифланади. қориндаги оғриқлар ва тезлашган ҳамда оғриқли сийишнинг сийдик йуллари инфекцияларигагина хос эмаслиги, бу белгининг дивертикулит, аппендицит (чувалчангсимон ўсимтанинг тосда жойлашувида), салпигоофарит ва бачадон найининг ёрилишларида ҳам учрашишини билмаслик.

Чалгитувчи асосий 7 ҳолат:

қориндаги оғриқлар (кўпинча сурункали) тушқунлик, кандли диабет, умуртка погонаси касалликлари ва сийдик йуллари инфекциясида кузатилади. Диабетик кетоацидозда нафакат оғриқ, балки пайпаслаганда оғриқ ҳам кузатилишини алоҳида қайд қилиб утиш лозим. Истеъмом қилганда оғриқ чақирувчи воситалар қуйида келтирилган:

- алкоголь
- антибиотиклар, масалан, эритромицин,
- аспирин
- Вальпроев кислотаси
- Имипрамин
- Кортикостероидлар
- Ностероид яллигланишга қарши воситалар
- Никотин
- Темир воситалари
- Фенитоин
- Цитостатиклар.

Умуртка погонаси касалликларида оғриқ одатда бир тарафлама бўлиб тананинг маълум бир ҳолатларида ва ҳаракатларида юзага чиқади, оғриқ жойлашуви дермомаларнинг чегаралари билан мос келади. Умуртка погонасининг пастки қисмлари шикастланганда қоринда “узатилувчи оғриқлар” кузатилади. қориннинг унғ томонидаги оғриқларда холецистит, аппендицит, Крон касаллиги ва пиелонефрит ўртасида, чап томонидаги оғриқларда эса дивертикулит ва пиелонефрит ўртасида дифференциал диагностика утказилади.

Асаб бузилишлари ва симуляция

Асаб бузилишлари қориндаги қайталанувчи ва сурункали оғриқларнинг куп учрайдиган сабабларидан биридир. Айрим маълумотларга кура катталарда 40% ҳолларда оғриқда ички аъзоларнинг органик узгаришлари топилмайди, бунда 28% ҳолда оғриқ асаб бузилишлари, 6% ҳолда эса таъсирланган ичак синдроми туфайли чақирилади. Асабий узгаришларни анамнез йиғиш ёки асаб статусини текшириш вақтида гумон қилиш мумкин.

Текшириш

Анамнез

Беморнинг Огир ахволи кўпинча батафсил анамнез йиғиш имконини бермайди. Оғриқнинг тавсифи, жадаллиги, жойлашуви ва иррадиациясини, унинг пайдо бўлиш ва йуқолиш вақтини, давомийлигини, оғриқни нима кучайтиришини ёки қамайтиришини албатта сураб билиш керак. қуйидаги белгиларнинг мавжудлиги аниқланади:

- иштаханинг йуқолиши, кунгил айниши, қайт қилиш;
- тезлашган ва оғриқли сийиш;
- қабзият, ич кетиши.

Бемор қандай дори воситаларини кабул қилиши аниқланади. Аёлларда ?айз қуришнинг даврийлиги ва тавсифи урганилади.

Асосий саволлар

- Оғриқ қаерда жойлашганини курсатинг.

- Ушбу соха бошидан огрийдими ёки оғриқлар бошка жойда пайдо бўлганми? Оғриқ доимийми ёки тулХоксимонми?
- Оғриқнинг жадаллиги тахминан кай даражада (10 балли шкала буйича)?
- Шундай оғриқлар олдин бўлганми-йукми?
- Оғриқдан ташқари яна нима безовта килади?
- Оғриқни нима кучайтиради ёки камайтиради?
- Овкат, сут, ош содаси, антацидларнинг оғриқка кай йусинда таъсир килади?
- Сийишда титраш, терлаш, оғриқ бўладими?
- Ич кетиши ёки кабзият, нажасда кон кузатилдими ё йукми?
- Сийишда бузилишлар кузатилдими-йукми? Пешоб ранги узгармадими?
- кандай дори воситалари кабул қилишингизни санаб утинг.
- Аспирин ичасизми ва канча?
- Чекасизми, кунига нечта? Кокаин, героин спиртли ичимликлар кабул киласизми?
- Сут ичасизми?
- Якин вақт ичида чет элда булдингизми?
- кариндошларингизда ухшаш белгилар йукми?
- Чуррангиз йукми?
- кандай операциялар утказгансиз? Аппендицит билан огриганмисиз?
- Хайзнинг давомийлиги канча? Хайз тугилиши кузатилмадими?

Физикал текширувлар

Физикал текширувлар куйидаги режа асосида утказилади:

- умумий ахволни баҳолаш;
- огиз бўшлиғини текшириш;
- асосий физиологик курсаткичларни баҳолаш (пульс, харорат, АБ, нафас олиш сони);
- эпигастрия сохасидаги оғриқларда – айниқса, қорин бўшлиғи аъзоларининг шикастланиш белгилари булмаса, юрак ва ўпкани текшириш;
- қоринни текшириш – курик, пайпаслаш, тукиллатиш ва эшитиб куриш, бошка текширувлар бемор чалканча ётган холда утказилади, қорин тула очилган бўлиши шарт;
- қорин деворининг буш жойларини текшириш;
- сон артерияларида пульсни текшириш;
- умуртканинг кукрак ва бел сохаларини текшириш (остеохондроз ёки остеоартрозга шубха тугилганда);
- эркакларда ректал, аёлларда эса гинекологик текширувлар;
- пешоб тахлили - лейкоцитлар, эритроцитлар, глюкоза, кетонли таналар порфиринларни аниклаш;
- алохида белгиларни ахтариш, Мерфи белгисини (унг ковурга равоги босиб турилганда нафас чуққисиди оғриқ пайдо бўлиши, ўткир холециститда кузатилади), бел ва ёпкич мушаклари белгиларини ахтариш.

Умумий тавсиялар

- қоринни жуда эҳтиётлик билан текширилади. Пайпаслаш вақтида қорин парда таъсирланиш белгилари - қорин олд девори мушаклари таранглашуви, Щеткин-Блюмберг белгиси кидирилади. Одатда энг кучли оғриқ кузатилган соха шикастланган аъзога мос келади;
- текширув вақтида бемордан энг кучли оғриқ сохасини курсатиш сура-лади - агар қорин парда таъсирланган бўлса (соматик оғриқ), оғриқ махаллий бўлиб, ушбу сохани бемор бармоги билан курсатиши мумкин, бордию ички аъзолар шикастланган бўлса (висцерал оғриқ), оғриқ тарқоқ бўлиб, уни бемор корнига кафтини куйган холда курсатади;
- мерцал аритмия мавжуд бўлганда мезентериал кон айланишининг ўткир бузилишини истисно қилиш лозим;
- тахикардия мавжуд бўлганда сепсис ва гиповолемияни истисно қилиш лозим;
- гиповодемик шокда қорин бўшлиғига кон кетишини истисно қилиш лозим;
- сепсис, зотилжам, ацидозда хансираш кузатилади.

Семизликда, ёши улуг одамларда, Огир беморларда хамда кортикостероидлар кабул килинганда ўткир қориннинг клиникаси силликлашади.

Лаборатор текширувлар

Айрим касалликларнинг лаборатор белгилари:

- камконлик (сурункали кон йукотиш окибатида) меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллигида, хавфли усмаларда ва эзофагитда кузатилади;
- эритроцитлар шаклининг узгариши уроксимон хужайрали камконликка хос;
- лейкоцитоз аппендицит, ўткир панкреатит, мезаденит (касалликнинг дастлабки кунларида), ўткир холецистит, пиелонефритларда кузатилади;
- ЭЧТ нинг ошиши хавфли усмаларда, Крон касаллигида, қорин бўшлиғи хуппозларида кузатилади;
- кон зардобдаги амилаза фаоллигининг меъёрдагига нисбатан 5 баробардан зиёд кутарилиши ўткир панкреатитга хос; амилазанинг фаоллиги, шунингдек, бачадондан ташқаридаги хомиладорликнинг бузилишида, меъда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилишида, ут пуфаги эмпиемасининг ёки қорин аортаси аневризмасининг ёрилишида ҳам кузатилиши мумкин;
- кон зардоби ва пешобда хорионик гонадотропиннинг В-суббирлиги микдорининг ошиши хомиладорликда кузатилади;
- пешоб умумий таълилидаги узгаришлар:
 - гематурия - буйрак санчиги (сийдик йулларининг тош ёки кон лахталари билан тикилиб қолиши окибатида) ва сийдик йуллари инфекциясида кузатилади;
 - лейкоцитурия - сийдик йуллари инфекцияси ва аппендицит учун (аппендикснинг тосда жойлашувида) хос;
 - билирубинурия - жигар ва ут йуллари касалликларида келиб чиқади;
 - пешобдаги порфобилиногенни аниклаш учун (порфирияда) унга Эрлих реактиви кушилади;
 - кетонурия - диабетик кетоацидозда кузатилади;
 - пешобда газ пуфак ва ичак ўртасида окма бўлган холларда (дивертикулит, тосдаги хуппозлар, хавфли усмаларнинг асорати) пайдо бўлади;
- нажасда кон мезентериал кон айланишининг ўткир бузилишида, ичак инвагинациясида (смородинали желе шаклидаги нажас), йугон ичак ракида, дивертикулитда, Крон касаллигида кузатилади.

Инструментал текширувлар

- қорин бўшлиғи рентгенографияси бемор тикка турган ҳамда ётган холатларда тугри проекцияда бажарилади. Бунда қуйидагиларни аниклаш мумкин:
 - буйрак жомлари ва косачаларидаги тошларни (70% холларда);
 - ут пуфагидаги тошларни (10-30% холларда аникланади);
 - қорин аортаси аневризмасидаги кальцификатлар;
 - буралиб қолгандаги газ билан кенгайган сигмасимон ичакни, йугон ичак тутилишидаги кенгайган сигмасимон ичакни;
 - ичак тутилишида кенгайган ичак ковузлокларини ҳамда улардаги суюклик сатхини;
 - аппендицитда (ўсимтанинг ретроцекал жойлашувида) унги бел мушаги контурининг ноаниклигини;
 - меъда ёки 12 бармокли ичак яраси тешилганда диафрагма гумбази остидаги эркин газни.
- қорин бўшлиғини УТТ қилиш қуйидагиларни аниклаш имконини беради:
 - ут пуфагидаги тошларни;
 - бачадондан ташқаридаги хомиладорликни;
 - меъда ости безининг хакикий ва ёлгон кисталарини;
 - қорин аортаси аневризмасини;
 - қорин бўшлиғи аъзоларининг усмалари, жигардаги метастазларни;
 - аппендицитда ўсимта деворининг калинлашувини;
 - параколитларни.
- Эскретор урография;
- ирригоскопия;
- ўткир холецистит шубха остига олинганда - холесцинтиграфия (HIDA-2,6-диметилиминодисирка кислота ишлатилади);
- қорин бўшлиғини КТ қилиш;
- эндоскопик усуллар - эзофагогастроуденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия;
- эндоскопик ретроград холангиопанкреатография;
- ЭКГ.

АЙРИМ КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ОҒРИҚ ТАВСИФИ

Умумий коидалар

- эпигастриядаги оғриқ асосан МИЙ нинг юқори бўлимлари касалликларида, гипогастриядаги оғриқлар эса - МИЙ нинг куйи бўлимлари ҳамда кичик тос касалликларида юзага чиқади;
- тусатдан булувчи тухтатиб булмас кусиш юқори ичак тутилишига хос;
- ўткир аппендицитда белгилар кўпинча куйидаги кетма-кетликда юзага чиқади: қоринда оғриқ, иштаха йуколиши, кунгил айниши, кусиш.

Оғриқ тавсифи

ўткир қоринда оғриқ доимий ёки хуружсимон бўлиши мумкин. Аста-секин кучайиб бориб, кейин бирданига йуколадиган хуружсимон оғриқлар санчик дейилади. Ичак, буйрак ва жигар санчиклари фаркланади. Буйрак ва ут пуфаги касалликларидаги оғриқлар санчик дейилишига карамасдан, куп холларда улар доимий тавсифга эга бўлади. Сийдик найи тикилиб колгандаги оғриқлар эса айнан санчик шаклида бўлади.

Оғриқ локализацияси

Эпигастриядаги оғриқ кизилунгач, меъда, 12 бармокли ичак, меъда ости бези, кора талок, жигар ва ут пуфаги касалликларида кузатилади. Жигар ва ут пуфаги касалликларида оғриқ кўпинча бироз уннга сурилган бўлса, кора талок касалликларида эса чапрокка сурилган бўлади. Киндик сохасида оғриқлар ингичка ичак касалликларида, гипогастрияда эса – тугри ичак касалликларида келиб чиқади.

Болаларда қоринда оғриқ

Болаларда қориндаги, айниқса, доимий ва қайталанувчи оғриқ врачга мурожат қилишнинг энг куп учрайдиган сабабидир. Болаларда ҳам худди катталардаги сингари ўткир қорин сабабини иложи борица вактлирок аниқлаш ва даво тактикасини ишлаб чиқиш лозим.

Қориндаги ўткир оғриқ

қориндаги ўткир оғриқда килинадиган дифференциал диагностика куйида келтирилган.

Энг куп учрайдиган сабаблар

Кукрак ёшидаги болаларда ичак санчиғи
Гастроэнтерит
Мезаденит

Хавфли касалликлар

Ичак инвагинацияси
ўткир аппендицит
Ичак тутилиши

Нотугри диагноз сабаблари

кабзият
Тухумнинг буралиб колиши
Лактаза етишмовчилиги
Меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллиги
Юкумли касалликлар:

- эпидемик паротит (тепки)
 - ангина
 - зотилжам
 - юкумли моноклеоз
 - сийдик йуллари инфекцияси
- Кам учрайдиган сабаблар:
- Меккел дивертикулининг яллигланиши
 - геморрагик васкулит
 - уроксимон хужайрали камконликдаги оғриқ хуружи
 - кўрғошин билан захарланиш

Етгита асосий тусланувчи касалликлар:

Депрессия
кандли диабет
Дори воситаларининг ножуя таъсири ва захарланиш
Камконлик
калконсимон без касалликлари
Умуртка погонаси касалликлари

Сийдик йуллари инфекцияси

Асабий бузилишлар ва симуляциялар

қоринда асабий оғриқлар бўлиши ҳам мумкин

Кукрак ёшидаги чакалоқларда ичак санчиғи

Ичак санчиғи янги тугилган чакалоқлар ва кукрак ёшидаги болаларнинг тахминан 30% да учрайди. Санчик асосан 2-16 хафталик оралигида (айниқса 10 хафталикда) пайдо бўлиб, камида 3 хафта давом этади. Одатда санчик сабабини аниқлаб булмайди.

Клиник куриниши

- ташқаридан соглом курунган бола бесабаб йиглайди ва инжиклик килади;
- хуружлар куннинг иккинчи ярмида пайдо бўлиб, камида 3 соат давом этади, хафтасида камида 3 марта такрорланади;
- санчик вақтида бола оёқ-кулларини корнига тортиб олади;
- физикал текширувлар натижасида меъёр курсаткичларидан о?иш кузатилмайди.

Давоси

Ота-оналарни тинчлантириб, сунгра уларга нима қилиш лозимлиги батафсил тушунтирилади:

- бола хонаси жуда ҳам ёруғ булмаслиги лозим, мусика ва сухбатлар паст овозда олиб борилиши лозим, овкатлантираётганда шовкин килмаслик лозим;
- кескин харакатлардан тийилиш лозим, чунки улар болани куркитиб юбориши мумкин;
- бола тук бўлиши лозим;
- агар бола кукрак сутини эмаётган бўлса, она хар сафар эмизшдан олдин сутнинг дастлабки кисмини соғиб ташлаши керак бўлади;
- кекиришнинг олдини олиш максатида овкатлантириш вақтида беморни тик холда ушлаш лозим;
- санчик даврида болани уйинчоклар, сургич ёрдамида алданади, кулга олиб, хонада кутариб юрилади. Болани кутариб юриш учун она кенгуру-сумкадан фойдаланиши мумкин.
- санчиклар унчалик хавфли эмас, зарурият тугилганда болани 10-15 дақиқага колдириш мумкин;
- одатда дори-дармонли даво талаб килинмайди. Огир холларда симетикондан фойдаланса бўлади;

Ушбу огир кунларда она тулакони равишда ором олиши лозим.

Ичак инвагинацияси

Ичак инвагинацияси - бу бир ичак ковузлогининг иккинчи ичак ковузлогига кириши ва ичак тутилишининг ривожланишидир. Ичак инвагинацияси энг куп холларда илеоцекал сохада кузатилади. Касаллик, одатда, 5 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларда (энг куп - 6-12 ойликда), купрок угил болаларда кузатилади. Бу касалликка тусатдан юз берувчи Тўлғоқсимон оғриқлар хос бўлиб, хуружнинг давомийлиги 2-3 дақиқани, улар орасидаги интервал эса 15-20 дақиқани ташкил этади.

Диагнозни имкон қадар эта аниқлаш лозим, шу сабабли болаларда ичак санчиғи юз берса, биринчи бўлиб инвагинация истисно килинади.

Клиник куриниши

- қориндаги тусатдан булувчи кучли оғриқлар, кайт қилиш, смородинали желе шаклидаги нажас хос (60% холларда кузатилади);
- бемор ранги оқарган, безовта, холсиз, йи?лайди;
- қоринни пайпаслаганда унг ковурга раво?и остида колбасасимон ?осила, унг ёнбош сохада эса “буш бушлик” пайпасланади;
- аускультацияда хуруж даврида қоринда кучайган ичак перистальтикаси эшитилади;
- ректал текширувда тутри ичак ампуласида баъзан кон аникланади;
- ирригоскопия бажарилади.

Дифференциал диагностика

Ўткир гастроэнтерит, нажас тошлари, сикилган чов чурраси, ичак бурилиши билан дифференциал диагностика утказилади.

- ўткир гастроэнтеритда қориндаги оғриқ инвагинациядагидек унчалик узок давом этмайди, одатда тана хароратининг ошиши, куп микдор суюк ич кетиши кузатилади, қорин бўшлиғида ?осила пайпасланмайди. Нажас куп булмасдан, унда кон ва шиллик аралашган бўлса, шубха тугилади. Бундай холларда ичак инвагинацияси шубха остига олиниб, беморни стационарга, жаррох куригига юбориш лозим;

- нажас тошлари кўпинча каттарок ёшдаги, кабзият билан о'рийдиган болаларда кузатилади.

Давоси

Купчилик холларда операция талаб килинади, аммо, баъзида чамбар ичакка хаво юборилиши самара бериши мумкин. Ирригоскопия вақтида ҳам инвагинация тугирланиши мумкин.

Чекиш ва наркотиклар қабул қилиш

Болаларда ичак санчиғига чекиш, наша, кокаин ёки героин қабул қилиш сабаб бўлиши мумкин.

Ўткир аппендицит

3 ёшдан ошган болаларда аппендицит катталарга караганда купрок учрайди. 80% холларда болаларда аппендицит қайт қилиш билан, 20% холларда ич кетиши билан кечади. харорат одатда унчалик юқори булмайди. 5% холлардагина у 39⁰С дан ошади. Болаларда физикал текширувларни (қоринни пайпаслаш, ректал текширувлар) жуда эҳтиётли бўлиб бажариш лозим, бунинг учун матонат, сабр токат ва чидам зарур бўлади.

Чувалчангсимон ўсимтанинг тосдаги жойлашувида кийинчиликлар тугилади. Бундай холларда аппендицит ич кетиш ва қайт қилиш билан кечади ҳамда гастроэнтеритни эслатади. Тушунарсиз холларда беморда аппендицит бор, деб хисоблаб, уни жаррохга юборилади.

Айниқса, жуда кичик ёшли ҳамда аклан заиф болаларда аппендицитни аниқлаш жуда кийин бўлиб, уларга ташхис асосан аппендикс тешилиб, перитонит ривожлангач қуйилади.

Ўткир аппендицит ва мезаденитнинг дифференциал диагностикаси

Аппендицитни мезаденит билан дифференциация қилиш лозим, чунки уларнинг белгилари жуда ухшаш бўлади. Шуни эсда тутиш лозимки, мезаденитда оғриқ унчалик аниқ жойлашувга эга эмас, қорин олд девори мушаклари таранглашуви кучсиз ифодаланган, иштаханинг йуқолиши, кунгил айниши ва қайт қилиш камрок кузатилади. Аммо, беморларнинг тана харорати юқори бўлади. Мезаденит 5 кунча давом этиб, сохайиш билан якунланади.

Кўпинча физикал текширувлар ёрдамида аниқ диагноз қуйишнинг имкони булмайди. Бундай холларда тактика ўткир аппендицитдаги каби бўлади. Лекин шуни назарда тутиш лозимки, мезаденитли беморлар умумий оғриқсизлантиришни ёмон утказишади, уларда операциядан кейинги эрта асоратларнинг ривожланиш ?авфи юқорирок бўлади.

қориндаги қайталанувчи оғриқ

Мақтаб укувчиларининг тахминан 10% да қориндаги қайталанувчи оғриқлар кузатилади. Уларнинг 5-10% дагина оғриқнинг органик сабаблари топилади, холос. қориндаги қайталанувчи оғриқларнинг келиб чиқишида асабий омилларнинг ахамияти хақидаги тушунча машхурдир, аммо у исбот килинмаганлигича колмокда.

Исталган қориндаги қайталанувчи оғриқларда биринчи навбатда органик сабаблар истисно килиниши лозим. Оғриқ органик сабаблар туфайли чақирилганлигининг белгилари:

- жойлашуви - киндикдан ташқари қориннинг исталган сохаси;
- иррадиация;
- оғриқ тунда пайдо бўлади, ухлашга халакит беради;
- оғриқ хуружи қайт қилиш билан кечади;
- хуружлар орасида кувватсизлик кузатилади;
- физик ривожланишнинг секинлашуви ва озиш кузатилади.

Болаларда қориндаги қайталанувчи оғриқларнинг энг куп учрайдиган сабаблари:

- ассоциялашган мигреннинг абдоминал шакли (хуруж кучли ифодаланган тери оқариши билан кечади),
- лактаза етишмовчилиги (хуруж сут қабул қилгандан кейин ривожланади,
- ичак гельминтозлари (беморлар кўпинча ухлагандан кейин дарров оғриқдан уйғониб кетишади).

Оғриқ сабабини аниқлаш учун қуйидаги текширувлар утказилади:

- нажасни микроскопия қилиш ва экиш,
- пешоб тахлили,
- Эритроцитларнинг чуқиш тезлигини кушган холда кон умумий тахлили.

Асаб бузилишларида қориндаги қайталанувчи оғриқлар

қориндаги оғриқларнинг функционал равишда келиб чикканлиги белгилари:

- киндик сохасидаги оғриқлар, иррадиация йуклиги,

- оХир ва тез-тез булувчи, кўпинча кундузи кузатилувчи ичак санчиХи,
- оғриқ хуружининг 1 соатдан ортик булмаслиги,
- кусишнинг йуклиги,
- пайпаслаганда оғриқ йуклиги,
- хавфсираш, педантлик, ота-онанинг хаддан ташқари эркалатиши.

Даволаш принциплари

- кориндаги оғриқларнинг органик сабаблари истисно қилинади,
- агар қорин бўшлиғи аъзолари касалланмаган бўлса, бола ва унинг ота-онаси тинчлантирилади, бундай ҳолат тез-тез учраши ва уз-уздан утиб кетиши тушунтирилади,
- боланинг оиладаги ва мактабдаги узаро алоқалари аниқланади, доимий рухий зуриқиш бор-йуклиги аниқланади,
- бола ““касаллик томонига кетиб колмаслиги” учун психотерапия утказилади,
- оғир холларда бола психотерапевтга юборилади.

Қарияларда қориндаги оғриқ

Ёш улХайган сари қоринда оғриқ билан кечувчи касалликлар сони ошиб боради. Улар қуйидагилардир: атеросклероз, хавфли усмалар, дивертикулёз, камрок даражада - 12 бармокли ичак яра касаллиги.

қарияларда қориндаги оғриқнинг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин:

- томир касалликлари:
 - қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши,
 - мезентериял кон айланишининг ўткир ёки сурункали бузилиши,
- меъда ёки 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши,
- ут санчиғи ёки ўткир холецистит,
- дивертикулит,
- сигмасимон ичак буралиб қолиши,
- сикилган чурралар,
- ичак тутилиши,
- хавфли усмалар, айниқса, чамбар ичак раки,
- айланма темиртки (тери соҳасида жойлашагн бир томонлама оғриқ),
- тош ҳосил қилиш билан кечувчи узок муддатли кабзият.

Қарияларда оғриқ бусагаси юқори, иммун реакциялар эса кучсиз ифодаланган бўлади, шунинг учун куп касалликларнинг клиник қуриниши классик қуринишдан фарк қилади. Масалан, қарияларда ўткир аппендицитнинг асосий қуринишлари оғриқ, харорат, лейкоцитоз эмас, реакциянинг сустлашуви, иштаханинг йуқолиши ва тахикардия бўлиши мумкин.

Кориндаги оғриқ

Кориндаги оғриқ бу эҳтиёткорликка чакирувчи, бирон бир касалликка шубҳа тугдирувчи белги (симптом). коринда оғриқ қузатилганда – биринчи навбатда зудлик билан жаррохлик амалиёти бажариш лозим булган қорин бушлиғи аъзолари уткир хасталиклари хақида шубҳа қилиш керак (уткир қорин синдроми). Умуман олганда кориндаги оғриқка шикоят қилиш умумий амалиёт шифокорларига қилинадиган мурожаатларнинг энг тарқалганларидан биридир.

Кориндаги оғриқларнинг уткир, уткир ости, сурункали ва қайталанувчи турлари фарқланади. кориндаги оғриқ сабаблари хирургик, гинекологик, психик касалликлар ва куплаб ички хасталиклар булиши мумкин. кориндги уткир оғриқларни эрта диагностикаси ва сабабларини аниқлаш хасталик асоратлари ва улим ҳолатларини қамайтиради. Уткир қоринда купчилик холларда жаррохнинг тезкор маслаҳати зарур булади.

Умумий маълумотлар

- кориндаги уткир оғриқнинг энг куп учрайдиган сабаблари: катталарда -уткир аппендицит (31% холларда), шунингдек ичак, буйрак, ут копи санчиклари (29%); катталар ва болаларда эса - уткир аппендицит (21% холларда), ичак, буйрак, ут копи санчиклари (16%), мезаденит (16%);
- Одатда эпигастрал соҳадаги оғриқлар меъда-ичак тизими юқори қисми аъзолари зарарланганда, гипогастрал соҳада эса - пастки қисм аъзолари хасталанганда қузатилади;
- Тулгосимон оғриқ, қайтарилувчи қайт қилиш ингичка ичак тутилишига ҳосдир;

- кориндаги Тулгосимон огриклар, кориннинг симметрик шишиши эса йугон ичак тутилишига хосдир;
- корин бушлиги аъзоларининг уткир жаррохлик хасталикларида деярли доимо дастлаб огрик, кейин кайт килиш кузатилади;
- Атеросклероз, мерцал аритмия ёки яқинда миокард инфаркти утказган ёши улуг беморларда коринда огрик булса, энг аввало мезентериал кон айланиш уткир бузилишига шубха килиш керак булади.

Диагностика

кориндаги уткир огрикларнинг катталарда дифференциал диагностикаси.

Энг куп учрайдиган сабаблар:

- уткир гастроэнтерит;
- уткир аппендицит;
- овулятор огрик;
- ичаклар таъсирланиш синдроми.

Энг хафли хасталиклар:

Юрак кон-томир касалликлари

- миокард инфаркти;
- корин аортаси аневризмаси ёрилиши;
- мезентериал кон айланишининг уткир бузилиши.

Хавфли усмалар

инфекциялар.

- уткир сальпингофарит;
- перитонит;
- кутарилувчи холангит;
- корин бушлиги абсцесси;

Бачадондан ташкари хомиладорликнинг ёрилиши;

ингичка ичак тутилиши;

сигмасимон ичак буралиб колиши;

меъда ва ун икки бармок ичак яраси тешилиши.

Нотугри диагноз манбалари:

- уткир аппендицит;
- корин олд девори ва бел мушаклари шикастланиши;
- зотилжам;
- упка артериясининг тромбоземболияси;
- кабзият (карияларда).

Кам учрайдиган сабаблар:

порфирия;

кургошин билан захарланиш;

гемогроматоз;

урокусимон хужайрали камконлик;

орка мия захми;

Чалгитувчи еттита асосий холатлар:

- депрессия (тушкунлик);
- кандли диабет;
- интоксикация ва дори воситаларинингножуя таъсирлари;
- камконлик (урокусимон хужайрали);
- калконсимон без хасталиклари;
- умуртка погонаси касалликлари;
- сийдик йуллари инфекцияси.

Симуляция ва асаб бузилишлари:

- Мюнхгаузен синдроми;
- Сексуал бузилишлар;
- Эмоционал (рухий) зуриқишлар.

Катталарда сурункали хамда кайталанувчи корин огрикларининг дифференциал диагностикаси

Энг куп учрайдиган сабаблар:

- таъсирланган ичак синдроми;
- овулятор огрик;
- гастрит;
- меъда ва ун икки бармокли ичак яра хасталиги;
- корин олд девори ва бел мушаклари шикастланиши.

Энг хавфли хасталиклар:Юрак кон-томир касалликлари:

- мезентериал кон айланишининг сурункали бузилиши;
- корин аортаси аневризмаси.

Хавфли усмалар:

- меъда раки;
- йугон ичак раки;
- меъда ости беши раки;
- тухумдон раки.

Огир инфекциялар:

- вирусли гепатит;
- аёллар жинсий аъзоларининг сурункали яллигланиш хасталиклари.

Нотугри диагноз манбалари:

- овкат аллергияси;
- лактаза танкислиги;
- кабзият;
- сурункали панкреатит;
- Крон касаллиги;
- Эндометриоз;
- ураб олувчи темирлатки;
- дивертикулит;

Кам учрайдиган сабаблар:

- уремия;
- кургошин билан захарланиш;
- Крон касаллиги;
- порфирия;
- уроксимон хужайрали камконлик;
- Аддисон касаллиги.

Чалгитувчи асосий 7 холат:

- **Депрессия (тушкунлик);**
- **кандли диабет;**
- **дори воситаларининг ножуя таъсирлари ва интоксикация;**
- **камконлик;**
- **калконсимон без хасталиклари;**
- **умуртка погонаси касалликлари;**
- **сийдик йуллари инфекцияси.**

Асаб бузилишлари ва симуляциялар (ипохондрик невроз, хавотирли ва сексуал бузилишлар).

Куп учрайдиган сабаблар:

уткир кориннинг энг куп учрайдиган сабаблари - уткир аппендицит, уткир гастроэнтерит, таъсирланган ичак синдроми, ут, буйрак ва ичак санчиги ва овуляция; болаларда - мезаденит. кориндаги сурункали огрикларнинг энг куп учрайдиган сабаблари - корин олд девори ва бел мушаклари шикастланиши (16%), таъсирланган ичак синдроми (12%), гинекологик касалликлар (8%), меъда ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги ва диафрагма кизилунгач тешиги чурраси (8%); кориндаги сурункали огрикларнинг 50% сабаблари хозиргача ноаник булиб колмокда.

Энг хавфли касалликлар:

кориндаги огриклар купинча бемор ?аётига хавф солувчи, уткир касалликларнинг белгиси булиб, тезкор диагностика ва жаррохлик аралашувини талаб килади.

кориндаги огрикка шикоят килиб келган беморларда корин аортаси аневризмаси ва каватланувчи аневризма ёрилишини, мезентериал кон айланиши уткир бузилишини, миокард инфаркти гастралгик шаклини, меъда ва ун икки бармокли ичак яра тешилишини, странгуляцион (ичак буралиб қолишида, ичак ковузлогининг чурра дарвозасида сикилишида), обтурацион ичак тутилишларини кетма-кет истисно қилиш лозим. Аёлларда корин пастки қисмларида ва қов устида огрик булганда бачадондан ташқари хомиладорликнинг бузилишини истисно қилиш керак.

Корин бушлиги аъзоларининг уткир касалликларига шубҳа тугдирувчи белгиларига қуйидагилар қиради:

- бош айланиши;
- қайта-қайта бесабаб қусиш;
- кориннинг ушиб боровчи шиши (метеоризми);
- кориндаги огрикларнинг қучайиши;
- қучли ифодаланган холсизлик, апатия (бэфарклик);
- рангпарлик, совук тер босиши;
- артериал гипотония;
- хилпилловчи (мерцал) аритмия, тахикардия;
- юқори ҳарорат;
- Шеткин-Блюмберг белгиси;
- корин олд девори мушаклари таранглашуви;
- дефекация пайтида хушдан кетиш (корин бушлигига қон кетганда, қупинча бачадондан ташқари хомиладорлик ёрилганда);
- олигоурия.

Шуни эсда тутиш лозимки:

- бачадондан ташқари хомиладорликда бачадон найларининг йиртилиши ва корин аортаси аневризмаси ёрилиши гиповолемик шок қуринишида намоён бўлиши мумкин;
- гангреноз аппендицит корин бушлиги абсцесси ёки тарқок перитонит билан асоратланади;
- ичак тутилиши ичаклар инфаркти, перитонит, гиповолемик шокни чақиради;
- меъда ва ун икки бармокли ичак яраларининг тешилиши перитонит билан асоратланади.

Нотугри ташхис манбалари.

Қупинча болалардаги ва қариялардаги уткир аппендицит клиник шакли атипик булганлиги туфайли диагнозда ҳатоликлар қузатилади. Аппендицитда унғ ёнбош соҳадаги огрик эпигастрал соҳадаги огриқдан 4-6 соатдан кейин пайдо бўлади. Шунинг учун қупинча уткир гастро-энтерит билан адаштирилади. Чувалчангсимон усимта чанок бушлигида жойлашган бўлса ҳатоликлар янада қуп қузатилади, негаки огрик диарея билан биргалиқда қузатилади.

Дисахаридазларнинг, масалан, лактазининг етишмовчилиги сўт ёки сўтли маҳсулотлар истеъмол қилгач кориндаги уртача ифодаланган ёки қучли Тулгоксимон огриклар сифатида намоён бўлади. Огрик бир неча соат давом этиб сувсимон нажас билан бирга кечади. Лактаза танқислигида беморлар огрикларнинг қупинча сўт истеъмол қилиш билан боғламайдилар.

кориндаги огриклар дифференциал диагностикасидаги қуп учрайдиган сабаби, айниқса қарияларда ураб оловчи темиртки ?исобланади. Шуни эсда тутиш лозимки, бу касалликда огрик доимо бир тарафлама бўлиб, бир ёки бир неча дерматомаларда жойлашган бўлади.

кориндаги огриклар, шунингдек, миокард инфаркти, упка артериясининг тромбоземболияси ва зотилжамда ҳам қузатилиши мумкин. Диабетик кетоацидоз порфирия, Аддисон касаллиги, қургошин билан захарланиш, орқа мия захми, уроксимон хужайрали қамқонлик, гемогроматоз ва уремияларни кориндаги огрикларнинг нисбатан қам учрайдиган сабаблари қаторига қиритса бўлади.

Ҳатолик (адашиш) сабаблари.

Бачадондан ташқари хомиладорлик диагностикасидаги ҳатоликлар:

- перорал контрацептивлар қабул қилаётган ва хомиладорликни қатъиян рад қилаётган аёлларда;
- қиндан қон аралаш ажралмалар булганда (уларни хайздаги ажралмалар сифатида қабул қилинади).

Ичак тутилишида корин девори заиф соҳаларини тулакони текширмаслик.

Чувалчангсимон усимта хамда меъда ва ун икки бармокли ичак яраси тешилгач бемор ахволи вактинча яхшиланишини билмаслик.

Кортикостероидлар кабул килаётган шахсларда (огрик бусагасининг кутарилиши) ва карияларда перфорация диагностикасидаги хатоликлар.

Мезентериал кон айланишининг уткир бузилиши диагностикасидаги хатоликлар: у одатда карияларда юзага чикиб, киндик сохасидаги кучли тулгосимон огриклар билан тавсифланади. кориндаги огриклар ва тезлашган хамда огрикли сийишнинг сийдик йуллари инфекцияларигагина хос эмаслиги, бу белгининг дивертикулит, аппендицит (чувалчангсимон усимтанинг тосда жойлашувида), салпигоофарит ва бачадон найининг ёрилишларида хам учрашишини билмаслик.

Чалгитувчи асосий 7 холат:

кориндаги огриклар (купинча сурункали) тушкунлик, кандли диабет, умуртка погонаси касалликлари ва сийдик йуллари инфекциясида кузатилади. Диабетик кетоацидозда нафакат огрик, балки пайпаслаганда огрик хам кузатилишини алохида кайд килиб утиш лозим. Истеъмол килганда огрик чакирувчи воситалар куйида келтирилган:

- алкоголь
- антибиотиклар, масалан, эритромицин,
- аспирин
- Вальпроев кислотаси
- Имипрамин
- Кортикостероидлар
- Ностероид яллигланишга карши воситалар
- Никотин
- Темир воситалари
- Фенитоин
- Цитостатиклар.

Умуртка погонаси касалликларида огрик одатда бир тарафлама булиб тананинг маълум бир холатларида ва харакатларида юзага чиқади, огрик жойлашуви дермомаларнинг чегаралари билан мос келади. Умуртка погонасининг пастки кисмлари шикастланганда коринда “узатилувчи огриклар” кузатилади. кориннинг унг томонидаги огрикларда холецистит, аппендицит, Крон касаллиги ва пиелонефрит уртасида, чап томонидаги огрикларда эса дивертикулит ва пиелонефрит уртасида дифференциал диагностика утказилади.

Асаб бузилишлари ва симуляция

Асаб бузилишлари кориндаги кайталанувчи ва сурункали огрикларнинг куп учрайдиган сабабларидан биридир. Айрим маълумотларга кура катталарда 40% холларда огрикда ички аъзоларнинг органик узгаришлари топилмайди, бунда 28% холда огрик асаб бузилишлари, 6% холда эса таъсирланган ичак синдроми туфайли чакирилади. Асабий узгаришларни анамнез йигиш ёки асаб статусини текшириш вактида гумон килиш мумкин.

Текшириш

Анамнез

Беморнинг Огир ахволи купинча батафсил анамнез йигиш имконини бермайди. Огрикнинг тавсифи, жадаллиги, жойлашуви ва иррадиациясини, унинг пайдо булиш ва йуколиш вактини, давомийлигини, огрикни нима кучайтиришини ёки камайтиришини албатта сураб билиш керак. куйидаги белгиларнинг мавжудлиги аникланади:

- иштаханинг йуколиши, кунгил айниши, кайт килиш;
- тезлашган ва огрикли сийиш;
- кабзият, ич кетиши.

Бемор кандай дори воситаларини кабул килиши аникланади. Аёлларда хайз куришнинг даврийлиги ва тавсифи урганилади.

Асосий саволлар

- Огрик каерда жойлашганини курсатинг.
- Ушбу соха бошидан огрийдими ёки огриклар бошка жойда пайдо булганми?
- Огрик доимийми ёки тулгосимонми?
- Огрикнинг жадаллиги тахминан кай даражада (10 балли шкала буйича)?
- Шундай огриклар олдин булганми-йукми?
- Огрикдан ташкари яна нима безовта килади?

- Огрикни нима кучайтиради ёки камайтиради?
- Овкат, сут, ош содаси, антацидларнинг огрикка кай йусинда таъсир килади?
- Сийишда титраш, терлаш, огрик буладими?
- Ич кетиши ёки кабзият, нажасда кон кузатилдими ё йукми?
- Сийишда бузилишлар кузатилдими-йукми? Пешоб ранги узгармадими?
- кандай дори воситалари кабул килишингизни санаб утинг.
- Аспирин ичасизми ва канча?
- Чекасизми, кунига нечта? Кокаин, героин спиртли ичимликлар кабул киласизми?
- Сут ичасизми?
- Якин вақт ичида чет элда булдингизми?
- кариндошларингизда ухшаш белгилар йукми?
- Чуррангиз йукми?
- кандай операциялар утказгансиз? Аппендицит билан огриганмисиз?
- Хайзнинг давомийлиги канча? Хайз тутилиши кузатилмадими?

Физикал текширувлар

Физикал текширувлар куйидаги режа асосида утказилади:

- умумий ахволни баҳолаш;
- огиз бушлигини текшириш;
- асосий физиологик курсаткичларни баҳолаш (пульс, харорат, АБ, нафас олиш сони);
- эпигастрия сохасидаги огрикларда – айникса, корин бушлиги аъзоларининг шикастланиш белгилари булмаса, юрак ва упкани текшириш;
- коринни текшириш – курик, пайпаслаш, тукиллатиш ва эшитиб куриш, бошка текширувлар бемор чалканча ётган холда утказилади, корин тула очилган булиши шарт;
- корин деворининг буш жойларини текшириш;
- сон артерияларида пульсни текшириш;
- умуртканинг кукрак ва бел сохаларини текшириш (остеохондроз ёки остеоартрозга шубха тугилганда);
- эркакларда ректал, аёлларда эса гинекологик текширувлар;
- пешоб тахлили - лейкоцитлар, эритроцитлар, глюкоза, кетонли таналар порфиринларни аниклаш;
- алохида белгиларни ахтариш, Мерфи белгисини (унг ковурга равоги босиб турилганда нафас чуққисиди огрик пайдо булиши, уткир холециститда кузатилади), бел ва ёпкич мушаклари белгиларини ахтариш.

Умумий тавсиялар

- Коринни жуда эҳтиётлик билан текширилади. Пайпаслаш вақтида корин парда таъсирланиш белгилари - корин олд девори мушаклари таранглашуви, Щеткин-Блюмберг белгиси кидирилади. Одатда энг кучли огрик кузатилган соха шикастланган аъзога мос келади;
- текширув вақтида бемордан энг кучли огрик сохасини курсатиш сура-лади - агар корин парда таъсирланган булса (соматик огрик), огрик махаллий булиб, ушбу сохани бемор бармоги билан курсатиши мумкин, бордию ички аъзолар шикастланган булса (висцерал огрик), огрик таркок булиб, уни бемор корнига кафтини куйган холда курсатади;
- мерцал аритмия мавжуд булганда мезентериал кон айланишининг уткир бузилишини истисно килиш лозим;
- тахикардия мавжуд булганда сепсис ва гиповолемияни истисно килиш лозим;
- гиповолемик шокда корин бушлигига кон кетишини истисно килиш лозим;
- сепсис, зотилжам, ацидозда хансираш кузатилади.

Семизликда, ёши улуг одамларда, Огир беморларда хамда кортикостероидлар кабул килинганда уткир кориннинг клиникаси силликлашади.

Лаборатор текширувлар

Айрим касалликларнинг лаборатор белгилари:

- камконлик (сурункали кон йукотиш окибатади) меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллигида, хавфли усмаларда ва эзофагитда кузатилади;
- эритроцитлар шаклининг узгариши уроксимон хужайрали камконликка хос;
- лейкоцитоз аппендицит, уткир панкреатит, мезаденит (касалликнинг дастлабки кунларида), уткир холецистит, пиелонефритларда кузатилади;

- ЭЧТ нинг ошиши хавфли усмаларда, Крон касаллигида, корин бушлиги хушпозларида кузатилади;
- кон зардобадаги амилаза фаоллигининг меъёрдагига нисбатан 5 баробардан зиёд кутарилиши уткир панкреатитга хос; амилазанинг фаоллиги, шунингдек, бачадондан ташкаридаги хомиладорликнинг бузилишида, меъда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилишида, ут пуфаги эмпиемасининг ёки корин аортаси аневризмасининг ёрилишида ҳам кузатилиши мумкин;
- кон зардоби ва пешобда хорионик гонадотропиннинг В-суббирлиги микдорининг ошиши хомиладорликда кузатилади;
- пешоб умумий таълилидаги узгаришлар:
 - гематурия - буйрак санчиги (сийдик йулларининг тош ёки кон лахталари билан тикилиб колиши окибатида) ва сийдик йуллари инфекциясида кузатилади;
 - лейкоцитурия - сийдик йуллари инфекцияси ва аппендицит учун (аппендиксининг тосда жойлашувида) хос;
 - билирубинурия - жигар ва ут йуллари касалликларида келиб чиқади;
 - пешобдаги порфобилиногенни аниклаш учун (порфирияда) унга Эрлих реактиви кушилади;
 - кетонурия - диабетик кетоацидозда кузатилади;
 - пешобда газ пуфак ва ичак уртасида окма булган холларда (дивертикулит, тосдаги хушпозлар, хавфли усмаларнинг асорати) пайдо булади;
- нажасда кон мезентериал кон айланишининг уткир бузилишида, ичак инвагинациясида (смородинали желе шаклидаги нажас), йугон ичак ракида, дивертикулитда, Крон касаллигида кузатилади.

Инструментал текширувлар

- корин бушлиги рентгенографияси бемор тикка турган ҳамда ётган холларда тугри проекцияда бажарилади. Бунда куйидагиларни аниклаш мумкин:
 - буйрак жомлари ва косачаларидаги тошларни (70% холларда);
 - ут пуфагидаги тошларни (10-30% холларда аникланади);
 - корин аортаси аневризмасидаги кальцификатлар;
 - буралиб колгандаги газ билан кенгайган сигмасимон ичакни, йугон ичак тутилишидаги кенгайган сигмасимон ичакни;
 - ичак тутилишида кенгайган ичак ковузлокларини ҳамда улардаги суюклик сатхини;
 - аппендицитда (усимтанинг ретроцекал жойлашувида) унг бел мушаги контурининг ноаниклигини;
 - меъда ёки 12 бармокли ичак яраси тешилганда диафрагма гумбази остидаги эркин газни.
- корин бушлигини УТТ килиш куйидагиларни аниклаш имконини беради:
 - ут пуфагидаги тошларни;
 - бачадондан ташкаридаги хомиладорликни;
 - меъда ости безининг хакикий ва ёлгон кисталарини;
 - корин аортаси аневризмасини;
 - корин бушлиги аъзоларининг усмалари, жигардаги метастазларни;
 - аппендицитда усимта деворининг калинлашувини;
 - параколитларни.
- Эскретор урография;
- ирригоскопия;
- уткир холецистит шубха остига олинганда - холесцинтиграфия (HIDA-2,6-диметилиминодисирка кислота ишлатилади);
- корин бушлигини КТ килиш;
- эндоскопик усуллар - эзофагогастроуденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия;
- эндоскопик ретроград холангиопанкреатография;
- ЭКГ.

АЙРИМ КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ОҶРИК ТАВСИФИ

Умумий коидалар

- эпигастриядаги огрик асосан МИЙ нинг юкори булимлари касалликларида, гипогастриядаги огриклар эса - МИЙ нинг куйи булимлари ҳамда кичик тос касалликларида юзага чиқади;
- тусатдан булувчи тухтатиб булмас кусиш юкори ичак тутилишига хос;

-уткир аппендицитда белгилар купинча куйидаги кетма-кетликда юзага чикади: коринда огрик, иштаха йуколиши, кунгил айниси, кусиш.

Огрик тавсифи

уткир коринда огрик доимий ёки хуружсимон булиши мумкин. Аста-секин кучайиб бориб, кейин бирданига йуколадиган хуружсимон огриклар санчик дейилади. Ичак, буйрак ва жигар санчиклари фаркланади. Буйрак ва ут пуфаги касалликларидаги огриклар санчик дейилишига карамасдан, куп холларда улар доимий тавсифга эга булади. Сийдик найи тикилиб колгандаги огриклар эса айнан санчик шаклида булади.

Огрик локализацияси

Эпигастриядаги огрик кизилунгач, меъда, 12 бармокли ичак, меъда ости беши, кора талок, жигар ва ут пуфаги касалликларида кузатилади. Жигар ва ут пуфаги касалликларида огрик купинча бироз унга сурилган булса, кора талок касалликларида эса чапрокка сурилган булади. Киндик сохасида огриклар ингичка ичак касалликларида, гипогастрияда эса – тугри ичак касалликларида келиб чикади.

Болаларда коринда огрик

Болаларда кориндаги, айникса, доимий ва кайталанувчи огрик врачга мурожат килишнинг энг куп учрайдиган сабабидир. Болаларда хам худди катталардаги сингари уткир корин сабабини иложи борича вактлирок аниклаш ва даво тактикасини ишлаб чикиш лозим.

кориндаги уткир огрик

кориндаги уткир огрикда килинадиган дифференциал диагностика куйида келтирилган.

Энг куп учрайдиган сабаблар

Кукрак ёшидаги болаларда ичак санчиги
Гастроэнтерит
Мезаденит

Хавфли касалликлар

Ичак инвагинацияси
уткир аппендицит
Ичак тутилиши

Нотугри диагноз сабаблари

кабзият
Тухумнинг буралиб колиши
Лактаза етишмовчилиги
Меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллиги
Юкумли касалликлар:

- эпидемик паротит (тепки)
 - ангина
 - зотилжам
 - юкумли моноклеоз
 - сийдик йуллари инфекцияси
- Кам учрайдиган сабаблар:
- Меккел дивертикулининг яллигланиши
 - геморрагик васкулит
 - уроксимон хужайрали камконликдаги огрик хуружи
 - кургошин билан захарланиш

Етгита асосий тусланувчи касалликлар:

Депрессия
кандли диабет
Дори воситаларининг ножуя таъсири ва захарланиш
Камконлик
калконсимон без касалликлари
Умуртка погонаси касалликлари
Сийдик йуллари инфекцияси

Асабий бузилишлар ва симуляциялар

коринда асабий огриклар булиши хам мумкин

Кукрак ёшидаги чакалокларда ичак санчиги

Ичак санчиги янги тугилган чакалоклар ва кукрак ёшидаги болаларнинг тахминан 30% да учрайди. Санчик асосан 2-16 хафталик оралигида (айникса 10 хафталикда) пайдо булиб, камида 3 хафта давом этади. Одатда санчик сабабини аниқлаб булмайд.

Клиник куриниши

- ташкаридан соғлом куриган бола бесабаб йиглайди ва инжиклик килади;
- хуружлар куннинг иккинчи ярмида пайдо булиб, камида 3 соат давом этади, хафтасида камида 3 марта такрорланади;
- санчик вақтида бола оёк-кулларини корнига тортиб олади;
- физикал текширувлар натижасида меъёр курсаткичларидан оʻиш кузатилмайди.

Давоси

Ота-оналарни тинчлантириб, сунгра уларга нима килиш лозимлиги батафсил тушунтирилади:

- бола хонаси жуда хам ёруғ булмаслиги лозим, мусика ва сухбатлар паст овозда олиб борилиши лозим, овкатлантираётганда шовкин килмаслик лозим;
 - кескин харакатлардан тийилиш лозим, чунки улар болани куркитиб юбориши мумкин;
 - бола тук булиши лозим;
 - агар бола кукрак сутини эмаётган булса, она хар сафар эмизишдан олдин сутнинг дастлабки кисмини соғиб ташлаши керак булади;
 - кекиришнинг олдини олиш максидида овкатлантириш вақтида беморни тик холда ушлаш лозим;
 - санчик даврида болани уйинчоклар, сургич ёрдамида алданади, кулга олиб, хонада кутариб юрилади. Болани кутариб юриш учун она кенгуру-сумкадан фойдаланиши мумкин.
 - санчиклар унчалик хавfli эмас, зарурият тугилганда болани 10-15 дакикага колдириш мумкин;
 - одатда дори-дармонли даво талаб килинмайди. Огир холларда симетикондан фойдаланса булади;
- Ушбу огир кунларда она тулакони равишда ором олиши лозим.

Ичак инвагинацияси

Ичак инвагинацияси - бу бир ичак ковузлогининг иккинчи ичак ковузлогига кириши ва ичак тутилишининг ривожланишидир. Ичак инвагинацияси энг куп холларда илеоцекал сохада кузатилади. Касаллик, одатда, 5 ойликдан 2 ёшгача булган болаларда (энг куп - 6-12 ойликда), купрок угил болаларда кузатилади. Бу касалликка тусатдан юз берувчи Тулгоксимон огриклар хос булиб, хуружнинг давомийлиги 2-3 дакикани, улар орасидаги интервал эса 15-20 дакикани ташкил этади.

Диагнозни имкон кадар эта аниқлаш лозим, шу сабабли болаларда ичак санчиги юз берса, биринчи булиб инвагинация истисно килинади.

Клиник куриниши

- кориндаги тусатдан булувчи кучли огриклар, кайт килиш, смородинали желе шаклидаги нажас хос (60% холларда кузатилади);
- бемор ранги окарган, безовта, холсиз, йи?лайди;
- коринни пайпаслаганда унг ковурга раво?и остида колбасасимон ?осила, унг ёнбош сохада эса “буш бушлик” пайпасланади;
- аускультацияда хуруж даврида коринда кучайган ичак перистальтикаси эшитилади;
- ректал текширувда тугри ичак ампуласида баъзан кон аникланади;
- ирригоскопия бажарилади.

Дифференциал диагностика

уткир гастроэнтерит, нажас тошлари, сикилган чов чурраси, ичак бурилиши билан дифференциал диагностика утказилади.

- уткир гастроэнтеритда кориндаги огрик инвагинациядагидек унчалик узок давом этмайди, одатда тана хароратининг ошиши, куп микдор суюк ич кетиши кузатилади, корин бушлигида ?осила пайпасланмайди. Нажас куп булмасдан, унда кон ва шиллик аралашган булса, шубха тугилади. Бундай холларда ичак инвагинацияси шубха остига олиниб, беморни стационарга, жаррох куригига юбориш лозим;
- нажас тошлари купинча каттарок ёшдаги, кабзият билан оʻрийдиган болаларда кузатилади.

Давоси

Купчилик холларда операция талаб килинади, аммо, баъзида чамбар ичакка хаво юборилиши самара бериши мумкин. Ирригоскопия вақтида ҳам инвагинация тугирланиши мумкин.

Чекиш ва наркотиклар қабул қилиш

Болаларда ичак санчигига чекиш, наша, кокаин ёки героин қабул қилиш сабаб бўлиши мумкин.

утқир аппендицит

3 ёшдан ошган болаларда аппендицит катталарга караганда купрок учрайди. 80% холларда болаларда аппендицит қайт қилиш билан, 20% холларда ич кетиши билан кечади. харорат одатда унчалик юкори булмайдди. 5% холлардагина у 39⁰С дан ошади. Болаларда физикал текширувларни (коринни пайпаслаш, ректал текширувлар) жуда эҳтиётли бўлиб бажариш лозим, бунинг учун матонат, сабр тоқат ва чидам зарур булади.

Чувалчангсимон усимтанинг тосдаги жойлашувида кийинчиликлар тугилади. Бундай холларда аппендицит ич кетиш ва қайт қилиш билан кечади ҳамда гастроэнтеритни эслатади. Тушунарсиз холларда беморда аппендицит бор, деб ҳисоблаб, уни жаррохга юборилади.

Айниқса, жуда кичик ёшли ҳамда аклан заиф болаларда аппендицитни аниқлаш жуда кийин бўлиб, уларга ташхис асосан аппендикс тешилиб, перитонит ривожлангач қуйилади.

утқир аппендицит ва мезаденитнинг дифференциал диагностикаси

Аппендицитни мезаденит билан дифференциация қилиш лозим, чунки уларнинг белгилари жуда ухшаш булади. Шуни эсда тутиш лозимки, мезаденитда огрик унчалик аниқ жойлашувга эга эмас, корин олд девори мушаклари таранглашуви кучсиз ифодаланган, иштаханинг йуқолиши, кунгил айниши ва қайт қилиш камрок кузатилади. Аммо, беморларнинг тана харорати юкори булади. Мезаденит 5 кунча давом этиб, сохайиш билан яқунланади.

Купинча физикал текширувлар ёрдамида аниқ диагноз қуйишнинг имкони булмайдди. Бундай холларда тактика утқир аппендицитдаги каби булади. Лекин шуни назарда тутиш лозимки, мезаденитли беморлар умумий огриксизлантиришни ёмон утказишади, уларда операциядан кейинги эрта асоратларнинг ривожланиш ?авфи юкорирок булади.

кориндаги қайталанувчи огрик

Мактаб укувчиларининг тахминан 10% да кориндаги қайталанувчи огриклар кузатилади. Уларнинг 5-10% дагина огрикнинг органик сабаблари топилади, холос. кориндаги қайталанувчи огрикларнинг келиб чиқишида асабий омилларнинг ахамияти хақидаги тушунча машхурдир, аммо у исбот қилинмаганлигича қолмоқда.

Исталган кориндаги қайталанувчи огрикларда биринчи навбатда органик сабаблар истисно қилиниши лозим. Огрик органик сабаблар туфайли чакирилганлигининг белгилари:

- жойлашуви - киндикдан ташқари кориннинг исталган соҳаси;
- иррадиация;
- огрик тунда пайдо булади, ухлашга халакит беради;
- огрик хуружи қайт қилиш билан кечади;
- хуружлар орасида қувватсизлик кузатилади;
- физик ривожланишнинг секинлашуви ва озиш кузатилади.

Болаларда кориндаги қайталанувчи огрикларнинг энг куп учрайдиган сабаблари:

- ассоциялашган мигреннинг абдоминал шакли (хуруж кучли ифодаланган тери оқариши билан кечади),
- лактаза етишмовчилиги (хуруж сут қабул қилгандан кейин ривожланади)
- ичак гелминтозлари (беморлар купинча ухлагандан кейин дарров огрикдан уйғониб кетишади).

Огрик сабабини аниқлаш учун қуйидаги текширувлар утказилади:

- нажасни микроскопия қилиш ва экиш,
- пешоб тахлили,
- Эритроцитларнинг чуқиш тезлигини кушган холда кон умумий тахлили.

Асаб бузилишларида кориндаги қайталанувчи огриклар

кориндаги огрикларнинг функционал равишда келиб чиққанлиги белгилари:

- киндик соҳасидаги огриклар, иррадиация йуклиги,
- оХир ва тез-тез булувчи, купинча кундузи кузатилувчи ичак санчиХи,
- огрик хуружининг 1 соатдан ортик булмаслиги,

- кусишнинг йуклиги,
- пайпаслаганда огрик йуклиги,
- хавфсираш, педантлик, ота-онанинг хаддан ташкари эркалатиши.

Даволаш принциплари

- кориндаги огрикларнинг органик сабаблари истисно килинади,
- агар корин бушлиги аъзолари касалланмаган булса, бола ва унинг ота-онаси тинчлантирилади, бундай холат тез-тез учраши ва уз-уздан утиб кетиши тушунтирилади,
- боланинг оиладаги ва мактабдаги узаро алокалари аникланади, доимий рухий зурикиш бор-йуклиги аникланади,
- бола “касаллик томонига кетиб колмаслиги” учун психотерапия утказилади,
- огир холларда бола психотерапевтга юборилади.

Карияларда кориндаги огрик

Ёш улХайган сари коринда огрик билан кечувчи касалликлар сони ошиб боради. Улар куйидагилардир: атеросклероз, хавфли усмалар, дивертикулёз, камрок даражада - 12 бармокли ичак яра касаллиги.

карияларда кориндаги огрикнинг сабаблари куйидагилар булиши мумкин:

- томир касалликлари:
 - корин аортаси аневризмасининг ёрилиши,
 - мезентериал кон айланишининг уткир ёки сурункали бузилиши,
- меъда ёки 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши,
- ут санчиги ёки уткир холецистит,
- дивертикулит,
- сигмасимон ичак буралиб колиши,
- сикилган чурралар,
- ичак тутилиши,
- хавфли усмалар, айникса, чамбар ичак раки,
- айланма темиртки (тери сохасида жойлашагн бир томонлама огрик),
- тош хосил килиш билан кечувчи узок муддатли кабзият.

Карияларда огрик бусагаси юкори, иммун реакциялар эса кучсиз ифодаланган булади, шунинг учун куп касалликларнинг клиник куриниши классик куринишдан фарк килади. Масалан, карияларда уткир аппендицитнинг асосий куринишлари огрик, харорат, лейкоцитоз эмас, реакциянинг сустлашуви, иштаханинг йуколиши ва тахикардия булиши мумкин.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўқув ишлари бўйича проректор
_____ доц. С.Ш. ОЛИМОВ
_____ 2014 й

МЕЪДА-ИЧАК ЙЎЛИДАН ҚОН КЕТИШИ

Даволаш факультетнинг
7 курс талабалари учун
маъруза

Бухоро – 2014

Кириш.

Меъда-ичак йулидан кон кетиши хозирги давргача мураккаб ва охиригача ечилмаган муаммолардан бири булиб колмокда. Жаррохлик, анестезиология ва реаниматологиянинг, клиник эндоскопиянинг замонавий ютуқларига карамасдан бу холларда юкорилигича колиб, операция килинган беморлар уртасида 13% ни ташкил килади. улим курсаткичи, айникса, ёши 60 дан ошганлар орасида (40% гача) ва жигар циррози билан огриган беморлар уртасида (65% гача) жуда юкоридир.

Меъда-ичак йулидан кон кетишида юкори улим курсакичининг асосий сабабларидан бири беморларни кеч шифохонага ёткизишдир. кон кетиш манбасини аниклашда йул куйилган хатолар, мос булмаган инфузион-трансфузион дастур, нотугри танланган операция услуби, жаррохлик амалиёти вақтида йул куйилган техник хатоликлар, операциядан кейинги даврдаги камчиликлар,

асоратларни олдини олишга қаратилган чора- тадбирларнинг уз вақтида, жадал бошламаслик ҳам улим курсаткичининг юкори булишида мухим ахамият касб этади. Бундан ташқари, қария ва ёши улуг беморлар сонининг ошиб бориши ҳам мухимдир. Негаки, уларда аъзо ва тизимлар фаолиятининг турли даражадаги бузилиши мавжуд булиб, бу ҳолат уз навбатида уткир кон кетиши ва операция жароҳатида булган чидамлилиқни қамайтишига олиб келади.

Адабиёт таҳлили ва қунлиқ амалиёт шуни курсатадики, ҳозиргача меъда-ичак йулидан кон кетишни даволаш тугрисида баҳс-мунозарали, базан нотугри принциплар мавжуд. Хусусан, Ушбу тоифадаги беморларни операция қилиш вақтлари ва уларда қулланиладиган операцияларнинг номи ҳамда муддатлари ҳақида ҳайрон қоларли даражада қалқашликлар мавжуд.

Меъда ичак йулининг клиник эндоскопияси жаррохлик амалиётига кенг қуламда кириб келди. Аммо, ҳозирги қунгача адабиётларда гемостаз тургунлигининг белгилари ҳақида турли хил фикр-мулоҳазалар билдирилмоқда. Бу эса асосланмаган қутиш тактикасини қуллашга олиб келмоқда. Қупчилик даволаш муассасаларида турли хил сабаблар туфайли конни тухтатиб, беморни оғир аҳволдан олиб қикиш ва уни радикал жаррохлик усулига тайёрлаш имконини берувчи кон тухтатишнинг эндоскопик усуллари қулланилмайди. Шунингдек, меъда-ичак йулидан уткир кон кетиши булган беморларни инфузион-трансфузион даволаш дастури ҳақида ҳам яқдиллик йук.

Юкорида айтилган фикрлар шундан далолат берадики, меъда-ичак йулидан кон кетиш муаммоси ечилмаган, жуда долзарб булиб, ҳам назарий, ҳам амалий жихатдан тизимли урганишни талаб қилади.

Қискача тарихий маълумот.

Меъда ярасидан кон кетиши сабаб булган улим ҳолати тугрисидаги биринчи аҳборот Литтрега тегишлидир (1704). 1829 йилда Қрювелье меъда ярасининг патологоанатомик қуриниши ва белгиларини ёзган. Унинг фикрича, оғрик, қайт қилиш ва кон кетиши меъда ярасининг асосий белгиларини ташқил қилади. Ушбу белгилар Қрювелье уқлиги номини олган. 1880 йилда Eiselberg биринчи бор қонаётган меъда ярасини тикиш ва ҳосил булган тешиқни тикиш операциясини қуллаган. Натижаси ёмон булишига қарамасдан, ушбу операция бу патологияни даволашда янги даврни бошлаб берди.

1886 йилда Nacker биринчи булиб қонаётган ярани понасимон қесиш операциясини муваффақиятли равишда амалга оширди ҳамда Ушбу операцияни қувватсиз беморларда қуллашни тақлиф қилди.

Меъдани қесиш ва ҳатто бошқа енгилроқ операциялардан кейинги юкори улим курсаткичи Kronlein ни кон кетиш авжида қутиш тактикасини қуллаш ва беморлар қамқонлиқ ҳолатидан қикқачгина операция тақлиф қилиш лозим, деган фикрни айтишга мажбур қилди. Шу даврда Россия жаррохларининг VI съезида меъда яраларини жаррохлик даволаш усули ҳақида аҳборот берилди. С.И. Спассоқуқоқкий уткир ярали кон кетиши булган еттита ҳолатни жаррохлик усулида даволаш натижалари ҳақида маълум қилиб, профуз кон кетганда шошилиқ операция қуллаш тарафдори эканини айтди. 1930 йилда С.С. Юдин қуйидагича ёзган эди: «жуда ҳам ёш булмаган ва жуда ҳам қари булмаган шахсларда кон кетишнинг ярали тавсифда эканини курсатувчи маълумотлар етарли булса, қутгандан қура уларни операция қилган маъқул. Агар операция қилинса, яхшиси дарҳол, яъни биринчи кеча-қундуз давомида қилиш қерак. Йукотилган вақтни ҳеч қандай трансфузиялар билан қоплаб булмайди».

Қуп йиллар давомида меъдани қесиш операцияси яра қасаллигида қулланиладиган ягона радикал усул булиб келган. 60-йилларнинг бошида жаррохлик амалиётига аъзони сакловчи операция – ваготомия кириб келди. У ҳозирда 12 бармоқли иқач яра қасаллигида радикал усул булиб, сурункали ва уткир гастродуоденал яра қасаллигида бошқа операцияларга қараганда қупроқ қулланилади.

Меъда-ичак йулидан уткир кон кетишининг клиник қуриниши.

Гастродуоденал кон кетишлар беморлар уқун қутилмаганда бошланиб, қонли қайт қилиш ёқи қорамойсимон нажас қелиши билан юзага қикади. Баъзан ушбу иқкита белги бир вақтнинг узида қузатилади.

Беморнинг умумий аҳволи қескин ёмонлашади, умумий ҳолсизлик ват ери рангининг оқариши, бош айланиши ривожланади, «бошда шовқин», қуз олдида юлдузқлар», совуқ ёпишқок тер, юракнинг тез уриши пайдо булади, артериал босим пасайиб, ҳушдан қетиш қузатилади.

Геморрагиянинг яширин даври ва клиник белгиларнинг юзага чиқиш тезлиги кон кетиш манбасининг тавсифига, кон йукотиш тезлиги ва даражасига, беморнинг ёши ва дастлабки холатига, шунингдек, бошка омилларга боғлиқ. конли кайт килиш узгармаган алвон рангли кон, кора кон ёки меъда махсули аралашган «кахва куйкаси» куринишида булиши мумкин. Куп микдорда ва куп марта узгармаган кон билан кайт килиш кизилунгач ёки меъданинг кардиал кисмидан кон кетиши учун хос. Манба меъданинг бундан кура дисталрок кисмида жойлашса, кусук махсули таркибида узгарган кон ва кизил рангли кон куйкалари купрок учрайди. Агар 12 бармокли ичак яраси конаса, кусук моддаси «кахва куйкаси» куринишида булади.

Кора нажас шаклланган булса, кон ёукотиш енгил даражада эканидан, агар суюк корамойсимон булса, огиррок даражадаги кон йукотишдан далолат беради. Чукур ва ката яралардан профуз гастродуоденал кон кетишларда нажас суюк ва корамтир-кизил рангда булиши мумкин.

Меъда-ичак йулидан уткир кон кетишининг таснифи.

I. Келиб чиқишига караб:

1. ярал кон кетишлар:

- а) меъда ва 12 б.и. сурункали яраларидан;
- б) меъда-ичак анастомозларининг пептик яраларида;
- в) уткир яраларда:
 - меъда ёки ичак шиллик каватига токсик ёки дориларнинг таъсири окибатида юзага чикувчи;
 - куйишлар, ката жаррохлик операцияларидан сунг, миокард инфарктининг уткир даврида ва бошкаларда келиб чикувчи стресс яраларида;
 - ички аъзоларнинг касалликларида келиб чикувчи (атеросклероз, хафакон касаллиги, жигар циррози, кон ва томирлар касалликлари, уремия, холемия, авитаминозлар);
- эндокрин яраларда (Цоллингер-Эллисон синдроми, гиперпараидоз);
2. ярага боғлиқ булмаган кон кетишлар:
 - а) портал гипертензияда кизилунгач ва меъда веналарининг варикоз кенгайишида;
 - б) эрозив эзофагитда;
 - в) Маллори-Вейс синдромида;
 - г) эрозив геморрагик гастритда;
 - д) кизилунгач ва меъданинг яхши ва ёмон сифатли усмаларида;
 - е) кизилунгач ва 12 б.и. нинг дивертикулларида;
 - ж) бошка кам учрайдиган касалликларда (Крон касаллиги, васкулитлар, меъданинг захми ва сили);
 - з) ёт жисм билан кизилунгач ва меъда шиллик каватининг шикастланиши (шу жумладан эндоскоп билан);
 - и) сохта кон кетишлар (халкум, огиз бушлиги, трахеядан ютилган конни кайт килиш).

Енгил, уртача огир ва огир.

Охирги 50 йил давомида сурункали меъда ва 12 б.и. ярасидан кон кетишларларнинг улуши сезиларли даражада камаймоқда. Масалан, 1950 йилда Б.С. Розановнинг маълумотларига кура сурункали яралар 75% холларда кон кетиш манбаси булиб хизмат килган булса, 1987-1989 йилларда у факат 44-42% холлардагина кузатилган (Петров В.П. ва б., 1987; Баранчук В.Н., 1989).

Гастродуоденал кон кетишларнинг асосий сабаблари куйидагича учрайди (100%)

- 12 б.и. сурункали яраси – 25%;
- меъданинг сурункали яраси – 15%;
- кизилунгач, меъда ва 12 б.и. нинг уткир эрозия ва яралари – 34%;
- Маллори-Вейс синдроми – 13%;
- Меъда саратони – 6%;
- кизилунгач веналарининг варикоз кенгайиши – 4%;
- ГЭА нинг пептик яралаи – 0,5%;
- бошка сабаблар – 1,5%;
- манба аникланмаган – 1%.

5. Гатродуоденал кон кетишларни

ташхислаш.

уткир гатродуоденал кон кетишларни ташхислашда шифокорнинг олдида куйидаги вазифалар туради:

- 1) кон кетиш бор-йуклигини аниклаш;
- 2) кон кетиш манбасининг тавсифини ва жойлашган жойини аниклаш;
- 3) кон кетиш давом этаётгани ёки тухтаганини аниклаш;
- 4) агар кон тухтаган булса, гемостазнинг тургунлигини аниклаш;
- 5) кон йукотиш хажмини аниклаш;
- 6) ёндош касалликларнинг огирлик даражасини баҳолаш.

Хохлаган патологик жараённи ташхислаш асосида касалликнинг клиник куруниши ётади. Техник жихозланишнинг яхшиланиши билан бир вақтда беморни анъанавий усулда текшириш эдан чикиб колмокда. Шуни эсда тутиш лозимки, исталган диагностик усули мутлок эмасдир, унинг самарадорлиги купчилик омилларга боглик булади. Айни пайтда яхшилаб йигилган анамнез хамма нарсани хал килиши мумкин.

Масалан, оч коринга буладиган, кечки ва мавсумий эпигастрияда кузатиладиган огриклар деярли хатосиз яра касаллиги хакида гувохлик беради. Бунда асбоб-ускуналик текширув усулларининг вазифаси яранинг жойлашган жойини аниклаш ва кон кетиш мавжудлигини аниклашдан иборат булади. Аксинча, киска анамнез, иштаханинг йуколиши, озиш, тушкун кайфият ва огриклар хамда овкатланиш орасида узвий богликликнинг булмалиги меъда саратони хакида уйлашга мажбур килади.

Маълумки, кизилунгачнинг меъдага утиш жойидаги шиллик каватнинг ёрилиши алкоголи мастлик билан боглик булган кучанишли кайт килишда кузатилиб, кардиал жом ва пилорик мушакларнинг фаолияти бузилиши туфайли келиб чиқади. Бунда кайт килиш вақтида икала сфинктернинг мушаклари бир вақтнинг узида ёпилади, натижада меъда ичи босими кескин ошиб, кизилунгач ва меъда шиллик каватларининг ёрилишига олиб келади. Айрим холларда бундай холат кескин жисмоний зурикиш оқибатида хам юзага чикиши мумкин.

Жигар циррози мавжуд булган беморларда кон кетиш манбаи купинча кизилунгачнинг варикоз кенгайган веналари булади.

Шунингдек, бир вақтнинг узида кон кетишига сабаб булувчи бир неча касалликлар учраши мумкин. Масалан, жигар циррози фонида меъда ва 12 б.и. яра касаллиги, айникса, уткир турлари ушбу касаллик билан огримайдиганларга нисбатан анча купрок учрайди. уткир гатродуоденал кон кетиши билан бемор касалхонага келганда шифокорнинг хатти-харакатлари бир томондан стандартлаштирилган булиши лозим, бошка томондан эса, ташхис куйиш тадбирларининг тартибини, хажми ва таркибини белгилашда индивидуаллаштирилган булиши керак.

Асосий талаблар куйидагилардан иборат:

- 1) кабулхонада ички кон кетиши мавжуд булган ёки бунга шубха булган бемор биринчи навбатда жаррох томонидан курилади;
- 2) дархол кон босими, томир уриш тезлиги аникланиб, анамнез йигилади, физикал текширувлар ва албатта тугри ичакни бармок билан текшириш амалга оширилади;
- 3) кондаги эритроцитлар, гемоглобин микдорини, гематокрит, ПТИ, АЮкМ, кон гурухи, резус-омиллар аникланади. Бунда 10 мл кон кейинги гемотрансфузияларгача совутгичда сакланиши лозим. кон куйилиш фаолиятининг уткир бузилишига шубха булган холларда жаррохлик ва жонлантириш тадбирларига навбатчи гематологлар гурухи хам жалб килинади;
- 4) 45 ёшдан ошган мижозларга ЭКГ килиш лозим;
- 5) ёндош касалликлар бор-йуклигига карамасдан меъда-ичак йулидан кон кетиши мавжуд булган беморлар факат жаррохлик булимларига (курсатмалар булса жонлантириш булимдарига ёки жадал даволаш хоналарига) ёткизилади;
- 6) булимда навбатчи жаррох беморнинг шикоятлари билан танишиб, анамнез йигиши шарт. Негаки, анамнез маълумотлари агар кон кетиши биринчи бор булаётган булса, 30-35% холларда, агар кайталаниш булса, 50-60% холларда тугри ташхис куйиш имконини беради.

Даволаш-ташхислаш чора-тадбирлари орасида эндоскопия мухим урин эгаллайди. Енгил ва урта огирликда кон кетиш билан келган беморлар умумий булимда эндоскопия килинадилар.

Гемостазнинг тургунлигига караб уларга кейинчалик ёки консерватив даво утказилади, ёки операция килинади (шошилинич, тезкор, режали).

Огир даражали кон йукотиши булган беморлар тугридан-тугри жаррохлик жонлантириш булимига олиб келиниб, уларга бу ерда ташхисловчи (даволовчи) эндоскопия амалга оширилади. Унинг натижасидан келиб чиккан холда операциянинг муддати белгиланади.

хаёт учун хавфли булган давом шэтувчи кон кетишида беморлар дархол операция хонасига юборилади. У ерда беморга жадал даволаш, йукотилган кон урнини тулдириш билан бир каторда эндоскопик ташхислаш амалга оширилиб, конни тухтатишга харакат килинади. Аммо, кон кетиши муваффакиятли тухтатилган тақдирда ҳам, агар, катта микдорда кон йукотилган булса, шошилинич операция амалга оширилади.

Меъда-ичак йулидан кон кетиши

Таркиби:

-тасниф;

-кон кетиш мабалари;

-патогенез;

-текширув усуллари;

-ташхислаш боскичлари:

- 1-боскич;
- 2-боскич;
- 3-боскич;
- 4-боскич;

-яра касаллиги;

-меъда саратони;

-жигар циррози;

-даволаш тактикаси.

Тасниф:

1. ярадан кон кетиши – 50-60%;
2. меъда касалликлари – 30-40%;
3. бошка касалликлар туфайли (кон, кора талок касалликлари) меъдадан кон кетиши – 3-5%;
4. ёлгон кон кетишлар (бурун, томок).

Касаллик манбалари:

I гурух - III даражали саратон – 12%, яхши сифатлар – 3%, гастрит – 10%, Меллори-Вейс синдроми – 7%, жигар циррози – 6%, жарохатлар – 1%, куйишлар – 0,5%, дивертикуллар – 0,5%.

III - гурух. кон касалликлари (гемофилия, лейкоз, Верльгоф касаллиги), спленомегалия, Банти касаллиги, тромбофлебит, хафакон касаллиги, дорилар кабул килиш (резерпин, салицилатлар, гормонлар, антикоагулянтлар), уремия, капилляротоксикоз, аневризма.

Механизм:

Яра касаллиги: жадаллашув, дистрофия, некроз, яра тешилиши, томирлар парчаланиши.

Меъда саратони: экспансив усиш, озикланишнинг бузилиши, парчаланиш, томирлар шикастланиши.

Эрозив гастрит: стресс, адреналин чикиши, томирлар торайиши, учокли некроз, емирилиш, эрозиялар, яралар.

Меллори-Вейс синдроми: гастрит, куп овкатланиш, узга касалликлар → кайт килиш, кардия ва диафрагманинг зурикиши, шиллик кават ва мушаклар ёрилиши → кон кетиш.

Веналар варикози:

Жигар циррози ва портал камал, гипертензия, веноз коллатераллар, тугун ёрилиши, кон куйилиши.

Яхши сифатли усмалар: усиш, озикланиш бузилиши, парчаланиш, кон кетиш.

Жарохатлар: тукима ва томирлар шикастланиши, кон кетиши, гемостазда меъда ширасининг урни.

Куйишлар: каватлар некрози, пустлок пайдо булиши, некротик массалар кучиши, томирлар ялангочланиши, 3-10- кунга келиб кон кетиш.

Дивертикуллар: димланиш, таъсирланиш, яллигланиш, некроз+емирилиш, кон кетиш.

Гемофилия: антигемофил омилнинг етишмовчилиги, кон куйилмаслиги+емирилиш.

Верльгоф касаллиги: гиперспленизм, тромбоцитлар парчаланиши, капиллярлар узгариши, кон кетиши, некроз, кучиш.

Патогенез:

1. кон йукотиш, гемодинамиканинг бузилиши, гипоксия, дистрофия, тузили шва фаолият бузилиши, кон кетиши, $V=20-50\% \rightarrow$ улим.
2. суюклик кайта таксимланиши: тукима ва хужайралардан \rightarrow кон томир окимига. АЮкх - гемодиллюция (суюлиш).
3. алмашинув бузилиши (сув, электролит, оксил, ёг, углеводлар).
4. метаболизм бузилиши (гликолиз, фаол энергия алмашинуви, кон айланишининг марказлашуви).
5. кон парчаланиши окибатидаги махсулотлар билан организмнинг захарланиши: азотемия, харорат ошиши, яллигланиш синдроми.

Компенсация механизмлари:

- томирлар торайиши, захирадаги коннинг чикиши;
- юрак уриш сонининг узгариши;
- нафас олиш сонининг узгариши;
- гемодиллюция;
- гепоз ва гемостазнинг кучайиши;
- метаболизм узгариши - АЮкх камайиши;
- томирлар торайиши, АБ нинг меъёрлашуви, кон кетиш, гемостазнинг кучайиши, кон кетишнинг тухташи.

кон кетиши

- компенсацияланган – 10% гача;
- субкомпенсацияланган – 20-25% гача;
- декомпенсацияланган – 30% гача;
- улимга олиб келувчи – 30-50%.

Гемотенезис - кон билан кайт килиш.

Текширув усуллари:

кон: Эр, Нв, Нт, Z, ЭЧТ – ошиши, Тр – камайиши, протромбин – камайиши ёки меъёрда, кон куйилиши, фибринолизнинг кучайиши, лахтанинг кайта эриши, кон кетиш давомийлиги.

Фаркланади:

- куп микдор (профуз) – 2л;
- уртача – 0,7-1,3 л;
- кам микдор – 0,5 л гача;
- микро кон кетиш.

кон кетиш тезлиги (v) ни аниқлаш:

$v = \text{умумий кон йукотиш} / \text{кон йукотиш вакти};$

- тез – 300 мл/соат дан юкори;
- секинрок - 100-300 мл/соатгача;
- секин – 100 мл/соатдан кам.

Зондлаш:

кон кетиш давом этмокдами?

R-скопия – манба 70-75% холларда аникланади.

ЭГДФС – манба, жойлашуви.

R-скопия+ ЭГДФС – 97% аникланади.

Тугри ичакни бармок билан текшириш.

Целиакография.
Радиоизотоп текшируви.

Ташхислаш боскичлари:

Вазифалар:

- йукотилган хажми, гемостаз, манба (локализация, холати);
- кон кетиш тезлиги;
- асосий касаллик боскичи;
- компенсацияланганлик даражаси.

Ташхис шошиличилиги:

- хаёт учун хавфлилиги;
- компенсациянинг издан чиқиши мумкинлиги;
- кон кетишнинг кайтарилиш хавфи → улим;
- кеч даво бошланиши - шубхали натижа.

Ташхислаш ишончилиги:

Патологик ва компенсатор реакцияларнинг кушилиши.

I боскич - кон кетиш борми?

- кайт килиш, ич келиши хақида ёлгон маълумотлар;
- анмнез (кайт килиш, нажас, асосий касаллик);
- иккиламчи белгилар (бош айланиши, холсизлик, тери оқариши, хушдан кетишлар).
- Юрак фаолиятининг бузилиши (юрак уриш сони, АБ, веноз босим, тонлар (каттик));
- Зондлаш: кон тавсифи;
- тугри ичакни текшириш;
- кон: Эр, Нб, Нт, АЮкх, йукотилган кон хажми ва кон йукотиш тезлигини аниклаш.

II боскич - кон кетиш каердан (меъда ёки бошка сохадан).

- Бурундан, огиздан, халкумдан – анамнез, курик;
- хикилдоқдан, анамнез, йуталли овоз.

III боскич – меъда касалликларига боглик булмаган меъдадан кон кетишнинг фарклари:

- гемофилия (анамнез, давомийлиги);
- Верльгоф касаллиги;
- Лейкоз, спленомегалия;
- Капилляротоксикоз (захарланиш, тошма, боглам белгиси, ФГДС);
- хафакон касаллиги;
- дори воситаларига боглик;
- уремик.

IV – индивидуал аниклаш.

ЯРА КАСАЛЛИГИ

- анамнез, хуруж, иккиламчи белгилар, нажас ва кусук махсули билан кон ажралиши, гемодинамиканинг узгариши, махаллий пайпаслаш огрикли, тугри ичакни бармок билан текшириш, меъдани зондлаш, АЮкх, йукотилган кон хажми ва тезлигини аниклаш, R-скопия, ФГДС, лапароскопия.

Вазифани ечиши

- кон йукотиш огирлиги: АЮкх, йукотилган кон хажми ва тезлигини аниклаш;
- манба: R-скопия, ФГДС;
- гемостаз: зондлаш, ФГДС, Нб, Нт.

КЛИНИК ГУРУХЛАР:

1. куп ёки уртача микдорда давом этаётган;
2. куп ёки уртача микдорда такрорланаётган;
3. куп ёки уртача микдорда тухтаган;
4. сезиларсиз (давом этаётган, такрорланаётган, тухтаган).

Шалимов, Березов, Стручковларнинг таснифларидан афзаллиги:

- Компенсация реакцияларининг инобатга олиниши;
- Кузатув давомида бахоллаш;
- Ташхисни объективлаштириш.

Таххиснинг таркибий қисмлари:

- Яра касаллиги;
- Жойлашуви, холати;
- кон кетиши (клиник гурух, йукотилган кон хажми).

МЕЪДА САРАТОНИ

Кичик белгилар, жадаллашув, иккиламчи белгилар, кон ажралиши, гематологик ва гематодинамик силжишлар, усмалар ва метастазларнинг жойлашуви, тугри ичакни текшириш, АЮОкх, йукотилган кон хажми ва тезлигини аниқлаш, зондлаш, R-скопия, ФГДС, биопсия.

Таххиснинг таркибий қисмлари:

- усма;
- жойлашуви;
- кон кетиши (клиник гурух, йукотилган кон хажми).

ЖИГАР КАСАЛЛИГИ

Таххиснинг таркибий қисмлари:

- портал камалнинг тури;
- портал гипертензия;
- варикоз веналардан кон кетиши;
- клиник гурух, йукотилган кон хажми;
- жигарни пункция қилиш;
- гиперспленизм.

ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ

А. шифокор томонидан:

- ташхислаш масалаларини хал қилиш: кон кетиш меъдаданми, ёки бошқа манбаларданми?
- Гемостатик даво, гемодинамикани қайта тиклаш;
- уриндош даво, шифохонага ётқизиш.

Б. жаррох томонидан:

- шошилич шифохонага ётқизиш;
- мажмуавий даво+текшириш (1-24 соат);
- ташхисга боғлиқ холда даво услубини танлаш.

“ОШКОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН КОН КЕТИШ СИНДРОМИ ”

Маърузани асослаш: ошқозон ичак тизимидан кон кетиш синдроми ҳозирги кунгача шошилич хирургияда амалий шифокор оолдлида куплаб диагностик, тактик, даво муаммоларини юзага чиқарадиган холат булиб келмокда. Ошқозонг ва 12 бармоқли ичакдан кон кетишига яра касаллиги, уткир яралаор, усмакасалликлари, эрозив геморрагик гастритлар, Меллори – Вейс синдроми ва бошқалар сабаб булмокда. Тугри аниқланган кон кетиш сабаби, манбаи, огирлик даражасидан УАШнинг даволаш тактикаси келиб чиқади. Уз урнида бажарилган тадбирлар, оқибатда хавфли холатнинг юзага келишини олдини олади.

Маърузанинг макседи: талабаларни ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдроми этиопатогенезини аниклашга, диагностика ва дифф. диагностика килишга, текшириш чоратадбирлари режасини ишлаб чиқишга, бундай беморларга тугри тактика ва даволаш чораларини куллашга ургатиш. Талабаларни беморларга нисбатан эътиборли булишга, беморлар манфаатини уйлаш, тиббий этика ва деонтология коидаларига риоя килишга ургатиш. Булгуси УАШ ларда жавобгарлик хиссини тарбиялаш.

Маърузанинг тарбиявий ахамияти:

Маъруза умумий амалиёт шифокори шахсининг шаклланиши, мехнатсеварлиги, масъуклиятни хис этишга, максад сари интилишга ёрдам беради. Бемор ва унинг кариндошлари билан суҳбатларни субординация ва тиббиёт этикуети асосида орлиб бориши хар томонлама баркамол врач шаклланишига ёрдам беради.

Аудитория билан кайта алока боглаш учун саволлар:

1. ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдроми хакида тушунча.
2. ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдроми сабаблари
3. ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдромининг диагностикаси
4. беморларга биринчи ёрдам курсатиш (госпитализация этапида)
5. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдроми клиникаси ва дифференциал диагностикаси.
6. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдроми даволаш тактикаси.
7. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдромининг консерватив давоси.
8. ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдромида операцияга курсатма ва характери.
9. Операциядан сунгги даврни олиб бориш, беморларнинг реабилитацияси.

Маърузанинг баёни.

Сунгги йилларда бир катор факторларнинг хирургияга кенг кириб келиши натижасида хирургларнинг ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш синдромидаги тактикаси узгарди.

- Яра касаллигига карши ишлатиладиган дори-дармонларнинг замонавий, юкори самарли турларининг ишлаб чиқарилиши, амалиётга кенг кириб келиши, яра касаллигининг агрессив кечадиган турлари камайишига олиб келди.
- Антихеликобактер терапиянинг кулланилиши яра касаллиги рецидивларининг камайтирди.
- Замонавий эндоскопик аппаратларнинг ривожланиши, кон кетишларда юкори даражада гемостатик самараларга эришиш имконини берди.

Ушбу омиллар ижобий натижа бериши билан бир каторда хирургининг квалификациясини пасайишига сабаб булди.

“ошкозон ичак тизимитдан кон кетиш” синдроми дейилганида кон кетиш манбаи Трейц бойламидан юкорида жойлашганлиги тушунилади. Кон кетишнинг сабалари адабиётларда келтирилишича куп булсада, асосий сабаби яра касаллиги, портал гипертензия асоратлари хисобланади.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдромида ёмон прогностик факторлар жумласига киради:

- Ёши 60 дан катта
- Икки ва ундан куп хамрох касалликларининг борлиги.
- Йукотилган кон куп булса (2литрдан ортик)
- Шок холати
- Кон кетиши 72 соат ичида рецидив берса.

Йукотилган кон урни тулдирилганида гемодинамиканинг тез тикла- нишига олиб келса лабил форма, аксинча тез яхшиланмаса, хаётлий мухим паренхиматоз аъзаоларнинг зарарланишини билдиради (торпид форма). Бунда хам лабил формасига ухшаб очик артериовеноз анастомозлари билан артерио веноул комплекси дилатацияси кузатилади. Кон томирларда таркалган тромб хосил булиши, геморрагик холатлар кузатилиши билан булади. Коннинг кислород билан туйиниши, артериовеноз фаркнинг камайиши, умумий

ахволнинг ёмонлашиши, интоксикациянинг кучайиши булади. Беморларнинг улимига йукотилган кон урнининг уз вкатида тулдитрилмаслиги сабаб булади. 50-60% кон парофуз йукотилганида тез улим холати юзага екелади. Сабаби миокарднинг етарли кон билан таминланмасдлиги натижасида юрак фаолиятининг бузилиши, тухташи.

ОШКОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН КОН КЕТИШ САБАБЛАРИ

1. ошкозон ва ун икки бармок ичак касалликлари 65%.

- сурункали яра
- уткир яра ва эрозиялар
- уткир гастрит ва дуоденит
- усмалар
- диафрагма сикилган чурраси

2. кизилунгач касалликлари. 10%

- рак
- пептик яра
- пептик эзофагит
- Меллори – Вейс синдроми
- Кизилунгач веналари варикоз кекнгайиши

3. ичак касалликлари. 15%

- кон томир экиазиялари
- меккел дивертикули, дивекртикулез
- сил илеотифлити
- Кронъ касаллиги
- Носпецифик ярали колит
- Геморрой
- Яхши сифатли усмалаор
- Ёмон сифатли усмалар

4. Бошка касалликлар. 10%

- геморрагик васкулит
- тромбоцитопеник пурпура
- ичак туткичи артериаларининг тромбози
- телеангиэктиазия
- гемобилия синдроми
- цинга

ошкозон ичак тизимидан кон уткир кон кетишларнинг 5-10% яра булмаган патология чакиради.

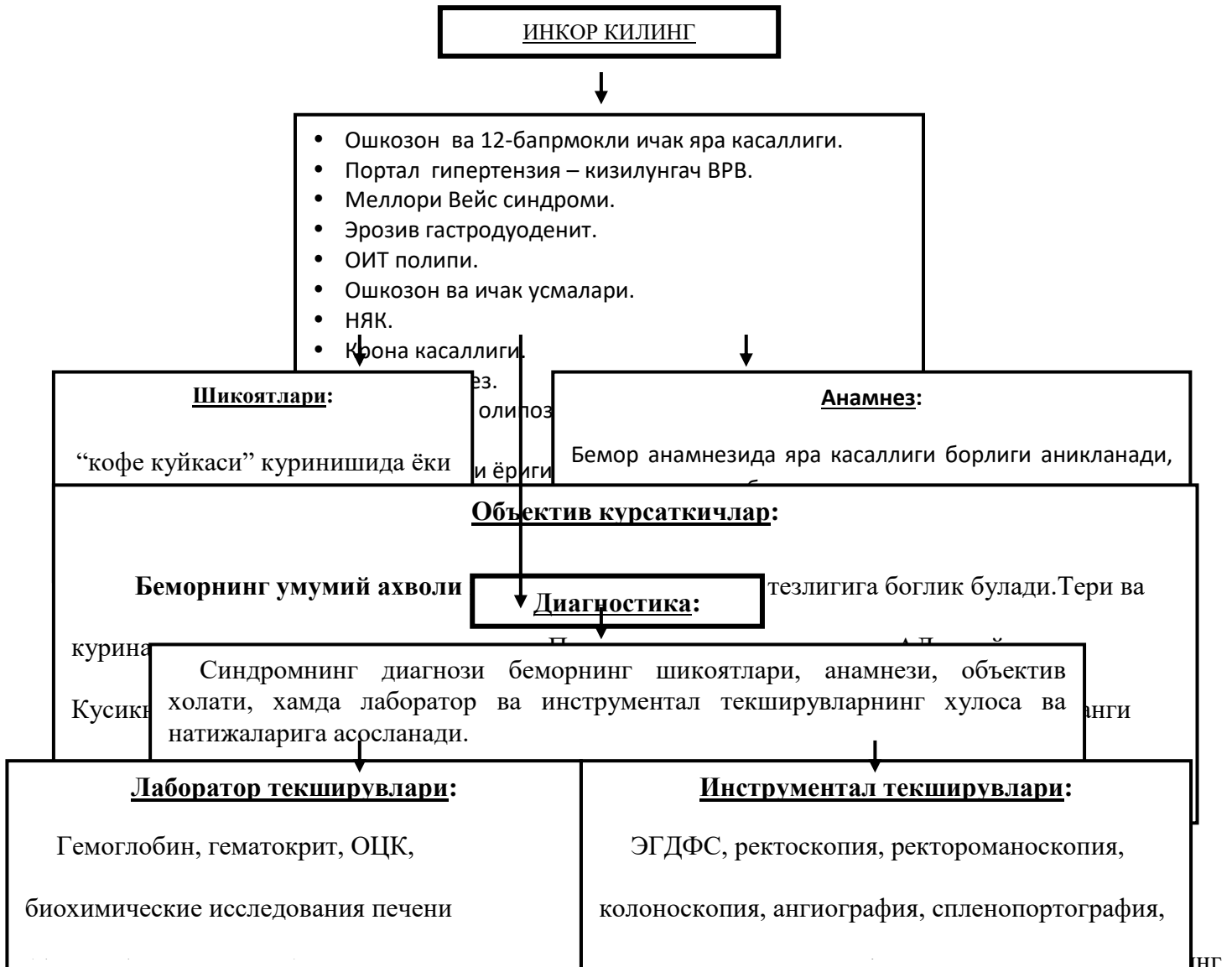
Клиник куруниши. Шифохонага беморлар кон кайт килиш (узгармаган кон *гематомезис*, кора кофе куйкасисмон - *меленомезис*), ахлатига кон аралаш келиши (узгармаган кизил кон - *гематиошизис*, корамойсимон ич келиши - *мелена*) билан мурожаат килишлари мумкин. Кон кетиш манбаи Трейц бойлаидан юкорида жойлашган булса бунда ошкозон ичак тизимининг юкори кисмидан кон кетиш дейилади. Ундан пастда булса патги кисмларитдан кон кетиш деб тушунулади.

Эслатма:

- тугри ичакдан кора рангли кон келиши доимо юкори кисмдан кон кетаётганини билдиради.
- Гемодинамикаси мутассил булган беморнинг тугри ичакдан янги кизил коннинг келиши манба юкори кисмда эмаслигини билдиради.
- Кусик билан чиккан ёки зонд оркали чикаётган хар кандай курунишдаги кон манба юкори кисмда эканлигини билдиради.

Беморда ошкозон ичак тизимидан кон кетаётганлигини билиш учун сизга куп нарса керак эмас. Сизнинг диккат эътиборингиз, бармогингиз ва назогастрал зонднинг узи кифоя килади. Кон кетиши борлигини аниклаганингиздан сунг, сиз кейинги харакатларингизни куйидаги алгоритм асосида давом эттиришингиз мумкин.

ОШКОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН КОН КЕТИШ СИНДРОМИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ



узича тухташи шунчалик кийин ва сизнинг ёрдамингиз шунчалик тезрок керак булади. Ошкозон ичак тизимидан кон кетётган беморларни 3 гуруҳга булиш мумкин. Биринчиси албатта “енгил”, учинчиси эса “огир, куп микдорда, профуз” кон йукотган беморлар. Биринчи гуруҳ беморлар сизнинг ёрдамингизсиз ҳам яхши булиб кетишлари мумкин. Учинчи гуруҳ беморлари эса, сизнинг тезкор хатти-харакатларингизги карамасдан нобуд булишлари мумкин.. Уртадаги иккинчи гуруҳ беморлар эса диагностика ва даво масалаларида муаммолироқ ва шу гуруҳдаги беморлар сизнинг ёрдамингиз натижасида яхшиланишлари мумкин.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетётган беморда нималарга биринчи галда эътибор қаратиш лозим?

- Назогастрал зонддан чиккан ёки кайд килинган кон куриниши (кофе куйкаси мон, узгармаган кон) қандай?
- Утугри ичакдан келиган кон қанака ? (суюк қора, шаклланган қора...)
- Гемодинамик узгаришлар қузатилдими?
- Кон кетиш огирлигини тасдиқловчи лаборатор курсаткичлар борми (Нв/Нт?)

Бундан ташқари беморларнинг ёши қатта аҳамиятга эга. Ёши қатта беморлар (60 дан қатта) давомли кон кетишларни ёмон утказадилар.

Артериал кон босим ва пульс нисбатан алдамчи курсаткич , чунки улар доимо йукотилган кон микдорига туғри келавермайди. Бир марта текширилган коннинг клиник анализи ҳам йукотилган кон ва давомли кон кетиш ҳақида тулик маълумот бермайди. Динамик қузатувда гемоглобин ва эритроцитлар микдорининг қамайиши билан бир вақтда лейкоцитларнинг ошиши кон кетиш ва унинг давом этаётганлигини билдиради. Маълум даражада гематокрит курсаткичи

хам йукотилган кон хажми хакида маълумот бериши мумкин. Лекин у тухтаган кон кетиш ва стабилизацияланган гемодинамик ҳолатидагина ахамият касб этади.. Йукотилган кон хакидаги тулик маълумотни айнаётган кон хажми ва унинг компонентларини аниқлаган ҳолатидагина билиш мумкин.

А.И. Горбашко 1974-82 й. глобуляр хажмнинг дефицитига кура кон кетишнинг уч даражаси тафовутланади:

1-даража – енгил кон йукотиш: умуй ахволи коникарли, бир оз тахикардия – 100 тагача зарба минутига, АКБ - меъёрда, ЦВД 5-15 см сув уст., диурези камаймаган, гемоглобин -100 г/л дан юкори, ОЦКнинг дефицити 20%, метаболик ацидоз йук.

2-даража – уртача кон йукотиш: умуй ахволи урта огирликда, тахикардия – 120 тагача зарба минутига, АКБ – 80 дан кам эмас, ЦВД 5 см сув уст дан кам эмас., бир оз олигоурия, гемоглобин – 80 - 100 г/л, ОЦКнинг дефицити 20дан 30% гача, компенсацияланган метаболик ацидоз.

3-даража – огир кон йукотиш: умуй ахволи огир, пульс тахикардия – 120 тадан ортик минутига, АКБ - 80 мм. Сим. Уст дан паст, ЦВД -0, олигоурия, Нв -80 г/л дан кам, ОЦКнинг дефицити 30% дан ортик, метаболик ва нафас ацидоз.

Кон окишининг асосий белгилри- умумий холсизлик, бош айланиши, тер ива шиллик пардаларнинг бузарганлиги, тахикардия, юрак уриши, артериал босимнинг пасийиши, коллапс ривожланиши мумкин. Кон кетишидан аввал беморлар ошкозон 12 бармокли ичак сохаида огрикларнинг кучайганлигини, жигилдон кайнашит холлари тез-тез руй бераётганлигини тафовутлашлари, кон кетиш бошланиши билан юкоридаги шикоятларнинг камайиши ёки йуколишини такидлашади (Бергмансимптоми) Гатродуоденал кон окишининг бош белгиларидан бири “кофе куйкасимон” ёки кирмизи кон рангли кон аралаш кайт килиш булади. Кусук массаларининг характери буйича аксарият кон окиш манбаи тугрисида хулоса чиқариш мумкин. Кирмизи кизил кон ёки олча ранг ивинди манбат меъдада булган кон окиши учун, кофе куйкасига ухшаш кон манбаи ун икки бармок ичакдан кон окуиши учуён хос. Мул кон окишларда хаттодуоденал ярадан кон аралаш кон аралаш кусиш кузатилади эхтимол. Меъдадан кон окишининг патогномоник белгиси мелена, айрим холларда олча ранг ахлат булиши мумкин. Кон рангининг узгариши меъдадан гематин хлорид (яра касалитгида кислоталик норма лёки ошган) хосил булиши билан, мелена - ичакда гемоглобиналар темир сульфат хосил булиши билан боглик. Мул кон о киши меъданинг тез бушалиши билан перистальтикаси кучайишига ва кора р англи ёки кам узгарган кон аралаш булган бадбуй мул суюк ичкелишига сабаб булиши мумкин.

Кон окиши бошланган вақтдан 2-3 сутка утгач беморларда гавда харорати кон парчаланиши махсулотларининг ичакдан сурилиши хисобига кутарилиши кайд киилинади. Жигар – буйрак етишмовчилиги руй бериши эхтимол.

Кон окиши бошланишининг дастлабки соатларида ва хатто суткаларида кизил кон курсаткичларининг урганиш хакикий узгаришларини ва кон йукотилишини акс эттирмайди. Шунга кура гемоглобин, эритроцит курсаткичлари эмас, балки ОЦК, глобуляр хажм танкислиги (ГХ) ни хам диномик урганиш лозим.

Кон окиши сабабининг дифференциал диагностика килишда хозир шошилич ЭГДФС ката ахамият берилади. Биринчм марта эндоскопик усулларни куллаш 1900 йилларда пайдо булган. XX асрнинг 20 йиллари урталарига келиб ошкозон ичак тизимидан кон кетган беморларда эндоскопия усуллари кулланила бошлади. Лекин аппаратларнинг юмшок эгилувчан булмаганлоиги сабабли кенг кулланилмади. Кейинчалик юмшок эгилувчан эндоскопларнинг пайдо булиши окибатида ЭГДФС кон кетишларда асоий диагностик курол булиб колди. Унинг диагностик кобилияти 75-98% ташкил килади. Ушбу текширув усулини утказишга карши курсатма булиб беморнинг аголнал холати булади, чунки бунда текширув натижаси беморнинг даволаш тактикасани, тақдирини узгартиролмайди. Ошкозон ичак тизимидан кон кетган беморларда бундай текширув утказишдан аввал ошкозонни совук сув билан ювиш лозим шундагина эндоскопит кон кетиш манбаини кура олади. Акс холда кон куйкалари ичидан манбана аниқлай олмайди.

ЭГДФС диагностика билан бир вақтда даволаш усули хам хисобланади. 1971 йилларда конаётган ярани эндоскоп оркали диатермокоагуляция килиш харакатлари булди ва ижобий натижаларга олиб келди. Бундан ташкари илм-фаннинг ривожланиши натижасида лазер аппаратлари хам кон тухтатиш учун кулланила бошлади. Бунда YAG-неодим лазерлари яхши

самара берди, чунки уларнинг тулкин узунлиги (1064 нм) эритроцит, гемоглобинлар томонидан купрок ютилар – гемостатик натижалари юкори булар экан. Бундан ташкари лазер нуруни эгилювчан оптика билан эндоскоп оркали бевосита кон кетаётган сохага олиб бориш мумкин булади.

Хозирги кунда дунё буйича пептик яралардан кон кетганда **Forrest** классификацияси (1974) кенг кулланилмокда.

Forrest I – актив кон кетиш

I а – пульсацияланган

I в – сизиб чикаётган

Forrest II

II а - куруниб турган конамаётган, тромбланган томир

II в – фиксацияланган тромб - кон ивиги.

II с – кора текис дог (ярининг кора туби).

Forrest III – туби тоза (ок) яра

Эндоскопик гемостаз утказиш учун фаол артериал ва веноз кон кетишлар, хамда рецидив булиши хавфи юкори булган холатлар курсатма булади.

Кундалик амалиётда эндоскопик инъекцион гемостаз методи хам кенг таркалган. Бунда кон тухташи механик эзиш, кон томир торай-тириши, тромб хосил булишини кучайтириш хисобига юзага келади. Инъекция учун адреналин ва гипертоник эритмаларнинг 1:5 нисбатда 5 млдан 15 млгача ишлатилади. Эндоскопнинг биопсия учун ажратилган канали оркали инъектор уйказилади. Игна билан шиллик кават остига яра периметри буйлаб кон кетиши тулик тухтагунча инекция килинади. Хосил булган шиш 2-3 сутка давомида сакланиб туради. Инъекцион усул билан 96,2% беомрларда кон тухтатиш амалга ошириш имкони булади.

Хозирги замонавий эндоскоп аппаратлари диагностика билан бир вақтда, факат вақтинчалик эмас балки батамом кон тухтатиш имконин беради, беморларни катта операциялардан саклаб қолади.

Эндоскопик усуллардан ташкари рентгенологик усуллар хам мавжуд булиб, улар нисбатан кам маълумот беради кон кетиш манбаи хакида.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетиш синдроми кузатилганида кон томир касалликларин ёддан чикармаслик лозим булади. Купинча артериалл гипертонияси, атеросклероз булган беморларда кон кетиш холатлари юзага келиши мумкин. Улар купинча ёши катта, кекса беморлар булишини назарда тутсак зудлик билан ёрдам курсатиш каата ахамият касб килади.

Амалиётда навбатчи жаррох олдида портал гипертонияси хисобига юзага келган варикоз кенгай кизилунгач веналаридан профуз кон кетиши катта муаммолар тугдиради. Чунки бунда беморда тусатдан профуз кон кетиш холати булиб врачлар беморларни тезда йукотиб куйишлари мумкин. Бундай беморлар шифохонанинг интенсив даволаш палаталари ёки реанимация булимларига ёткизилгач Блекмор зонди урнатилади. Бу зонд одатдаги назогастрал зонддан ошкозон ва ун икки бармокли ичакларда шишириб колдириладиган баллонлари мавжудлиги билан фаркланади. Шиширилган баллонлар кон томирларни сиқиб механик тарзда кон кетишнинг олдини олишади. Варикоз кенгайган кизилунгач веналаридан кон кетганда гемостатик дорилар билан бир вақтда питуитрин ва соматостатиннинг синтетик аналоглари сандостатиннинг яхши самара билан кулланилиши эътиборга лойик булмокда. Адабиётларда келтирилишича сандостатин тахминан 30%га портал системадаги босимни камайтиради экан.

Турли хил кон касалликлари хзам ошкозон ичак тизимидан кон кетиш билан намоён булишлари мумкин. Бунда джагноз куйиш учун коннинг умумий тахлили, коагулограммаларидаги узгшаришлар катта ахамиятга эга булади.

Бемордан анамнез йигилаётган вақтда албатта бирор дори ичган ёки ичмаганлигига (салицилатлар, гормонал дорилар), ахлатини корайтирадиганга (активланган кумир) ургу бериш лозим. Овкатланганида кизил рангли озиклар (кизил лавлаги) исьтемом килганига эътибор бериш лозим.

Яна эътиборли томони шундаки 4,2-12% холларда яра перфорацияси ва кон кетиш холати бирга келиши мумкин. Бунда бемор ахлати кора рангда булиши билан бир каторда унг кобирга ёйи остида кучли огриклар булганлигини такидлайди.

Даволаш принциплари.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетиш холатларидаги хирургик тактика хозирги кунгача катта муаммони ташкил қилиб келади. Асосан икки хил тактика мавжуд. 1-актив тактика, кон кетишнинг чуққисида операция қилиш, 2- кутиш тактикаси, бунда дори-дармонлар билан кон тухтатилиб, 10-14 кунига операцияга олиш амалга оширилади. Кон кетишнинг чуққисида оператив даво факат консерватив даволар самарасиз (6-8 соат давомида) булган холлардагина бажарилади.

Бизнинг клиника актив диагностик тактика томонида туради. Гастродуоденал кон окиши булган хамма беморлар унинг кучи ва даражасидан катъий назар, кечаю-кундуз, шошитлинч ёрдам курсатиадиган хирургия булимларига ётқизилади. Бизлар ошкозон ичак тизимидан кон кетиш билан келтирилган беморни интенсив даволаш палатасига госпитализация қиламиз, геморрагик шок холатидан чиқариш учу фаол счора-тадбирларни ишга соламиз. Ахволи стабиллашгач шошилич ЭГДФС утказамиз. Диагностика билан бир вақтнинг узида эндоскопияни даволаш учун хзам куллаймиз. Агар қонаётган кон томирнинг диаметри 2 мм ва ундан катта булиб актив кон кетаётган булса беомрни зудлик билан операцияга оламиз. Чунки бундай катталикдаги кон томирлар кончерватив муолажалар ёрдамида тухтамайди.

Кон йукотишининг огир даражасида актив кон оқадиган беморлар, ёши катта улгайган ва акекса одамлар реанимацион булимга ёки интенсив терапия палатасига ётқизишлиари лозим. Бу ерда куйидаги диагностик ва даволаш; умров ости венасини катетерлаш ЦВД ни улчаш; меъдани зондлаш уни совук сув ёки эпсилонаминокапрон кислота билан ювиш, феракрил юбориш; шошилич ЭГДФС; оксигенотерапия; кардиотерапия, кон йукотиш даражасини аниқлаш, ивиш ва ивишга карши системаларни назорат қилиб турган холда гемостатик препаратлар юбориш.

Гемостатик даволаш учун кон ивиш хусусиятини оширадиган ва кон оқётган сохадаги кон окимини камайтирадиган дори –дармонлар кулланилади:

1. курук ва натив плазма 20-30 млдан хар 4 соатда булиб булиб юборилади.
2. 1%викасол эритмасини суткасига 76-8мл гача мушак орасига юбориш мумкин.
3. 1%ли кальций хлорид эритмасини вена ичига юбориш.
4. Кон урнинни босувчи дорилар порлиглюкин, стабизол.
5. 5% эпсилон аминокапрон кислотали эритмасини 100-200 мл дан хар 5-6 соат да юбориш.
6. Кон ивиш ситемасини яхшиловчи препаратлар дицинон, этамзилат натрий
7. H₂ блокаторлари - зантак, квамател инъекцион формалари кулланилади.

Бундан ташқари симптоматик даво олиб борилади. Классик даво принциплари тинч холат, очлик, совук хозирги кунгача уз ахамиятини саклаб қолган. Беморларга тинч холат берилгач ошкозон ун икки бармокли ичак сохасига муз халта куйилади ва юкоридаги даволаш ишлари жадал суратлар битлан олиб борилади.

Ошкозонга урнатилган зондни 2 суткагача ушлаб давомли кон кетаётганлигини назорат қилиб туриш мумкин. Бунинг учун беморга хар соатда 100 мл совук сув берилиб доимо аспирация қилиниб туради. Чикаётган суюклик рангига қараб давомли кон кетиш бор ёки йуклиги хақида фикр юритиш мумкин булади. Кон кетиш белгилари батамом тугагач беморга Мейленграхт диетаси – оз оздан совук холда юмшоқ таомлаорни истеъмол қилиб туриш мумкин булади.

Кон йукотишнинг огир холатларида беморга кон ва унинг компонент-ларини трансфузия қилиш лозим булади. Утказилаётган инфузион трнасфузион давонинг асосий принципи йукотилган кон урнини хажми, сифати ва вақти буйича тулдириш лозим.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетиш кон ивиш тизимида узига хо узгаришлар кузатилади. Кон ивиш вақти деярли икки баравар қисқаради 40-50% беморларда. Плазманинг геперинга толерантлиги 45% га ортади.

Умуман олганда тромботест гиперкоагуляция холати хақида гувоҳлик беради.

Утказилаётган даво чора тадбирлари наф бермаса беморга оператив даво тавсия қулинади. Операцияга курсатма тухтамётган кон кетиш булади.

ОШКОЗОН ИЧАК ТИЗИМИДАН КОН КЕТАЁТГАНДА БАЖАРИЛАДИГАН ОПЕРАЦИЯ ТУРЛАРИ

Ошкозон ичак тизимидан кон кетаётган вақтда пайсалга солмай эндоскоп билан текшириб куриш ана шу органдан кон кетиб турган махалларда жаррохнинг кандай йул тутиши кераклигини аниқлаб олишга, кон кетиши даворм этиб турган булса, фурсатни кулдан бой бермай, касални

хавф – хатардан куткаришга ва кон тухтаб колган булса, уринсиз операция килмасликка имкон беради.

Меъда ва ичакда кон бор йуклигини билш учун лапаротомия килиниб, бу органлар куздан кечириб тебкширилиб чикилади. Меъдаени куздан кечириш вақтида сероз парданинг томирлари конга тулиб турган жойлари, махаллий томирлар инъекцияси, яра жарёни туфайли юзага келадиган оқиш рангли чузик кчандиклар бор-йукдлигига алохида ахамият бериш керак, Меъда ва ун икки бармок ичак деворини икки бармок уртасида пайпаслаб куриш зичлашган, инфилтратцияланган жойларни топишга имкон беради. Диагноза аниқ булмаган холларда пилорусдан сал кочириб туриб, узунасига гастротомия килинади. Меъдадаги шира ва конни суриб олиб ташланганидан кейин унинг шиллик пардасини синчиклаб куздан кечириб чиқиш учун катта кузгу ва илюминатор зонд киритилади. Кон кетиётган жойни аниқлаш кийин булса ун икки бармок ичак шираси суриб олинган кейин унга дока иампон солиб курилади. Тампон рангининг узгариб қолишига кура коннинг каердан кетаётганинин бирмунча аниқрок килиб билиб олишга ёрдам бериш мумкеин. Меъданинг кардия булимини айникса синчиклаб куздан кечириш ва пайпаслаб куриш керак.

Ошкозон ичак тизимидан кон кетиши сабабли операция бажарилганида кон кетиш манбаи ёки яра, усма ва бирор патологик холатга хос белгилар аниқланмайди.

Бундай вазиятларда лапаротомиянинг узи ҳам ошкозондаги кон айланишини камайтириб кон кетиш манбаини топишга кийинчиликке тугдириши мумкин. Бундай холатларда интраоперацион эндоскопия ёки кенг гастродуоденотомия килиш лозим булади. Шиллик кавати ревизиясида Старцл коидасидан фойдаланиш мумкин: ошкозон катта эгрлиги буйлаб мобилизациякилинганидан сунг кенг гастротомик яра оркали шиллик кавати юза томонига угирилади тупфер биолан орка деморидан итариб ёрдам берилади. Шунда ҳам етарли куриш имкони булмаса катта кузгулар кардиал томонига куйилиб ревизия килинади, дистал томонга пилорик жом оркали Фарабеф кузгуларини ишлатиш мумкин. Топилган манба ва беморнинг умумий ахволини хисобга олиб турли хил хажмда операцияларни бажариш мумкин булади.

1. Радикал операциялар:

-ошкозон яра касаллиги

-ошкозон ва ун икки бармок ичак ярасининг бирга булиши

2. шартли радикал:

- операция хавфи юкори булган беморларда

- хамрох касалликлари булган беморларда

- карияларда.

3. паллиатив операциялар карияларда

- кон кетишнинг чуққисида огир ва кекса беморларда, бемор хаётини саклаб қолишга каратилган булади.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўқув ишлари бўйича
проректор
_____доц. С.Ш.
ОЛИМОВ

_____2014

й

ИЧАК ДИСПЕПСИЯСИ

Даволаш факультетининг 7 курс талабалари учун

Маъруза

ЯМС асосида ёзилган

Бухоро - 2014

УАШ ЖАРРОХЛИГИ КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА КЎРИБ ЧИҚИЛГАН ВА
ТАСДИҚЛАНГАН КАФ. МУДИРИ Т.Ф.Д. УРОКОВ Ш.Т.

Маъруза матни тузилган МУК да кўриб чиқилган

Баённома № «_____» _____ 2014 й.

Раис: _____ доц. С.Ш. Олимов

Бухоро - 2014

Маъруза номи: *Ичак диспепсияси;*

Маъруза мулжалланган: *даволаш факультетининг 7 курс талабаларига*

Мавзунини асослаш.

Носпецифик яралли колит, Йугон ичак амебиази, Крон касаллиги, Йугон ичак диффуз полипоз ва дивертикулез каби йугон ичак касалликлари диарея синдроми билан кечади

Ўзбекистонда Крон касаллиги ва Носпецифик яралли колит куп учрайди. Диффуз полипоз купинча оилавий характерга эга. Йугон ичак амебиази Ўзбекистонда энг куп тарқалган патология хисобланади, сурункали йугон ичак стази ва кабзият синдроми Ўзбекистон аҳолиси орасида кенг тарқалган касалликдир УАШ амалиетида диарея ва кабзият синдроми билан оғриган беморларга куп дуч келади шунинг учун бу синдромларни асоратланган шакллари камайтиришни уз вақтида ташхислашни ва Ушбу беморларни режали еки шошилинич госпитализация килиш муддатларини аниқлашни билиш зарур.

МАКСАД:

- талабаларга йугон ичакнинг хирургик анатомияси ва функционал ҳолати хақида тушинтириш бериш
- талабаларга йугон ичак касалликларида кулланиладиган текшириш усуллари тушинтириш
- чамбар ичакнинг хирургик хасталикларида касалликнинг кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари хақида гапириб ва курсатиб бериш (ярали колит, дивертикулёз, диффуз полипоз, колостаз, даволовчи ва патологик окмалар, мегодолихоколон ва бошкалар)
- тугри ичакнинг хирургик хасталикларида касалликнинг кечиши, диагностикаси ва даволаш усуллари хақида гапириб ва курсатиб бериш (ярали проктит, тугри ичак тушиши, анал сфинктери етишмовчилиги ва бошкалар)

КУТИЛАДИГАН НАТИЖАЛАР.

Маърузадан кейин талабалар билиши ва кила олиши керак:

- йугон ичак тузилиши, кон билан таъмирланиши, иннервацияси ва лимфа алмашинувни билиши керак;
- йугон ичак хасталикларида текшириш усуллари билиши керак;
- йугон ичак касалликлари ва шикастланишида клиник қуриниши ва кечишини билиши керак;
- тугри ичак ва копкок аппаратининг касалликлари ва шикастланишида клиник қуриниши ва кечишини билиши керак;
- йугон ичак касалликлари ва шикастланишидаги текшириш ва даволаш усуллари тахлил қилиш ва уларга курсатма ва карама-қаршиликларини билиши керак.

МАЗМУНИ.

Мавзунинг ақтуаллиги. Йугон ичак касалликлари ва уларнинг регионал ҳолати хақида мамлакатимиз ва хорижий олимларининг маълумотлари.

Йугон ичакнинг хирургик ва функционал анатомияси. Чамбар ва тугри ичакнинг кон билан таъмирланиши ва лимфа алмашинув ҳолати.

Йугон ичак касалликлари ва шикастланишида текшириш методологияси. Тугри ичакни бармоқ билан текшириш, ректоскопия, колонофиброскопия, ирригография, балоннография, электроколография, сфинктерометрия, нажасни микробиологик текшириш, биопсия, радиоизотоп текшириш, компьютер томография, лапароскопиянинг ахамияти.

Йугон ичак касалликлари ва шикастланишида клиник семиотикаси. Огрикли синдромнинг, диареянинг, ичак сакламаси ҳаракатининг тухтаб қолиши, нажасда патологик қушимчалар булиши, анал сфинктери етишмовчилиги ва локал қуриқдаги топилган маълумотларнинг йугон ичак касалликлари ва жароҳатланишида ахамияти.

Ярали колитнинг Марказий Осиё давлатларида регионал муаммо сифатида. Классификацияси. Носпецефик ярали колит, йугон ичак амебиази, Крон касаллиги, ишемик колит, йугон ичак сили кечишининг узига хос мезонлари. Текшириш ва дифференциал диагностика усуллари. Иммунологик тестлар ахамияти. Ярали колитни консерватив ва оператив даволаш усуллари. Ярали колитнинг асоратлари. Ярали колит билан операция бўлган беморларнинг реабилитацияси.

Колостаз – тушунчаси, тарқалиши, классификацияси. Клиник қуриниши. Диагностика усуллари ва уларнинг интерпретацияси. Колостаз асоратлари (ичакдаги ва ичакдан ташқаридаги). Консерватив ва оператив даволаш усуллари.

Йугон ичак дивертикулёзи. Этиологияси. Классификацияси. Клиник кечишининг узига хос мезонлари ва текшириш усуллари. Асоратлари ва уларнинг диагностикаси. Компьютер томографиянинг йугон ичак дивертикулёзида ахамияти. Йугон ичак дивертикулёзида консерватив ва оператив даволаш усуллари.

Йугон ичак диффуз полипозиди. Тарқалиши, классификацияси. Клиник кечиши ва текшириш усуллари. Диффуз полипознинг облигатли усма олди касаллиги сифатида. Диффуз полипознинг ноинвазив даволаш усуллари. Диффуз полипозда бажариладиган радикал операциялар ва бу беморларнинг реабилитацияси. Пейтц-Егерс синдроми билан кечувчи йугон ичак диффуз полипозининг клиник кечиши.

Йугон ичак даволовчи ва патологик окмалари. Классификацияси. Бир оғизли, икки оғизли илеостома ва колостомалар қуйишга курсатма ва уларнинг усуллари. Йугон ичак патологик окмаларининг клиник кечиши. Йугон ичак окмаларида текшириш усуллари. Беморларни

реконструктив-тиклаш операцияларг таерлаш усуллари. РТО классификацияси. РТО курсатмалар ва бажариш усуллари.

Гиршпрунг касаллиги. Мегадолихоколон. Морфологик хусусиятлари. Клиник кечиши ва текшириш усуллари. Гиршпрунг касаллигининг хирургик даволаш усуллари.

Тугри ичак тушиши. Тугри ичак тушишига олиб келувчи ва келтириб чиқарувчи сабаблари. Диагностикаси. Даволаш усуллари.

Бавосир, уткир ва сурункали парапроктитлар, анал сфинктери етишмовчилиги

Йугон ичак тузилиши, унинг кон билан таъмирланиши, функционал холати.

Йугон ичакнинг шиллик кавати кундаланг тузилган булиб цилиндрик эпителий билан копланган. Мушак кавати ички циркуляр ва ташки буйланма каватлардан ташкил топган. Йугон ичакдаги густралар буйланма мушакларнинг 3 боғламидан (тениялардан) ташкил топган. Сероз кават корин пардасининг висцерал кисмидан ташкил топган булиб йугон ичакни хар хил коплаб олган. Ичак деворида егли усимталар булиб, улар оркали ичак деворига кон билан таъмирловчи томирлар киради. Егли усимталарнинг хаётга мутаносиблигига караб ичакнинг кон билан таъмирланиш даражасини аниклаш мумкин. Йугон ичак кон билан *a.mezeterika sup.* ва *a.mezeterika inf* хисобига тамирланади. Йугон ичакнинг унг кисми, унг бурчаги ва кундаланг чамбар ичакнинг унг ярми кон билан юкори туткич артерияси билан таъмирланади (*a.colica dextra*, *a.ileocolica*, *a.colica media*). Йугон ичакнинг чап кисми, чап бурчаг ва кундаланг чмбар ичакнинг чап кисми, тугри ичакнинг $\frac{3}{4}$ кисми кон билан пастки туткич артерияси хисобига таъмирланади (*a.colica sinistra*, несколько ветвей *a.sigmoidealis*, *a.rectalis superior*). Юкори ва пастки туткич артериялари уртасида биринчи, иккинчи ва учинчи (Риолан) даражадаги туташилар мавжуд. Бу туташиларнинг йугон ичакнинг тушириш операцияларида ахамияти жуда катта. Йугон ичакдан веноз кон портал системага тушади. Йугон ичакнинг унг кисми чап кисмига караганда диаметри деярли икки барабар катта. Тугри ичак йугон ичакнинг дистал кисми булиб, у кичик тос бушлигида жойлашган ва орalik сохасида тугайди. Тугри ичак икки кисмдан ташкил топган: кичик тос бушлигида жойлашган кисми ва орalik сохасида жойлашган кисми. Кичик тос сохасида жойлашган кисми ампуляр ва ампуляр усти сохаларига булинади. Орalik сохасидаги жойлашган кисми анал канали деб аталади. Унинг узунлиги 2-4 см ташкил килади. Анал канали утувчи эпителий билан копланган. Анал каналининг йуналиши кндикга йунналган булиб, бу йуналиш тугри ичакнинг йуналишига кама-карши булиб, унинг йуналиши куймич сохасига йунналган. Циркуляр мушак толалари анал каналда кучли ривожланган булиб ички ва ташки анал сфинктерларини ташкил килади. Ташки сфинктер уятли нервнинг кичик тос булакчалари билан иннервация килинади, ички сфинктер эса уятли нервнинг симпатик толалари оркали иннервация килинади. Ички сфинктер тоник кискариш кобилиятига эга, ташки сфинктер кискаришини эса контрол килиш мумкин. Тугри ичак кон билан юкори тугри ичак артерияси, урта ва пастки тугри ичак артериялари хисобига амалга оширилади.

Йугон ичак куйдаги функцияларни бажаради: овкат хазм килиш, суриб олиш, витамин хосил килиш, иммунитетда, микроорганизмларнинг нормал балансини ташкил килиш, мотор-эвакуатор. 80% сув йугон ичакда кайта сурилади. В группадаги витаминларнинг синтези йугон ичакда булиши тасдиқланган. Йугон ичакнинг хамма сохалари нажас хосил килишда ва унинг каудал томонга харакатида катнашади. Нажаснинг краниал йуналишдан каудал томонга харакат килишида ичакдаги босим градиенти алохида ахамиятга эга. Ичакнинг харакатидаги импульслар мушак ораси ва шиллик кавати ости сохасидаги нерв чигаллари хисобига утказилади (Ауэрбах ва Мейснер нерв чигаллари). Ушбу чигаллардаги дегенератив-яллигланиш процессларининг юз бериши йугон ичак буйича пассажнинг бузилишига олиб келиши мумкин.

Йугон ичак касалликлари ва шикастланишида текшириш усуллари.

Хамма беморларга тугри ичакни бармок билан текшириш утказиш шарт. Ундан олдин перианал сохани яхши еритилган хонада куриш курак. Бармок билан текширишни тиззатирсакга суянган холда утказиш амалга муофик. Текшириш пайтида сфинктер тонуси, шиллик кават холати, эркакларда простата безининг консистенциясига ва катталигига, параректал соха катламларига, лимфатугунлар холатига, тугри ичак харакатчанлигига, аелларда бачадон буйинчасига, тос суяклари холатига ахамият бериш керак.

Аноскопия ва ректоскопия. Колоректал соха патологиясида ҳамма беморга шартли равишда ректоскопия килиниши лозим. Ректоскопияни тугри ичакни бармок билан текширгандан кейин утказилиши керак. Ректоскопияни эгилмайдиган, каттик тубусли ректоскопларда утказилади визуал контрол остида. Ректоскопия пайтида шифокор тугри ичак бушлигининг размерларини, каватларини, харакатчанлигини ва шиллик кават рангини, тугри ичакда хосилалар, эрозиялар ва яралар бор-йуклигини аниклаш керак. Агарда лозим топилса, ректоскопия вақтида биопсия олиш ҳам мумкин

Колонофиброскопия чамбар ичакнинг патологиясини, айниқса унинг проксимал қисмидаги жойлашган касалликларни аниклаш учун қулланилади. Мутахассисларнинг юкори квалификацияси ва техник анжомларнинг етарлигида йугон ичакни ҳамма сохаларини 98% ҳолатларда қуриш мумкин (Стрекаловский В.П., 1978й). Колоноскопияга курсатма булиб йугон ичакнинг проксимал сохасидаги касалликлари ҳисобланади. Колоноскопия пайтида куплаб биопсиялар, рентгенэндоскопик фистулография ва йугон ичакнинг бошка функционал текширишларини утказиш мумкин. Колоноскопияга қарши курсатма булиб яралар колитнинг уткир кечувчи асорати (токсик дилатация, перфорация) лар ҳисобланади. Колоноскопиянинг энг хафли асоратларидан бири – бу ичак перфорацияси. Статистик маълумотлар буйича, 35 000 текширишга 51 тешилиш аниқланган (Frumento Р, 1979й). РКПИМ маълумотлари буйича, 250 полипэктомиа қилинганда 2 беморда ичак перфорацияси ва 3 беморда ичакдан қон кетиш қузатилган.

Йугон ичакни рентгенологик текширишлар информатив текширишлар қаторига қиради. Рентгенологик текшириш усуллари бемордаги ҳолатни хужжатлаштиришга, унинг локализациясини аниқлашга ва лозим топилганда бошка мутахассисларга консултация қилишда ердан беради. Бу текширишларга ирригоскопия, ирригография, фистулография, ошқозон-ичак тизимини пассаж қилиш, лимфография, ангиография ва бошкалар қиради.

Хозирги кунда йугон ичак касалликларини текширишда радиоизотоп текшириш усуллари кенг қулланилмоқда. Бу усулнинг эффективлиги айниқса йугон ичак буйича пассаж утказишда аниқланди ва бу усул рентген контраст билан утказилган усулдан афзаллиги аниқланди. Йугон ичак усмалари ва дивертикулезни диагностикасида компьютер томографиянинг урни жуда катта.

Бемордаги ташхизни аниқлай олиш қийин бўлган ҳолатларда лапароскопиянинг қулланилиши катта аҳамият қасб этмоқда. Ушбу усул билан йугон ичак усмаларида қорин бушлигида метазтазлар борлигини, сероз каватидаги узгаришларни, чандиклар бор еки йуклигини аниқлаш мумкин.

Йугон ичак функционал ҳолатини текширишлар қаторига сфинктерометрия қиради. Бу усул қулланилганда анал сфинктерининг эркин ҳолатда ва мажбурий ҳолатдаги қискариш қобилиятини аниқланди. Хозирга даврда тензомосламалар асосида ишлайдиган сфинктерометрлар қулланилапти. Бу усулни қуллаш учун ичакни махсус таерлаш шарт эмас. Анал сфинктерининг эркин ҳолатда тоник қискариши 20-30 мА га, қучанишда 40-50 мА га тенг. Тугри ичакнинг қопқок функциясини урганиш учун хозирга даврда электромиография усули кенг қулланилмоқда. Ушбу усул анал сфинктери қискариш қобилиятини бутунлигича в сегментар ҳолда аниқлаш имконини беради ва бу курсаткичлар анал сфинктери етишмовчилиги бор беморларда даволаш усулини тугри танлаш имконини яратади. Дефекация актини урганиш усун ректоанал рефлексни аниқлаш муҳим аҳамият қасб этади. Йугон ичакнинг мотор функцияси электроколография йули билан, тугри ва сигмасимон ичакникини эса баланография усули билан аниқлаш мумкин. Бу текширишлар йугон ичакнинг булимларининг тонусини ва перистальтик харакатини аниқлашга ва ичаклардаги дискинезия белгиларини бор-йуклигини аниқлашга имкон беради.

Яралар колитнинг турли хил формаларини аниқлашда, мегадолихоколоннинг қелиб қиқилишини аниқлашда, онкологик касалликларда морфологик текширишлар кенг қулланилапти. Бу усулнинг аниқлик даражаси жуда юкори, лекин биопсияни ичакнинг бир нечта жойидан олиш керак. Шуни айтиб утиш керакки, морфологик текширишларда ҳам хатолар булиши мумкин. Шунинг учун, морфологларнинг тасдиқлаган диагнозини асос сифатида олиш керак, агар морфологлар инкор этган бўлса якуний ташхизни беморда утказилган клиник текширишлар комплексига асосланиб ва бошка инструментал-рентгенологик текширишлар асосида қуйилиши керак.

Йугон ичак шикастланиши ва**касалликларидаги белгилар семиотикаси**

Йугон ичак касалликларидаги клиник белгилар хар хил куринишда булиб, хар доим хам аник куринишда булмаслиги мумкин. Касаллик кечишида симптомсиз ва клиник белгилари ривожланган кечиш турлари фаркланади. Кориндаги ва анус сохасидаги огриклар йугон ичак касалликларига хос булган симптомлар каторига киради. Огрикли синдром хар хил куринишда булиши мумкин: туганоксимондан симиб орувчигача. Кориндаги доимий огриклар корин бушлигидаги яллигланиш процесига хосдир. Бундай огриклар гранулематоз колитда, носпецефик ярали колитларда, йугон ичак кузгалиш синдромида, дивертикулезнинг дивертикулит асорати кузатилганда ва бошка холатларда булиши мумкин. Туганаоксимон огриклар ичак тутиши клиникасига хосдир.

Орка чикарув тешигидан чикувчи патологик ажралмалар уткир ва сурункали парапроктитда, проктосигмоидитда, носпецефик ярали колитда, Крон касаллигида, йугон ичак усмаларида кузатилиши мумкин. Патологик ажралмалар (йиринг, шилимшик) факат дефекация пайтида ва хар доим булиши мумкин.

Дефекация пайтида кон кетиш еки нажас билан коннинг кушилиб келиши йугон ичакнинг энгкуп учрайдиган симптомлар каторига киради. Тоза ва кизил коннинг томчилаб еки тизиллаб окиши купрок бавосмир касаллигига хосдир. Нажасга кушилиб ва макроскопик аникланадиган кон кетиш йугон ичакнинг яллигланиш касалликларига, усмаларга, дивертикулезга хосдир. Кон кетиш манбаи канчалик проксимал жойлашган булса, шунчалик даражадаги узгрған кон нажас билан ажралиши кузатилади. Деярли узгармаган кон ажралиши бу йугон ичакнинг дистал кисмлари асоратланганлигини билдиради еки йугон ичакнинг тотал жорахатлинишни курсатади.

Йугон ичак касалликларидаги анемия уткир ва сурункали геморрагия хтисобига булади ва гипохром холда кечади. Ушбу симптом йугон ичакнинг емон сифатли усмаларининг биринчи симптомлари каторига киради.

Кабзият – дефекация актининг кийналиши ва нажас келмаслиги(хар хил муддатдаги) – йугон ичак касалликларининг тез учрайдиган симптомларига киради. Кабзиятнинг сабаблари сифатида йугон ичак усмалари, колостаз, дивертикулез, мегаколон, чандикли торайиш ва бошкалар булиши мумкин. Шу билан биргаликда функционал (спастик ва атоник) кабзитарлар хам кузатилиши мумкин. Бу холатларнинг келиб чикиши сабаби яллигланиш ва дегенартив процесслар булади.

Йугон ичак тутилиши – йугон ичак буйлаб ичак сакламаси пассажининг бузилиши ич келмаслиги, ел чикишининг кийинчилиги, корин дам булиши, кунгил айниши ва кайд килиш билан кечиши мумкин. Ичак тутилиши тулик ва тулик эмас булиши мумкин ва купрок холатларда ичакнинг органик процессларида руй беради.

Ич кетиши – йугон ичакнинг яллигланиш касалликларида куп учрайдиган симптомлар каторига киради. Ич кетиши тенезмлар билан кузатилиши мумкин. Тенезмлар – бу дефекацияга елгон чакриклар булиши ва жуда кам микдорда ичак сакламасининг чикиш билан кечади. Тенезмнингкелиб чикиши йугон ичак шиллик каватининг яллигланиши окибатида юз берадиган патологик холат сифатида юз беради.

Ел чикиши ва нажас келишини ушлай олмаслик тугри ичакнинг копкок функциясининг тугма ва ортирилган касалликларида намоен булади. Анал сфинктерининг етишмовчилигининг 3 та даражаси бор: I даража – ел чикишиниушлай олмаслик: II даража – ел чикишини в суюк ахлат чикишини ушлай олмаслик: III даража – ел чикиши, суюк ва каттик нажас келишини ушлай олмаслик

Колопроктологияда тез ва куп учрайдиган патологик холатлар

Ярали колит – йугон ичакнинг ярали-некротик жароухатланиши сифатида охирги пайтлари Марказий Осие давлатларида улка патологияси сифатида каралмокда. Ярали колитнинг куйдаги турлари мавжуд:

1. Носпецефик ярали колит
2. Йугон ичак амебиази
3. Гранулематоз колит (Крон касаллиги)
4. Ишемик ярали колит
5. Йугон ичак сили

Буларнинг ичида энг куп учрайдиган носпецефик ярали колит хисобланади (НЯК). РКПИМ маълумотларига кара ярали колитлар билан огриган беморларнинг 61,5% НЯК аникланган. НЯК

этиологияси хозирга даврга келиб ҳам аник эмас ва куйдаги теориялар мавжуд: инфекционн, иммунологик, вирусли, аутоимунн ва бошкалар. НЯКнинг патоморфологик анатомиясида тугри ичакнинг деярли куп холатларда шикастланиши билан кузатилади. Касаллик давом этиши жараенида йугон ичакнинг колган кисмлари ҳам жароҳатланиши мумкин. Адабиетдаги маълумотлар буйича процесс 2-3% беморларда ингичка ичакга ҳам утиши мумкин (В.Д.Федоров ва бошкалар). НЯК яллигланиш куп холатларда шиллик каватдан бошланади. Касалликнинг клиник кечиши жароҳатланишнинг локализациясидан ва чукурлигидан, асоратлар бор еки йуклигига боглик. Беморлар ич кетишига, йугон ичак проекцияси буйлаб огрикларга, нажасда патолгик ажралмалар борлигига, умумий бехолсизликга шикоят килишади. Касалликнинг яшин тезлиги еки утки кечишида клиник белгиларнинг еркин намоен булиши билан кечади ва куп холатларда летал натижаларга олибкелади. Касалликнинг сурункали кечиши йилар давомида утади ва беморлар асоратланган холда шифокорларгамурожат килишади. Ярали колитнинг бошка формаларинингклиник кечиши НЯК дан деярли фаркланмайди. Касалликнинг диагностикаси ректоскопия, колонофиброскопия, ирригография, йугон ичак микрофлораси, иммунологик ва морфологик курсаткичлар асосида куйилади. Йугон ичак амебиазини аниклашда иммунологик тестларнинг ахамияти жуда катта (РНИФ реакцияси). Крон касаллиги диагностикасида аник усулардан бири бу биопсия ердамида еки гистологик текшириш ердамида утказилади. Шиллик кавати ости сохасида гранулемалар топилиши гранулематоз колит борлигини тасдиқлайди. Гранулематоз колитга яна хос белгилардан ичак деворларининг хаммасини жароҳатланиши ва органлараро окма хосил булишидир.

Ярали колит билан огриган беморларни даволаш кийн ва огир муаммолардан биридир. Бошлангич стадияларида консерватив даволаш яхши эффект беради. Жарроҳларга беморлар ярали колитнинг асоратлари билан тушади ва у оператив давони талаб килади. Ярали колитнинг асоратлари сифатида куйдагилар хисобланади: кон кетиш, псевдополиплар хосил булиши, ичак стриктураси, перфорацияси, токсик дилятация, органлар ароокмалар хосил булиши, малигнизация. Лекин хозирга вақтда ярали колит билан огриган беморларни асоратлар юз бермасдан олдин операция килишмуаммолари урганилмокда ва амалга тадбик этилмокда.

Ярали колитни консерватив даволашда куйидаги дори-дармон воситалари кулланилади: саладопиридазин еки сулфасалазин, антибиотиклар, коннинг реологик хусусиятларини яхшиловчи препаратлар, оксил моддалари, гемотррансфузия, плазмотрансфузия. Ярали колитни даволашда гормонал препаратлар эффектлиги яхши исботланган, лекин бизнинг тажрибамиз шуни куртадики, гормонотерапия олган беморларда операциянинг натижалари коникарсиз топилгана.

Оператив даволаш ярали колитнинг асоратланган турларида ва консерватив даволаш эффект бермаган такдирда утказилади. Бажариладиган операциялар каторида жароҳатланган ичакларни резекция килиш, анастомоз куйиш еки стома чикариш йули билан утказилади. НЯКда купрок тугри ичакнинг корин-анал резекцияси ва сигмасимон ичак резекцияси бажарилади, чунки тугри ичак 91,7% ярали колитда жароҳатланади. Тотал жароҳатланишида беморларга тотал колпроктэктомия ва илеостомия куйиш амалга муофик деб топилган.

Колостаз – бу йугон ичакнинг дегенератив-яллигланиш касаллиги булиб, унинг асосий куриниши ичакнинг мотор-эвакуатор функциясининг бузилиши билан кечади. Колостазнинг 3 стадияси аникланади: компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация. Жароҳатланиш чегараси буйича сегментар, ча томонлама, унг томонлама, субтотал, тотал, проктостаз фаркланади. Касалликнинг клиник кечиши мустакил ичи келмаслиги, кориндаги огриклар, корин дам булиши, психик холатнинг бузилиши билан характерланади. Беморлар йиглоки, тез таъсирчан ва атрофдагилари билан мулокат килишининг кийинлигини таърифлашди. Диагностикаси ирригография, ректоскопия, функционал текшириш усуллари(электроколография, балонграфия) ва клиник белгиларига караб куйилади. Колостаз асоратлари: ичакдаги ва ичакдан ташкари. Ичакдаги асоратларга кориндаги огрик синдроми, сурункали ичак тутилиши белгилари, стеркорал тошлар хосил булиши. Ичакдан ташкари асоратларига конъюнктивитлар, теридаги узгаришлар (дерматит), артритлар ва бошкалар.

Колостазнинг компенсациялашган ва субкомпенсациялашган формалари консерватив усуллар билан даволанади. Консерватив даволанишда асосий омиллардан физиотерапевтик муолажалар хисобланади (коринга парафин, ичакга электростимуляция, коринга массаж).

Декомпенсация боскичида беморларга оператив даволаш тавсия этилади. Операция хажми жароҳатланиш чегараси билан асосланади. РКПИМ маълумотлари ва охирги 10 йил ичида

килингган илмий изланишлар шуни курсатадики, колостазда тотал колэктомия ва илеоректал анастомоз куйиш энг яхши натижаларга олиб келади.

Йугон ичак дивертикулези хаёт давомида ортирилган касаллик хисобланиб, йугон ичак деворида чурасимон хосилалари пайдо булиши билан характерланади. Чин дивертикуллардан фарк килиб, дивертикулез касаллигида елгон дивертикуллар хосил булади ва бу дивертикуллар деворида мушак кавати катнашмайди. Бу хастлик купрок кари ешдаги беморларда учрайди. Адабиёт маълумотлари буйича дивертикуллар ректосигмоид ва сигмасимон ичаксохасида жойлашади (35%). Касалликнинг клиник кечиши ич кетиши ва кабзиятлар булиши, кориндаги огриклар ва дискомфорт булиши билан кузатилади. Асоратлар бошланганда касалликклиникаси зураяди ва асоратлар намоён булиши бошланади. Дивертикулезнинг куйдаги асоратлари бор: дивертикулит, ичакдан кон кетиш, инфилтратлар хосил булиши, органлараро окмалар хосил булиши, малигнизация. Диагностикаси колоноскопия, ирригография, компьютер томография, корин бушлигини УЗС – текшириш асида утказилади. Йугон ичак дивертикулези асоратсиз кечганда консерватив даволаш тавсия этилади. Асоратлар кузатилганда оператив даволаш курсатма хисобланади. Кулланиладиган амалиёт сифатида жарохатланган соха резекцияси ва анастомоз куйиш тавсия этилади. Дивертикулларнингкорин бушлигига перфорацияси ва корин бушлигида йирингли бушликлар топилганда жарохатланган сохани резекция килиш ва колостома куйиш амалга муофик.

Йугон ичак диффуз полипозии облигат усма олди касаллиги хисобланади. Морфологик куринишда касаллик йугон ичакнинг яллигланган шиллик кавати фонида хакикий полиплар пайдо булиши билан характерланади. Полиплар аденоматоз, гиперпластик ва аденопапиломатоз характерда булади. Полиплар размерибир неча миллиметрдан бир неча сантиметргача булиши мумкин. Диаметри 2мм булган полиплар милиар полиплар дейилади. Агар диффуз полипоз териди пигментация билан кечса бу холат Пейтца-Егерс синдроми деб аталади. Яхши сифатли усма ва диффуз полипоз биргаликда кечса бунга Гарднер синдроми дейилади.

Диагностикаси ректоскопия, колонофиброскопия, ирригография, гастрофиброскопия, биопсия ердамида аникланади. Диффуз полипозининг облигат усма олди касаллиги эканлигини хисобга олиб уни даволашда кул келадиган усул – бу оператив даволаш. Операция хажми касаллик чегараси ва малигнизация белгилари бор еки йуклигидан тафовутланади. Полипларни эндоскопик йуллар билан санация килиш даволашнинг яна бир оптимал усулларида бири хисобланади.

Гиршпрунг касаллиги тугма нуксонлар каторига кириб, унинг асосида йугон ичак мушак ва шиллик ости каватидаги нерв чигалларининг еки йуклиги еки хам ривожлангани етади. Ю.Ф.Исаков маълумотларига асосан касалликнинг учрашиши тугилганларнинг 1:5000 нисбатда булади. А.И.Ленюшкин Гиршпрунга касаллигинингкуйдаги турларини тафовутлайди: ректал, ректосигмоид, сегментар, субтотал, тотал. 90% холларда процесс тугри ичакни эгаллайди. Каталарда купрок гипоганглиоз холати учрайди, чунки аганглиоз билан катталар ешига етиш кийин. Касалликнинг клиникаси узок давом этувчи кабзият, мустакил ичининг келмаслиги, дефекацияга чакирик булмаслиги, кориндаги шиш ва огриклар булиши билан кузатилади. Диагностикаси ректоскопия, ирригография, Свенсон усули буйича биопсия асосида куйилади. Гиршпрунг касаллигини даволашнинг ягона усули – бу оператив. Жуда куп усуллар тавсия килинган. Катталарда Гиршпрунг касаллигида Дюамел операцияси (РФ Колопроктология илмий маркази модификациясида)энг куп кулланилади ва яхши натижаларга олиб келади. Операциянинг асосий омили булиб аганглиоз сони айланиб утиб анстомоз куйиш керак.

Йугон ичак окмалари ушбу органнинг деструктив-яллигланиш касаликларининг асоратлари сифатида еки операциядан кейинги асоратлар хисобига пайдо булади. Ичак окмалари морфологик ва клиник нуктаи назардан тулик ва тулик эмас, найсимон ва лабсимон, йирингли бушликлар билан ва уларсиз, ташки ва ички, тугма ва хаёт давомида ортирилган, битта ва куплаб, асоратланган ва асоратсиз булади. Беморларнинг асосий шикоят сифатида корин деворида окма тешиги борлиги ва ундан йиринг ва нажас чикиши булиб келади. Асоратланган окмаларда клиник кечиши емонлашади, организм интоксикацияси белгилари пайдо булади, тери окма тешиги атрофида мацерация, дерматит белгилари ривож олади. Диагностикаси ректоскопия, ирригография, колоноскопия, фистулография, ОИТ буйича пассаж, клиник-биохимик анализлар оркали куйилади. Ички окмалар диагностикаси бир оз кийиндир. Йугон ичак окмалари баъзи бир холатларда узи

мустикал бекилиши ҳам мумкин (найсимон окмалар). Йугон ичак окмаларида асосий даво услуби – бу оператив. Операцияларнинг турлари ва услублари хар хилдир. Асосан йугон ичакнинг окма олиб борувчи сохалари резекция килинади ва анастомозлар куйилади. Баъзи ҳолатларда ичакнинг понасимон резекцияси ва Мельников усулида анастомозлар куйиш ҳам кулланилади.

Колостомия усуллари ва стомали беморларни хирургик реабилитация килиш масалалари. Колостома куйиш йугон ичак касалликларини даволашда кенг кулланиладиган усуллар каторига киради. Колостома куйишга курсатма булиб ичак тутилиши, ярали колитнинг ва диффуз полипознинг огир турлари булиб, ушбу ҳолатларда бирламчи анастомоз куйиш бемор ҳаётига ҳафв солиши мумкин. Колостома куйишнинг бир нечта усул ва методлари бор. Бир огизли, икки огизли, деворий стомалар куйиш усуллари фаркланади. Уларнинг хар бири хар хил вазифаларни бажаради. Колостомалар ҳаёт давомида ва вақтинча вақтга куйилади. Стома куйилгандан кейин 3-4 кун утгандан кейин стома ишлашни бошлайди. Ишлаб турувчи стомага парвариш килишнинг бир нечта усуллари бор. Стомали беморларнинг хирургик реабилитацияси колопроктологиянинг огир муаммолар каторига киради. Колостомаларни бекитишда тиклаш, реконструктив ва тиклаш-реконструктив операциялари фаркланади.

Тугри ичак тушиши. Тугри ичак тушишида олиб келувчи ва келтириб чиқарувчи омиллар фаркланади. Келтириб чиқарувчи сабабларга корин бушлигидаги босимнинг ошиши, дистрофия, тугри ичакнинг ушлаб турувчи органларнинг травмаси ҳисобланади. Олиб келувчи сабабларга организмнинг анатомик-конституционал ҳолати (сигмасимон ичак ва туткичининг узайиши, дуглас бушлигининг чуқурлигининг ошиши, тос мушакларининг тугма сустлиги) ҳисобланади. Тугри ичак тушишининг иккита асосий теориялари бор: чуррасимон ва инвагинацион. Клиникасида беморлар тугри ичактушишига, суюк ахлат чиқиши ва ел чиқишининг ушлай олмаслигига, оралик соҳасидаги огрикларга шикоят килишади. Тугри ичак тушишининг 3 даражаси аникланади: I стадия – тугри ичак факат дефекация пайтида тушади; II стадия – тугри ичак жисмоний зуриқишда тушади; III стадия – тугри ичак бемор вертикал ҳолат эгалаганда тушиши ва ҳаракат килганда тушиши билан характерланади. Диагноз тугри ичакни бармок билан текшириш, ирригография, сфинктерометрия, электромиография ердамида куйилади. Агар болаларда тугри ичак тушишини консерватив йуллар билан даволаш мумкин булса, катталарда факат оператив йул билан даволаш мумкин. Тугри ичак тушишида 100 дан ортик оператив даволаш усуллари мавжуд. Улар асосан корин бушлиги оркали ва оралик оркали бажарилиши мумкин. Энг куп кулланиладиган усуллардан Кюмел-Зеренин услуби Россия Колопроктологии ДИМ модификациясидир. Оралик оркали килинадиган усуллардан Делорм ва Локкарт-Маммер операциялари амалга мувофиқ деб топилган. Анал сфинктери етишмовчилиги кузатилганда асосий операция сфинктеропластика билан тугалланиши яхши натижалар беради.

Анал сфинктерининг етишмовчилиги – тугри ичакнинг дистал қисми касаллиги ҳисобланиб, узига ҳос бир нечта симптомлар билан кечади ва беморларни купчилик ҳолатда инвалидликга олиб келади ва уларни ижтимоий ва шахсий ҳаётига катта таъсир курсатади. Анал сфинктерининг етишмовчилигининг куйдаги турлари фаркланади: операциядан кейинги, травматик, туғишдан кейинги, тугма. Беморлар асосан газ чиқишининг ва ахлат чиқишининг ушлай олмаслигига шикоят килишади. Сфинктер етишмовчилигининг 3 та даражаси фаркланади. Диагноз беморлар шикоятлари, анамнези, тугри ичакни бармок билан текшириш, ректоскопия, сфинктерометрия, электромиография маълумотлари асосида куйилади. Анал сфинктер етишмовчили оператив йул билан даволанади. Куйдаги оператив даволаш усуллари кулланилади: олдинги сфинктеропластика, орка сфинктеропластика, сфинктеролеваторопластика, глутеопластика, грациопластика. Бавосир – бу тугри ичак дистал қисмининг каверноз таначаларининг гипертрофияси ҳисобланади. Бавосир инсонларда энг куп тарқалган патологиялар каторига киради. Бавосир ер шари ахлисининг 10% да учрайди, тугри ичак касалликлари ичида бавосир 40% ни ташкил қилади. Беморлар қурилганда соат мили буйича 3-7-11 ларда ташки ва ички бавосир тугунлари аникланади. Беморлар бавосир касаллигида дефекация пайтида кон келишига (тоза кон), анус соҳасидаги огрикларга, анус соҳасида кичишиш борлигига, оралик

соҳасида ет жисмга ухшаш нарса борлигига шикоят қилишади. Клиник кечиши буйича асоратланмаган ва асоратланган бавосир фаркланади. Бавосир асоратларига қуйдагилар қиради: қон кетиш, тугунларнинг тушиши, тромбоз, малигнизация. Диагноз беморларнинг шикоятлари, анамнези, тугри ичакнинг бармоқ билан текшириш, ректоскопия маълумотлари асосида қуйилади. Асоратланмаган бавосир консерватив йуллар билан даволанади. Булар қаторига ич келишини регуляция қилиш, бавосирга қарши шагамчалар бюриш, даволовчи микрохукналар қилиш ва физиотерапевтик муолажалар қиради. Асоратланган бавосир ператив даво учун курсатма ҳисобланади. Қуйдаги операциялар қулланилади: тугунларни бойлаб қуйиш, тугунларни кесиб олиш ва пластик операциялар. Ҳозирга даврда геморроидэктомия ва анал канали шиллик қаватини тиклаш операцияси қенг қулланиляпти. Замонавий операциялардан латексли халқалар қуйиш, инфракизил қуйдириш, лазерли фотокоагуляция ва бошқалар қиради.

Уткир ва сурункали парапроктит. Парапроктит келиб чиқиш сабабларидан инфекция агентларнинг анал безларининг шикастланиши натижасида параректал соҳага тушиши ҳисобланади. Классификацияси буйича уткир парапроктит қуйдагиларга бўлинади: шиллик ости, тери ости, ишеоректал, ретроректал, пельвиоректал. Клиникасида тана ҳароратининг қутарилиши, оралик ва анус соҳасидаги оғриқлар бўлиши, оралик соҳасидаги инфилтратлар борлиги билан қузатилади. Даволаш йирингли учокни очиш ва найчалашдан иборат. Сурункали парапроктит қуйдаги турларга бўлинади: тулик ва тулик эмас; орқа, олдинги ва ет бош; интрасфинктер, трансфинктер ва экстрасфинктер. Сурункали парапроктитлар оператив йул билан даволанади. Операция окма йулини кесиш ва шикастланган сфинктер толаларини тиклашдан иборатдир.

МАЪРУЗАДАГИ КУРГАЗМАЛИ КУРОЛЛАР.

1. Таблицаалар: йугон ичак анатомияси (чамбар ичак, тугри ичак ва қопқок аппарати), операцияларнинг схематик тасвири, классификациялар буйича
2. Макропрепаратлардан таерланган слайдлар (ярали қолит, диффуз полипоз, дивертикулез буйича).
3. Йугон ичак қасалликлари буйича рентгенограммалар.
4. Беморлар демонстрацияси
5. Хирургик ва диагностик анжомлар демонстрацияси

ТАЛАБАЛАРНИНГ МУСТАКИЛ ИШИ БУЙИЧА МАВЗУЛАР.

Соатлар сони – 2.

1. Анлоректал соҳа қасалликлари: диагностикаси ва даволаш усуллари
2. Йугон ичак дивертикулези ва унинг асоратлари.
3. Илео- ва қолостома қуйишнинг усуллари, стомаларни парвариш қилиш
4. Йугон ичакни эндоскопияга ва операцияга таерлаш усуллари.
Контрол саволлар
1. Йугон ичакнинг қайси соҳасида юқори ва пастки мезентериял томирлар орасида 3 даражадаги анастомозлар мавжуд?
2. Ичак сакламасининг қраниал соҳадан қаудал йуналишда ҳаракат қилишга олиб қелувчи асосий омил бўлиб нима ҳисобланади?
3. Сурункали қолостаз ташхизини аниқлашда қайси текширишлар қилиниши шарт?
4. Йугон ичак дивертикулезининг келиб чиқиш сабаблари?
5. Қайси объектив текшириш усуллари билан анал сфинктери етишмовчилигини аниқлаш мумкин?
6. Тугри ичак тушишининг нечта даражасини биласиз?
7. Бавосир қасаллигини оператив даволашга курсатма?
8. Уткир ва сурункали парапроктит классификацияси
9. Йугон ичакни текширишда қулланиладиган қандай функционал текшириш усуларини биласиз?
10. Носпецефик ярали қолитнинг клиник кечиш манзараси ва унинг диффуз полипоздан дифференциал диагностикаси

ТАВСИЯ ЭТИЛАДИГАН**АДАБИЕТЛАР**

Асосий адабиётлар

1. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. Москва. 1986 г. 382 стр.
2. Шалимов А.А. Хирургия пищеварительного тракта. Москва, 1984 г
3. Ллойд М. Найхус и другие. Боль в животе. Москва 2000й. 320 стр.
4. Дж.Мёрта Справочник врача общей практики. Москва 1998 г., 1242 стр
5. Кузин М.И. Хирургические болезни. Тошкент 1986, 703 стр

Кушимча адабиётлар.

1. Наврузов С.Н. и другие. Геморрой у беременных и родильниц. Ташкент, 1995, 85 стр.
2. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Будапешт, Венгрия, 1986г.
3. Курбанов Ч.Ю. “Наружные послеоперационные кишечные свищи”. (Ташкент, 1989г.)
4. Шнигер Н.У. “Рентгенология прямой и ободочной кишок”. (Москва, 1989г.)
5. Федоров В.Д., Никитин А.М. “Диффузный полипоз толстой кишки”. (Москва, 1985г.)
6. Генри М.М., Свош М. “Колопроктология и тазовое дно”. (Москва, 1988г.)
7. Ванцяи Э.Н. “Наружные и внутренние свищи”. (Москва, 1990г)

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўқув ишлари бўйича проректор

_____ доц. С.Ш. ОЛИМОВ

_____ 2014 й

ИШИМИК СИНДРОМ

Даволаш факультетининг 7 курс талабалари учун

маъруза

ЯМС асосида ёзилган

Бухоро - 2014

УАШ ЖАРРОХЛИГИ КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА
КЎРИБ ЧИҚИЛГАН ВА ТАСДИҚЛАНГАН КАФ.

МУДИРИ

Т.Ф.Д. УРОКОВ Ш.Т.

Маъруза матни тузилган МУК да кўриб чиқилган

Баённома № « _____ » _____ 2014 й.

Раис: _____ доц. С.Ш. Олимов

Бухоро - 2014

Оёқлар магистрал артерияларининг тромбози ва эмболияси

Артериал тромбозлар ва эмболиялар томирларнинг шошилишчи хирургиясига тааллуқлидир. Артериал эмболия ва артерияларнинг ўткир бекилиши тушунчалари бир-бирига синонимдир.

Охирги ўн йилликларнинг клиник амалиёти магистрал қон томирларининг тромбозлари ва эмболиялари, ҳамда уларнинг асоратлари миқдорининг тобора ошиб бораётганлигини кўрсатмоқда. Бу беморларни ўз вақтида ташхисланмаётганлиги ва касалхоналарга кеч етказиб борилаётганлиги сабабли махсуслаштирилган ангиохирургик ёрдам аксарият ҳолларда кечикмоқда. Махсус адабиётларда кўрсатилганидек ушбу беморлардаги 20 дан 35%гача бўлган ўлим ва 20%гача етувчи ампутация ҳоллари айтганларимизнинг яққол исботи бўла олади (Савельев В.С). Бугунги кунда умумий амалиёт шифокорларни: жаррохлар, терапевтлар, невропатологлар, тез ёрдам шифокорларини артериал эмболия диагностикаси ва даволашнинг замонавий усуллари мукамал тушуниши муҳим масалалардан бири бўлиб ҳисобланади.

Артериал ўтказувчанликнинг ўткир бузилиш

сабаблари

Эмболиялар сингари ўткир тромбозларни ҳам мустақил касаллик деб ҳисоблаб бўлмайди. Улар ҳар доим асосий касалликнинг, яъни эмбол ёки тромбоген касалликлар оқибатида келиб чиқади. Бу касалликларни яъни, ўткир артериал окклюзия чақириши мумкин бўлган патологиялар қуйидагилардир.

Асосий эмбологен касалликлар.

1. Атеросклеротик кардиопатия: диффуз кардиосклероз, инфарктдан кейинги кардиосклероз, ўткир инфаркт миокарди, юракнинг ўткир аневризмаси, юракнинг сурункали аневризмаси.
2. Ревматик митрал порок.
3. Юракнинг туғма пороги.
4. Септик эндокардит.
5. Аорта ва унинг йирик шохлари аневризмалари.
6. Пневмония.
7. Ўпка ўсмалари, катта қон айланиш доираси веналарининг тромбози (юрак тусиғининг дефектлари бўлганда), қўшимча бўйин ковуғаси.
8. Эмболиянинг ноаниқ манбаи.

Шуни таъкидлаш лозимки, эмбологен касалликлари бўлган кўпчилик беморларда юракда титроқ (мерцал) аритмия кузатилади.

Ўткир артерия тромбозининг этиологияси.

Томир ичида тромб ҳосил бўлиш сабаблари 1856 йилдаёқ Вирхов Г. томонидан аниқланган ва у буларни битта триадага бирлаштирган, яъни: томир деворининг зарарланиши, қон таркибининг ўзгариши ва қон айланиш бузилиши. Тромб ҳосил бўлишида бу триада факторларидан қайси бири етакчи бўлса ҳам, ўткир артериал тромбоз сабабларини қуйидаги тартибда системалаштириш мумкин.

Томир деворининг зарарланиши.

I. Облитерацияловчи атеросклероз 10%.

II. Артериитлар.

1. Системали аллергиял васкулитлар.

а) Облитерацияловчи тромбангиит,

б) носпецифик аортоартериит,

в) тугунли периаартериит.

2. Инфекцион артериитлар.

III. Травма.

IV. Томирларнинг ятроген зарарланиши.

V. Бошқа омиллар (совук олдириши, электр токи таъсири ва ҳ.к.).

Қон таркибининг ўзгариши.

1. Қон касалликлари:

а) чин (истинная) полицитомия (Вакез касаллиги),

б) лейкозлар.

2. Ички аъзолар касалликлари (атеросклероз, гипертония касаллиги, хавфли ўсмалар ва бошқалар).

3. Дори препаратлари.

Қон айланиш бузилиши.

1. Экстравазал компрессия.

2. Аневризмалар.

3. Спазм.

4. Қон айланишининг ўткир бузилиши, коллапс.

5. Артерияларда бажарилган операциялар.

Ўткир ишемия синдромининг патогенези

Магистрал артерияларнинг ўткир тусилиши натижасида периферик томирлар спазми ривожланади. Артерия спазми механизмнинг ривожланиши ҳали тўлиқ аниқланмаган. Патологик артериоспазм коллатерал қон айланишни қийинлаштиради ва бунинг натижасида тўқималарда қайтмас ўзгаришлар ривожланади, яъни коллатерал қон айланиши магистрал қон айланиши бузилишини ўз вақтида компенсация қила олмайди.

Тўқималар оғир ишемияси узоқ давом этган ҳолларда метаболик ацидоз юзага келади ва майда томирлар спазми паралиitik вазодиятация билан алмашинади. Гемодинамика бузилиши

(қон стази), гипоксия ва аноксия натижасида томирлар деворининг патологик ўзгариши ва қоннинг ивиш тизимининг ўзгариши оқибатида проксимал (кўтарилувчи) ва дистал (тушувчи) йўналишларда тромбоз тарқалиши ривожланади. Тромбозни давомийлиги одатда йирик тармоқларнинг бошланиш жойларигача бўлади, чунки уларда қон оқимининг катта тезлиги нисбатан сақланади. Жараённинг бошланғич босқичида тромб артериал девор билан бирикмаган, тебраниб турувчи (флотирующий) бўлади ва нисбатан енгил кўчиши мумкин. Кейинчалик эса тромб катталашади, томир девори билан бирикади, мушак артерияларининг ён шохларига тарқалади. Томир деворида яллиғланиш жараёни ривожланади. Тукималардаги метаболик ўзгаришлар натижасида қоннинг шаклли элементларида микро- ва макроагрегатлар ҳосил бўлади, яъни микроэмболлар, мушак ва ҳатто магистрал веналар тромбозлари (5-6% беморларда) пайдо бўлади. Вена тромбози белгилари юзага келиши оёқда қон айланишнинг бутунлай бузилганлиги кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Тромботик жараённинг микроциркуляр ва веналар оқимига тарқалиши – бу жуда ёмон прогностик белгисидир, яъни касалликнинг оғир кечишидан дарак беради. Бундай ҳолатларда окклюзия сабабларини йўқотиш натижа бермаслиги мумкин, бунда магистрал томирлар ўтказувчанлиги тиклангандан сўнг тўқималарда меъёрий қон айланиш кузатилмайди, юқори периферик қаршилик ҳамда оқимнинг қийинлашиши натижасида магистрал томирларнинг иккиламчи тромбози руй беради. Магистрал артериялар ўтказувчанлигининг ўткир бузилиши ўткир апоксия (гипоксия) ривожланишига ва тўқималарда барча алмашинувлар бузилишига олиб келади.

Метаболик ацидоз ривожланиши муҳим аҳамиятга эга, яъни бунда аэроб оксидланиш анаэроб оксидланишга ўтади, оксидланиб улгурмаган моддалар миқдори тўпланади. Ишемия бўлган тўқималарда катта миқдорда актив ферментлар пайдо бўлади, масалан кинин. Аноксия ва метаболик ацидоз ҳужайра мембранасининг ўтказувчанлигини бузилишига ва мушак тўқималарининг нобуд бўлишига олиб келади. Бунинг натижасида ҳужайра ичидаги калий ва миоглобин тўқималар ораси суюқлигида тўпланади, умумий қон айланишига қўшилади ва гиперкалиемия ҳамда миоглобинурик нефроз ривожланади. Оёқ-қўлларнинг оғир ва давом этувчи ишемиясида мушакларнинг субфасциал шиши вужудга келади. Уларнинг зич фасциялар орасида эзилиши тўқималарда қон айланиши бузилишини кучайтиради. Бу нарса бутун гуруҳ мушакларнинг некрозига олиб келиши мумкин, айниқса магистрал артерияларда қон айланиш оператив тиклангандан сўнг, чунки ишемияга учраган мушакларда шиш операциядан кейин жуда тез ривожланади. Метаболик бузилишлар, (ацидоз, актив ферментлар), қон стази, макроагрегантлар пайдо бўлиши майда томирларда, капиллярларда, тромб ҳосил бўлишига шароит яратади, натижада оёқ-қўлларнинг тўқималарида қайтмас ўзгаришлар ривожланади. Умумий гемодинамиканинг бузилиши маҳаллий қон айланиш бузилишига ҳам сабабчи бўлади. Аноксияга сезгирлик ҳамма тўқималарда ҳар хил. Нерв ва мушак тукималарида 10-12 соатдан кейин, терида эса 24 соатдан сўнг қайтмас патологик ўзгаришлар бошланади.

Тромбоз ва эмболияларнинг клиникаси ва диагностикаси

Артериялар ўтказувчанлиги ўткир бузилишининг клиник кўриниши ҳар хил бўлиши мумкин. Баъзи вақтларда касаллик санокли дақиқаларда ўткир бошланади, оёқ-қўлларнинг гангренашига олиб келувчи оғир ишемия ривожланади, баъзи вақтларда эса қон айланиш бузилиши секин ривожланади, клиникаси секин намоён бўлади. Касаллик диагностикасида асосий хатолардан бири шуки, бундай беморлар дастлаб госпитализациягача бўлган даврда тез ёрдам ва поликлиника врачларига мурожаат қилишади, улар эса касалликнинг яққол симптоматикасини кутиб, ишемиянинг «кичик» белгиларига аҳамият беришмайди ва натижада ўткир тромбоз ёки эмболия диагнозлари ўрнига «радикулит», «невралгия», «перистит» диагнозларини қўядилар.

Диагнозни аниқлашда биринчи навбатда нимага эътиборни қаратиш керак? Қайси симптом ёки симптомокомплекс ўша патологияга хос ҳисобланади? Оёқ-қўлларнинг ўткир ишемияси синдроми деб нимани ҳисоблаш мумкин? Бу синдром ҳамма, жумладан, ўткир артериал ўтказувчанлик бузилишида ҳам кузатилади ва қуйидаги симптомлардан иборат:

I. Субъектив белгилар:

1. Зарарланган қўл ёки оёқда оғрик
2. Уюшиш сезгиси ва музлаш

II. Объектив белгилар:

1. Зарарланган жой рангининг ўзгариши
2. Тери ҳароратининг пасайиши

3. Сезувчанликнинг бузилиши
4. Бўғимларда фаол ҳаракатнинг бузилиши
5. Ишемияга учраган мушакларни пайпаслаганда оғриқ сезиши
6. Болдир мушагининг (ёки билакнинг) субфасциал шиши
7. Мушакнинг ишемик контрактураси.

Даволаш тактикасини, муддатини ва ҳажмини тўғри ҳал қилиш учун қўл-оёқлар тўқималари ишемиясининг таснифи ишлаб чиқилган (В.С. Савельев).

Таснифда ишемиянинг уч даражаси (уларнинг ҳар бири ўз навбатида гуруҳларга бўлинади), шунинг билан бирга «зўриқиш ишемияси»га ҳам бўлинади (ишемия тинч ҳолатда кузатилмайди, зўриқишларда юзага келади).

Ишемиянинг I даражасида зарарланган қўл ёки оёқда сезувчанлик ва ҳаракатнинг бузилиши бўлмайди. IA даражаси - уюшиш, музлаш, парестезиялар бўлиши билан характерланади. PA даражасида - дистал қисмларда оғриқ пайдо бўлади.

Ишемиянинг II даражаси учун сезгининг бузилиши, шу билан бирга бўғимлар фаол ҳаракатининг бузилиши парездан (IIA даража) плегиягача (IIB даража) ҳолатлари кузатилади.

Ишемиянинг III даражаси некробиотик ўзгаришлар бошланиши билан характерланади, бунда ишемия клиникаси субфасциал шиш (IIIA даража), қисман (IIIB) ёки тотал (IIIV даража) контрактура бўлиши билан характерланади. Гангрена ишемиянинг охириги натижаси бўлиб ҳисобланади.

Дистал артерияларда пульсациянинг йўқлиги ва окклюзияси эмбол ёки тромб локализациясини аниқлашда ёрдам берадиган ягона клиник белги бўлиб ҳисобланади. Артерия пульсациясини аниқлаш методикаси ҳаммага маълум ва уни алоҳида тушунтириб ўтиришнинг ҳожати йўқ. Лекин, бир нечта айрим жуда зарур жиҳатларга эътиборни қаратиш лозим. Ҳар бир беморда кўрсатилган ҳамма нуқталарда пульсацияни эътибор билан аниқлаш лозим, бунда қўл ёки оёқ артерияларида латент кечувчи окклюзияни аниқлаш мумкин, яъни бемор оғриққа шикоят қилмайди.

1. Контралатерал оёқларнинг артериялари симметрик нуқталарида пульс тўлиқлиги ва таранглигини таққослаб аниқлаш лозим, яъни бунда окклюзиядан проксимал артерияларда пульсациянинг кучайиши дифференциал – диагностик тестлардан бири бўлиб ҳисобланади.
2. Томирнинг эмбол билан тўлиқ окклюзияси рўй берганда, кўпинча, томирнинг зарарланган қисмида, узатилувчи пульсация (иккиламчи) аниқланади, бунда давом этувчи проксимал тромбоз бўлса, у тўлиқ намоён бўлмайди. Узатилувчи пульсацияда артерия бўйлама ўқ бўйича тебранади, чин пульсацияда эса кўндаланг йуналишда тебранади.
3. Кучли спазм ёки кўтарилувчи тромбоз ҳолатларида артерия пульсацияси эмболдан проксимал томонда аниқланмайди, бу диагноз қўйишда хатога олиб келиши мумкин.
4. Окклюзиянинг проксимал жойлашишида дистал артериялар пульсацияси жуда кам ҳолларда сақланган бўлиши мумкин, бу нарса артериялар бўшлиғи нотўлиқ окклюзияланганлиги ёки коллатераллар бўйича дистал артерияларга яхши қон бораётганлиги ҳисобига бўлади.
5. Бирламчи артериал спазм бартараф қилиниши туфайли эмбол дистал йуналишда кўчиши мумкин.

Бу қоидаларнинг ҳаммасига қатъий риоя қилиш, кўпчилик ҳолларда ҳеч қандай инструментал текширувларсиз ўткир артерияларнинг проксимал окклюзия сатҳини анча аниқлик билан ташхислаш имконини беради.

Йирик магистрал артерияларни пальпация қилиш ва аускультация қилишга катта эътибор бериш керак. Бунда систолик шовқин эшитилса проксимал жойлашган томирлар стенозига гумон қилиш мумкин ва ундан кейин қўшимча текшириш усуллари қўлланилади. Махсус текширув усулларида асосийлари ангиография, ультратовушли доплерография ва радионуклеидли усуллар ҳисобланади.

Даволаш

Даволашнинг асосий усули оператив усул бўлиб ҳисобланади: эмболияларда – эмболэктомия, тромбозларда – тромбэктомия+рентгеноструктив операция.

Консерватив даволашга кўрсатма йўқ, лекин хирургик даволашга қарши кўрсатмалар мавжуд.

Абсолют қарши кўрсатмалар:

- 1) беморларнинг агонал ҳолати
- 2) қўл ёки оёқларнинг тотал ишемик контрактураси (IIIV босқич)
- 3) ишемиянинг енгил даражаларида беморлар ҳолатининг ўта оғирлиги.

Нисбий қарши кўрсатмалар – ўткир инфаркт миокарди, инсульт, операция қилинмайдиган ўсмалар ва ҳоказо, прогрессланиб бормайдиган енгил ишемия (IA-IB даража).

Қолган ҳамма ҳолатларда, эмболияларда ва тромбозларда шошилиш операция бажариш лозим.

Артериал ўтказувчанликнинг ўткир бузилишида хирургик тактика

Эмболияларда:

«Зўриқиш» ишемиясида ва IA даражали ишемияда - эмболэктомия – операцияни 24 соатгача кечиктириш мумкин;

IB, PA ва PB даражаларда – шошилиш эмболэктомия.

SHA ва SHB даражада – шошилиш эмболэктомия+фасциотомия.

SHB даражали ишемияда – бирламчи ампутация.

Фасциотомия фақат оёқлар ишемиясида бажарилади.

Ўткир тромбозда:

«Зўриқиш» ишемиясида ва IA даражали ишемияда - тромбэктомия + реконструктив операция, операцияни 7 суткагача кечиктириш мумкин.

IB даражада – юқорида кўрсатилгандек, операцияни 48 соатгача кечиктириш мумкин.

PA даражада - юқоридагидек тактика, фақат операцияни 24соатгача қолдириш мумкин.

SHB да – шошилиш операция.

SHA ва SHB да шошилиш операция ва фасциотомия.

SHB даражали ишемияда – бирламчи ампутация бажариш лозим.

Операция кечиктирилган ҳамма ҳолатларда, шунингдек, операциядан олдинги тайёргарлик мақсадида комплекс консерватив даволаш куйидаги принципларга асосан ўтказилади:

1. Тромбнинг катталашини ва тарқалишининг олдини олиш:

а) антикоагулянтлар - гепарин, неодикумарин, фенилин, пелентан;

б) фибринолиз активаторлари - никотин кислота;

в) антиагрегантлар - реополиглюкин, трентал, пентиллин, агапурин, ацетилсалицил кислота.

2. Тромб лизиси: тромболитиклар - стрептаза, стрептодеказа, авелизин.

3. Ишемияга учраган қўл ёки оёқда қон айланишини яхшилаш:

а) диадинамик тоқлар;

б) магнитотерапия;

в) баротерапия;

г) гравитацион хирургия усуллари.

4. Ўткир ишемия соҳасида тўқима метаболизмини яхшилаш - витамин А, В1, В6, С, Е, преднизолон, гордокс.

5. Ҳаёт учун зарур бўлган аъзоларнинг функциясини яхшилаш – юрак, жигар, буйрак, ўпкалар функцияларини яхшиловчи препаратлар.

6. Атеросклерозни олдини олиш – йод препаратлари, линетол, продектин, липостабил.

Бу терапия операциядан кейинги даврда ҳам давом эттирилади. Шуни таъкидлаш лозимки, медикаментоз терапия ёрдам бермаган вақтда, ишемия ривожланса, оператив давони кечиктириб бўлмади, бу ҳолатда пассив тактика нафақат зарарланган аъзони йўқотиш, балки беморни ривожланиб боровчи ишемик интоксикациядан ҳалок бўлишига олиб келиши мумкин.

Хулоса сифатида яна бир ташкилий масалани айтиш мумкин: тромбоз ва эмболияга гумон қилинган ҳамма ҳолатларда ангиохирург консултацияси бўлиши шарт.

Оёқ артерияларининг сурункали облитерацияловчи касалликлари

Қоннинг реологик таркиби ва гемостаз тизими бузилиши томир касалликлари, жумладан, оёқ артерияларининг сурункали облитерацияловчи касалликлари патогенезида муҳим ўрин тутди (ОАСОК). Улар ҳамма юрак- қон томир касалликларининг 20 фоизини ташкил этади, яъни умумий аҳоли сонининг 2-3 фоизига тўғри келади. Бу беморларнинг сони 60-70 ёшли одамлар орасида 5-7 фоиздан ошади. Бу касалликлар тез ривожланиб бориши, ногиронлик, ампутациялар ва ўлим ҳолатларининг сонининг юқорилиги билан эътиборга лойиқдир.

Лыткин М.И. ва Перегудов И.Г. маълумотлари бўйича атеросклеротик зарарланиш оқибатида, жумладан, аорта-ёнбош сегментининг зарарланишида 1/3 дан кўпроқ беморлар касалликнинг биринчи 5-8 йили давомида ҳаётдан кўз юмади, 25-50% ҳолатларда эса худди шу муддатларда зарарланган оёқ ампутация қилинади. Беморларни даволашда махсус стационар

шароитида ампутациялар сони 10–20 фоизга етади, ўлим ҳолатлари эса – 15% [2, 3]. Каримов Э.А. маълумотлари бўйича [4], ампутациядан кейинги 5 йил ичида 62% беморлар ҳаётдан кўз юмади.

Сўнгги йиллардаги адабиётлар маълумотларига кўра, ОАСОК билан касалланган беморлар, асосий нозология бўйича қуйидагича бўлинади: облитерацияловчи атеросклероз – 81,6%, носпецифик аортоартериитнинг периферик шакли – 9%, диабетик ангиопатия – 6%, облитерацияловчи тромбангиит – 1,4%, Рейно касаллиги – 1,4%, ва бошқа касалликлар - 0,6%. Облитерацияловчи атеросклероз 55-65 ёшли эркаклар ва 60-80 ёшли аёллар ичида кўпчиликни ташкил этади.

Аортоартериитнинг периферик шакли 45-50 ёшда кўпроқ учрайди, ёшлари каттароқ бўлган гуруҳда бу диагноз сони кескин камаяди, бу ҳол томирлар зарарланишининг облитерацияловчи атеросклерозга трансформацияланиши билан боғлиқдир.

Облитерацияловчи тромбангиит, асосан 25-30 ёшли беморларда кўпроқ учрайди. 45-50 ёшли беморларда ҳам бу касаллик тез-тез аниқланади, яъни аортоартериитнинг ҳам максимал сонига тўғри келади, бу нарса иккала касалликни белгиларини бир-биридан ажратиш қийинлиги туфайлидир.

Лериш синдроми

Бу қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артериялар зарарланишини англатувчи умумлаштирилган терминдир. Лекин бунда на касалликнинг этиологияси, на унинг локализацияси, на бошқа касалликларнинг белгилари тушунилади. Биринчилар қаторида 1818 йилда Goodison аорта бифуркациясининг атеросклеротик окклюзияси ҳақида ёзган. Аорта бифуркацияси окклюзиясида намоён бўладиган клиник белгиларни биринчи бўлиб 1923 йилда Лериш анча тўлақонли ёритган.

Этиология. Туғма ёки орттирилган касалликлар натижасида юзага келиши мумкин. Туғма: қон томирнинг гипоплазияси ёки аплазияси, ёнбош артерияларининг фибромушак дисплазияси. Орттирилган: атеросклероз (94%), носпецифик аортоартериит (20%), постэмболик окклюзия (1%), травматик тромбоз (1%) ва бошқалар.

Классификация (А.В.Покровский, 1979 й.)

I. Этиологияси бўйича: туғма ва орттирилган.

II. Зарарланиш турига кўра: окклюзия ва стеноз.

III. Локализацияси бўйича:

1. Паст окклюзия (пастки тутқич артериясидан дисталроқ);
2. Ўрта окклюзия (пастки тутқич артериясидан проксималроқ);
3. Юқори окклюзия (буйрак артериялари сатҳида ёки улардан 2 см дисталроқ).

Атеросклеротик зарарланиш кўп ҳолларда буйрак артерияларидан дисталроқ жойлашади; атеросклерознинг сеvimли жойи - аорта бифуркацияси. Гемодинамик ўзгаришлар асосан қон томирининг ўтказувчанлиги 60-70 фоизгача торайганда кузатилади.

Патологик физиология. Окклюзиядан дистал сегментларда перфузион артериал босим пасайиб кетади ва тўқималарда ишемик ўзгаришлар юзага келади. Масалан: ишемиянинг тўртинчи босқичида АБ 30 мм.с.у.га тенг бўлади. Артериал ва веноз капиллярлардаги босим градиенти йўқолгандан кейин веноз турғунлик юзага келиб, микроциркуляция ва тўқималардаги модда алмашинуви бузилади. Булар ярали-трофик ўзгаришларни келтириб чиқаради.

Қон билан таъминланиш компенсацияси қуйидаги анастомозлар орқали амалга ошади:

1. Ўмров ости артерияси - юқори ва пастки эпигастрал артериялар (баъзида кўкрак ён артериялари) - сон артерияси;
2. Бел артериялари тизими - эпигастрал артериялар - ташқи ёнбош артерия - сон артерияси;
3. Ёнбош ва сон артериялари орасидаги анастомозлар (думба, ёпқич артериялари ва чуқур сон артерияси шохлари);
4. Юқори тутқич артерияси - Риолан ёйи - пастки тутқич артерияси - юқори тўғри ичак артерияси - ички ёнбош артерия - чуқур сон артерияси.

Зарарланиш биртомонлама бўлганда иккала ички ёнбош артериялари ўртасидаги анастомозлар муҳим ўрин тутади.

Клиникаси - жараённинг локализациясига, давомийлигига, коллатерал қон айланишининг ривожланишига ва касаллик бошланишидан бери қанча вақт ўтганлигига боғлиқ. Асосий симптом

- оғриқ. Пиёда юрганда икраоёқли мушакда ўз- ўзидан оғриқ пайдо бўлади ва бемортўхтаб дам олишга мажбур бўлади. Бу пиёда юрганда кузатиладиган (А) даврий оксокланиш бўлиб, 90 фоизгача беморларда учрайди. Баъзи беморларда тос мушакларининг артериал етишмовчилиги симптомлари кузатилади (анал сфинктери етишмовчилиги). Бошқа белгилар - оёқлар увишиши, совқотиши, тукларнинг тўкилиб кетиши, тирноқларнинг секин ўсиши.

Иккинчи классик симптом - (Б) импотенция деярли 54 фоиз беморларда кузатилади. Бунга сабаб фақатгина тос аъзоларининг ишемияси эмас, балки сурункали спинал етишмовчилик ҳам муҳим ўрин тутади. Баъзи беморлар жисмоний зўриқишда пайдо бўладиган қориндаги оғриқларга шикоят қилади. Бу нарса "мезентериал ўғирланиш" синдроми билан боғлиқ.

Кўп беморларда пальпация ва аускультация ёрдамида тўғри ташхис қўйиш мумкин. Товоннинг иккала артериясида ҳам (a.tib.posterior, a.dors.pedis) пульсация аниқланмайди. Тақим ва сон артериясида ҳам, кўпроқ зарарланган томонда пульсация аниқланмайди. Яна бир муҳим симптомлардан бири - зарарланган артериялар устида эшитиладиган (В) систолик шовқиндир (кўпинча сон артерияларида эшитилади).

Инструментал текширув усуллари.

1. Ультратовуш доплерографияси;
2. Реовазография;
3. Плетизмография;
4. Ҳажмли сфигмография;
5. Радиоизотоп усуллар;
6. Тўқималарда кислородни транскутан таранглигини аниқлаш ($TcPO_2$);
7. Фонография;
8. Рентгенконтраст ангиография - топик диагностиканинг асосий усули.

Лериш синдромида транслюмбал аортография бажарган маъқулроқ: бифуркация зарарланганда - II бел умуртқа поғонаси юқори қирраси сатҳида пункция қилинади, қорин аортаси окклюзиясида - XII кўкрак умуртқа поғонаси сатҳида пункция қилинади, Сельдингер усулида аортография фақат ёнбош артерияларнинг бир томонлама зарарланганида қўлланиши мумкин.

Дифференциал ташхис. Асосан облитерацияловчи эндартериит билан ўтказиш лозим. Бунда қуйидагилар эътиборга олинади: эндартериит билан кўпроқ 20-30 ёшли эркаклар оғрийди, асосан болдир артериялари (ўрта ва кичик калибрли артериялар) зарарланади, сон артерияси пульсацияси аниқ ва систолик шовқин эшитилмайди. Аортографияда аорта, ёнбош артериялар ва сон артериялари ўтказувчанлиги сақланган, деворлар текис; тақим ва болдир артериялари одатда окклюзияланган бўлади.

Облитерацияловчи эндартериит

Бу оёқлар (кўп ҳолларда) артерияларининг ички қаватини яллиғланиши, артериялар торайиши, тромбози, ва периферик қон айланиши бузилиши ҳамда кўп ҳолларда ишемик некроз ривожланиши билан кечувчи касалликдир. Кўпроқ 20-40 ёшли одамларда ва деярли фақат эркакларда учрайди. Юқорида айтилганидек, ўрта ва кичик калибрдаги, яъни дистал артериялар зарарланади ва қоида бўйича жараён симметрик бўлади.

Этиология. Охиригача аниқ эмас. Бир неча хил назариялар мавжуд: аллергик, невроген, эндокрин, гормонал. Кашандалик, узоқ вақт совуқ, нам шароитда бўлиш ҳам касаллик ривожда муҳим ўрин тутади.

Патогенези. Оёқларда артериал қон босими пасаяди, томир интимаси ўсиб кетади, тромбоз юзага келади ва проксимал йўналишда ўсиб боради. Баъзида артериялар ҳамроҳлигидаги веналарда тромбоз юзага келади (Бюргер касаллиги). Иккиламчи ишемик неврит кузатилади.

Оёқлар артерияларининг етишмовчилиги босқичларининг таснифи

Сурункали артериал етишмовчиликнинг бемор қанчалик узоқ масофага оқсоқланмасдан юра олишига асосланган касаллик оғирлик даражасини кўрсатувчи Фонтейн таснифи, бироз бизнинг ўзгартиришлар билан қуйида келтирилган.

I босқич - оёқларда оғриқлар анча узоқ, 1 километрча масофага пиёда юрганда пайдо бўлади.

II босқич - бемор 200 метр масофага юргандан кейин оғриқ пайдо бўлади.

III босқич - бемор 200 метрдан кам масофага юрганда пайдо булади.

IV босқич бемор оёқлари горизонтал ҳолатда бўлганда «тинч оғриқлар» пайдо бўлади, бемор туни билан 3-4 марта оёқларини пастга туширишга мажбур бўлади.

ШБ босқич (критик ишемия) – болдир ва оёқ панжасининг ишемик шиши пайдо бўлади, бемор туни билан 3-4 мартадан кўпроқ оёқларини тушириб ётишга мажбур бўлади.

IVA босқич (критик ишемия) – товон бармоқларида некротик ўзгаришлар ривожланади, лекин оёқ таянч фаолиятини сақланиб қолади.

IVБ босқич - юқори ампутация талаб қиладиган панжа ва болдир гангренази.

Даволаш

Бундай беморларни даволаш ҳозирги вақтда ангиологиянинг вазифаси бўлиб ҳисобланади, шу билан бирга ҳар хил соҳа мутахассисларини ҳам ўзига жалб қилиб келмокда. Чунки кўпинча бу касаллик билан бирга қўллар, чанок, аортанинг кўкрак ва қорин бўлимларининг, экстракраниал томирларнинг, ковак вена ва ўпка артерияси зарарланиши аниқланади. Бу касалликни анъанавий даволашни стационар шароитида ҳам, амбулатор шароитида ҳам биринчи навбатда хирурглар бажарадилар. Микроваскулитлар билан оғрийдиган беморлар кўпроқ улар эътиборидан четда қолиб кетишади, чунки бу беморларни кўпинча ревматологлар ва гематологлар даволашади.

ОАСОКни даволашда терапевтларнинг ҳам ўз ўрни бор. Ҳар қандай давони биринчи навбатда хавф омилларини аниқлаш ва уни тузатишдан бошлаш керак. Бу нарса касалликнинг тез ривожланишини олдини олиши мумкин. Бундай хавф омилларига қуйидагиларни киритилади: 1) ёшнинг 50дан катта бўлиши; 2) эркак жинси; 3) нораціонал овқатланиш; 4) липид алмашинувининг бузилиши (масалан, Москвада, профилактик медицина ГНИЦ маълумотларига кўра, 10% 40 ёшдан юқори бўлган эркакларда ва 20% шу ёшдаги аёлларда гиперхолестеринэмия бўлиши аниқланди. Бошқача қилиб айтганда, Москванинг 400–600 минг аҳолиси липид алмашинув бузилишини коррекция қилишга қаратилган махсус даво олишга муҳтож); 5) қандли диабет (бизнинг кузатишларимиз бўйича унинг фонида юракнинг ишемик касаллиги, миокард инфаркти, юрак ритмининг бузилиши ва гипертония касалликлари сони ошмокда); 6) чекиш, бунинг натижасида эркин ёғ кислоталари концентрацияси ошиши, β -холестерин ошиши ва α -холестеринни камайиши, бижғиш модификацияси туфайли кичик зичликдаги липопротеидлар атерогенлиги ошиши, эндотелий токсик таъсир туфайли простаглицин синтезининг камайиши ва тромбоксан А₂нинг ошиши, томир деворида атерогенез жараёнининг кучайиши (силлик мускул хужайраларининг пролиферацияси кучайиши ва бириктирувчи тўқима синтезининг ошиши), қоннинг фибринолитик активлигини пасайиши, фибриноген даражасининг ошиши, томирлар деворининг ўтказувчанлигининг фибриногенга нисбатан ошиши, тромбоцитлар агрегациясининг ошиши ва ҳ.к.лар, юзага келади;

7) жисмоний фаоллик етишмовчилиги (айниқса, олдин спорт билан шуғулланиб юрган кишиларда жисмоний фаолликнинг кескин пасайиши салбий оқибатларга олиб келади); 8) ташқи муҳитнинг салбий омиллари кўпинча нисбатан ёш одамларда томир касалликлари ривожланишига олиб келади; 9) фибриноген даражасининг ошиши; 10) юқори гематокрит; 11) иммун системанинг бузилиши; 12) стресс; 13) қоннинг реологик таркиби ва гемостаз системасининг бузилиши; 14) ирсий боғлиқлик. Юқорида санаб ўтилган омиллар ҳаммаси эмас ва улар жаҳон адабиётларида тобора кўпайиб бормокда.

ОАСОК билан оғриган беморларни даволашнинг асосий ёки базис усуллари амбулатор шароитида олиб борилади. Бунга қўшимча равишда вақти-вақти билан стационар шароитида интенсив ёки хирургик муолажалар қўлланилиши мумкин.

Фармакотерапия

ОАСОК билан оғриган беморларни даволашнинг асосий шартин бутун умр ва узлуксиз даволашдир. Бунда даволаш касалликнинг нозологик формасига, касаллик босқичига дифференциал ёндошган, мужассамланган (фармакотерапия, санатор-курорт, физиотерапия, парҳез сақлаш, даволовчи жисмоний тарбия) ҳолда олиб борилади. ОАСОК ни даволаш тарихида 3 босқични кузатсак бўлади. Ҳолбуки, илгари касаллик ҳақидаги тушунчаларга кўра уни спазмолитиклар билан даволанган, кейинчалик кузатишларда спазмолитиклар нафақат кам таъсир кўрсатиши, балки кўп ҳолларда айнақса, артериал етишмовчиликнинг охириги босқичларида салбий таъсир кўрсатиб зарарланган оёқ ҳолатининг ёмонлашишига олиб келиши аниқланган. Кейинчалик даволашнинг асосий йўналиши бўлиб қон реологик хусусиятини яхшилаш, айнақса эритроцитлар ва тромбоцитларнинг ёпишқоқлигини камайтириш йўллари қидирила бошланди. Ҳозирги вақтда юқоридагилар билан биргаликда касалликнинг метаболик жараёнларига катта аҳамият берилмокда.

Бунда асосий йўналишлар: 1) микроциркуляцияни яхшилаш; 2) цитокинлар гиперпродукцияси ва эркин радикалларнинг кўплаб ишлаб чиқарилишини тўхтатиш; 3) қоннинг антиоксидант фаолиятини кўпайтириш; 4) иммунокоррекция; 5) липид алмашинувини меъёрлаштириш; 6) коллатерал қон айланишини яхшилаш.

Охирги 2 та пунктдан ташқари келтирилган тавсиялар режали даволаш жараёнида тез ва муқим клиник натижа берибгина қолмай, балки керак бўлган ҳолда интенсив даволаш жараёнида асосий манба бўлиб қолади. Микроциркуляцияни яхшилаш эритроцитлар ва тромбоцитлар ёпишқоқлигини камайтириш, эритроцитлар ва лейкоцитларнинг пластик хусусиятларини кўпайтириш, шу билан бирга гематокрит кўрсаткичини ва қон ёпишқоқлигини пасайтириш орқали амалга оширилади. Артериал етишмовчиликни охирги босқичларида, эндотелийни зарарлантириб артерияларда маҳаллий тромб ҳосил бўлиши атерогенез жараёнига олиб келувчи, нейтрофил лейкоцитлар, тромбоцитлар ва ҳар хил биологик фаол субстанциялар гиперпродукциясини камайтиришга интилиш зарур. Бу эркин радикаллар фаолиятини пасайтириш ва қоннинг антиоксидант таркибининг ошишига ҳам тааллуқлидир.

Кўрсатилган барча йўналишларни амалга ошириш ҳозирги вақтда таркиб топган янги самарадор кўп қиррали таъсир килувчи воситалар фармакологик воситалар мавжудлиги туфайли мумкин бўлиб қолди. Уларнинг айримлари ҳақида тўхталиб ўтамиз.

Пентоксифиллин. Ушбу препарат мана 25 йилдирки, периферик томир касалликларини даволанишда қўлланилмоқда. Тромбоцитар гемостазга таъсир этибгина қолмай эритроцитлар агрегациясини камайтириш, пластик хусусиятларини кўпайтириш, тўқималарда циклик–АМФни кўпайтириш, ҳамда простоциклинни фаоллаштириш хусусиятига эгадир. У турли цитокинларнинг (IL1, TNF) яллиғлантириш эффеќтини ва супероксид моддалар ишлаб чиқарилишини пасайтиради, бу ҳол айниқса, артериал етишмовчиликларнинг оғир босқичларида муҳим аҳамият касб этади. Пентоксифиллин 1200 мг/сут миқдорида кўпроқ самара беради. Катта миқдорда берилишига қарамай, беморларга зарар етказмайди, чунки ошқозон-ичак йўлларида бир маромда аста-секин сўрилганлиги туфайли қонда бирданига концентрацияси ошиб кетмайди. Шунингдек бир неча йил мобайнида ҳам ишлатилса ҳам зарар етказмайди, бунда у эритроцитларнинг эластик хусусиятини оширганлиги, тромбоцитлар ва қон ёпишқоқлигини камайтирганлиги сабабли, бутун даволаш мобайнида терапевтик хусусиятини сақлаб қолади. Бунинг натижасида оқсоқланиб юривчи беморларнинг оғриқсиз пиёда юриш ваќти ва масофаси кўпаяди.

Ҳозирги кунда майда қон томирларнинг касалликларини даволашда перспектив масала бу энзим воситаларини – перорал қўллашдир. Булардан вобэнзим ва флогэнзим кўплаб қўлланиб келинган. Уларнинг периферик артериялар хасталикларини даволашдаги кучли таъсири фибринолизнинг кучайиши, ҳосил бўлган фибриннинг парчаланиши, тромбоцитлар агрегацияси, эритроцитлар пластик хусусиятининг тикланиши, оғриқ қолдирувчи хусусияти, яллиғланиш жараёнининг оптималлашуви, иммун тизимини кучайиши билан боғлиқдир. Бунда яллиғланиш жараёнининг пасайиши яллиғланиш медиаторлари – серотонин, гистамин, брадикининларнинг ингибицияси билан, иммунитет фаолиятининг оптималлашуви эса «хавфли» цитокинларга тўсик қўйиш ва уларни энзимлар таъсирида инактивациялаш, ҳатто иммун комплексларни парчаланиши, фагоцитоз фаоллашуви, дислипотеидемия пасайиши билан боғлиқ бўлади. Бошқача қилиб айтганда барча физиологик ҳимоя кучлари мужассамланади. Муҳими бу препаратларнинг тўлиқ безарарлигидир. Кўрсатилган энзим воситаларининг таъсири фақат артериялар патологияси эмас, балки бизнинг фикримизча, веналар тромбофлебити ва постромбофлебитик синдромда ҳам қўл келади.

ОАСОК ни даволашда яна бир восита танакандир. Унинг бошловчи таъсир манбаи - Гинкго билоба экстракти. Унинг даволовчи хусусияти терпен кислотасининг хосилалари – проантоцианидлар ва гликозидфлавинолар таъсири билан боғлиқ. Воситанинг таъсир механизми куйидагича:

- 1) эритроцитлар ёпишқоқлигини пасайиши;
- 2) ёпишқоқликнинг тромбоцитар омилига қарама-қарши таъсир қилиш;
- 3) эркин радикалларнинг ингибицияси («тўхтатиб турувчи самара»);
- 4) асаб ўтказувчанлигини яхшиланиши;
- 5) шишга қарши таъсири;
- 6) энергетик моддалар алмашинувининг кучайиши (глюкоза ва кислород ўзлаштирилишини, АТФ синтезини ошиши ва метаболит - лактатнинг бартараф қилиниши).

Тромбоцитар ёпишқоқликни камайтирувчи восита сифатида ацетил-салицил кислота кунига 100-325 мг дозада ишлатилади. Унинг манфий томони, бошқа ностероид яллиғланишга қарши воситалардан фаркли ўлароқ, миқдорига қараб табиий антиагрегант простациклин синтезини пасайтириш билан боғлиқ. Аспириннинг катта дозаси тромбоцитлар циклооксигеназасининг фаоллигини камайтирибгина қолмай, балки томирлардаги простациклин синтезини пасайтиради. Шу сабабли ацетилсалицил кислота кичик, яъни қон томир деворида простациклин ҳосил бўлишини камайтирмайдиган дозада ишлатилади.

Кўрсатилган салбий томонлар тиклопидин воситасида йўқ, у кучли антиагрегант бўлиб коллаген билан чақирилган ҳамда АДФ билан кучайтирилган тромбоцитар агрегацияни сусайтиради (айникса, атеросклеротик пилакча соҳасида), эритроцитлар эгилувчанлигини меъёрлаштиради. Тиклопидиннинг улцероген таъсири аспиринга қараганда камроқ ривожланган. Восита монотерапия сифатида қўлланилиши мумкин. ОАСОК касаллиги билан бирга бу восита оқсоқланувчи ва кўшимча мия қон томир етишмовчилиги, миокард инфаркти билан хасталанган беморларни даволашда айникса қўл келади. Тиклопидин диабетик ангиопатияларда ҳам яхши самара беради.

Алпростадил воситаси критик ишемия ҳолатини даволашда муҳим ўрин тутаети. Унинг бошланғич таъсир кўрсатувчи моддаси - бу простагландин Е-1дир. Алпростадил - тромбоцитларнинг фаоллигини пасайтирувчи, уларнинг томирлар эндотелийсига ёпишиш хусусиятини камайтирувчи, ҳамда қон ҳужайраларининг цитокинлар ишлаб чиқариш фаолиятини тўхтатиб турувчи воситадир. Бу ҳолат тўқималар шикастини камайтириб, эндотелийда тромб ҳосил бўлишини муҳофаза қилади. Тромболизис фаоллашади, микроциркуляция яхшиланиб, уларнинг ёпишқоқлиги ва қоннинг қуюлиши камаяди. Восита атерогенезга қарши томир деворидаги силлиқ мушак ҳужайраларининг пролиферацияси ва митотик фаоллигини камайтириш йўли билан, ёғлар алмашинувида кичик зичликдаги липопротеидлар миқдорини камайиши ҳисобига ижобий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари оксиллар миқдори мушакларда кўпаяди, уларнинг парчаланиш жараёни камаяди, инсулинга таъсирчанлик ошади, аминокислоталарнинг метаболизми яхшиланади, глюкоза оксидланиш жараёни фаоллашади. Яна бир муҳим томони шундаки, ушбу препарат узок вақт - 6-9 ой мобайнида таъсир кўрсатади.

Кўрсатилган воситалардан ташқари, яқин вақтларда пайдо бўлган, умумвазоактив хусусиятга эга бўлган ксантинол никотинат, дипиридамомл, буфломедил, нафтидрофурил, ошқозон ости беши препаратлари, добесилат кальций, ницерголин, детралекс кенг миқёсда ишлатилиб келинмоқда.

ОАСОКда булардан ташқари актовегин, солкосерил, АТФ, фосфоден ҳам қўлланилади. Метаболик воситалардан С, В1, В6 гуруҳ витаминлари, антиоксидантлар (витамин Е, пробукол), турли хил атеросклерозга қарши моддалар (холестерин синтези ингибиторлари, ўт кислоталарининг секвестрантлари, ГМГ КоА-редуктаза ингибиторлари, фибратлар, кальций антогонистлари, таркибида ёғ кислоталари мавжуд моддалар, саримсоқ пиёз моддалари), ҳамда иммуномодуляторлардан фойдаланилади.

Ҳозирги кунда фармакотерапиядан ташқари турли хил физик усуллар қўлланилиб, булар интенсив терапиянинг бир қисми ҳисобланади. Шулардан кўплаб адабиётларда самарадор ҳисобланиб келаетган, аммо таъсир доираси ҳали тўлиқ ўрганилмаган фототерапия (қонни ультрабинафша нурлари билан, лазер билан нурлантириш), гемосорбция, плазмаферез кенг қўлланилиб келмоқда. Бошқача қилиб айтганда, шифокор умумий даволаш дастурида аниқ бир клиник ҳолатдан келиб чиқиб, препаратлар ва бошқа таъсир воситаларини қўллаш кетма-кетлиги, уларнинг таъсир этиш вақти, бир-бирига монандлигини аниқ ишлаб чиқиши зарур. Аммо лекин ҳозирги кунда бу муаммога қаратилган бирон бир тиббий қўлланма йўқ. Шунга қарамай тиббиёт ходимининг малакаси, айникса, фармакотерапия буюриш жараёнида, амбулатор практикада ОАСОК билан хасталанган беморларни даво муваффақиятини ва касаллик кечиш жараёнини белгилайди. Агар бемор ўз вақтидаги диспансер назоратига олинса, даволаш вақтида ва малакали бошланса, бу хасталикнинг кечишини енгиллаштириш мумкин. Ўз-ўзидан маълумки, юқорида кўрсатилган вазият оператив даво натижаларига тўғридан-тўғри таъсир кўрсатади. ОАСОКни даволаш самарадор бўлишининг Яна бир муҳим томони бу поликлиника фаолият кўрсатаётган врач-ангиологларнинг дипломдан сўнгги клиник терапевтик ангиологиядан малакасини оширишдир.

ОАСОК билан хасталанган беморларни даволашнинг асосий омилларидан бири - бу касалликка артериал етишмовчиликка қараб дифференциал ёндошувдир. Маълумки, бу сурункали артериал ишемиянинг турли босқичларининг патогенетик хусусияти билан боғлиқдир. Бунинг учун аниқ тасниф бўлиши шарт. Агар оқсоқланиш даври учун тасниф етарли ишлаб чиқилган ва у бемор оғриқсиз пиёда юра оладиган масофага боғлиқ бўлса, тинч ҳолатдаги оғриқ пайдо бўлиши билан (Фонтейн бўйича III даражадаги ишемия) баҳолаш кўрсаткичлари ҳам ўзгаради. Европа мамлакатлари етакчи ангиологларининг фикрига кўра (Берлин, 1989) III даражали ишемияни IIIА даража ва IIIБ даража, яъни «критик ишемияга» бўлиш мумкин. Бизнинг фикримизча, бу даражаларнинг асосий клиник белгилари бўлиб болдирда ишемик шишнинг бўлиши ёки бўлмаслиги, ва унинг кучайиши зарарланган оёқни тунда кроватдан тушириб ётишлар сони билан монанд бўлади. Бизнинг таҳлилларимиз шуни кўрсатдики, IIIА даража учун зарарланган оёқнинг кроватдан бир кечада 3-4 марта тушириш, критик ишемияда эса оёқ тушириш сонининг ундан ҳам кўпроқ бўлиши ҳосилдир. Кўп муаллифлар томонидан ишемия босқичлари регионар артериал босим кўрсаткичларига нисбатан (50 мм.с.м.уст. дан баланд ёки паст бўлиши) бўлинган. Биз буни ҳар хил омиллар таъсири билан боғлиқ бўлган кўп ноаниқликлар бўлганлиги сабабли нотўғри деб ҳисоблаймиз.

Кўп ҳар хил патогенетик механизмларни бирлаштирувчи ҳолатлар касаллик клиникасини намоён қила олади.

Критик ишемия қуйидагилар билан характерланади: 1) артериал ва веноз томирлар тонусининг кескин камайиши; 2) қон реологик хусусиятининг кескин ёмонлашуви; 3) дистал томирларда қоннинг «ўғирланишига» (обкрадывание) олиб келувчи артериовеноз шунтланиш; 4) болдирнинг ишемик шиши; 5) гуморал регулятор тизимнинг дисбаланси; 6) қон ҳужайраларининг томир деворларига ёпишқоқлиги ошиши натижасида биологик актив субстанцияларнинг (цитокинлар) гиперпродукцияси. Бунда шу нарса аниқ бўлдики, патогенетик жиҳатдан ишемиянинг IIБ босқичга яқин бўлган IIIА босқичдан «критик ишемия» анча фарқланар экан.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, ангиология фанига коагулология соҳасининг охириги қўлга киритилган илмий ютуқларини татбиқ қилиш клиник амалиёт учун қуйидаги долзарб масалаларни ечишга имкон беради. Бу масалалар:

1) критик ишемияда қон реологиясининг бузилиш сабабларини аниқлаш; 2) ОАСОК ривожланишида гемостаз тизими ва қон реологиясидаги ўзгаришларни аниқлаш ва қўллаш; 3) томир деворининг аутоиммун ва атеросклеротик зарарланиши орасидаги патогенетик фарқни аниқлаш; 4) анатомик мойиллиги йўқ бўлган беморларда веноз тромб ҳосил бўлишининг сабабларини аниқлаш; 5) ОАСОК билан хасталанган беморлар бутун умри давомида риоя қилинадиган даволаш концепцияларини ишлаб чиқиш, жумладан, реологик препаратлар билан бирга жисмоний ва бальнеологик таъсир кўрсатувчи воситаларни қўллаш.

Лериш синдромида хирургик даволаш. Уч хил операция қўлланилади: 1) Зарарланган сегмент резекцияси ва протезлаш; 2) Шунтловчи операциялар; 3) Эндартерэктомия. Баъзи ҳолларда кўрсатмага кўра рентген-эндоваскуляр дилатация бажариш мумкин.

Облитерацияловчи эндартериитда хирургик даво. Люмбал ёки регионар периадтериял симпатэктомия. Гангренада - ампутация (ҳар хил сатҳда).

Тавсия қилинадиган адабиётлар:

1. Гришин И.Н., Савченко А.И. Клиник ангиология ва ангиохирургия, Минск, 1991 216 бет.
2. Рабкин И.Х. Ангиология бўйича қўлланма.-М.:Медицина, 1977- 279 бет.
- 3.Савельев В.С., Затевахин И.И. Аорта бифуркацияси ва қўл ҳамда оёқлар магистрал артерияларининг эмболияси (клиникаси, диагностикаси, даволаш).- М.:Медицина, 1970.- 167 бет.
4. Савельев В.С., Затевахин И.И., Степанов Н.В. Аорта бифуркацияси ва қўл-оёқлар магистрал артериялари ўтказувчанлигини ўткир бузилиши.- М.:Медицина, 1986, - 302 б.
5. А.В. Береснев, В.А. Сипливый, К.А. Губский. Осложнения и летальность после ампутации конечностей по поводу атеросклеротической гангрены. Кл. хирургия, 1987;7:13–5.
6. А.В. Покровский. Клиническая ангиология. Москва, изд. “Медицина”, 1979;360.
7. Э.А. Каримов. Результаты реконструктивных операций в бедренно-подколенной зоне при выраженной ишемии нижних конечностей. В сб. “Актуальные вопросы хирургии. Вопросы хирургии сосудов”. Ташкент, 1978;47–9.
8. И.Н. Бокарев, В.К. Великов, Н.М. Зеленчук. Тиклид – новое в лечении и профилактике артериальных тромбозов. Тер. архив, 1992;4:96–100.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўқув ишлари бўйича проректор
_____ доц. С.Ш. ОЛИМОВ
_____ 2014 й
ШИШ-ОҒРИҚ СИНДРОМИ

Даволаш факультетининг
7 курс талабалари учун

маъруза

ЯМС асосида ёзилган

Бухоро - 2014
УАШ ЖАРРОХЛИГИ КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА
КЎРИБ ЧИҚИЛГАН ВА ТАСДИҚЛАНГАН КАФ.
МУДИРИ
Т.Ф.Д. УРОКОВ Ш.Т.

Маъруза матни тузилган МУК да кўриб чиқилган

Баённома № « ____ » _____ 2014 й.

Раис: _____ доц. С.Ш. Олимов

Бухоро - 2014

Маъруза номи: Шиш-оғриқ синдроми;

Маъруза мулжалланган: даволаш факультетининг 7 курс талабаларига

Маърузанинг мақсади: талабаларни шиш-оғриқ синдроми этиопатогенезини аниқлашга, диагностика ва дифф. диагностика қилишга, текшириш чора-тадбирлари режасини ишлаб чиқишга, бундай беморларга тугри тактика ва даволаш чораларини куллашга ургатиш. Талабаларни беморларга нисбатан эътиборли бўлишга, беморлар манфаатини уйлаш, тиббий этика ва деонтология қоидаларига риоя қилишга ургатиш. Булгуси УАШ ларда жавобгарлик хиссини тарбиялаш.

Муҳокама қилиниши лозим бўлган масалалар:

Мотивация – мавзунинг асослаш, вена хасталиклари ва шиш-оғриқ синдромининг аҳоли уртасида кенг тарқалганлиги ва ногиронликка сабаб бўлиши, беморларнинг 20%и операцияга мухтожлигидир (В.С.Савельев).

Қиска анатомио-физиологик маълумотлар, беморларни текшириш усуллари (махсус синамалар, флебография, термография ва бошқалар)

Шиш синдромига олиб келувчи хасталиклар: веналарнинг варикоз кенгайиши, флеботромбоз, тромбофлебит, ПТФС, сурункали вена етишмовчилиги, пастки кавак венаси синдроми, юкори кавак вена синдроми, Педжет-Шреттер-Кристелли синдроми, Мондор синдроми ва лимфедема. Қасалликлар клиникаси, текшириш усуллари, диагностикаси, қиёсий ташхислаш, давоси, операцияга курсатмалар ва операциядан олдинги тайёргарлик. Операцияларнинг турлари.

Маъруза баёни.

Шиш-огрик синдроми статистикаси

1. Ахолининг 17-25% да учрайди;
2. Шифохоналарда оёқлар веналарининг варикоз кенгайиши билан огриган беморлар умумий жаррохлик касалликлари орасида 2-3,3% ни ташкил этади
3. Аёллар эркакларга нисбатан 3 марта купрок касалланадилар

ШИШ СИНДРОМИ САБАБЛАРИ

- Чукур веналарнинг уткир тромбози;
- Сурункали веноз етишмовчилик;
- Лимфедема;
- Сурункали артерия етишмовчилиги;
- Кон айланиш етишмовчилиги (юрак ишемик касаллиги, юрак нуксонлари, миокардитлар, кардиомиопатиялар, сурункали упкали юрак);
- Буйрак касалликлари (уткир ва сурункали гломерулонефрит, диабетик гломерулосклероз, тизимли кизил бурича, хомиладорлар нефропатиялари);
- Жигар касалликлари (цирроз, саратон);
- Osteoартикуляр патология (ДОА, реактив полиартритлар);
- Идиопатик ортостатик шишлар;
- Липедема.

Томир уриши	Сустлашган ёки аникланмайди	Меъёрда, аммо, шиш туфайли уни аниклаш кийинчилик тугдириши мумкин
Тери ранги	Окиш тусда (айникса, оёк кутариб турилганда). Пастга осилтирганда корамтир-кизил рангга эга булади	Териси оддий рангда. Вертикал холатда териси кукимтир тусга киради. Вакт утиши билан петехиялар кушилади
Харорат	Пасайган	Меъёрда
Шиш	Булмайди ёки огрикни енгиллаштириш максадида оёкни пастга осилтириб утириш билан боглик холда кам микдорда булиши мумкин	Одатда булади, аксарият холларда у кучли ифодаланган булади
Трофик узгаришлар	Териси атрофик, туклар тукилган, тирноклар калинлашган ва шакли бузилган	Оёкнинг дистал кисмларида тери пигментацияси кучайган, димланишли дерматит белгилари, чандикли тукима ривожланишига боглик холда болдир айланасининг кичрайиши кузатилиши мумкин
Яралар	Одатда бармоқларда ва куп шикастланадиган сохаларда кузатилади	Асосан ички тупик сохасида булади
Гангрена	Ривожланиш хавфи юкори	Ривожланмайди

Веналарнинг клиник анатомияси ва физиологияси.

Оёқларда юзаки ва чуқур веналар фаркланади, улар узаро коммуникант ёки перфорант веналар орқали боғланади. Улар биринчи бор рус анатоми Лодер томонидан ёзилган.

Юзаки веналар катта ва кичик тери ости веналаридан иборат. Катта тери ости венаси товоннинг медиал кирра венасидан бошланиб, болдир ва соннинг медиал юзаси буйлаб кутарилиб, овал тешик орқали сон венасига куйилади. Катта тери ости венасининг юкори кисмига унинг бир неча ирмоклари келиб куйилади.

Кичик тери ости венаси товоннинг латерал кирра венасининг давоми булиб. Таким ости венасигача кутарилади ва унга куйилади. Катта ва кичик тери ости веналари уртасида куплаб анастомозлар мавжуд.

Оёқларнинг чуқур веналари бир номли артерияларни кузатиб боровчи жуфт веналардан иборат. Олдинги ва орқа катта болдир веналари ток таким ости венасини хосил килади. У сон венасининг узагига давом этади ва чов боғлами сатхида ташки ёнбош венага утади. У эса уз навбатида ички ёнбош венаси билан кушилиб, умумий ёнбош артерияни бошлаб беради.

Юза ва чуқур веналар узаро коммуникант веналар воситасида боғланади.

Меъёрда вена клапанлари юза ва чуқур веналардан коннинг патга окишига, коммуникант веналарда эса - чуқур веналардан юзага окишига қаршилиқ килади.

Веналар буйлаб кон куйидаги омиллар туфайли оқади:

1. Кон капиллярлардан утгач, “колдик босим”.
2. Болдир ва сон “мушак-вена насосининг” иши, “веноз юрак” деб номланган омил.
3. Ёндош артериялар пульсацияси.
4. Диастола вактида юракнинг сурувчи таъсири.
5. Нафас вактида кукрак кафасида пайдо булувчи манфий босим.

ВЕНАЛАР КЛАПАНИ ХОЛАТИНИ АНИКЛОВЧИ ФУНКЦИОНАЛ СИНАМАЛАР.

Юзаки веналар клапани холатини аниклаш учун Троянов-Тренделенбург ва Гаккенбрух синамалари кулланилади.

Троянов-Тренделенбург синамаси.

Бемор ётган ерида оёгини кутаради. Юза веналардан кон кетиб бушаши билан катта териости венаси сон венасига куйилиш ерида бармок билан ёки резина тасма куйиш билан кисилади. Беморни урнидан тургазиб, резина тасма ечилади ёки кулни венадан олинади. Одатда, 20-30 сек. давомида юза веналар пастдан юкорига қараб кон билан тула боради. Юза веналарнинг юкоридан пастга қараб тулиб қолиши – катта териости венаси клапанлари етишмовчилигидан дарак беради.

Гаккенбрух (йутал турткиси синамаси).

Бемор йуталганида катта териости венаси сон венасига куйилган ерда бармоқлар туртки сезиши – катта териости венаси сон венасига куйилган ердаги клапан етишмовчилигини курсатади.

Чуқур веналар утказувчанлиги Дельбе-Пертес (марш) синамаси ва Прат-1 синамаси орқали аникланади.

Дельбе –Пертеснинг марш синамаси.

Бемор турган холатида резина тасма билан соннинг юза веналаи сиқилади. Бемор 5 мин. давомида юиши туфайли юза веналар бушаб қолиши чуқур веналар утказувчанлиги сакланганидан хабар беради. Юзаки веналарнинг тулиб тура бериши эса чуқур веналар утказувчанлиги бузилганидан ёки коммуникант вена клапани етишмовчилигидан далолатдир.

Пратт –1 синамаси.

Болдир айланасини улчагач, бемор чалканчасига ёткизилади ва веналар бушатилогач, оёкка тери ости веналарини сиқиб турувчи эластик бинт уралади. Беморга 10 дақиқа давомида юриш тавсия этилади. Огрик пайдо булиши чуқур веналар утказувчанлигининг бузилишидан далолат беради. Кайта улчаганда болдир айланасининг катталашуви хам чуқур веналар утказувчанлигининг бузилишидан далолат беради.

Коммуникант веналар клапанларининг холати хақида Пратта –2, Шейниснинг уч жгутли синамаси ва Тальман синамаси ахборот беради.

Пратт –2 синамаси. Тери ости веналари бушатилогач, ётган холатда товондан бошлаб эластик бинт куйилади. Сонга чов бойлами остидан жгут куйилади. Туриш таклиф этилади. Бевосита жгут остидан 2-эластик боғлам куйиб бошланади. Кейинчалик пастдаги бинт

урамма-урам ечилади. Юкорисидаги билан оёк шундай ураладики, бунда бинт урамлари орасида 5-6 см ли озод соха колиши лозим. Бинтдан озод сохадаги веналарнинг тез муддатда тулиб колиши ушбу сохада клапанларида етишмовчилиги булган коммуникант веналар борлигидан далолат беради. Улар бриллиант куки билан белгиланади.

Шейниснинг уч жгутли синамаси. Тери ости веналари бушатилгач, етган холатда бемор оёгига учта жгут куйилади: соннинг юкори кисмига, урта учлигига ва тиззадан пастга. Оёкка туриш таклиф этилади. Жгутлар билан чегараланган маълум бир сохадаги веналарнинг тез муддатда тулиб колиши ушбу сохада клапанларида етишмовчилиги булган коммуникант веналар борлигидан далолат беради.

Тальман синамаси. Учта жгут урнига битта узун жгут кулланилади (2-3 м). У оёкка пастдан юкорига караб спирал шаклида кулланилади. Жгут урамлари орасидаги масофа 5-6 см ни ташкил килиши лозим.

Веналарни махсус асбоб-ускуналар билан текшириш усуллари.

1. Функционал - динамик. Болдирга эластик бинт куйилиб, товон ортидаги веналардан бири пункция килинади ва у электроманометр билан уланади. Вена босими кучангандан сунг (Вальсальва синамаси) ва мушак зурикишидан сунг улчанади (10-12 марта утириб туриш).

Чукурвеналар утказувчанлигида Вальсальва синамасидан сунг босим 10-15% га ошади, систолик (мушаклар кискарганда) ва диастолик (мушаклар бушашганда) босим 40-45% га камаяди, систолик - диастолик градиенти сезиларли пасаяди. Мушак зурикишидан кейин босим секин-аста дастлабки холатига кайтади.

2. Тери электротермометрияси - ёрдамчи усул. Шу нарса маълумки, варикоз веналар ва тугунлар устида харорат 0,3-0,5⁰ га юкори булади, бунда оёклар пастга туширилган холатда харорат фарки энг юкори булади.

3. Термография - кенгайган веналар кунгир фонда ёругрок сохалар сифатида аникланади.

4. Веноз кон окимининг тезлигини улчаш (кальций хлор билан лобелинли синама). Дори воситаси товон орти веналарининг бирига юборилади ва бу вакт секундомер ёрдамида кайд килинади. Юборилган дори воситасининг таъсир белгилари юзага чиккач, секундомер тухтатилади (лобелин юборилганда - йутал, кальций хлор юборилганда - узига хос таъм ва исиб кетиш туйгуси). Меъёрда восита таъсири 11-25 секунд ичида юз беради. Варикоз касллиги ва тромбофлебитда ушбу курсаткич сезиларли чузилади.

5. Флебография - функционал синамалар чукур веналар утказувчанлиги ва коммуникант веналарнинг холати хакида аник маълумот бермаган холларда кулланилади. Дистал ва проксимал флебография фаркланади.

Дистал флебографияда контраст модда (верографин, уротрает ва бошкалар) товон орти веналарининг бири ёки медиал кирра венасидан юборилади. Болдирнинг пастки учлигига жгут куйилади. Текширув беморнинг тикка турган холатида функционал синамаларни куллаган холда амалга оширилади (функционал- динамик). Серияли рентгенография кулланилади; биринчи расмга олиш бевосита инъекциядан кейин амалга оширилади (тинчлик боскичи), иккинчиси - бемор бармоқлар учига турганда (мушак таранглашуви боскичи), учинчиси - бармоқлар учига 10-12 марта тургач, амалга оширилади (релаксация боскичи).

Флебограммада чукур веналарнинг утказувчанлиги, контрастнинг тутилишига караб эса, коммуникант веналар етишмовчилиги жойлашган жой аник курилади.

Проксимал флебографияда контраст модда катта тери ости венасини Сельдингер буйича пункция килиш ёки катетеризациялаш йули билан юборилади. Сон венаси клапан аппаратининг холати ва ёнбош веналарининг утказувчанлиги аникланади.

ОЁК ВЕНАЛАРИНИНГ ВАРИКОЗ КЕНГАЙИШИ

Оёк веналарининг варикоз кенгайиши (ВВК) деб, улар бушлигининг копсимон кенгайиши, узунасига чузилиши, тери ости веналарининг илонсимон кийшайиши билан кечувчи касалликка айтилади. Бунда веноз кон айланишининг бузилиши ва шикастланган оёкда трофик узгаришлар кузатилади.

ВВК юза веналарининг барча сохаларида жойлашиши мумкин, чукур веналарнинг шикастланиши эса исботланмаган.

ВВК ахолининг 17-25% да учрайди. Шифохоналарда эса у жаррохлик касалликларининг 2-2,3% ни хосил килади. Аёллар эркакларга нисбатан 3 баробар куп огрийдилар.

В.С. Савельев и Э.П. Думпе (1970г.) ларнинг фикрича, ахолининг 15-20% вена касалликлари туфайли операцияга мухтождир.

Этиологияси ва патогенези

Оёқларнинг бирламчи ва иккиламчи ВВК кузатилади. Бирламчи варикоз касаллиги клапан етишмовчили, веналар тонусининг камайиши натижасига юзага чикиб, у касалликнинг энг куп учрайдиган туридир. Иккиламчи ВВК эса, компенсатор тавсифга эга булиб, чуқур веналар тромбоблебитидан кейин ривожланади.

Варикоз касаллиги ривожланишининг бир неча назариялари мавжуд.

Механик назария касаллик келиб чиқишини веналарда узок муддат тикка туриш ёки проксимал қисмларининг эзилиши (масалан, хомиладорликнинг 2-ярмида) оқибатида босим ошиши билан тушунтиради.

Энг узун вена - катта тери ости венаси доимо коннинг баланд устунни туфайли гафитацион самара оқибатида юкори босимга гирифтор булади. Шунинг учун ВВК ни тик турувчиларнинг касб касаллиги деб ҳам аталади.

Клапан етишмовчилиги ва наслий мойиллик назарияси тарафдорлари касаллик ривожланишини веноз клапанларнинг тугма булмаслиги ёки яхши етилмаслик оқибатида уларнинг функционал етишмовчилиги билан тушунтиришади. Қари ёшда клапанларнинг кичрайиши ҳам ушбу ёшдагиларда ВВК нинг куп учрашига сабаб булади.

Нейроэндокрин назария тарафдорлари организмдаги гормонал қайта қурилиш оқибатида (хомиладорлик, хайз қуришнинг тухташи, жинсий етилиш даври, тугрук ва бошқалар) вена томири девори тонусининг пасайиши ётади, деган фикрни илгари суришади. Бунда тосдаги аъзоларга кон келиши кучаяди, артериал-веноз шунтлари очилади ва вена тонусининг камайиши оқибатида коннинг оқиб кетиши кийинлашади.

Катор муаллифларнинг (П.П.Алексев, 1971, В.Я.Васютков, 1972) фикрича, артериал-веноз анастомозларнинг ВВК нинг келиб чиқишидаги ахамияти жуда муҳимдир. Нохуш таъсиротлар натижасида артериал-веноз анастомозлар очилади, бунинг оқибатида оёқларга купрок микдордаги кон каттарок босим остида келади, веналар бушлиги кенгаяди, иккиламчи клапан етишмовчилиги ривожланади ҳамда варикоз тугунлар пайдо булади. Варикоз касаллигининг ушбу артериал шаклига Паркс-Вебер-Рубашев касалиги мисол була олади.

Юкоридагидан қуриниб турибдики, ВВК бир неча омилларнинг таъсири оқибатида келиб чиқади.

Таснифи

Касаллик босқичига қура.

Компенсацияланган, субкомпенсацияланган ва декомпенсацияланган.

Чуқур веналардан юзаки веналарга кон қайтиши сатҳига қура варикоз касаллигининг турлари (В.С. Савельев буйича, 1972).

I. Юкори вено-веноз кон қайтиши булган варикоз касаллиги (тери ости венаси бугзидаги клапан етишмовчилиги).

II. Пастки вено-веноз кон қайтиши булган вари-коз касаллиги (коммуникантлар етишмовчилигида).

III. Аралаш вено-веноз кон қайтиши булган варикоз касаллиги.

Клиникаси ва таъхислаш.

Чап оёқ унгдан купрок зарарланади. 35-43% беморларда икки томонлама шикастланиш кузатилади. 75-80% беморларда катта тери ости венаси, 5-10% беорларда больших поражається большая подкожная вена, у 5-10% - кичик тери ости венаси, 7-10% беморларда эса иккала вена шикастланади.

Касалликнинг клиникаси унинг босқичига, асоратларнинг бор-йуклигига қараб турлича булади. Касалликнинг кечишида латент, компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация босқичлари фаркланади.

Веноз кон айланиши бузилишининг компенсация босқичида беморлар тикка турган холда кийшик узаклар, тугунлар, кенгайган турсимон томирлар яккол кузга ташланади. Беморларни тикка турган холларда оёқлардаги бироз огирлик, туликлик, хоргинлик безовта килади. Оёқларда огрик йук ёки кечга томон пайдо булиб, хордик чикаргач, йукотилади. Беморлар мехнатга лаёқатли.

Субкомпенсация боскичида тез чарчаш, оёклардаги тараглашув ва огирлик, болдир мушакларидаги тортишишлар, тери кичишиши, парестезиялар, тизза ва товоннинг шиши безовта кила бошлайди. Шишлар кечга томон ёки оёкда узок муддат тика тургач юзага чикади. Эрталаб – тунги оромдан кейин тулалигича йуколиб кетади, ammo оддий хордик чикаргач, хар доим хам кетавермайди. Ички тупик устидаги терининг цианози ва пигментацияси пайдо булади.

Декомпенсация боскичида шикастланган оёкда доимий огриклар, увишиш, кичишиш пайдо булади. Болдир катталашган, кукимтир, шишган. Шишлар тургун булиб, кечки оромдан кейин йуколмайди. Тукималарнинг трофик бузилишлари, дерматитлар, склероз, тери ости ёг каватининг индурацияси кушилади. Шунингдек, варикоз касаллигининг асоратлари: трофик яралар, тромбозфлебитлар, варикоз кенгайган веналардан кон кетиш, иккиламчи лимфадема, экзема кузатилади.

Трофик яралар одатда бита булиб, баъзан куп сонли булиши мумкин ва улар болдирнинг ички юзасида жойлашади. Яралар текис булиб, туби текис, кирралари нотекис, ажралмалари кам микдор булади.

Варикоз кенгайган томирлар тромбозфлебитида веналар йуналиши буйлаб каттиклашув, кизариш, харакатнинг кийинлашуви кузатилади. Махаллий ва умумий харорат ошади.

Варикоз кенгайган томирлардан кон кетиш юпкалашган ват ери Билан ёпишиб кетган веналарнинг арзимаган шикастланишидан кейин хам ривожланиши мумкин. Уни шикастланган венанинг дистал кисмига сикувчи боғлам ёки жгут куйиш Билан осон тухтатиш мумкин.

Посттромбозфлебитик синдром, юза веналарнинг иккиламчи компенсатор кенгайиши, веналарнинг тугма касалликлари /Пакрас-Вебер-Рубашев ва Клиппель-Тренон синдромлари/ билан киёсий ташхислаш утказиш лозим.

Сурункали вена етишмовчилиги (СВЕ)

Бу синдром оёкларда вена окимининг бузилиши билан кечади. Унинг келиб чикишида ПТФС ёки вена тизимининг тугма нуксонлари ётади. Камрок холларда СВЕ га бириктирувчи тукиманинг тизимли касалликлари (тизимли кизил бурича, склеродермия) семизлик, дисгормонал холатлар, кичик тос усмалари олиб келиши мумкин).

Кузитувчи омиллар.

- ✓ Вена босимининг ошишига олиб келувчи барча омиллар:
 - хомиладорлик;
 - Узок муддатли статистик зурикишлар;
 - огир юк кутариш;
 - Бронхлар ва упка касалликлари;
 - Сурункали кабзият;
 - Утказилган флеботромбоз (ПТФС).

Клиникаси.

- Шикоятлари: болдир мушакларида огирлик, таранглик, иссиклик ва огрик сезиш. Улар узок муддатли статистик зурикишлардан сунг юзага чикади. Юрганда ёки тунги дам олишдан сунг улар тулик ёки деярли тулик утиб кетади. Болдир мушакларида купрок тунги вақтда юз берувчи мушак тортишишлари ушбу касаллик учун мухим белгидир.
- Тери ости веналарининг кенгайиши ва кейинчалик турли шаклларда варикоз (тугунли) узгариши болдир ва сон буйлаб таркалади. Варикоз касаллигида кенгайган веналар факат оёкда кузатилса, ПТФС да улар ков усти ва кориннинг олд деворига хам таркалиши мумкин. Ушбу холда , айникса касалликнинг дастлабки боскичларида веналарнинг кенгайиши компенсатор тавсифга эга булиб конни тикилган енбош ёки пастки ковак веналардан айланиб утишига имкон яратади.
- Болдирнинг олд-ён деворидаги трофик яралар (перфорант веналарнинг мавжудлиги, мушак каватининг йуклиги, юкори статистик босим, артерио-веноз шунтларнинг мавжудлиги);
- Асосий касалликнинг кечишини огирлаштирувчи дерматит, экзема, сарамаснинг кушилиши.

Даволаш

Консерватив, склерозирловчи ва оператив даво кулланилади.

Консерватив даво беморни тузатмайди, балки асоратлар ривожланишининг олдини олади, касаллик ривожланишига тускинлик килади. У операция карши курсатма булган холларда

кулланилади. Консерватив даво мажмуасига эластик бинт ураб юриш, эластик пайпок кийиш, даволовчи жисмоний тарбия, беморларни огир юк кутариш билан боглик булмаган ва узок муддат тикка турмайдиган енгил ишга утказиш киради.

Склерозирловчи даво касалликнинг бошлангич даврида катталашган томирларнинг айрим сохалари ва тугунларини облитерацияга учратиш учун кулланилади. Бунда варикоз тугунлар ва кенгайган томирлар ичига склерозирловчи эритмалар юборилади /варикопид, вистарин, сотрадекол, тромбовар, варсил ва б./. Инъекция урни дока шарик билан босилиб, оёкка эластик бинт уралади. Беморга 2-3 соат давомида юриш таклиф этилади.

Жаррохлик усулида даволаш варикоз касаллигини даволашнинг ягона радикал усули хисобланади. У хомиладорликда, жуда кари одамларда хамда йирингли касалликлар мавжуд булганда карши курсатилган.

Операция катта тери ости венаси ва унинг ирмоқларини сон венасига куйилиши сохасида боглаш (Троянов-Тренделенбург операцияси), катта тери ости венасини Бэбкокк усулида олиб ташлашдан иборат (бунинг учун Бэбкокк ёки Гризенди зондидан фойдаланилади).

Веналарнинг жудаям кийшайган сохалари Нарат буйича кичик кесмалар оркали олиб ташланади. Агар коммуникант веналар етишмовчилиги булса, албатта бу веналарни боглаш лозим. Операция болдирнинг ички юзасидан килинадиган 12-15 см ли кесма оркали амалга оширилади. Трофик узгаришлар булмаса, комуникант веналар фасция устидан Кокет буйича, тер ива тери ости ёг каватида трофик узгаришлар мавжуд булса, фасция остидан Линтон буйича богланади.

Олиб ташланмаган майда веналар тери оркали кетгут Билан кушимча равишда тикилади /Шеде-Кохер, Соколов буйича/.

Операциядан кейинги улим 0,4 – 1,1% ни ташкил этади.

СВЕ нинг замонавий давоси мажмуали булиб, жаррохлик даво, склеротерапия, компрессион даво хамда турли дори воситаларни (Детралекс, Гинкор-Форт, Цикло 3 Форт, Куриозин, малхамли ва гелли флеботоник воситалар ва б.), физиотерапияни куллашни уз ичига олиши лозим.

УТКИР ТРОМБОФЛЕБИТ ВА ФЛЕБОТРОМБОЗ.

Тромбофлебит ва флеботромбоз фаркланади. Флеботромбозда тромб хосил булиши венанинг соглом сохасида кечади, кейинчалик вена деворининг яллигланиш жараёни кушилади. Тромбофлебитда эса тромб яллигланиб булган вена деворининг фонида пайдо булади.

Уткир тромбофлебит деганда вена девори яллигланишининг унинг бушлигида тромб хосил булиши билан кечишига айтилади.

Касаллик келиб чикишида инфекция, шикастланиш, хавфли усмалар мухим ахамиятга эга. Купинча тромбофлебит варикоз касаллигининг кечишини огирлаштиради.

Тромб хосил булишида вена деворининг шикастланиши, кон окишининг секинлашуви ва кон ивишининг ошиши ахамиятга эга. Чукур ва юзаки веналарнинг тромбофлебети фаркланади.

Юзаки веналарнинг тромбофлебети тромбланган вена буйлаб харакат ва жисмоний зурикишда кучаювчи огрик билан намоён булади. Яллигланишнинг барча белгилари аникланади. Курилганда тромб сохасида гиперемия ва тери копламининг шиши, пайпаслаганда вена йуналиши буйлаб одатда атроф тукималардан аник ажралиб турувчи шнурсимон, огрикли зичлашган соха аникланади. Кам холларда яллигланиш инфилтрати атрофдаги тери ва тери ости ёг каватига таркалади. Шикастланган оёкнинг хажми ёки узгармайди, ёки 1-2 см га катталашади. Махаллий ва умумий хароратнинг ошиши кузатилади. Беморларнинг умумий ахволи кам зарарланади, тана харорати субфебрил булади. Баъзан тромбнинг йирингли эриб, септик холат ривожланиши кузатилади.

Касалликнинг жадал ривожланишида катта тери ости вена тизими буйлаб тром юкорига кутарилиши мумкин. Жараённинг сафено-сон бугзи чегарасидан чикишида упка артериясининг эмболия хавфи пайдо булади (1%).

Даволаш. Агар жараён болдир сохасидан четга чикмаса, беморларни консерватив усулда, амбулатор шароитда даволаш мумкин.

Касаллик сонга таркалса, беморларни стационарда даволаш лозим. Дори-дармонлар билан даволаш мажмуасига антикоагулянтларни, кон реологиясини ва микроциркуляцияни яхшиловчи воситаларни (аспирин, трентал, венорутон, индометалин, троксевазин), ностероидларни (реопирин, бутадион), десенсибиловчи воситаларни (димедрол, супрастин ва б.) куллаш киради.

Махаллий равишда малхамлар кулланилади (гепаринли малхам, Вишневский малхами). Оёкларни эластик бинт билан ураш, дозаланган юриш тавсия этилади.

Касаллик сонга таркалса, катъий тушак тартиби, оёкни Белер шинасида кутариб ётиш тавсия этилади. Сон венасининг кутарилувчи тромбозининг олдини олиш учун тезкор холда Троянов-Тренделбург операциясини утказиш лозим. Агар беморнинг ахволи йул куйса, бир вақтнинг узида юзаки тери ости венаси тери ва инфильтрацияланган тери ости ёг кавати билан биргаликда кесиб олиб ташланади (операция Мадалунга).

Оёк чуқур веналарининг уткир тромбофлебити ва тромбози – томирлар уткир окклюзияси энг куп жойлашган сохадир. Улар суяк синишидан, операциялардан кейин, юрак-кон томир касалликлари, кандли диабет бор беморларда, ёши улуг кишилар ва карияларда ривожланиши мумкин.

Веналар тромбози улар усмалар, катталашган бачадон билан сикилганда, мушакларнинг кучли таранглашувида (Педжетт-Шреттер синдроми) ҳам ривожланиши мумкин.

Чап ёнбош венасининг тромбозиди унинг унги ёнбош артерияси томонидан сикилиши ахамиятга эга.

Касалликнинг куриниши тромбнинг жойлашган жойига боглик. Агар жараён болдирнинг барча веналарида жойлашмаган булса, клиник куриниши яширин булади. Умумий ахволи коникарли. Болдир мушакларида огрик булиб, у харакатда кучаяди, оёклар шиши, тана хароратининг ошиши кузатилади. товонни оркага букканда болдирда огрик пайдо булади (симптом Хоманса). Болдирнинг урта учлигини Рива-Роччи манжеткаси билан сикканда ҳам шундай огриклар юз беради (Левенберг белгиси).

Болдир веналарининг барча 3 та чуқур веналари шикастланса, болдирда кескин огрик, таранглашув хиси, шиши кузатилиб, купинча улар тери цианози, тана хароратининг ошиши билан кушилиб келади.

Сон венаси хасталанганда сон шиши кузатилади. Пайпаслаганда тромбланган вена буйлаб огрик сезилади.

Сон ва таким ости веналари тромбозининг бирга келишида тиззи бугимида шиш, огрик, харакатнинг чекланиши кузатилиб, тизза копкогининг “билкиллаши” кайд этилади.

Жараённинг соннинг чуқур венасидан ҳам юкорига таркалиши шикастланган оёкнинг тулик шишиши, огрикларнинг кучайиши, тери копламининг цианози билан кечади.

ТОС (ИЛЕОФЕМОРАЛ) ТРОМБОФЛЕБИТИ

Тос тромбофлебити (умумий, ташки ва ички ёнбош веналари ҳамда уларнинг ирмоклари) огиррок кечевчи касалликдир.

• КЛИНИКАСИ:

- ✓ У ёки бу (ёки иккала) оёкнинг шикастланиш белгилари, сийдик пуфаги, тугри ичак, кин, бачадон, уятли лаблар сохасидаги огрик ва шиш.
- ✓ Кук флебит, ишемии клиникаси, парестезиялар, артериялар торайиши туфайли тери жимирлаши (Лериш буйича псевдоэмболия).
- ✓ Оёклар ва кичик тос аъзолари фаолиятининг бузилиши.
- ✓ Ташхислаш кийин эмас, баъзан кичик тос усмалари ва яллигланиш касалликларини истисно килиш лозим.

Илеофеморал тромбозда биринчи кунданок ошиб борувчи, товондан то чов бурмасигача, баъзан думбагача таркалувчи оёк шиши ва цианози кузатилади.

Касаллик бошлангандан кейин шиш зичлашиб, сезувчанлик суствлашади. Псевдо-эмболик ёки ок, огрикли флегмазия (артериянинг кучли ифодаланган торайиши билан кечади) ва кук флегмазия ажратилади.

Ок флегмазияда тусатдан оёкларда пульсацияловчи огрик, оёкларнинг совук котиши ва увишиши, сезишнинг пасайиши, оёкнинг кескин кенгайиши кузатилади. Тери коплами окарган булади.

Кук флегмазияда оёкнинг цианоз ива шиши кучлирок ифодаланган булади, оёк кутарилган холатида камаймайди. Периферик томирларда пульсация йуколади.

Флегмазиянинг икала шакли ҳам баъзан веноз корасонига (гангренага) олиб келади.

Оёк веналарининг тромбозини ташхислаш касалликнинг клиник куринишига, радиоактив йод билан нишонланган фибриноген ёрдамида радиоиндикация килиш натижасига

(текширилаётган сохада радиофаоллик ошади) ва флебография хулосасига (магистрал веналарнинг тулишиш нуксони ёки “ампутацияси”, дистал веналарнинг кенгайиши кузатилади) асосланади.

Даволаш мажмуали булиши лозим. Операция хаётий курсатмаларга асосан, масалан, упка артериясининг эмболияси ёки вена гангренаи хавфи тугилганда амалга оширилади.

Тромбознинг жойлашган жойи ва таркалганлик даражасига боглик холда куйидаги операциялар кулланилади:

- 1) сон венасини дистал боглаш (болдир венасининг алохида тромбозиди);
- 2) сон-таким ости сегментининг бирламчи чегараланган тромбозиди сон-таким ости сегментидан тромбэктомия килиш;
- 3) ёнбош венасининг чекланган шикастланишида ундан тромбэктомия килиш;
- 4) пастки кавак венани пликациялаш, унинг бушлигида тор каналлар хосил килиш ёки тромбларни ушлаб колувчи кава-фильтрлар куйиш.

Дори-дармонли даво уз ичига куйидагиларни олади:

- 1) бевосита ва билвосита антикоагулянтларни куллаш. Улар коннинг ивиш вакти ва протромбин индексининг назорати остида кулланилади;
- 2) катъий тушак тартиби ва оёкни кутариб ётиш.;
- 3) малхамларни махаллий куллаш;
- 4) тромболитик воситаларни куллаш (фибринализин, стрептокиназа, урокиназа, тромболитин);
- 5) дезагрегацион таъсирга эга булган воситалар (трентал, курантил, реополиглюкин);
- 6) огриксизлантирувчи ва яллигланишга карши дори воситалари (аспирин, бутадион, реопирин, индометацин);
- 7) антибактериал даво;
- 8) симптоматик даво.

Профилактика

(махсус)

- кон реологик хусусиятларини хамда микроциркуляцияни яхшиловчи воситалар (реополиглюкин, компламин);
- тромбоцитларнинг адгезив-агрегацион фаолиятини яхшиловчи воситалар (трентал, курантил);
- Коннинг коагуляция кувватини камайтирувчи воситалар (гепарин кичик дозаларда, билвосита таъсир курсатувчи антикоагулянтлар).

(номахсус)

- оёкни эластик бинт билан ураш;
- бодир мушакларини электр токи билан кузгаш;
- вена окимини яхшиловчи гимнастик машклар;

МОНДОР КАСАЛЛИГИ

Бу касалликни биринчи бор 1939 йилда француз хирурги Мондор батафсил таърифлаб берган. Адабиётда ушбу ном остида кукрак кафаси олд ва ён деворлари ёки сут беи сохасининг юзаки тромбофлебити ёзилади.

ПОСТТРОМБОФЛЕБИТИК СИНДРОМ (ПТФС)

Бу оёк чукур веналарининг тромбозини бошдан кечиргандан сунг ривожланувчи симптомокомплекс булиб, ахолининг 1,5-5% да учрайди. Чукур веналар тромбозининг окибати купинча тромбнинг реканализацияси булиб, кам холларда тромбланган венанинг облитерацияси кузатилади.

Тромбнинг шаклланиши касаллик бошланишининг 2-3- хафталарида бошланиб, бир неча ойдан тортиб 5 йилгача булган муддатда реканализация билан тугалланади. Зарарланган вена парчаланган каналлари булган склерозирланган найга ухшаб қолади. Паравазал фиброз ривожланади. Зарарланган чукур веналарда босимнинг ошиши хисобига коммуникант веналар тизимида босим ошади, натижада аввал уларнинг функционал, кейинчалик эса органик етишмовчилиги келиб чиқади. Одатда кузатилмайдиган холат – коннинг чукур веналардан юза веналарга окиши кузатилади ва окибатда артериоло-венуляр анастомозлар очилади. Энг чукур узгаришлар ички тупик устида юз беради, негаки, ушбу сохада энг ката перфорант веналар хамда энг юкори ортостатик босим кузатилади. Микроциркуляциянинг бузилиши трофик яралар пайдо булишига сабаб булади.

Клиник куриниши

Узок муддат тикка турганда кучаювчи ва беморнинг горизонтал холатида камаювчи оёқлардаги огирлик хисси ва огрик касалликнинг илк белгисидир.

Айрим холларда болдир мушакларининг тунда ёки узок муддат тика туриб колганда тиришиши кузатилади. Оёқлардаги шишлар тунги оромдан кейин хам йуколмайди. Ёнбош веналар шикастланганда шиш оёқнинг барча соҳасини, сон венаси шикастланганда – болдир ва соннинг пастки учлигини, болдир чуқур веналари зарарланганда – тупик ва товон соҳаларини эгаллайди.

65-75% беморларда катта ва кичик тери ости веналар тизимини камраб олувчи тери ости веналарининг варикоз кенгайиши кузатилади. Ёнбош веналар шикастланганда корин олд девори веналарининг кенгайиши кузатилади. Болдир пастки учлиги, айникса, ички тупик соҳаси тукумаларининг индурацияси (каттиклашуви) хосдир. Тери ват ери ости ёг кавати зич, харакатсиз, кунгир ёки корамтир-жигарранг тусга эга булади. Купинча узгарган терида азобловчи кичиши мавжуд нам экзема учрайди. Ушбу соҳада кайталанувчи, секин битувчи трофик яралар жойлашади. Улар битта ёки куп сонли булиб, склерозирланган кирраларга, суст грануляцияли текис тубга эга булади, ажралма кам микдорда кузатилади.

ПТФС нинг 4 клиник шакли фаркланади: шишли-огрикли, варикоз, яралар ва аралаш.

Мос клиник куриниш кузатилган холда анамнезида чуқур веналар тромбози утказилгани маълум булса, бу холат ПТФС дан далолат беради. Чуқур веналар утказувчанлиги бузилишини аникловчи Дельбе – Пертеса ва Пратта – 1 синамаларининг натижалари ташхисни тасдиқлаб беради. Шунингдек, флебоманометрия ва функционал динамик флебография натижалари хам ташхис куйишга ёрдам беради.

Варикоз касаллиги, Паркс-Вебер синдроми, юрак ва буйрак касалликлари, тос усмалари ва фил оёқ билан киёсий ташхислаш утказилади.

Давоси мажмуали:

дори дармонли:

- 1) эластик бинтлар ураш;
- 2) сийдик хайдовчилар;
- 3) рационал мехнатга жойлаштириш;
- 4) десенсибилизацияловчи даво;
- 5) микроциркуляцияни яхшиловчи воситалар;
- 6) трофик яралар ва дерматитларни даволаш.

ПАСТКИ КАВАК ВЕНА ТРОМБОЗИ

Пастки кавак вена тромбози ёнбош веналар тромбозининг давоми сифатида ривожланади. Кам холларда у чегараланган мустакил тромбоз шаклида учрайди. Клиник куриниши пастки ковак вена тизимидан кон окишининг кийинлашиши ва коллатералларнинг ривожланиши иккала оёқ, чанок аъзолари, ва киндикдан пастда шишлар пайдо булиши билан тавсифланади.

УМРОВ ОСТИ ВЕНАСИНИНГ УТКИР ТРОМБОЗИ
(ПЕДЖЕТ-ШРЕТТЕР-КРИСТЕЛЛИ СИНДРОМИ)

Ушбу касалликнинг ривожланишида суяк ва мушаклар орасида жойлашган умров ости венасининг хусусиятлари муҳим урин касб этади. Елка мушакларининг кучли таранглашуви ва айни вақтда елка бугимида харакат бажарилганда умров ости венаси умров ва II ковурга оралигида сикилиб қолади. I ковурганинг юкори туриши, умров ости мушаги ва кичик куқрак мушагининг пай-мушак кисмининг гипертрофияси ушбу вена буйлаб кон окимининг пасайишига, бунинг окибати уларок эса, тром хосил булишига кулай шароит яратади.

Клиникаси ва профилактикаси.

Педжет-Шреттер-Кристелли синдроми спорт ва жисмоний иш билан шугулланувчи 20-40 ёш атрофидаги мушаклари яхши ривожланган шахсларда купрок кузатилади. Ушбу синдромнинг энг асосий белгилари булиб, шикастланган кулдаги (купрок унга) шиш, т/о веналарининг кенгайиши, тери цианози, огрик булиб хисобланади. Бу белгилар одатда жисмоний зуриқишдан сунг ривожланади.

Давоси.

Асосан консерватив. Веноз гангрена ривожланиш хавфи тугилганда ва регионар гемодинамиканинг кескин бузилишларида-гина тромбэктомия курсатма булади. Умров ости венасидаги босимни камайтириш учун айни дамда мушак, пай ва суякларда хам операция

утказилади. Касалликнинг сурункали боскичида томирларда реконструктив операциялар утказилади.

ЮКОРИ КАВАК ВЕНА СИНДРОМИ

Юкори кавак вена буйлаб веноз окимнинг кескин камайиши ёки тамоман тухташи адабиётда юкори кавак вена синдроми ёки “кава-синдром” деб аталади.

Сабаблари.

1. Кукс оралиги аъзоларининг яхши ва ёмон сифатли усмалари билан юкори кавак венасининг сикилиши (бронх саратони, калконсимон без усмаси, туш орти букоги);
2. Кукс оралиги аъзоларининг усмасимон хосилалари билан юкори кавак венасининг сикилиши (аорта аневризмалари, лимфа безларининг катталашиши, невринома);
3. Яллигланиш узгаришлари окибатида юкори кавак венаси утказувчанлигининг бузилиши:
 - а) Номсиз ва умров ости веналари тромбозининг таркалиши;
 - б) Атроф-тужималарнинг яллигланиш касалликлари: фиброз медиастинитлар, лимфаденитлар ва б.

Клиникаси.

- ❖ Белгилар учлиги:
 - Шиш;
 - Тери рангининг кукариши;
 - Бош, буйин, елка юза веналарининг кенгайиши;
- ❖ Кейинчалик хансираш, юрак уриши, неврологик белгилар.

АДАБИЁТЛАР

1. Вахидов В.В. “Хирургическое лечение заболеваний вен”. (Ташкент,1976г)
2. Дж.Мёрта Справочник врача общей практики. Москва 1998 г., 1242 стр.
3. **Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Тошкент 2005 й.**
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005г.
5. Кузин М.И. Хирургические болезни. Тошкент 1986, 703 стр.
6. Лыткин М.И. “Частная хирургия”. (Учебник. Ленинград, 1990г.)
7. Покровский А.В. “Клиническая ангиология”. (Москва,1979г.)
8. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). М. 2006 г.
9. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. 2006 г. ТМА.
10. Аталиев А.Е., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М., Арифжанова З.Ш. Асосий хирургик синдромларнинг диагностика ва даволаш алгоритмлари. Укув-услубий кулланма. Т., 2006 й.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўқув ишлари бўйича проректор
_____ доц. С.Ш. ОЛИМОВ
_____ 2014 й

ИСИТМА С ИНДРОМИ

Даволаш факультетининг
7 курс талабалари учун

маъруза

ЯМС асосида ёзилган

Бухоро – 2014

УАШ ЖАРРОХЛИГИ КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА
КЎРИБ ЧИҚИЛГАН ВА ТАСДИҚЛАНГАН КАФ.
МУДИРИ
Т.Ф.Д. УРОКОВ Ш.Т.

Маъруза матни тузилган МУК да кўриб чиқилган

Баённома № « ____ » _____ 2014 й.

Раис: доц. С.Ш. Олимов

Бухоро - 2014

Коринни уткир касалликларининг бошланишида лихорадка кам пайдо булади. Тана хароратини тугри ичакда махсус кобикка солинган термометр ёрдамида улчаш керак. Огиз бушлигидаги тана харорати хам ахборотли хисобланади, лекин у унчалик ишончли эмас деб хисобланади. Култик ости

соҳасида улчанган тана харорати кам ахборотли булиб, купинча ҳисобга олинмайди. Купчилик беморларда тана харорати 37С дан ошмайди. 37,2С дан юкори тана харорати маълум клиник аҳамиятга эга булиб шифокор назаридан четда қолмаслиги керак. Тана хароратини ошиши организмда яллигланиш жараёнига ҳамроҳлик қилади ва нисбатан кеч белги ҳисобланади. Уткир гангреноз аппендицитда усимта перфорациясигача ҳам тана харорати кам ошган бўлади. Тана хароратини ошиши доим ҳам бактериал инфекция қушилганлигини курсатмайди. Лихорадка билан қалтираш бактериемиа ривожланганидан дарак беради ва қонни эмага олишга курсатма бўлади. Тана хароратини ошиш даражаси касалликни дифференциал ташхис қуйишга ёрдам беради. Масалан, уткир аппендицит бошланишида юкори тана харорати қузатилмайди. Тана хароратини 38,9С дан ошиши бактериал перитонит, сальпингит, пиелонефрит ва пневмонияга ҳосдир. Қуннинг маълум бир вақтида қузатиладиган юкори тана харорати қорин бушлигида абсцесс шаклланганликдан далолат бўлади. Қориндаги оғрик билан беморларда тана харорати қанчалик юкори бўлса, беморни аҳволи шунчалик оғир бўлади. Шу билан бирга қориндаги оғрик ва лихорадка доимо ҳам жарроҳлик талаб қасалликларга ҳос эмас (масалан оилавий урта ер денгизи қасаллиги). Қупинча қорин бушлиги аъзоларининг қасалликларида тана хароратини ошиши ҳар хил булиб у ташхис қуйишда қуп ҳам аҳамиятга эга эмас. Сувсизликда ва кекса беморларда йирингли-яллигланиш қасалликларида тана хароратини кам ошади ёки умуман ошмайди. Ақсинча, ёш болаларда лихорадка унчалик оғир бўлмаган қасалликларда ҳам қуп учрайди. Септик ҳолатларда эса гипотермия лихорадкага нисбатан қупроқ аҳамиятга эга бўлади. Тана хароратини тушириш учун зарур бўлмаган ҳолатдан ташқари, лихорадка сабабини аниқлангунча антибиотикларни қулламаган маъқул.

Лихорадка – қупчилик қасалликларнинг белгиси ҳисобланиб, қупинча у инфекцияларда юзага келади. Лихорадка организмни инфекциядан ҳимоя қилишда муҳим роль уйнайди. Тана хароратини ошиши макрофагларнинг фагоцитар активлигини оширади, интерферон ва антителоларни ишлаб чиқаришни қучайтиради.

Тананинг меъёрий харорати

- оғиз бушлигида – 36,0-37,3С (уртача 36,8С);
- қултик остида – 36,4С;
- тугри ичакда – 37,3С.

Агар харорат оғизда 37,3С ёки тугри ичакда 37,7С дан ошса лихорадка деб ҳисобланади.

Нормада харорат қун мобайнида 1С га узғариши мумкин. Эрталаб харорат кечқурунга нисбатан 1С паст бўлади. Тананинг максимал харорати қуннинг иккинчи ярмида қузатилади.

Инфекция пайтида харорат 40,5-41Сдан ошмайди. Гипертермия патологик ҳолат булиб, бунда иссиқлик ҳосил қилиш уни йукотишдан устунлик қилади. Гипертермияда харорат 41С дан юкори бўлади ва иссиқ утқазганда, усмаларда, инфекцияда, геморрагик инсултда қузатилвди.

Лихорадка турлари:

1. Аборт лихорадка – бруцеллёзда;
2. Алиментар лихорадка – овқат билан боғлиқ бўлади ва болаларда МИТ қасалликларида қузатилади;
3. Оксил лихорадкаси – оксил парчаланганда, қон қуйилганда, некрозда, яллигланиш экссудатларида қузатилади;
4. Гудакларда оксил лихорадкаси – гудакларга оксилга бой овқат берилганда;
5. Бледная лихорадка – харорат қутарилиши терининг оқариши билан кечади (сепсисда);
6. Сув лихорадкаси – инфекциян гриппотифоз лептоспирозда;
7. Қайтувчи лихорадка;
8. Тулкинсимон лихорадка;
9. Гастроэнтеррагик лихорадка;
10. Гектик ёки оздирувчи лихорадка – тана харорати қун мобайнида 3-5Сгача узғаради;
11. Гемоглобинурияли лихорадка ёки малярия лихорадкаси;
12. Геморрагик лихорадка.

Лихорадканинг асосий сабаблари – инфекция, усмалар, узок босиш синдроми, миокард инфаркти, геморрагик инсулт, дори аллергияси, СКВ, подагра, уткир гемолиз.

Саёҳатдан қелганларда эндемик лихорадка қузатилади.

Лихорадка ВИЧ инфекциянинг уткир лихорадка фазасида асосий белги ҳисобланади (50% беморда қузатилади).

Симуляция вақтида ҳам лихорадка кузатилади – термометрни иссик сувга ботирганда ёки уни ишкалаганда кузатилади.

Симуляция куйидаги ҳолатларда шубҳа килинади:

- Ушлаб қурганда тери ҳарорати меъёрида;
- Тахикардия, юз кизариши, терлаш кузатилмайди;
- Ҳарорат эгрилиги атипик бўлса;
- Хаддан зиёд ошган ҳарорат (41С ва юқори).

Лихорадканинг бошқа таснифи:

1. Утиб кетувчи лихорадка – ҳароратнинг ошиши ва меъёригача тушиши. Масалан, малярияда ҳарорат ҳар 48 ёки 72 соатда кутарилиб, бошқа вақт меъёрида бўлади.
2. Ремиттирланган лихорадка – ҳарорат сутка мобайнида 1С га узгаради ва минимал ҳарорат 37С дан юқори бўлади.
3. Тулкинсимон лихорадка – доимий ёки ремиттирланган ҳарорат бир неча кун мобайнида нормал ҳарорат билан алмашинади.
4. Доимий лихорадка – сутка мобайнида ҳарорат юқори бўлиб, узгариши 1Сдан ошмайди. Бундай ҳарорат вирусли инфекцияда масалан гриппда кузатилади.
5. Номаълум сабабли лихорадка – 3 ҳафтадан кўпроқ вақт кузатилган лихорадка 38Сдан юқори бўлиб, текширувда сабаби аниқланмайди.

Номаълум сабабли лихорадка силда, инфекциян эндокардитда, жигар ва ут йуллари касалликларида, упка ракида кузатилади.

Бундан ташқари лихорадка жаррохлик касалликларида – фурункулёз, юмшоқ туқималарнинг йирингли касалликларида, жигар упка абсцессларида, пилефлебнит, жаррохлик сепсисиде кузатилади. Сепсисда лихорадка терининг оқариши билан кечади. Эрамизгача IV асрда Аристотель томонидан сепсис атамаси киритилган бўлиб, унинг куйидаги кечиши фарқланган:

1. Йирингли-резорбтив лихорадка 24-25% беморда кузатилади. У аниқ жойлашган йирингли учок, жараёни тулкинсимон кечиши, интерметтир лихорадка билан характерланади. У йирингли учокни очгандан кейин камида 7 кундан кейин кузатилади. Қон эмаси купинча стерил чиқади.
2. Септицемия – 25-26% йирингли касалликларда аниқланади. Йиринг учогига таъсир этилишига қарамасдан беморни оғир ахволи узгармайди.
3. Септикопиемия – септицемия фонида метастатик йирингли учоклар юзага келади. 32-35% беморда учрайди.
4. Сурункали сепсис – узок вақт лихорадкани ушлаб турувчи турли туқима ва аъзоларда йирингли учок борлиги билан характерланади.

Бу клиник-анатомик шакллар генераллашган жаррохлик инфекциясининг фазаси бўлиб хизмат қилмайди.

Сепсисни кечиш жараёнининг темпига қараб фарқлаш куйидагича амалга оширилади:

- 1) яшин тезлигидаги сепсис – клиник картина 1-2 суткада юзага келади (2% беморда);
- 2) Уткир сепсис – 5-7 суткада кузатилади (39-40% беморда);
- 3) Уткир ости – 7-14 кун давом этади (50-60%);
- 4) Сурункали сепсис.

Сурункали сепсис бирламчи учок билан эмас, балки ички аъзоларни жароҳатланиши билан характерланади.

Клиник белгиларни юзага келиши ва инфекция қирган вақтга қараб эртанги сепсис (жароҳатдан кейин 3 ҳафта мобайнида) ва кечки сепсис (жароҳатдан кейин 1 ой утгач) кузатилади.

Сепсиснинг қайси шаклидан қатъий назар 1) зуриқиш фазаси; 2) катаболик бузилишлар фазаси; 3) анаболик фазаси фарқланади.

Зуриқиш фазасида қузгатувчи ва унинг агресив таъсирига нисбатан макроорганизмнинг жавоб реакцияси билан характерланади. Қайсики маҳаллий специфик реакциялар етишмовчилигида яллигланиш қуринишида функционал системалар ишга тушади, бу химоя қучларини ҳаракатга қелтиради.

Гипоталамо-гипофизар стимуляция, у орқали эса симпатико-адренал система барча ҳаётий муҳим системаларни зуриқишга чақиради. Зуриқишнинг ошиб бориши энергетик захираларнинг қамайиб бориши организмнинг ва метоболик жараёнлари қолдан тойишига олиб келади. Қасаллик клиникаси гемодинамик бузилишлар ва токсик бузилишлар энцефалопатия ва марказий асаб системаси учокли бузилишлари билан қамалган бўлади. Бу ҳолат эса детоксикацион тизим (жигар-буйрак,нафас)

фаолиятини пасайиши билан намоён булиб периферик кон курсаткичлари ва суяк кумик фаолиятини бузилишига олиб келади.

Катаболик фаза фермент ва структур факторлар сарфи кучайиши функционал тизим декомпенсацияси билан характерланади. Оксил,углевод ва ёғ катаболизми ошиши сув электролит ва кислота-асос баланси декомпенсацияси маҳаллий жараённинг атроф тукумаларига таркалишига ва деструкция зонасининг катталашшига олиб келади. Бу узгаришлар катор.

Систем бузилишларни (юрраккон томир етишмовчилиги, упка тукумаси Зарарланиш синдроми, жигар-буйрак етишмовчилиги синдроми) келтириб чикаради.

Анаболик фаза йукотилган захира материаллар ва структур протеинлар тикланиши билан характерланади. Катаболик фазани анаболик фазага утиши койдага биноан, силлик утади лекин баъзида тез утиб умумий кузгалишлар, АКБни пасайиши, вегетатаив бузилишлар билан кузатилади. Шундай килиб, ташхис шакллантирганда бирламчи сепсис учогини курсатиб утиш керак. Шунингдек, унинг кечиши намоён булиш шакли, микрофлораси, процесс фазаси курсатилади.

Мисол.

- 1) Юз карбункули эрта стафилкоккли сепсис, септикопиемик шакли, катаболик фаза.
- 2) Уткир интрамаммар лактацион йирингли мастит, уткир эрта стафилококкли сепсис, септикопиемик шакли, зуриқиш фазаси.

Сепсис сабаби булиб хисобланади: юмшок тукумалар йирингла хасталиклари (108); перитонитлар (61); анаэроб инфекциялар (37); гинекологик патологиялар (25); терапевтик касалликлар (9);

Организм жавоб реакциясини доимий намоён булиши иситма ва беморнинг психоэмоционал статусдаги бузилишлар намоён булади. Тана хароратининг суткалик узгариб туриши купгина сабаларга боғлиқ (организм реактивлиги, микрофлора вирулентлиги, инфекция массивлиги, сепсис шаклига) одатда тана хароратини максимал кутарилиши кечкурун кузатилади (39-42С). Эрталаб харорат 37-38 сгача пасаяди. Лекин сепсис факатигина иситма билангина характерланмайди. Купгина беморларда иситма сутка давомида тулкинланиб туради, бунда иситманинг тусатдан кутарилиши тахикардия, тахипноэ баъзида кусиш ва калтираш билан намоён булади. Охирги одатда инвазиянинг массивлиги тукума пиоген махсулотлари парчаланишидан далолат баради. Шу сабабли бу давр гемокултурага кон оладиган давр хисобланади. Иситманинг пасайиши кучли нам терлаш умумий холсизлик билан намоён булади. Хароратнинг бундай динамикаси стафилококкли сепсис учун характерли булиб, тез-тез учраб туради. Кузгатувчи хилига караб, инфекция учоги ва иситма варианты хос булиши мумкин. Кук йирингли таёкчали инфекция учун юкори харорат кам тулкинланиш билан кузатилади. Охирида шуни такидлаш керакки, иситма намоён булиши нафакат кузгатувчи хилига балки макроорганизм реактивлигига ҳам боғлиқ. Гипертермик синдром хар доим ҳам сепсисда кузатилмайди, карпияларда ва ареактив беморларда тана харорати субфебрил булиб, калтираш ва терлаш билан кузатилмайди. Бу холат ташхис куйилганда ишончсизликка олиб келмаслиги керак. Одатда ташхис клиник куринишларнинг комплексига ва лаборотор, микробиологик текширувлар натижасига асосан куйилади. Лекин температур узгаришлар динамикаси генерализациялашган инфекциянинг биринчи кунларидаёк касал ахволини белгилайдиган асосий диагностик критерий булиб хисобланади. Унинг киймати касални доимий назорат килиб бориш, асоратларни аниклаш, асосан метастатик характердаги утказилган муолажа эффективлигини баҳолашда бекиёсдир. 30-50% беморларда зуриқиш ва катоболик фазаларда нерв психик бузилишларни турли даражада намоён булишини куриш мумкин, кайсики бу ривожланиб бораётган интоксикация (бош огриш, уйкусизлик, куп терлаш, таъсирчанлик, тез чарчаш, аник булмаган локализацияли ва аник тасвишлаб бера олмайдиган нохуш сезгилар) шунингдек тахикардия, кон босими паайиши, юрак сохсидаги огрик, тери ва шиллик каватларнинг рангпарлигини кузатиш мумкин.

Иситма синдроми

Иситма бу организмнинг химоя-мослашув реакцияси булиб, турли патоген таъсирловчилар таъсирга жавоб реакцияси сифатида, терморегуляциянинг кайта таксимланиши ва тана хароратининг нормадан юкори булиши билан характерланади.

Иситмадан гипертермияни фарклай билиш керак-тана хароратини кутарилиши организмни терморегуляция бузилмаган холда юзага чиқади, ташки факторларни узгариши натижасида тана хароратини кутарилиши билан характерланади Инфекцион иситмада гипертермиядан фаркли уларок, тана харорати 41С дан баланд кутарилмайди.

Терморегуляция механизми

Инсон тана харорати – бу организмда иссиқлик ҳосил бўлиш ва иссиқлик ажратиш уртасидаги мувозанатнинг тана юзаси, асосан тери (90-95%), шунингдек упка, нажас ва сийдик орқали.

Бу жараёнларни гипоталамус бошқариб термостат вазифасини бажаради. тана харорати кутарилишига олиб келувчи ҳолатларда гипоталамус симпатик нерв системасига команда бериб, тери кон томирлари вазодилатациясига, тер ажралишни ортишига олиб келиб, бу иссиқлик тарқатишни оширади. Тана харорати пасайганда гипоталамус тери кон томирларни қисқартириб, мушак титраши билан иссиқликни саклаб қолади. Тана хароратини ортиши - бу турли хил ташқи ва ички стимуллар таъсири натижаси бўлиб, қайсики бу гипоталамик термостатни қайта шакллантириб, тана хароратини юқорирак даражада ушланишига олиб келади. Масалан 35-37 даражада программаланган эди, лекин 37-39 даражада ишлай бошлади. Купгина ҳолатларда бирламчи звено экзоген пирогенлар бўлиб ҳисобланади. Буларга қуйидагилар қиради:

Инфекцион кузгатувчилар (бактериялар, вируслар, замбуруглар, паразитлар) ва уларнинг токсинлари; оксил парчаланиш маҳсулотлари (масалан, некроз, инфаркт, гематома, гемолиз ва қуйишлардаги резорбцион иситма); алларгн ва иммун комплекслар (коллагнозлар ва зардоб касаллиги); шунингдек купгина пироген субстанциялар.

Экзоген пирогенлар гипоталамус иссиқлик марказига тугридан тугри таъсир қилмай балки эндоген пирогенлар воситасида таъсир қилади.

Эндоген пироген кичик молекуляр оксил бўлиб кон моноцитлар ва жигар туқимаси, талок упка қорин парда макрофаглари томонидан ишлаб чиқилади. Баъзи бир усма касалликларда – лимфома, моноцитар лейкоз, буйрак раки (гипернефрома) да эндоген пироген автоном ҳосил бўлиши кузатилади. Бунда клиник намоён бўлишдан иситма олдин келади.

Эндоген пироген туқимадан ажралгач гипоталамус преоптик соҳасидаги иссиқликка сезгир нейронга таъсир қилади. Бунда серотонин ёрдамида простогландин E1, E2 ва ЦАМФ синтезланади. Бу биологик актив бирикмалар бир томондан гипоталамусга таъсир қилиб тана хароратини юқори даражада сакланишига олиб келади. Шунингдек улар кон томир ҳаракатлантирувчи марказга таъсир қилиб периферик кон томирлар қисқаришига ва иссиқлик ажралиши камайишига олиб келиб, бу иситмага олиб келади. Иссиқлик ҳосил бўлишни ошиши метаболизмни интенсивлиги кучаймиши билан бориб, бу асосан, мускул туқимаси билан боғлиқ. Баъзи ҳолатларда гипоталамус стимуляцияс пирогенлар таъсирида эмас, балки эндокрин система бузилишлари билан (тиреотоксикоз, феохромоцитом) ёки вегетатив нерв системаси патологиялари (НЦД, неврозлар) баъзи медикаментлар таъсирида (дорили иситма) намоён бўлади. Купинча дорили иситмага пенциллин ва цефалоспоринлар, сульфаниламидлар, нитрофуранлар, изониазид, салицилат, метилурацил, нововкаинамид, антигистамин воситалар, аллопуринол, барбитуратлар, глюкоза ва кальций хлоридни вена ичига қуйиш сабабчи бўлади. Марказий ҳаракатдаги иситма одатда гипоталамус иссиқлик марказини бевосита таъсирлаш натижасида – бош мияда кон айланишни уткир бузилиши, усмалар, бош мия жароҳатида юзага чиқади. Шундай қилиб, тана хароратининг ошиши экзопироген ва эндопироген (инфекция, яллиғланиш, усмалар пироген субстанцияси) активланганда юзага чиқади. Организмда тана хароратини кутарилиши гипоталамик термостат билан назорат қилинар экан, ҳатто болаларда ҳам (уларда нерв системаси тулик шаклланмаган бўлади) Иситма 41С дан ошмайди. Тана хароратининг ортиши қисман организм ҳолатига ҳам боғлиқ: бир хил патологияда турли одамларда иситма хар-хил бўлади. Масалан, пневмонияда ёш одамда тана харорати 40С ва ундан юқorigа кутарилади. қарияларда ва холдан тойган кишиларда тана харорати бу даражада кутарилмайди. баъзида нормада ошмаслиги ҳам мумкин.

Иситма таснифи.

Иситма 2 ҳафтагача давом этса, уткир дейилади. иситма давомийлиги 2 ҳафтадан ошса сурункалидир. Ундан ташқари иситмани кечишида температуранинг ортиб бориши даври, иситма авжи ва тана хароратини пасайиши даврлари фарқланади. Тана хароратининг пасайиши турлича бўлади.

Тусатдан иситманинг сутка давомида тез нормагача пасайиши кризис дейилади, одатда тана хароратини пасайиши куп терлаш билан кузатилади. Бу феноменга антибиотиклар эрасига алоҳида эътибор берилган, қайсики бу соғайиш даври бошланишини курсатарди.

Тана хароратини ошиши.

Тана хароратининг 37-38С гача кутарилиши субфебрил харорат дейилади.

Тана хароратининг 38-39С гача кутарилиши фебрил харорат дейилади.

Юкори харорат 39-41С-пиретик харорат деб номланади. Ута юкори тана харорати (41Сдан юкори) - гиперпиретик харорат дейилади. бу холат уз-узидан хаёт учун хавфли хисобланади.

Харорат эгрилиги

Харорат ошганда клиницист учун тана хароратининг бир марталик улчаниши эмас. Балки унинг маълум бир вақт оралигида динамикада узгариши керак. Одатда тана хароратини улчаш 2 марта (эрталаб соат 7-9 ларда, кечкурун соат 17-19 ларда) булади. Тана хароратини суткалик эгри чизиги унинг типи ва шаклини аниқлаша ёрдам беради.

Иситманинг 6 типи ва 2 шакли фаркланади.

Такидлаш керакки, олдинлари касалликка диагноз куйишда харорат эгрилигини ахамияти катта булган, бизнинг даврга келиб эса иситманинг классик типлари камрок ёрдам беради, чунки антибиотиклар, тана хароратини пасайтирувчи препаратлар ва стероидлар куп ишлатилади.

Иситма типлари 10-11.

Иситма билан кечувчи симптомлар.

Иситма факатгина тана хароратининг кутарилиши билан кечмайди. Иситма томир уриши ва нафас олишнинг тезлашуви билан кечади; купинча артериал кон босими пасаяди. беморлар исиб кетишга, чанкоклик, бош огришига, шикоят килади. Сийдик микдори камаяди. Иситма организмда моддалар алмашинувининг тезлашаиши, шунингдек иштаханинг пасайиши билан кузатилиб, купинча узок вақт иситмалагана беморлар озиб кетади. Юкори иситмада делирия кузатилади, бу хол купинча кекса беморларда ва алголикларда учрайди.

Тахикардия

Тана хароратининг ошиши ва пульс бир-бирига нисбатан катта ахамиятга эга. Одатда тана харорати 1Сга кутарилиши юрак уриши 8-12 тагача купайтиради. Агар тана харорати 36С булганда 70 ни ташкил килса, 38С иситмада пульс 90тага ошади.

Тана хароратининг кутарилиши ав пульснинг тезлашуви номутаносиб булганда бу холатда тахлил килиш лозим, чунки бу холат баъзи касалликларни аниқлашда катта ахамият касб этади. (Масалан, корин тифида иситма аксинча брадикардия билан кечади).

Терлаш: Терлаш бу исиклик йукотиш механизми иситма пасайгвнда куп терлаш кузатилдидаи. Иситма кутарилганда аксинча тери исик ва курук булади. Терлаш хамма иситмада хам булавермайди. Уйирингли инфекцияга хос булиб. Инфекцион эндокардит ва бошка касалликларда кузатилади.

Калтираш:

Калтираш атамаси бемор ичидан калтираш ва совук сезиш холатига кулланилади. Калтираш периферик артериолаларни сикилиши ва гоз терисининг пайдр булиши билан кечади.

Мушаклар калтираши баъзан шу даражага етадики бемор гапиришга кийналади. Дид-дир титрайди. Бемор сезаётган совук сезги исик кийим кийганда хам йуколмайди. Тери ва оёк-куллар совук булишига карамаслвн тана харорати юкори булади. Калтираш тезлик билан гипоталамус термостатининг тана хароратининг юкори хароараида ушлаб туриш кайта мослашув жараёни юзага чикади. Бундай холатда ттана харораати 2-4с га кутарилади. Тана харорати секин аста кутарилганда бироз калтираш булиши мумкин. Калтираш одам организмга инфекцион кузгатувчининг (вирус, паразит) кирганидан бир соат утгач пайдо булади ва камдан – кам холларда 30 минутдан ортик давом этади. Калтирашнинг даврийлиги диагностика ахамиятга эга. Схематик курганда баъзи касалликлар учун 1 маорта кузатилувчи калтираш характерли. Масалан, крупоз пневмония, мос булмаган кон кулгандаги реакциялар, ифлослашган вена ичи инфузияларидан сунг.

Такрорланувчи калтирашлар одатда сепсисда, упка йирингли касалликларида, сийдик йули хасталикларида. Ут йули ва ут пуфаги касалликларида. Сарамасда, онкологик касалликларда кузатилади. Иситма хуружининг тугри таксимланиши ва иситмасиз даврлар малярия учун хос (калтираш, исиклик сезитш, тана хароратининг тушиши ва терлаш). Бу касалликларда хуружлар хар куни такрорланиши мумкин (кундалик иситма), кунора 3 кунлик иситма. 2 кунлик иситма, 2 кунлик иситмасиз кунлар билан (4 кунлик иситма).

Эски китобларда ёзилишича хар кандай иситма коон томирларни кенгайтиручи воситаларни вена ичига юбориш билан тухтатиш мумкин. Масалан, папаверин.

Герпес (учук) хар кандай иситма герпетик тошмалар пайдо булиши билан кечади. Ахолини 80-90% герпес вируси билан зараланган, лекин клиник куриниши 1% ахолидагина кузатилади.

Герпес вирусининг активлашуви организм иммунитетининг пасайган вақтида юзага чиқади. Баъзи олимлар иситма тугрисида гапирилганда герпесни тушунишади. Масалан: Иситма сузи шамоллашда лабларда пайдо булган тошма билан айтилади. Иситманинг баъзи бир турлари герпетик тошмаларни унча тез пайдо булиши баъзан хасталикларни белгиси деб хисобланади. Масалан: Крупоз пневмония ва менингококкли менингит.

Фебрил тутканок:

Иситмадап тутканок 6 ойдан 5 ёшгача булган болаларнинг 5% да учрайди. Тутканок синдроми юзага чиқиши нафакат тана хароратининг юзага чиқиши наинки, унинг кутарилиш тезлигига боғлиқ. фебрил тутканок одатда 15 дакикадан ошмайди (уртача 2-5 дакика). куп холатларда тутканок иситма кутарилагнда бошланиб ух-узидан утиб кетади. Тутканок синдромини иситма билан боғлаш мумкин, қачон:

- бола 5 ёшдан ошмаган булса
- тутканокка олиб келадиган касаллик булмаса (менингит)
- иситма булмаганда калтираш булса.

Биринчи навбатда фебрил тутканок булган болада миалгия хақида уйлаш керак (люмбал пункция, агар унга клиник курсатма булса).

Кукрак ёшдаги болаларда спазмофилияни истисно қилиш учун кальций микдорини аниқлаш лозим. Агар калтираш 15 минутдан куп давом этса эпилепсияни истисни қилиш учун электроэнцефалография утқиши лозим.

Умумий сийдик тахлили.

Сийдик умумий тахлилда нормал даражага тушгач утиб кетувси протеинурия кузатилади. Сийдикда иситмам холатида цилиндрлар, кетон, буйрак эпителийси хужайралари учраши мумкин.

Сохта иситма тана хароратининг сохта кутарилиши термометр билан боғлиқ ёки у эталонга мос келмаса кузатилади. Бу холат жуда кам учрайди. Купрок ёлгон иситма учрайди. Сохта иситма иситма холатини юзага келтириш мақсадида амалаг оширилади. Масалан, термометрни кул билан ишқалаш йули билан ёки тампературани бекитиш усулида. Адабиёт маълумотларига караганда сохта иситма 2-6% беморларда учрайди. Сохта иситма куйидаги холатларда учрайди.

Сохта иситма куйидаги холатларда кузатилади:

- Тери харорати ушлаб қурилганда нормал холатда ва иситма кутарилиши билан боғлиқ булагн симптомлар: Тахикарди я ва тери кизариш кузатилмайди.
- Жуда юкори харорат кузатилади (суткалик хароратни тулкинланиши атипик характерга эга).

Агар сохта иситма гумон қилинса куйидагиларни амалга ошириш лозим:

- Тана хароратининг улчаш натижалари тана харорати кутарилагнда бошка белгилар билан (мас, пульс) такқослаш лозим.
- тиббий ходимлар иштирокида хар-хил термометр билан хар иккала тугри ичакдан улчаш керак.
- ажратилган пешоб хароратини улчаш
- утқазилган хамма муолвжаларни беморга тушунтириш, уни сохта иситмада айбламаслик, чунки бу тасдиқланмаслиги мумкин.

Иситма асосий маълумотлари

Иситма бу организмнинг химоя мослашув реакцияси булиб, қайсики патоген таъсирловчилар таъсирига жавобан терморегуляция қайта таксимланиши ва организмда нормадан юкори булган харорат ушлаб турилиши билан характерланади.

Терморегуляция: Иситманинг ривожланиш механизми

- Иситма таснифи, иситма кутарилиш даражаси, харорат эгрилиги, иситма кечиш даврлари.
- Иситма билан кечувчи аломатлар: терлаш, калтираш герпес, сийдик умумий тахлилидаги узгаришлар.
- Сохта иситма:

Утқир иситмада врач тактикаси

Утқир юзага чиккан иситма иситма амалиётда жуда куп тарқалган тиббий муаммо булиб термометр кашф қилинмасдан анча олддан юзага чиккан. бундай беморларни текширишни аниқ алгоритми булмаганлиги сабабли купчилик хатоларга ва кераксиз даволанишларга олиб келади. Шундан келиб чиқиб бизнинг мақсадимиз утқир иситмада беморларни текшириш ва даволаш алгоритми билан таништириш.

Давомий субфебрилитет

Тана ҳароратининг 37-38С гача кутарилиш субфебрилитет дейилади ва бунда врач биринчи навбатда давомий субфебрилитет бирор бир органик узгариш билан боғлиқ эмасми деган саволга жавоб топиш лозим, агар бу ҳолат тасдиғини топмаса унда тана ҳароратини кутарилиши вегетатив нерв системаси билан боғлиқ.

Узок давом этувчи номаълум генезли иситма.

Номаълум генезли иситма бемор учун ҳам врач учун ҳам катта муаммодир; Бундай ҳолатда бемор врачлар айтиб бера олмайдиган хавфли аломат борлиғини билади.

Бемор жуда куп текширишлардан утади, лекин бу текширишлар гумонли булади. Куп клиницистлар фикрича, узок давом этувчи номаълум генезли иситмада врачнинг диагностик қобилияти катта аҳамиятга эга.

Сайхлар иситмаси:

Иситмали бемор текширилағанда (агар у ноаник генезли булса) эпидемиологик факторларга эътибор бериш лозим; Хайвон ва кушлар билан контактда булган-булмаганлиғи эндемик учокли хасталик булганлиғи. Яхши йигилган анамнез купинча ташхисни калити булади.

Госпитал иситма

Госпитал (касалхона ичи) иситма (бемор ёткизилгандан 48 соатдан сунг) 30% беморларда учраб уларнинг 1/3 қисми ҳалок булади. Госпитал иситма асосий касалликнинг кечишини кийинлаштиради. Улим даражасини бошқа беморларга нисбатан 4 бараварга оширади. Уткир иситмага тана ҳарорати 14 кундан ошмаган ҳолатда иситмалашга айтилади. Уткир иситма клиник амалиётда кенг тарқалган булиб тиббиётда катта муаммо ҳисобланади.

Диагностик тактика

Уткир иситма ҳолатида ортикча диагностик текшириш ва даволаш чораларисиз бемор тузалиб кетиши мумкин, бошқа томондан оддий респиратор инфекция никоби остида жидди патология булиши мумкин. Масалан, дифтерия, эндемик инфекция ва бошқалар.

Агар иситма характерли шикоятлар ва объектив белиғлар билан кечса ташхис қуйиш осонланади. Лекин купинча хасталикнинг биринчи кунларида иситма сабабини аниқлаш иложи булмайди, Бунда ҳолатда қарор қабул қилиш учун бемор аҳволи иситмагача булган соғлиғи ҳамда унинг динамикаси катта аҳамиятга эга.

Мутлок соғлом фонда уткир иситма.

Мутлок соғлом ҳолатда иситма пайдо булиши айниқса ёш ва урта ёшли беморда уткир респиратор вирусли интоксикацияси билан боғлиқ булиши мумкин ва у уз-уздан тузалиши мумкин.

ОРВИ ташхиси қуйишда инфекцион иситманинг қатарал белғилари ҳар хил юзага чиқиши мумкин. Анамнез йигилгач ва физикал текширувдн утгандан сунг албатта 2-3 кундан сунг ва ҳеч қандай тахлиллар буюрилмайди (тана ҳароратини улчашдан бошқа).

2-3 кундан сунг қайта текширилганда қуйидаги ҳолатлар булиши мумкин:

- аҳволи яхшиланиши иситмани тушиши
- янги белғиларни пайдо булиши, теридаги тошмалар
- ҳикилдоқдаги коплама, упкадаги хириллашлар, сариклик ва бошқалар аниқ ташхис қуйишга ёрдам беради.

Огирлашиши- узгаришсиз

Маълум бир беморларда тана ҳарорати юкорилиғича қолиб, умумий аҳволи емонлашади. Бундай ҳолларда беморни қайта текшириб экзо - ёки эндоген пироген факторларга қирувчи касаликларни аниқлаш (инфекциялар, яллиғланишлар, усмалар) тавсия этилади.

Уткир иситма – узгарган ҳолатда

Бемор организмида қандайдир патологик ҳолат ёки огир аҳволда тана ҳарорати кутарилағанда бемор уз-уздан соғайиши мумкин. Текширув чора тадбирлари буюрилади (кон ва сийдик тахлили, курак кафаси рентгенографияси). Бундай беморларни ҳам купинча қайта куриқдан утказиб, лозим булса шифохонага ёткизиш керак.

Асосий вариантлар:

Беморда сурункали хасталик, иситма хасталиғи навбатдаги ҳуружи билан боғлиқ булиши мумкин.масалан, бронхит, холецистит, пиелонефрит, ревматизмли ва бошқалар. Бундай ҳолатларда беморларни мақсадли текширувдан утказиш лозим.

Бемор иммун тизими пасайган ҳолатда. Масалан, онкогематологик касалликлар билан ВИЧ-инфекция ёки Глюкокортикостероидлар олувчи беморлар иситманинг пайдо булиши оппортунистик

инфекциянинг ривожланиши билан боғлиқ. Бемор яқинда инвазив усулда ёки даволаш муолажасини олган. Иситма утказилган муолажаларнинг инфекция асоратлари билан боғлиқ булиши мумкин. Абсцесс, тромбофлебит, ботулизм, эндокардит. Наркоманларда ҳам вена ичига дори ичига дори юборишда инфекцияга чалиниш даражаси жуда юкори.

60 ёшдан ошган беморларда уткир иситма.

Кекса ва қарияларда уткир иситма функционал резервлар сусайиши эвазига жуда ҳам мураккаб ахволни юзага чиқариш мумкин. Масалан, делирия, юрак ва нафас ётишмовчилиги, дегидратация, шунинг учун бундай беморлар тезда лаборатор инструментал текширувдан утказиб, шифохонага етказилиши лозим.

Яна бир нарсани эсда тутиш лозим:

Бундай ешда хасталиклар камсимптомли ва атипик клиник манзара утиши мумкин. Купчилик беморларда иситма билан боғлиқ. Кексаларда инфекция яллиғланиш холларига олиб келувчи асосий омиллар:

Уткир пневмония- қарияларда иситманинг энг куп сабабчиси (50-70%), пневмония жуда упканинг катта қисмини эгаллашига қарамасдан иситма юкори булмайди. Аускултатив белгилар ҳам ривожланмаган, лекин умумий белгилар купрок юзага чиқади (холсизлик, хансираш). Шунинг учун хар қандай тушунарсиз иситмада упка рентгенографиясини утказиш қонун булмоги лозим (пневмония- кексалар дусту). Ташхис қуйишда интоксикацион синдром борлигини ҳисобга олиш лозим (Иситма, холсизлик, терлаш), бронходренаж функциясини бузилиши, аускультатив ва рентгенологик узғаришлар. Дифференциал ташхисда қарияларда учраб турадиган упка сили бор-йуклига ҳам эътибор бериш лозим.

Пиелонефрит – одатда тана хароратининг кутарилиши, диурез ва белдаги оғрик билан кечади.

Умумий сийдик тахлилида бактериурия ва лейкоцитурия аниқланади:

Пиелонефрит келиб чиқишида асосий факторлар: аёл жинси, сийдик пуфаги катетеризацияси, сийдик йуллари обструкцияси, сийдик тош касаллиги, простата беши аденомаси.

- Уткир холецистит иситма, қалтираш билан кечганда гумон қилинади. У унғ қовурга остилаги оғрик синдроми, сариклик айниқса, сурункали касалликларда қузатилади.
- Бошқа қамрок учровчи иситма кекса ва қари беморларда учрайди. У ушиб борувчи герпес, сарамас, менингоэнцефалитлар билан боғлиқ булиши мумкин.

Қиска муддатли иситма (4 кундан қам) асоратланмаган нисбатан секин кечувчи еш ва урта ешли.

Амбулатор қузатув, 2-3 кундан сунг албатта қайта текширув. Бундай иситманинг асосий сабаби ОРВИ ҳисобланади.

Бундай ҳолатларда ҳеч қандай ортикча текширув утқазилмайди, фақат қундалиқ хароратни улчашдан бошқа.

Агар иситма 1 ҳафтадан купрок давом этса янги белгилар пайдо булса қайта текширув буюрилади. Қайта текширув хар қуни, баъзан бемор етказилиши мумкин.

Қушимча текширувлар қасаллик оғир кечганда айниқса, кекса ва қариялар ва сурункали касалликлари булганда амалга оширилади.

- Бемор хар қуни қайта текширилиб, лозим булса қасалхонага етқизилади.

Уткир иситмада даволаш тактикаси

Уткир иситмада даволаш тактикаси қуйидаги жадвалда қурсатилаган:

даволаш шарт эмас	иситмани туширувчи оситалар қерак	антимикроб воситалар қерак
қиска муддатли иситма (4 кундан оғир) умумий ахволи оғирлиқ	ана харорати юкори даражада. ешгача булган оғирлиқлар. Қон айланиш ва нафас алмасилмаси қамқовчанган. асталиклари, асаб оғирлиқлари, психоз, деменция, опарациядан кейинги ҳолатлар	инфекция асосий аломатлари еки имунитет ётишмовчилиги

ситма бутунлай соғлом онда келиб чиккан еш ва рта ешлар	ситма 41Сдан юкори имма беморлар учун	мумий огир ахволи кекса кари беморлар
---	--	--

Ёш беморларда уткир иситмада ва коникарли холатда хароратни туширувчи препаратлар ва антибиотиклар одатда кулланилмайди. Врач факат бундай беморларни кузатиши керакю Вирусга Карши препаратларини куллаши мумкин.

Шуни билиш керакки:

1. биринчидан, иситманмнг узи камдан-кам холатларда хаёт учун хавфли булиб қолади. одатда инфекцион касалликларда, агарда тана харорати 41Сдан ошмаган булмаса у туширилмайди. Масалан, УРКда тана харорати 40.5Сдан ошиши 0.1-0.3%ни ташкил этади.

2. Иккинчидан, эсда саклаш керакки, иситма организмнинг химоя реакцияси хисобланади, шунинг учун тана хароратини нормага туширишга харакат килиш хама вақт хам тугри хисобланмайди. Инфекцион касалликларда юкори харорат вирулар ва бактерияларни булинишини сусайтиради.

3. Учунчидан, хароратни туширувчи препаратлар ноюя таъсир курсатиш мумкин (масалан, гастродуоденал кон кетиш, агранулоцитоз, Рей синдроми)

4. Нихоят, иситма касалликнинг ягона белгиси булиши мумкин, хароратга Карши терапия бу картинани йукотиши этиотроп терапияни кеч олиб боришга олиб келади.

Хароратга карши препаратларни куллаш

Куйидаги пунктларни эсда тутиш керак:

1. Хеч қачон хароратга Карши препаратларни курсли кулламаслик керак!

2. Агарда антибиотиклар кулланаётган булса, иситмага Карши препаратлар тавсия этилмайди!

Иситмага карши препаратлар куйидаги холатларда кулланилади.

1. Иситма 41Сдан баланд булса.

2. Агарда беморда декомпенсирланган юрак кон томир касаллиги еки бронх-упка ситемасида патология булса иситма 38С да препаратларни куллаш керак булади. 3

3. Операциядан сунгги даврда харорат 38Сдан ошса иситмага Карши препаратлар кулланилади. яна псохоз холати булса.

4. организмни иситмага таъсири ёмон булса

Иситмага Карши препаратлардан купинча ацетилсалицил кислота, ибупрофен ва парацетамол ишлатилади.

Аспирин эффектив антипиретик препарат хисобланади. 1999 йилда Россия Фармакологик комитети аспиринни 15 ешгача булган бемор болаларда куллашни инкор этди. Чунки бу ёшда Рей синдроми ривожланиш эхтимоли ката булади. аспирин ошқозон химоя системасини таъминловчи простагландинлар синтезига таъсир курсатади, шунинг учун кон кетиш эхтимоли ошиши мумкин. Аспирин антикоагулянтлар билан бирга кулланилмайди. Хомиладорликда хам карши курсатма хисобланади.

Парацетамол Бу болаларда куллаш мумкин булган ягона антипиретик препарат хисобланади. парацетамол таъсири 30-60 минутдан сунг бошланади ва 4 соат давомида таъсир курсатади. Парацетамол ибупрофен ва бошка ностароид яллигланишга Карши препаратлардан фаркли тарзда марказий таъсир курсатади. Шунинг учун бу препарат ошқозон эррозияси. гастродуоденал кон кетиш, аспиринла астма каби ноюя таъсирларга эга эмас.

Ибупрофен бу препаратни антипиретик таъсирини парацетамол билан тенглаштириш мумкин, лекин узокрок таъсир этади. Парацетамолдан фаркли равишда у тери реакциялари ва ошқозон ичак системаси томонидан ноюя таъсир курсатиш мумкин. Шунинг учун ибупрофен 2-чи қатор антипиретик хисобланади. Врач назоратисиз ибупрофенни 1 ёшдан катта болаларга тавсия этиш мумкин.

Метамизол натрий (Анальгин) Препарат 30дан ортик давлатларда кулланилмайди, чунки агранулоцитоз келтириб чиқаради. Россияда 12 ёшгача болаларда бу препаратни куллаш мумкин эмас.

Антимикроб терапия.

Агарда иситма бактериал инфекция билан боғлиқ булса, ундай холатларда антимикроб терапия куллаш керак булиб қолади.

Кенг спектрли таъсирга эга антибиотикларни куллаш зарур булади:

1. Химоявий аминопенициллинлар: амоксициллин клавулан кислота билан (амоксиклав, аугментин)
2. Фторхинолонлар (офлоксацин, ципрофлоксацин, пефлоксацин, спарфлоксацин)
3. Макролидлар (рокситромицин, кларитромицин, азитромицин)

“Сабаби номаълум иситма” тана харорати 38С дан баланд булса, 2 хафтадан ортик давом этса, унинг сабаби рутинли текширишдан кейин хам номаълум булиб колиш билан характерланади.

Диагностика

Сабаби номаълум иситмага диагноз куйишда баморга социал, эпидемиологик ва клиник бахо баришдан бошланади. Хато килмаслик учун 2 та саволга жавоб олиш керак:

- Бемор кандай инсон(социал статус, касби, психологик портрети)?

- Нима учун касаллик хозир намоён булди?

1. Анамнезни тулик йигиб олиш керак. Беморда олдинлари кандайдир инфекцион касаллик билан огриган ёки огримаганлигини сураб суриштириш зарур ва хакозо.

2. Лаборатор ва инструментал текширувлар ва рутинли текширувни олиб бориш керак(кон умумий анализи, сийдик умумий анализи, кон биохимик анализи, Вассерман реакцияси, ЭКГ, кукрак кафаси рентгенографияси).

Айрим муаллифлар хисоблашадики, сабаби номаълум иситмани асосида куйидаги “учлик” ётади:

1. инфекция-35%

2. хавfli усмалар-20%

3. бириктирувчи тукима систем касалликлари-15%

3. Диагностик гипотезани шакллантириш.

Генези номаълум иситмага сабаб булиши мумкин булган касалликлар

1. Инфекцион касалликлар

А. генерализацияланган инфекциялар:

- Сил

- Тиф

- Салмонеллез

- Бруцеллез

- Иерсиниезлар

- Хламидиезлар

- Лайм касаллиги

- Туляремия

- Сифилис

- Лептоспироз

- Стронгилоидоз

- Гистоплазмоз

- Малярия

- Токсоплазмоз

- Инфекцион мононуклеоз

- Цитомегаловирус инфекция

- ОИВ-инфекцияси

- Септик синдром

В. Махаллий инфекциялар:

- Юрак-кон томир системаси: инфекцион эндокардит, йирингли тромбофлебит, инфицирланган томир протези

- Кукрак кафаси: бронхоэктазлар, эмпиема, медиастенит

- Корин бушлиги: вирусли гепатит, холангит, корин бушлиги органлари абсцесси, перитонит(туберкулёзли, бактериал)

- Сийдик ажратиш системаси инфекцияси

- Тери еки Суяк: параректал абсцесс, инфицирланган еток яралар, остеомиелит, Тиш ва жаг инфекциялари

2. Усмалар

А. Гемобластозлар:

- Лимфома

- Ходжкин касаллиги(лимфогранулематоз)

- Уткир лейкоз ва бошқалар
- В.Бошка усмалар
 - Гепатома
 - Буйрак раки(гипернефрома)
 - Упка, Ошқозон, ошқозон ости беши, жинсий аъзо катта усмалари
 - Саркома
 - Бирламчи учок метастазлари
- 3.Бириктирувчи тукима касалликлари, васкулитлар
 - Системали кизил волчанка
 - Тугунли периартериит
 - Ревматик полимиалгия
 - Чакка артериити
 - Ревматоид артрит
 - Ревматик иситма
 - Такаясу артериити
 - Вегенер гранулематози
- 4.Дорили иситма
- 5.Ичак ва жигар касалликлари
 - Крон касалиги
 - Носпецифик яралли колит
 - Алкоголли гепатит
 - Жигар циррози
- 6.Бошка касалликлар
 - Саркоидоз
 - Аллергик альвеолит
 - Кайталанувчи упка артерияси эмболиси
- 7.Сунъий чакирилган иситма

Хирургик касалликларда терида кузатиладиган узгаришлар

Теридаги узгаришлар хар-хил хирургик касалликларда кузатилади:

1.Облитерацияланувчи эндартериит.Бу патологияда ишемик характердаги симптомокомплекс кузатилади:тери тургорлигини пасайиши.тирноқлар ушибилиши, оёқ мушакларининг атрофияси, сочнинг тукилиши.панжа гиперпигментацияси, болдир териси рангпар булиб қолади. Трофик яралар кузатилиши мумкин. Тери рангини узгариши облитерацияланувчи эндартериитнинг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. Касалликнинг бошланғич даврида оёқ панжаси терисининг ранги қон айланиш суайиши оқибатида жуда рангпар холатга қиради. Панжани пастга туширганда рангпар тери нормага қайтади. агарда панжани бармоқ билан босиб юборилса. узок вақт сакланиб қолувчи оқ доғ пайдо бўлади. сунгра тери нормага қайтади. Оёқлардаги рангпарлик айниқса юрган пайтда аниқ кузга ташланади. касалликнинг кейинги стадияларида рангпарлик доимий характерга эга булиб қолади. Артериядан ташқари патология вена системасига утган бўлса. тери кукиш ранга қираши мумкин. Бемор оёқдаги рангпарликдан ташқари, эндартериит касаллигида оёқларда ноҳуш сезги сезади. кейинчалик бу сезги оғрик билан алмашинади. оғрик характери хар-хил бўлади. Айрим беморларда оғрик утмас характерда бўлса, бошка беморларда уткир ва қучли характерда қечади.

2.Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши:компенсация стадиясида кенгайган вена томирлари тик холатда кузга ташланади. субкомпенсация стадиясида- цианоз ва гиперпигментация қушилади, декомпенсация стадиясида – бемор оёғида оғрик сезади. Болдир соҳаси ҳажми ортади. Тукима трофикаси бузилади. дерматит, склороз ва индурация ривожланади. Бу стадияда касаллик асоратлари пайдо бўлади: трофик яралар, тромбофлебит, экзема, варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, иккиламчи лимфадема кузатилади. трофик яралар пайдо бўлади. Ажралмалар пайдо бўлади.

3.Варикоз кенгайган веналар тромбофлебети. Веналар қаттиқлашади, тери гиперемияланади ва тана харорати ортади.

4.Флеботромбоз – узгармаган веналарда тромб ҳосил бўлиши билан характерланади. Кейинчалик яллиғланиш содир бўлади.

5.Тромбофлебит – яллигланган веналарда тромб хосил булади.Бу патологияни келиб чикишида инфекция,травма ва хавфли усмалар асосий роль уйнайди.тромб хосил булишида вена томири деворини травмаси,кон окимини секинлашуви ва кон ивишини кучайиши сабаб булади.

Юза веналарини тромбофлебити.Беморда веналарда яллигланиш,шишлар ва веналар палпацияланади.

Чукур веналар тромбофлебити клиникаси патологик жараённинг таркалганлигига боғлиқ.Илеофеморал тромбозда шиш ва теридаги цианоз оёқ панжасидан чов бойламигачам таркалади.

6.Сариклик: гемолитик,паренхиматоз ва механик

7.Чурра:Чурра копи яллигланишида терида узгаришлар кузатилади.

8.Оёқлар гангренази

9.Совук уриши- совук таъсирида сурункали тери яллигланиши кузатилиши мумкин

Уткир панкреатит бу ошқозон ости безини жароҳатланиши хисобланиб Уткир кечиши билан характерланади.ошқозон ости беги ферментатив жароҳатланиши билан бошланади кейинчалик патология кушни тукимага ва бошка аъзоларга(юрак,жигар,буйрак,упка) таркалади. Яллигланиш безда иккиламчи характерга эга булади.Уткир панкреатитга замонавий таъриф куйидагича: Уткир панкреатит – бу ошқозон ости безининг демаркацион характердаги асептик яллигланиши булиб,панкреацитларни некробиози ва ферментатив аутоагрессияси билан кечади.

Биринчи этапда патобиохимик узгаришлар пайдо булади:дуктоацинар тукималар липаза ва фосфолипаза А ферментлари таъсирида некрозга учрайди. Ёгли некроз атрофида асептик демаркацион яллигланиш кузатилади. Буни ривожланишида гистамин, серотонин, катехоламин, шунингдек калликреин-кинин системаси иштирок этади.

Иккинчи этапда трипсиноген активланиши билан кечади. Хосил булган трипсин панкреацитларни некробиозига олиб келади.Шунинг учун купгина муаллифлар уткир панкреатитни шишили ва некротик формасини фарклашади.

Уткир панкреатитни клинко-анатомик формалари:

1.Шишли панкреатит (абортив панкреонекроз)

2.Ёгли панкреонекроз

3.Геморрагик панкреонекроз

Панкреатитни клиник кечиши буйича 3 даври фаркланади:

1-чи даври- энзим токсемия ва гемодинамик бузилишлар даври

2-чи даври- аъзолардаги бузилишлар

3-чи даври- асоратларни пайдо булиши билан шаклланади(флегмона,перитонит ва сепсис)

Уткир панкреатитни огир куринишида тери ва шиллик каватида узгаришлар содир булади. Терида хар-хил узгаришлар кузатилиши мумкин.

1.Мондор симптоми- танада ва юзда бинафша доғлар пайдо булади.

2.Хальтед симптоми- корин териси цианози

3.Лагерлеф симптоми- юз ва кул-оёқларда умумий цианоз кузатилади.

4.Грей-Тернер симптоми – корин ен девори терисида цианоз кузатилади.

5.грюнвельд-Девис симптоми- коринла цианоз.петехиялар кузатилади.

6.Тужилин симптоми-юлдузчалар пайдо булади

7.Гюллен симптоми-киндик атрофида саргиш доғлар пайдо булади.

Ўқув ишлари бўйича проректор

_____ доц. С.Ш. ОЛИМОВ

2014 й

ҲАНСИРАШ ВА КЎКРАК ҚАФАСИДАГИ ОҒРИҚ СИНДРОМИ

Даволаш факультетининг

7 курс талабалари учун

маъруза

ЯМС асосида ёзилган

Бухоро - 2014

УАШ ЖАРРОХЛИГИ КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА

КЎРИБ ЧИҚИЛГАН ВА ТАСДИҚЛАНГАН КАФ.

МУДИРИ

Т.Ф.Д. УРОКОВ Ш.Т.

Маъруза матни тузилган МУК да кўриб чиқилган

Баённома № «_____» _____ 2014 й.

Раис: доц. С.Ш. Олимов

Бухоро - 2014

Маъруза номи: Ҳансираш ва кўкрак қафасидаги оғриқ синдроми;

Маъруза мулжалланган: даволаш факультетининг 7 курс талабаларига

Маърузанинг максади:

- упка ва плевра деструктив йирингли хасталиклари ,кистаси ва кукрак кафаси шикастланишида хансираш,йутал, кукракдаги оғрик ва уларнинг асоратлари тушунчаси ва таснифини билиш
- шу хасталикларни тахлил этиш, асосий клиник белгиларини аниқлай билиш
- тахминий ташхисни аниқлай билиш, дифф. ташхисни узлаштириш
- беморларни клиник, биохимик, инструментал, рентгенологик текшириш усуллари билан танишиш ва уларнинг натижаларини тахлил эта билиш
- упка деструктив йирингли хасталиклари асоратлари ва кукрак кафаси шикастланишлари асоратларини билиш, диагностика қилиш (пиопневмоторакс, гемоторакс, уткир нафас етишмовчилиги)
- беморларнинг даволашнинг асосий принципларини билиш
- пиопневмоторакс,пневмоторакс, гемоторакс ва уткир нафас етишмовчилигида УАШ тактикаси ва биринчи ёрдам бера олиш.

Мавзуни асослаш: упка деструктив йирингли хасталиклари билан беморларнинг купайиб бориши замонавий тиббиёт олдига уларнинг даволаш муаммоларини хал қилиш масаласини куймоқда. Хозирги кунда кучли антибиотиклар қулланилишига ва пульмонологик хизматнинг такомил этишига карамай упка деструктив йирингли хасталиклари купайиб бормоқда. Купинча оғир шакли некротик формасидаги йиринглаш учрамоқда. Бу хасталикда ҳамда кукрак кафаси шикастланишлари гемо- ва пневмоторакс билан асоратланганда ҳаёт учун хавфли вазият вужудга келади, турли хил уткир асоратлар ривожланади (пиопневмоторакс) ва улар тезлик билан беморларга шошилишч ёрдам курсатишни такозо этади, акс холда улим холатига олиб келади. Шунинг учун ҳар қандай шифокор упка деструктив йирингли хасталиклари, упка кистаси ва кукрак кафаси шикастланиши ва уларнинг асоратларини текшириш ва даволаш принципларини мукамал билиши ва лозим бўлганда шошилишч ёрдам курсата олиши керак.

Мухокама килиниши лозим булган**масалалар:**

- хансираш, кукракдаги огрик, йутал, кон туфуриш синдромларининг мохияти
- Киска анатомио-физиологик маълумотлар, беморларни текшириш усуллари (рентгенологик бронхография, бронхоскопия, АПГ, БАГ ва бошкалар)
- упка абсцесси, ва кукрак кафаси шикастланиши асоратлари тушунчалари
- упка абсцесси ва гангренази этиопатогенези БПИТИ (ВНИП) таснифи
- упка деструктив ийрингли хасталиклари, уларнинг асоратлари симптомлари, киесий ташхис
- беморларнинг текшириш усуллари ва уларнинг натижалари тахлили
- беморларнинг даволаш асосий принциплари, УАШ тактикаси, биринчи шошилинич ердам, плевра бушлигини пункция килиш, дренажлаш ва операцияга курсатма
- пневмоторакс ва гемоторакс турлари, ташхис, биринчи шошилинич ердам, плевра бушлигини пункция килиш, дренажлаш ва операцияга курсатма, операциядан сунг реабилитация

Маъруза баёни**Статистик маълумотлар.**

Упка ва плевранинг номахсус яллигланиш касалликлари сунгги ўн йилликларда ахолининг касалланиши, ногиронлиги ва улими борасида кўп мамлакатларда юрак кон-томир касалликлари хамда хавфли усмалардан кейин 3-уринга чикиб олди. Бундай беморлар сони хар йили 5% га ошмоқда. Яна шунини эсда тутиш лозимки, бу касалликларнинг куплари, айникса, сурункалилари оркага кайтмас тавсифга эгадир.

Академик Стручков В.И. нинг маълумотларига кура, упка ва плевранинг номахсус яллигланиш касалликлари нафас олиш тизими барча касалликларининг 5-7% ни, плевра эмпиемаларининг эса 9-11% ни ташкил этади.

Упка ва плевранинг номахсус яллигланиш касалликларида улим уртача 7-12% ни ташкил этади.

Кон кетиш билан асоратланганда - 26-40%.

СДЛ да шифохонадаги улим 20% ни ташкил этса, упка гангреназида 50% ни хосил килади.

- Хансираш – бу нафас етишмовчилиги бўлиб, нафас олиш ва чиқаришда кўшимча куч талаб қилувчи синдромдир.
- Хансираш даражалари:
 - I даража - оғир жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши;
 - II даража – ўртача жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши;
 - III даража – енгил жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши;
 - IV даража – дам олиш вақтида пайдо бўлиши;
- Хансирашнинг асосий сабаблари:
 - ❖ Юрак қон томир касалликлари:
 - ўткир юрак етишмовчилиги (бир неча соатда пайдо бўлади);
 - ЎАТЭ (2-3 дақиқа орасида пайдо бўлади);
 - аорта аневризмаси қатламлашуви (бир неча соатда пайдо бўлади);
 - юрак тампонадаси (бир неча соатда пайдо бўлади);
 - миокардит, кардиамиопатия (бин неча кун, хафтада пайдо бўлади).
 - ❖ Нафас аъзолари касалликлари:
 - Юқори нафас йўллари обструкцияси (бир неча дақиқада пайдо бўлади);
 - Пневмоторакс (2-3 дақиқа орасида пайдо бўлади);
 - ўпка ателектази (бир неча соатда пайдо бўлади);
 - ❖ Семизлик
- Хансираш турлари:
 - Тахипное,
 - Упка минутлик нафас хажмининг камайиши,
 - Экспиратор,
 - Инспиратор.
- Келиб чиқиш механизмига кура сабаблари:
 - Ташки нафас олиш механикасининг бузилиши,
 - кон транспорт вазифасини бузилиши,

- тукима нафас олишининг бузилиши.

Юрак ва ўпка касалликларидаги хансирашни қиёсий таққослаш

Белгиси	Юрак-қон томир касалликлари	Ўпка касалликлари
Хансираш	Инспиратор	Экспиратор
Анамнез	Хафақон касаллиги, ЮИК, юрак нуқсони	Ўпка касалликлари
Пайдо бўлиш вақти	Жисмоний ишдан сўнг, тўсатдан	Дам олиш вақтида, аста-секин
Йўтал	Камдан-кам, қуруқ	Йўтал балғам кўчиши билан
Аускультация	Кичик ўлчамли, нам хириллашлар	Қуруқ, тарқоқ хириллашлар

Упканинг номахсус йирингли касалликлари таснифи (БИПИТИ, ВНИИП):

1. Ўпка хуппозидан кейинги пневмосклероз.
2. Упка хуппозидан кейинги пневмосклероз.
3. Бронхоэктазиялар.
4. Упканинг йиринглаган кисталари.

Упка хуппозидан кейинги таснифи БИПИТИ:

I. Йирингли хуппозлар :

A. Патогенези буйича:

1. аэроген хуппозлар – аспирация окибатидан.
2. Гематоген хуппозлар – эмболия окибатидан.
3. Травматик хуппозлар.
4. Септик хуппозлар.

Б. Кечиши буйича:

1. уткир хуппозлар
2. сурункали хуппозлар (кузиш босқ., ремиссия босқичи)

В. Жойлашуви буйича:

1. марказий
2. периферик (якка ва қуп сонли, сегмент ва булак курсаткичи билан)

Г. Асоратланиши буйича:

(асоратсиз, эмпиема, пиопневмоторакс, қон кетиш вабошкалар билан асоратланиши)

II. Гангреноз хуппозлар (йирингли хуппозлар каби кечиши, жойлашуви ва асоратланиши буйича)

III. Тарқалган гангрена.

3. Упка абсцесси- бу упка 1 сегменти чегарасида перифокал инфильтрация билан чекланган, йиринг тупланган 1-2 бушлик хосил қилувчи упканинг чекланган йирингли деструктив яллигланишидир. Йирингли бушлик упка соғ туқималаридан пиоген капсула билан ажралган.

Упка гангрена деганда упка 1 булагидан еки бир неча булагидан соҳасининг чекланмаган .капсула билан уралмаган ва тарқалишга мойил чириклик-некротик зарарланиши тушунилади.

4. Келиб чиқишига қара упка абсцессларининг бронхоген (аспирацион, постпневмоник ва обтурацион), тромбоземболик (микробли ва асептик), ва посттравматик турлари бор.

5. Упка абсцессининг келиб чиқишига қара турлари ва уларнинг учраш фойзалари:

- пневмоник(пара- ва метапневмоник) - 70%
- аспирацион - 15-20%
- обтурацион - 1%
- гематоген-эмболик - 1-9%
- посттравматик - 1-3%

ЭТИОЛОГИЯ:

- микроорганизм;
- *Iocus minoris resistencia* омилларини келтириб чиқарувчи упка касалликлари булган макроорганизм.

Упка хуппозии келиб чиқишининг сабаблари:

зотилжам – 69,4 %

аспирация – 17,8 %

грипп – 3,6 %

жарохат – 1,2 %

сабаби номаълум – 7,9 %.

Упканинг уткир хуппозии ривожланишида куйидаги 3 та омил энг куп ахамият касб этади:

1. Упка паренхимасининг уткир номахсус инфекцион жараёнлари.
2. Бронхлар утказувчанлигининг бузилиши.
3. Упка тукумаси кон айланишининг бузилиши ва некрози.

Беморларни жинси ва ёшига кура ажратилиши.

Эркаклар аёлларга нисбатан 8 марта куп касалланадилар. 80% холларда беморлар ёши 40-60 ташкил этади.

С.И.Спасокукоцкий (1840й) уз монографиясида упка хуппозии ривожланишига замин яратувчи омилларни курсатиб утган:

- бронхлар утказувчанлигининг бузилиши (даваланмаган бронхозотилжамлар);
- ёт жисмлар аспирацияси;
- бронхлар эвакуатор фаолиятининг бузилиши (2-3 йил ва ундан куп чекувчи кашандаларда бронхлар эпителийси киприкчаларни йукотади ва шиллик эвакуацияси йутал ёрдамида амалга оширилади);
- бронхда усма ва чандикли стеноз борлиги.

Бронхоген зотилжамли хуппозлар 70% ни ташкил этади.

30 йилларда упканинг ностерил экани исботланган, огиз ва бурун бушлигида канака микроорганизмлар кузатилса, упкада хам худди шу флора мажуд булади, аммо, бироз кам микдорда. Эндотелий, тирик упка тукумаси микробларга карги туради. Ателектазда эса тукуманинг эриши ва кон айланишининг бузилиши юз беради, бу уз навбатида микроблар купайишига олиб келади.

2. Гематоген - эмболик хуппозлар 2- уринни эгаллаб, 10 % ни ташкил этади.

Микроэмболияларда инфекция тушиши хуппозлар келиб чиқишига сабаб булади (метастатик – куп сонли) – бу сепсис, тромбофлебит, остеомиелитларда юз беради.

3. Упканинг жарохатдан кейинги хуппозлари, плевранинг йирингли касалликлари кукрак кафасини тешиб кирувчи жарохатларнинг 3% да учрайди. Бу холат кукрак кафасини тешиб кирмайдиган жарохатларда хам кузатилиши мумкин. Кон куйилиши, упканинг жигарланиши билан кечувчи упканинг лат ейиши хам унинг йиринглашига сабаб булиши мумкин.

Вагнернинг фикрича, тинчлик давридаги кукрак кафасларининг жарохатлари уруш давридагига нисбатан купрок йиринглашга олиб келади.

4. УСД - упканинг стафилококкли деструкцияси – стафиллококкли улат (лимфоген, кушни аъзолардан, гематоген ва б.).

Упка хуппозларининг сегментлар буйича жойлашуви:

унгда	чапда
II сегмент 51,4 %; 38,6 %	12,8 %
VI сегмент 28,5 %; 19,5 %	9,0 %

БЕМОРЛАРНИ ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ

Умумий клиник текширишлар: бемор шикоятлари ва анамнезини аниклаш, визуал куриш, пальпация, перкуссия, аускультация, бронхофония хамда кон, сийдик ва балгамни лаборатор текширишлардан ташқари беморларда инструментал махсус текширишларни утказиш лозим. Булар жумласига нафас олиш хажмларини аниклаш, спирография ва спирометрия, бронхоскопия ва иммунологик холатни ва балгам микрофлораси, уни антибиотикларга сезгирлигини аниклаш

,торакоскопия киради. Упка структура узгаришлари ,унинг морфологиясини аниклашда рентгенологик текширишлар: кукрак кафасини бир неча проекцияда рентгеноскопияси ва рентгенографияси, томография, бронхография, ангиопульмонография, бронхиал артериография, етакчи урин эгаллайди.

КЛИНИКАСИ

1. Упка абсцесси клиникаси тусатдан еки пневмония ремиссияси пайтида бемор ахволи огирлашуви, иситма ва совук котиш, кукрак кафасидаги симиллаб огриш ва терлаб кета бериш, бемор ахволи огирлашуви, тахикардия, тахипное, тери ва шиллик каватлар гиперемияси ва курук йутал билан намоен булади. Умумий клиник текширувда хасталанган соха устида перкутор товуш бугиклашуви, нафас шовкинлари сусайиши, клиник анализларда лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, СОЭ ошуви, сийдик анализиде оксил аникланиши рентгенограммаларда купинча упканинг 2 ва 6 сегментларида юмалок соя перифокал яллигланиш чегараси билан булиши -- упка абсцессининг 1 фазасига хос.

Упка абсцессининг 2 фазаси (абсцессинг бронхга очилган, яни дренажланган фазаси) йутал огиз тулдириб 400-500мл йирингли балгам ташлаш билан бошланади. Балгам шиша идишда турганда 3 катламга ажралиши хос (детрит, йиринг ва устида шилимшик).

Беморлар ахволи шундан сунг яхшиланиб, тана харорати ва лейкоцитоз пасаяди. Упка хасталанган сохасидаги бугиклик камаяди, аускультацияда амфорик нафас ва катта улчамли нам хириллашлар пайдо булади. Упка рентгенограммасида горизонтал сатхли суюклик бор юмалок соя булиши хос.

■ 2. Упка абсцесси асоратлари клиникаси ва диагностикаси.

■ Пиопневмоторакс упка абсцесси плевра бушлигига очилганда пайдо булиб, нафас етишмовчилиги, хансираш, тахикардия, тери ва шиллик каватлар цианози, кукрак кафасидаги огрик баъзан шок холати, юкори харорат билан намоен булади. Перкуссияда кукрак кафаси хаста тарафи пастки кисмларида бугиклик устида тимпанит аникланади. Рентгенологик текширувда кукрак кафаси пастки кисмида горизонтал сатхли соя булиб, юкори кисмларида пневмоторакс, бронх-томир расми йуклиги, упка коллапси аникланади.

■ Упканинг аспирацион асоратлари ва карама-карши тарафи абсцесси клиник манзараси

■ Ўпканинг уткир абсцесси клиникасига ухшаш., фарки – анамнезда.

■ Упкадан кон кетишига оч кизил ранг, купиксимон, хаво аралаш кон туфуриш хос. Аспирацияда эса нафас етишмовчилиги, цианоз, тахикардия, аускультацияда нам хириллашлар аникланади. Ташхис учун бронхоскопия ва бронхиал артериография етакчи ахамиятга эга.

■ Упка абсцессининг сурункали турига утиши гигант (д 5см. дан катта) ва куплаб абсцесслар булганида, бемор нотугри даволанганида ва абсцесс юкори кутбидан бронхга очилганида учрайди—касаллик бошланишидан 2 ой кейин. Рентгенографияда горизонтал суюклик сатхи бор юмалок соя аникланиб, чегаралари нотекис, пиоген капсула калинлашган булади.

Упка хуппозининг бронхга очилгунча булган давр, яъни блокланган хуппоздаги белгилар.

1. **Юкори тана харорати.**

2. **Интоксикация (захарланиш) белгилари.**

3. **Кукрак кафасининг шикастланган томонидаги огриклар.**

4. **Курук йутал.**

5. **Тукиллатиш овозининг кискариши. Нам хириллашлар эшитилади.**

6. **Юкори ЭЧТ ва лейкоцитоз.**

7. **Рентгенограммада упка тукумасида кучайган, чегараланган соя-ланиш кузатилади.**

Упка хуппозининг бронхга ёрилгандан кейинги белгилари, узгача килиб айтганда, дренажланган хуппоз белгилари. Эски шифокорлар-нинг айтишича, “дренажланган хуппозининг ташхиси унинг тупургичидадир”.

1. **Ёкимсиз хидли, куп микдорли балгам ажралувчи йутал.**

2. **Биринчи даврга нисбатан тана хароратининг пасайиши.**

3. **Кон тупуриш.**

4. **Амфорик сояли бронхлар дарахтининг пайдо булиши.**

5. **Рентгенограммада кундаланг суюклик сатхи булган бушлик.**

Киёсий ташхисот.

3. Упка абсцессини упка раки ва кистаси, упка гангренази ва каверноз туберкулездан фарклаш.

Упканинг периферик ракида юмалок соя нотекис дагал чегарага эга булиб, упка илдизига караб йулакча сояси аникланади, канцероз пневмония клиникасини беради. Рак парчаланганида калин, нотекис чегарали рак бушлиги хосил килиб, биопсияда атипик хужайралар топилади.

■ Асоратланмаган упка кистаси рентгенограммада аник юпка чегарали юмалок соя бериб, эхинококкозда эозинофилия булиши, Кацони, латекс- ва гемагглютинация реакциялари мусбат булиши хос. Кисталар йиринглаганда -- уларни упка уткир абсцессидан фарклаб булмайди. Факат синчиклаб урганилган анамнез ердам бериши мумкин.

■ Упка гангренази бемор умумий ахволининг огирлиги , акроцианоз, кучли интоксикация, рентгенологик текширувда упканинг 1-2 булагини еки хамма ерида аник чегарасиз деструкция учоглари бор сояланиш билан намоен булади. Балгам куланса хидли, гушт ювилган сув рангида булиб, упка тукумалари секвестрлари хам булиши хос.

Каверноз туберкулез упка абсцессидан анамнестик маълумотлар, упкани динамик рентгенологик текширувида, одатда, 2-3 хафтада диссеминация белгилари пайдо булиши билан , балгамда туберкулез микобактериялари топилиши ва туберкулин синамалари мусбатлиги асосида фаркланади.

4. Пневмоторакс хансираш, тахикардия, тери ва шиллик каватлар цианози, упканинг пучайиб колиши, кукс аъзоларининг соғлом тарафга силжиши, перкуссияда - кутича товуши, рентгенологик текширувда упка коллапси билан намоен булади. Клапанли пневмотораксда биринчи уринга нафас сикиши ва хаво этишмовчилиги, цианоз, тахикардия чикади. Перкуссияда кутича товуши, пальпацияда тери эмфиземаси крепитация оркали , рентгенограммада упка коллапси ва кукс аъзоларининг соғлом тарафга силжиши аникланади.

5. Гемоторакс плевра бушлиги ичига кон кетиши, упка коллапси, кукс оралиги аъзоларининг соғлом тарафга силжиши, гемодинамика бузилиши, шок, хансираш билан намоен булади. Гемоторакс ташхисида рентгенологик текширишлар ва плеврал пункция етакчи ахамиятга эга.

6. Пиопневмоторакс клиникаси ва ташхиси пио- ва пневмоторакс клиникалари йигиндиси, йирингли интоксикация, нафас этишмовчилиги белгиларига асосланади. Диагностикада анамнез маълумотлари, рентгенологик текширувлар ва плеврал пункция натижалари асосий ахамиятга эга.

БЭК – ёш беморларда учрайди. Пастки булакларда жойлашади. Анамнезида кайталанувчи бронхит. 3 каватли балгам, эластик тола-лар йук, купинча эрталаблари ажралади. Умумий ахволи кам узгаради, секин ривожланади. Бронхографияда бронхоэктазлар аникланади.

Пневмосклерознинг хуруж даврида сегмент билан чегараланиш, шиллик-йирингли тавсифга эга булган алохида тупуклар ажралаши билан кечувчи йутал кузатилади. Кон тупуриш, рентген текширувида сегментар сояланиш ёки чизикли тугунлар аникланади.

Упканинг йиринглаган кистаси. Бунда куп микдор балгам билан кечувчи йутал, рентгенда аник чегарали хамда суюклик сатхи булган думалок киста аникланади. Поликистозда эса “ари уяси” белгиси аникланади.

Парчаланмиш боскичидаги упка саратони - чегаралари ноаник, тортилган хосила, саратон кахексияси кузатилади. Марказий саратонда ателектаз ривожланади. Холсизлантирувчи курук йутал булади. Бронхоскопк, бронхографик текширувлар, биопсия ташхис куйишда мухим ахамият касб этади.

Упка гангренази жуда огир касаллик хисобланиб, организмнинг кучли захарланиши билан кечади. Ташхис булим остонасига кираверишда, хатто 2 каватли хлорамин билан ишлов берилган чойшаб билан уралишига карамасдан, аник куйилади. Юзи шишган булиб, акроцианоз аникланади. Аккилловчи нафас масофадан эшитилади. Ифлос гушт ювиндиси каби куп микдор балгам ажралувчи йутал ёки ифлос шоколад рангидаги упка булаклари (секвестрлар) ажралувчи йутал кузатилиши мумкин. Рентгенологик текширувда аник чегарага эга булмаган, секвестрацияли куплаб бушликлар аникланади. Демаркацион чизик булмайди, упка тукумаси йиртилади, шишган булади. 1 хафта давомида жадал

захарсизлантириш, антибиотиклар, кон куйиш, витаминлар, гемосорбция утказилади. Госпитал улим 50 % ва ундан ортик. Операциясиз барча беморлар улимга махкум.

Давоси. Бу беморлар каерда даволаниши лозим? Олдин беморлар жаррохлик, хозирда эса ихтисослаштирилган пульмонология булимларида даволанмоқдалар. Хуппозларнинг 80% консерватив усулда даволанадилар, аммо махсус муолажаларни - найчалаш, даволовчи бронхоскопияни (хафтасига 2-3 марта) талаб қилади. Махсус катетерлар билан бронхлар оркали бушлик найчаланади ва 2-3 хафта давомида ювилади.

Хуппознинг четда жойлашувида у трансторакал усулда йугон нина билан пункция килиниб, йиринг суриб олинади, антибиотиклар юборилади. Трансторакал катетеризация умров ости катетерини колдириш билан яқунланади.

Постурал дренажлаш тана холатини узгартириш билан амалга оширилади.

Мақсадли антибиотикли даво утказилади.

33% - 20,0 спирт, 200,0 1% ли CaCl_2 эритмаси вена ичига юборилади.

Умумкувватлантирувчи даво - юкори кувватга эга булган, оксил ва витаминларга бой овкатлар буюриш керак. Шунингдек, ёгли эмульсиялар тавсия этилади, негаки, ёг етишмовчилигида упка сурфактант тизимида парчаланиш юз беради.

Экстрокорпорал детоксикация, иммун восита – АСГГ, кон куйиш, тактивин ва бошкалар кулланилади.

Агар хуппозлар куп сонли булса, уларни найчалаш кийин булади. Бунда

- а/б ни интрапульмонал юбориш;
- БАГ катетерлаш ва а/б юбориш (томчилаб юборилади);
- реополиглюкин, гемодез;
- гемосорбция кулланилади.

Аэрозоллар, мушак ичига дори юбориш кам самара беради.

Упканинг уткир хуппозининг окибатлари.

1. Тулик тузалиш - 30 % холларда.
2. Клиник тузалиш, лекин рентген текширувда - колдик бушлик - “курук бушлик” - 50 % холларда.
3. Сурункали хуппозга утиш 15 % холларда.
4. Асоратлар ривожланиши ва улим - 5 % холларда.

Куриб турганингиздек, упканинг уткир хуппозларини даволаш натижалари гангреникига нисбатан анча яхшироқдир. Упка гангре-наси диагнозини куйиш кийинчилик тугдирмасида, шифохоналарда кулланилаётган замонавий даводан кейин хам 50% улим кузатилади.

Уткир хуппозларнинг асоратлари.

1. Хуппознинг плеврал бушликка ёрилиб, пиопневмоторакс ривожланиши.
2. Бронхиал дарахтга кон куйилиши ва асфиксия.
3. Шикастланмаган сохаларга йиринг сурилиши ва янги хуппозлар хосил булиши.
4. Узок масофадаги аъзоларда, купинча мияда йирингли учоклар пайдо булиши.

Бронхиал дарахтга кон куйилишида куйидагилар килиниши лозим :

- а) шикастланмаган упкага кон окиши ва асфиксиянинг олдини олиш мақсадида 2 бушликли найча билан тезкор интубациялаш;
- б) гемостатик даво;
- в) бронхиал артерияни эмболлаш;
- г) упканинг шикастланган сегментини хаво билан таъминловчи бронхни тикиб куйиш.

Янги хосил булган хуппозлар хуппозларни даволаш принциплари асосида даволанади.

Метастатик хуппозлар умумкабул килинган режа асосида даволанади.

Пиопневмоторакс – субплеврал хуппознинг ёрилиши окибатида ривожланувчи иккиламчи касалликдир (асоратланган УУЮД). С.И.Спасокукоцкий унинг 3 та клиник шаклини ажратади:

- 1) Уткир шакли – агар ёндош швартлар булмаса, упканинг коллабирланиши билан кечади; куке оралигининг сурилиши билан кечувчи пневмоторакс, шок, коллапс ривожланади. Агар ёрдам курсатилмаса, беморнинг улими юз беради.

Белгилари: кукракдаги тусатдан булувчи огрик, йутал (баъзан уни тухтатиб булмайд), юрак уриши ва нафаснинг тезлашуви, цианоз, АБ нинг пасайиши, нафас етишмовчилиги. Тукиллатганда кутича овози эшитилади. Аускультацияда нафас эшитилмайди.

Биринчи ёрдам – плевра бушлигини урта умров чизиги буйлаб 2-3 ковурагалар оралигидан хавони олиб ташлаш учун пункциялаш. Агар манфий босим пайдо килишнинг иложи булмаса, плевра бушлигини Бюлау буйича нофаол найчалаш лозим.

2) **Енгил шакли** – огрик ва йутал куринишида юзага чикади. R – текширувда кукрак кафасида суюклик сатхи, упка коллапси, харорат, лейкоцитоз. Бемор асоратнинг бошланиш вақтини билади.

Даволаш - плевральная пункция ва плевра бушлигини найчалаш. Иккита нуктадан найчалаш энг маъкули хисобланади. Торакоскопияда хуппозни гидрофил елим билан елимлаш хам мумкин.

Плеврал пункция килиш услуби.

Фаол найчалаш электр сургич, сув окимли сургич ёки вакуум ёрдамида амалга оширилади (Бобров буйича).

2-3 кун мобайнида плевра бушлиги найчаланиб, йиринг суриб олинади. Натижада упка кукрак кафаси девори билан ёндашади.

Агар 3-4 кун давомида упка ёзилмаса, демак, найчалаш бесамара булган. Ундан ташкари, найчалар тегиб турган жойда ёток яралар пайдо булиши мумкин. Шунинг учун бундай холларда операция килиш курсатма булиб, бронх окмаларини тикиш, улган тукималарни олиб ташлаш ва плевра бушлигини найчалаш лозим булади.

Уткир хуппозларнинг сурункалига утиш сабаблари.

- I
1. Куплаб уткир хуппозлар.
 2. Тукима секвестрининг мавжудлиги.
 3. Пастки булакда жойлашуви.
 4. Бушлик диаметрининг 5 см дан катталиги.

II Беморни даволашдаги хатоликлар.

«Плевра эмпиемаси»

Плевранинг яллигланиши плеврит дейилади.

Плевранинг йирингли яллигланиши ёки плевра бушлигида йигилиши плевра эмпиемаси дейилади.

Эмпиеманинг сабаблари:

Одатда эмпиема кандайдир узга касалликнинг асорати хисобланади.

1. Упка касалликлари (хуппоз, йиринглаган БЭ) плевра эмпиемасининг 90% холларда сабаби булади. Бу иккиламчи эмпиема дейилади.
2. Кукрак кафасини тешиб кирувчи жарохатлар (айникса, уруш даврида).
3. Упка ва кукрак кафасининг бошка аъзоларида утказилган операциялардан кейин хам плевра эмпиемаси ривожланиши мумкин. Бу плевранинг бирламчи эмпиемаси дейилади.

Бактериал микрофлора:

- олдинги вақтда тилларанг стафилококк 1- уринни эгаллаган. Хозирда эса у эмпиемани 25-39% холларда чакиради.

- хозирги вақтда куйидагилар катта ахамият касб этади:

- Гр (-) клесбиелла;
- кукйиринг таёкчаси;
- энтеробактериялар, ичак таёкчаси.
- Ноклостридиал спора хосил килмайдиган анаэроблар (бактероидлар, фузобактериялар, пептококлар, пептострептококлар).

Эмпиемани купинча ноклостридиал анаэроблар чакиради!

Патогенези

Инфекциянинг кириш йуллари турличадир:

- йуналиши буйича – зотилжамли (зотилжам билан бир вақтда);
- метапневмоник - зотилжам ва кукс оралиги хамда кукрак кафасининг йирингли касалликларидан сунг;
- Гематоген ва лимфоген йуллар (5% холларда).

Зотилжам ва УУИД да инфекция бевосита плеврага тушади. С.И.

Спасокукоцкий буйича зотилжамда, яккол деструкция булмаи туриб, унча катта булмаган субкортикал жойлашган деструкция учоги булса хам у плеврага ёрилиши мумкин.

Жароҳатларда инфекция манбаи жароҳат ва кукрак бушлигига снаряд, ук, осколка, жароҳатловчи жисм билан тушади.

Операциядан кейинги эмпиемаларнинг келиб чиқиши куйидагича:

А) ҳеч бир операция мутлоқ стерил шароитларда амалга оширилмайди;

Б) битишма, швартлар, одатда мудрок инфекцияга эга булади. Битиш-маларни ажратиш плеврага инфекция тушишига олиб келиши мумкин;

В) бронх чултогининг бирламчи етишмовчилигида инфекция бронх чултоги орқали тушиши мумкин;

Г) плевра эмпиемасининг ривожланишига плеврал варакларни ажратиш, яъни упка бушашган ҳолатда (коллапс) ҳаво, кон ёки узга экссудат билан тулган колдик бушлик қолиши сабаб булиши мумкин. Зотилжамдаги сероз (эскичасига симпатик) плеврит хам микроблар учун яхшигина озука манбаи булиб хизмат қилади. Кукрак кафасини тешиб қирувчи жароҳатларда кузатиладиган пневмо – ёки гемоторакс хам эмпиема ривожланишига туртки булиши мумкин.

Д) ивиб қолган гемоторакс эмпиема учун яхши замин ҳисобланади, негаки, у операциясиз сурилиб кетмайди.

Упканинг эластик қаршилиги упканинг бушашига ёрдам беради хамда шу билан колдик бушлик хамда эмпиема учун шароит яратиб беради. Колдик бушликни биринчи куннинг узидаёқ бартараф этиш лозим! Шунда йиринглаш юз бермайди. Агарда упкани тугирламаса, масалан, плевробронхиал окма билан асоратланган ҳуқозда, унда плеврага фибрин чуқиб қолади, у қалинлашади, бутун юза буйлаб швартлар ҳосил булади хамда плевра эмпиемаси шаклланади.

Бронхиал окмалар:

(Эмпиемаларнинг очик шакллари беради)

- бронх – плеврал окма

- плевра - тери окмаси

- бронх – плевра - тери окмаси

Плевра эмпиемасининг М.И.Кузин буйича таснифи.

1) кечишига кура– плевранинг уткир эмпиемалари (қупинча ёпик шакли).

- плевранинг сурункали эмпиемалари (қупинча очик шакли).

2 ойдан сунг плевранинг уткир эмпиемалари сурункалига утади

2) экссудатнинг тавсифига кура:

а) йирингли; б) чирик.

3) микрофлоранинг тавсифига кура:

а) маҳсус (сил, актиномикотик).

б) номаҳсус (стафилококклар, диплококклар, анаэроблар).

в) аралаш флора билан чақирилган.

4) келиб чиқишига кура:

а) бирламчи (операция ва жароҳатлардан сунг); б) иккиламчи (упка қасалликларидан сунг);

5) ташки муҳит билан алоқасига қараб:

а) ташки муҳит билан алоқаси йук (хусусий эмпиемалар) – эмпиеманинг ёпик шакллари– зотилжамларда.

б) ташки муҳит билан алоқаси бор (пиопневмоторакс) – очик шакли–бронхиал окмаларда.

б) жараённинг тарқалишига кура:

а) эркин (тотал, субтотал, кичик).

б) чегараланган (ҳалтали): - девор олди; базал; интерлобар; апиқал; медиастенал; қуп қамерали.

Плевра эмпиемасининг Г.И.Лукомский (1976) буйича таснифи.

Клиник кечиши	тури	патогенези	тарқалганлиги	упка қоллапсининг даражаси

йирингли-сурилувчи иситма	упка туки-масининг деструк-цияси йук эмпиема	Мета – ва парапневмоник	чегараланган	I (плащ)
йирингли-сурилувчи иситма	упка туки-масининг деструк-цияси бор эмпиема	жарохатдан сунгги	Эркин эмпиема. Кичик шакли.	
		метастатик	таркалган шакли (субтотал)	II (узак)
		Симпатик	Тотал шакли	III (ядро)

Таркалганлик буйича тавсифномаси: чегараланган – плевра бушлиги бир деворининг шикастланиши; таркалган – плевра бушлиги 2 ва ундан ортик деворларининг шикастланиши; тотал – диафрагмадан то плевра гумбазигача булган плевра бушлиги барча сохаларининг жараёнга тортилиши.

Упка коллапси даражасининг тавсифномаси:

I даража – упка тукумасининг коллапси плащ чегарасида.

II даража – упка тукумасининг коллапси узак чегарасида.

III даража – упка тукумасининг коллапси ядрогача етиб боради.

Эмпиеманинг чегараланган (халтали) шакллари

1. Апикал шакли.
2. Паракостал (девор олди) шакли.
3. Парамедиастенал шакли.
4. Булаклараро шакли.
5. Базал шакли.
6. Куп камерали шакли.

Уткир эмпиеманинг сурункали шаклига утиш сабаблари:

- 1) бронх – плеврал окманинг мавжудлиги;
- 2) таркалган упка деструкциясининг мавжудлиги;
- 3) куп бушликли эмпиемалар;
- 4) организм реактивлигининг сустлашуви;
- 5) нораціональная даволаш.

Клиник белгилари.

Дастлабки белгилари эмпиемани чакирган касаллик белгилари билан никобланган булади. Плевра эмпиемасининг узида куйидаги шикоятлар кузатилади: бикиндаги огриклар, чукур нафас ололмаслик, кам микдордаги балгам билан йуталиш, кеча-кундуз давомида катта тебраниш кузатилувчи (эргалаб харорат субфебрил) тана хароратининг юкори ракмларгача ошиши (39-40) , хансираш, иштаханинг йуколиши, тинчликдаги терлаш.

Объектив:

- тинчликда хансираш;
- цианоз, юз куриниши уткирлашган;
- организмнинг плевра бушлиги махсули ва йиринг билан захарланиши;
- ковургалараро ораликлар силликлашган;
- тери калинлашган;
- юкори харорат;
- томир уриши 1 дакикада 110 –120 марта;
- шикастланган томон нафасда оркада колади;
- адинамия кузатилади.

Физикал текширувда: агар экссудат микдори 250-300 мл дан куп булса, кукрак кафаси сохасида тумтоклик кузатилади.

Гарлянд учбурчаги – экссудатдан юкорида, экссудат туфайли сикилган упка сохасида тумтоклашган - тимпаник товущ.

Раухфус-Грокко учбурчаги – кукс оралигинг соғлом тарафга сурилиши хисобига юз берадиган тумтоклик.

Шкода феномени – тимпанит, огизнинг очик холатида –синган тувак шовкини.

Тумтоклик Дамуазо чизигидан пастда кузатилади, бу рентгенологик текширув билан тасдикланади.

Плевра эмпиемасида суюклик сатхи текис булиб, у олд томондан курунмайди (соялаган), негаки, ушбу сохаларда суюкликнинг юпка кавати мавжуд булади.

Плевра бушлигини пункция килиш маълумотлари (цитология ва микрофлора билан).

Одатда плевра бушлигига 0,5-1 литр микдориди экссудат (йирингли) йигилади. Ундан ташқари, упкада йиринглаш жараёни кечади. Шу туфайли оксил йукотилиши катта булади, 3,5-4 г% гача гипопротеинемия, диспротеинемия кузатилади–альбумин/глобулин коэффиценти эмпиемаларда 0,7- 0,6 га тенг булиб қолади (меъёрда бу курсаткич 1,5 га тенг). Диурез ошади, негаки гипопротеинемия ва диспротеинемия туфайли организмда яхши ушлаб қолинмайди, кондаги онкотик босим пасаяди. Шунингдек, альбуминларнинг гамма-глобулинларга нисбатан сувни купрок ушлаш хусусияти ҳам маълум.

Гипокалиемия ривожланади. Эритропоз бузилади ва тезлик билан камконлик ривожланади. Иммуниет сустлашади.

Куйидаги махсус текширувлар утказилади:

- кукрак кафасининг рентгеноскопияси ва рентгенографияси ;
- колдик бушлик плеврографияси.

Олдини олиш.

- 1) плевра 2 варагининг бир-бирига тегиб ткришига шароит яратиш;
- 2) колдик бушликларни йукотиш (пункция, аспирациялаш, суриб олиш);
- 3) пневмо – ва гемотораксни йукотиш (плевра бушлигини найчалаш ва аспирациялаш йули билан).

Ивиб колган гемотораксда фибринолитиклар - стрептокиназа, стрептаза кон лахталарини эритади.

- 4) операцияларда максимал гемостазга эришиш;
- 5) упка тугирланиши учун плевра бушлигига яхши вакуум-сургичлар колдириш.

Даволаш:

утқир эмпиемаларни – консерватив ёки ярим консерватив усулда, УУИД ни даволаш орқали амалга оширилади.

I усул – плеврал бушликдан йирингни чиқариш (пункция ёки найчалаш).

- ёпик эмпиемалар учун пункция (зотилжам ва б.)
- плевра бушлигини найчалаш ва аспиралаш ҳамда упкани вакуум остида тугирлаш (80 мм Нд). Олдин Бюлау буйича найчалашдан кенг куламда фойдаланилган.

II усул - бронхиал окмаларни поролон сургичлар билан вақтинча бекитиш.

III усул – сезгирлигига қараб юқори дозаларда антибактериал даво.

IV усул – гомеостазни меъёрга келтириш: вена ичига оксиллар, альбумин, К дори воситаларини юбориш, гемосорбция (экстракорпорал), детоксикация.

Сурункали эмпиемаларни даволаш.

Сурункали эмпиемада плевранинг қалинлиги 1-2 см гача етиб боради.

Сурункали эмпиемаларни даволаш асосида 2 та принцип ётади:

1. Кукрак кафаси ҳаракатчанлигини қовургаларни кесиш орқали амалга ошириш.

- Интраплеврал тотал торакопластика – Шеде буйича - хозирги вақтда кулланилмайди

- Экстраплеврал.

▪ Геллер – Лимберг буйича зинапояли торакопластика, купинча интра – экстраплеврал ҳолатда кулланилади. 1986 йилда москвалик профессор Лимбергининг 100-йиллиги нишонланди.

▪ Қиршнер буйича мушак пластикаси унчалик катта бўлмаган колдик бушликларда кулланилади.

▪ бронхиал окмаларда - бронхни “оёқчадаги” мушак билан тампонада қилиш - Абражанов операцияси.

2. Упкани швартлардан тозалаш – упкани декорткациялаш (Делорм)

Плевропульмонэктомия – бу костал плеврани патологик узгарган упка билан биргаликда олиб ташлаш.

Плеврэктомия – бу эмпиемали бушликнинг барча шартли варақларини олиб ташлаш.

1. Кукрак кафаси шикастланиши деганда курак кафаси девори еки унинг ичидаги абзоларнинг турли хил очик ва эпик шикастланишлари тушунилади.

2. Кукрак кафаси шикастланишлари очик ва эпик, суюклар шикастланмаган ва шикастланган, ички абзолар шикастланган ва шикастланмаган турларга булинади.

6. Кукрак кафаси шикастланишлари ва упка абсцессининг диагностика усуллари; бемор шикояти ва анамнезини аниқлаш, умумий клиник текширишлар (куриш, пальпацияда огрик, перкуссияда абсцесс 1 фазасида, гемо- ва пиотораксда бугиклик, пневмотораксда – тимпанит, аускультацияда абсцесс 1 фазаси ва гидротораксда нафас олиш сустлиги еки аниқланмаслиги, абсцесс 2 фазасида эса амфорик нафас ва катта улчамли нам хириллашлар аниқланади. Диагностиканинг энг информатив ва объектив усули - рентген билан текширувдир.

7. Пневмоторакс – бу плевра бушлигида хаво тупланиши булиб, курак кафаси девори жарохати еки бронх жарохатидан кириши мумкин.

8. Пневмоторакс турлари: очик, эпик, клапанли ва спонтан.

Эпик пневмотораксда плевра бушлигидаги хаво атмосфера хавоси билан туташмайди, курак кафасидаги жарохат туқималар силжиши туфайли бекилиб қолади.

Очик пневмотораксда хаво плевра бушлигига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда ташқарига чиқиб кетади.

Клапанли пневмотораксда хаво плевра бушлигига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда эса юмшоқ туқима лахтаги курак кафаси девори еки бронх жарохатини епиб қуйиши сабаб ташқарига чиқа олмайди.

9. Гемоторакс - плевра бушлигида кон тупланиши булиб, қупинча упка, қовургалараро артерия еки ички курак артерияси жарохати билан боғлиқ. Гемоторакс турлари: кичик гемоторакс (кон сатхи курак уртасигача қутарилиши), урта гемоторакс (1500мл-гача кон тупланиши), катта гемоторакс (бунда қуйилган кон хажми 1500мл-дан ошиб кетади).

10. Спонтан пневмоторакс – бу аниқ сабабсиз ва шикастланишсиз плевра бушлигида хаво тупланишидир. У қупинча упканинг буллез трансформацияси ва упка кистасида учрайди.

11. Пиопневмоторакс - бу плевра бушлигида йиринг ва хаво тупланиши булиб, упка абсцессининг плевра бушлигига очилиши натижасида иккиламчи пайдо булади. Пиопневмоторакс плевра эмпиемасининг очик турига қиради.

Курак кафаси шикастланишлари ва УИД-си пиопневмоторакс билан асратлангандаги УАШ тактикаси, ташхиси ва даволаш.

1. Упка абсцессида беморларни торакал булимига муқамал текшириш ва даволаш учун юборилади.

Даво компонентлари:

- сифатли оксил, ег, ва витаминларга бой овқат тановул қилиш

- антибиотик ва протеолитик ферментларни эндотрахеал юбориш

- санацион даво бронхоскопияси (хафтасига 1-2 марта), постурал дренаж

- гемотрансфузия

- экстракорпорал детоксикация (гемосорбция)

- 33% этил спирти ва кальций препаратларини вена ичига юбориш

- иммунокоррекция.

2. Пневмоторакс турли шаклларида стационаргача булган шошилиш ердм:

- Эпик пневмотораксда тор

- акал булимга етқишиш, симптоматик даво

- Очик пневмотораксда – окклюзион асептик боғлама қуйиш, огриксизлантириш, юрак дорилари.

- Клапанли пневмотораксда – плевра бушлигини пункция қилиш ва дренажлаш, шокга қарши, юрак дорилари, қислород бериш.

- Гемотораксда – плеврал пункция, гемостатиклар, АКБ ва Нь микдорини динамикада қузатув, курсатма буйича гемотрансфузия, катта гемоторакс ва кон кетиш давом этганда – торакотомия.

- Кукрак кафаси шикастланишлари ва УУИД-си гемо- пневмо- пиоторакс билан асоратланганида диагностика ва даво умумий қабул этилган усулда олиб борилиши учун ушбу ҳолатлар ташхиси ва давоси алгоритмларини узлаштириш керак.

**МАЪРУЗА МАТЕРИАЛЛАРИ УЗЛАШТИРИШ ДАРАЖАСИНИ АНИКЛАШ УЧУН
АУДИТОРИЯГА БЕРИЛАДИГАН САВОЛЛАР.**

1. Хансираш синдроми тушунчаси
2. Хансираш сабаблари ва турлари
3. Хансираш даражалари
4. Упка абсцесси бронхга очилгунча давр клиникаси
5. Бронхга очилган упка абсцесси клиникаси
6. Пневмоторакс турлари ва клиникаси
7. Очик, ёпик ва таранг пневмотораксда биринчи ёрдам
8. Упка абсцесси асоратлари
9. Гемоторакс клиникаси
10. Пиопневмоторакс давоси.
11. Упкада юмалок сояланиш синдроми дифференциал ташхиси.

АДАБИЁТЛАР:

1. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1991й.
2. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1994й
3. Кузин М.И “Хирургические болезни” М.1997й
4. “Клиническая хирургия”, Панцырев Ю.М. редакцияси остида. М .1988й
5. Стручков В.И. “Упка ва плевра йирингли касалликлари” Л.1967й
6. Тема буйича укув назорат программаси. (УНП)1997й
7. Тема буйича стандарт протоколлар.1997й
8. Дж.Мерта “Справочник врача общей практики” М.1998й
9. Хирургия.Руководство для врачей и студентов.Под редакцией В.С.Савельева.М.1998
10. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП.Т.2003
11. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля.Т.2003
12. Асосий жаррохлик синдромларининг ташхис ва даволаш алгоритмлари. Т.2006. Муаллифлар: Аталиев А.Е., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М., Арифжанова З.Ш.

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Ўқув ишлари бўйича проректор

_____ доц. С.Ш. ОЛИМОВ

_____ 2014 й

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ ЮМШОҚ ТЎҚИМАЛАРИ ҲАЖМЛИ ҲОСИЛАЛАРИ

Даволаш факультетининг

7 курс талабалари учун

маъруза

ЯМС асосида ёзилган

Бухоро – 2011

УАШ ЖАРРОХЛИГИ КАФЕДРАСИ КЕНГАШИДА

КЎРИБ ЧИҚИЛГАН ВА ТАСДИҚЛАНГАН КАФ.

МУДИРИ

Т.Ф.Д. УРОКОВ Ш.Т.

Маъруза матни тузилган МУК да кўриб чиқилган

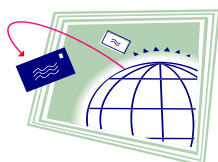
Баённома № « ____ » _____ 2014 й.

Раис: доц. С.Ш. Олимов

Бухоро - 2014

Тери жароҳатлари синдроми. (ТЖС)

Мавзу: Тери анатомияси, гистологияси ва физиологияси. Жарроҳлик ва йирингли жарроҳлик касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар қиёсий ташҳиси. Аллергологик, тери-таносил ва юқумли касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар.



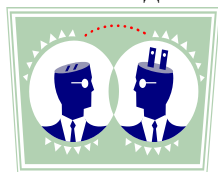
1. Машғулот ўрни ва талаблари

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. жадваллар комплекти, услубий қўлланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор харитаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



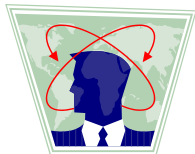
1.1. Мотивацияси

Илмий - техник ривожланиш клиник тиббиётни ва хирургияни янги диагностик ва даволаш технологиялари билан қуроллантирди. Аммо, умумий амалиёт шифокори фойдаланаётган умум клиник текшириш усуллари қўллаш, лаборатор ва инструментал текширишларни ўтказиш беморлар даволашни яхшилашдаги омиллар ҳисобланади. Умумий амалиёт шифокорини жарроҳлик беморларни текшириш ва даволаш принципларини билиши бу беморларни вақтида ва самарадор даволаш мезони ҳисобланади. Операция майдони ва жарроҳ қўлини ишлов бериш операциядан кейинги бўлиши мумкин бўлган йирингли асоратларни олдини олувчи омил ҳисобланади.



1.2. Предметларо ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология.



2. Дарснинг мазмуни

2.1. Назарий қисм.

Анатомия.

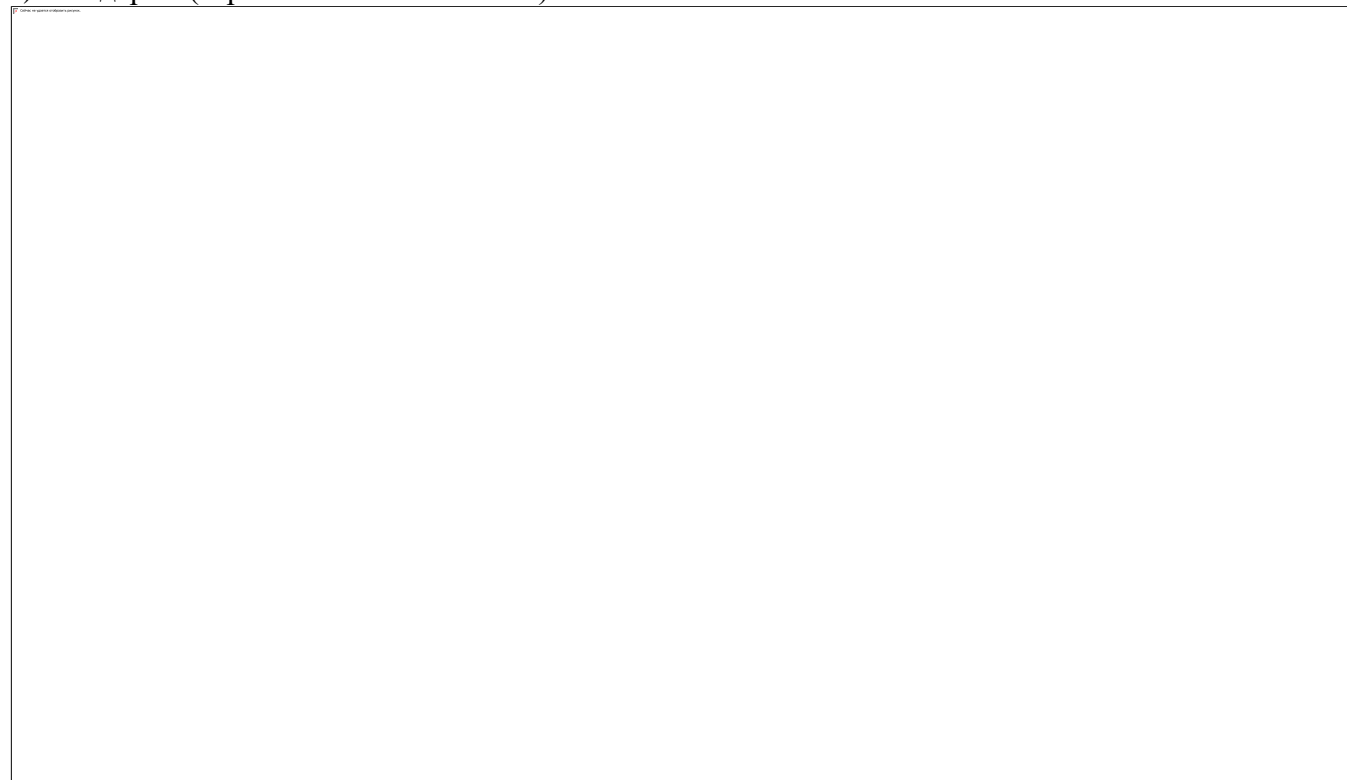
Тери анатомияси, гистологияси ва физиологияси.

Одам организмни соғлиги, организмда бир-бири билан боғлиқ булган асаб, ички секреция безлари, юрак қон томир системаларининг ҳамда модда алмашинувининг фаоллоти терига, унинг ўзгаришларига ва функцияларига таъсир қилиши мумкин. Шунинг учун тери анатомиясини ўрганишдан олдин шуни айтиб ўтиш керакки, тери организмни алоҳида аъзоси бўлиб туриб, организмнинг бошқа аъзолари билан чамбарчас боғланган ҳолда фаолият кўрсатади.

Тери бутун баданни қоплаб туради ва организмнинг бир қанча муҳим функцияларини бажаради. Терининг умумий юзаси катта ёшдаги одамларда тахминан $1,5\text{м}^2$ ни ташкил этади. Унинг оғирлиги гавда оғирлигининг 16-18% ига тенг. Оғиз, бурун, анус, сийдик чиқариш канали ва қин соҳасида тери тўғридан-тўғри шиллик пардаларга айланади. Юза томирларнинг жойлашиши, меланин пигментини кўп-озлигига қараб терининг ранги турлича бўлиши мумкин. Тери юзаси текис эмас, унда юза эгатчалар мавжуд, бу эгатчалар бир-бири билан кесишган жойларда учбурчаклар, ромблар шаклида бўлиб, панжаларнинг дорсал юзаларида айникса яққол кўринади. Бармоқларнинг қафт юзаларида тери эгатчалари қонцентриқ айланма шаклида жойлашган. Бу шакллар ҳар бир шахсда узига хос нақшни ҳосил қилади.

Терида учта қават тафовут килинади:

- 1) эпидермис (тери уст пардаси)
- 2) дерма (асл тери)
- 3) гиподерма (тери ости ёғ клетчаткаси)



Тери эмбрионал даврда ҳар хил манбалардан келиб чиқадиган қаватлардан тузилган. Эпидермис ташқи эмбрион варағи – эктодермадан, дерма билан гиподерма ўрта эмбрион варағи – мезодермадан келиб чиқади. Эпидермис эпителиал тўқимадир, дерма ва гиподерма асосан бириктирувчи тўқимадан иборат.

Эпидермис (кўп қаватли ясси эпителий). Терининг турли қисмларида хар хил қалинликда бўлади. Кафт ва товон қатлами терининг энг қалин қисми бўлиб, 4 мм гача етади.

Хужайралар куринишига ва уларнинг хизматига қараб эпидермисда қуйидаги қаватлар мавжуддир: 1) энг чуқур ёки базал (*stratum basale*) қават, 2) тиканли ёки тикансимон (*stratum spinosum*) қават, 3) донадор ёки кератогиалин (*stratum granulosum*) қават, 4) ялтироқ ёки элеидин (*stratum lucidum*) қават, 5) шохсимон ёки юза мугуз (*stratum corneum*) қават.

Эпидермиснинг хужайралари базал қаватдан бошлаб, энг паст мугуз қаватга томон сурилиб, янгиланиб туради. Шу қаватларда эпидермис хужайраларининг қиёсийланиш ва мугузланиш жараёнларининг турли даврларини кузатиш мумкин.

Базал ёки эмбрионал қават томонидан дерма билан чегараланиб туради ва йирик яхши буяладиган овал ядроли бир қатор цилиндрик хужайралардан ташкил топади. Базал хужайралар ўзаро десмосомалар орқали бирикади. Хужайралар оралигида ёриклар бўлиб, шу тузилмалар буйлаб тўқима суюқлиги ҳаракат қилади. Базал қават усувчи қават деган номни бежиз олмаган. Чунки эпидермиснинг устки қаватларида жойлашган хужайралар ўсувчи қават ҳосиласидир, яъни тери пустини ташкил этувчи хужайралар базал қават хужайраларининг булиниб кўпайиши (митоз) натижасида ҳосил булган.

Асосий қават кератиноцитлари орасида меланоцитлар жойлашган. Бу ўсиқчасимон хужайраларнинг протоплазмаси меланин доначалари билан тўлган. Аслида терига ранг берувчи модда меланин пигменти меланоцитлар ичида ҳосил бўлиб, уз тармоқлари орқали меланинни кератиноцитларга ўтказиб беради. Терининг ранг-туси пигмент микдори билан боғлиқдир. Оқ мағиздан келган одамларда пигмент кам бўлади ва фақат базал қават хужайраларида тупланади. Қора мағиз кишиларда пигмент доналари кўпроқ бўлади. Меланин пигменти организмни нур энергиясининг зарарли таъсирида сақлаб туради. Ўсувчи қаватда жойлашган Меркель хужайралари сон жихатидан кератиноцитлардан анча кам булсада, улардан анчагина йирик. Меркель хужайраларининг цитоплазмаси жуда тиник бўлиб, уларда осмиофил доначалари мавжуд.

Меркель хужайраларига меланин моддаси бўлмаган нерв толалари жипс холда уланган. Шунинг учун тери пусти сезиш хусусиятига ҳам эга.

Тикансимон қават базал қават устида жойлашган бўлиб, юқори қаторларда ромбсимон шаклга кирадиган 3-8 қатор куб шаклидаги хужайралардан ташкил топган. Тикансимон хужайралар жуда кўп цитоплазматик ўсимталарга эга бўлиб, шу ўсимталар орқали хужайралар бир-бири билан десмосомалар ҳосил қилиб боғланган.

Бу хужайралар сертармоқ ва шохланган бўлиб, ана шу «тиканли» шохлар ёнма-ён жойлашган хужайралар протоплазмаси ичига кириб кетгандир. Шу йўл билан хужайралар жипслиги таъминланади. Бу қаватнинг тиканли деб ном олишининг сабаби ана шунда. Тиканли қават хужайралари тери пусти юзасига яқинлашган сари уз шаклини узгартириб, яссиланиб боради, яъни тиканли қаватнинг пастки қаторларида жойлашган хужайралар кубсимон шаклда булса, унинг устки қаватларида эса ясси эпителий шаклида учрайди. Тиканли қават хужайранинг ядролари юмалок ёки пуфаксимон бўлиб, хроматин моддасига бой эмас. Шу туфайли бу хужайра ядролари буёқларни узига кам олади. Хужайра цитоплазмасида кузатиладиган тонофибрил деб аталувчи шохсимон ўсимталар ҳеч қачон бир хужайрадан иккинчисига ўтмайди, улар цитоплазма қобигида тугалланади. Бу қаватда Лангерганс хужайралари ҳам жойлашган. Охирги маълумотларга караганда ушбу хужайранинг теридаги иммунологик реакцияларда қатнашиши ва аҳамияти жуда катта эканлиги исботланмоқда. Тиканли қаватнинг энг юқори қаторида донадор қават жойлашган. Донадор қават 1-2 қатор ясси-ромбсимон эпителий хужайралардан иборат, терининг баъзи соҳаларида (қўл кафти, оёқ кафти) 3-4 қаторни ташкил этади. Донадор қават хужайралари цитоплазмаси таркибида кератогиалин доналари мавжуддир, улар анилин буёқлари билан жуда яхши буялади, шунинг учун микроскопда яхши кўринади. Кератогиалин доначалари ўз таркибига кура ДНК га жуда яқиндир. Донадор қават хужайралари протоплазмасида тонофибриллалар деярли ўчрамайди. Терининг баъзи соҳаларида (юз териси, бурмалар) донадор қават кўпинча кузатилмайди.

Эпидермиснинг асосий, тиканли ва донадор қаватлари усувчи ёки муаллифи номи билан Мальпигий қавати деб аталади. Охирги даврда Мальпигий қаватига олимларимиз базал ва тиканли қаватларни киритишади.

Ялтирок қават донатор қава тустиди жойлашган бўлиб, у ядросиз бир хил тузилишга эга булган элеидин моддасидан тузилган. Бу қаватда элеидин оксил моддасидан ташкари, гликоген ва ёғ моддалари (олеин кислота, липоидлар) ҳам бор. Элеидин қавати оддий буяш усуллари билан буялганда ялтирок, тиниқ шишасимон чизик ҳолда кўринади, ялтирок қаватноми ана шундан олинган.

Мугуз қават эпидермиснинг энг устки қаватдир. У 5-6 қатор хужайралардан ташкил топган, қўл ва оёқ қафтларида эса бу хужайралар 10-15 қатор бўлади. Шох қаватхужайраларининг сони ташки таъсиротларнинг кўп еки калигига ҳам боғлиқ. Терига таъсир этувчи омиллар қанчалик кўп булса, мугуз қават шунчалик калинлашади. Бу ҳол физиологик гиперкератоз деб аталади. Мугуз қават юпка ва ядросиз шох хужайралар йиғиндисидан иборат. Мугузли пуслар бир-бири билан жипс жойлашган. Шох тангачалар кератин деб аталувчи мугузли моддадан иборат. Кератин – бу оксил модда бўлиб, таркибиди сув кам бўлиб, олтингугуртга бойдир. Эпидермисда бир талай нерв охирлари бор, аммо қон томирлари бўлмайди. Эпидермисга озуқа моддалар тўқима суюклиги, лимфа ва қон плазмаси орқали дерма орасидаги ёриқлардан ўтади. Эпидермис билан дерма орасидаги чегара нотекис чизикқа ўхшаган бўлади, чунки эпидермис учи думалоқлашган тортмалар куринишида дермага чуқур кириб боради, улар орасида терининг бириктирувчи тўқимаси дерма халтумлари бўлади, уларни сўрғичлар деб аталади.

Асосий тери. Дерма терининг бириктирувчи тўқималаридан иборат. Бириктирувчи тўқима толалари орасида коллаген, эластик ва аргирофил толалар, шунингдек силлиқ мушак толалари мавжуд. Асл тери хужайралари турли-туман бўлиб, улар фиброцитлар, гистиоцитлар, макрофаглар, лимфоцитлардан иборат. Шунингдек плазматик хужайралар, ретикуляр ва эндотелиал хужайралар, лейкоцитлардан тузилган.

Мана шу хужайралар ва толаларни бир-бири билан бириктириб умумий ягона тўқима ҳосил қилишда аморф, оралик моддаларнинг (буларга гликозоамингликанлар, гиалурон ва хондроитинсульфат кислотаси киради) ахамияти катта.

Дермада икки қатлам: сўрғичсимон (*stratum papillare*) ва тур (*stratum reticulare*) қаватмавжуд. Сўрғичсимон қаватбевосита эпидермис остида жойлашиб, сийрак толали шакланмаган бириктирувчи тўқимадан ташкил топган. Бу тўқима эпидермисга ботиб кириб сўрғичлар ҳосил қилади.

Сўрғичлар шакли ва катталиги терининг зоналарида ҳар хил бўлади. Бармоқлар билан курак безларининг учлари соҳасида уларнинг баландлиги 200 мкм га, юзда 30 мкм га боради, бошнинг сочли қисмида эса 1 мм² юзда 200-400 мкм га етади. Шу билан бирга уларни ташки кўриниши турлича бўлади. Уларнинг нақши ҳар кимда жуда ҳар хил, яъни ниҳоятда индивидуал бўлади. Суд практикасидаги дактилоскопияда ана шундан фойдаланилади.

Дерманинг коллаген толалари бир-бири билан чагишиб кетган кўринишида бўлади. Улар тери юзасига паралел ҳолда жойлашади, бироқ сўрғичсимон қатламда коллаген толалар вертикал йўналиш олади ва сўрғичларга ўтиб, соч фолликулларини ўраб туради.

Турсимон қаватлар коллаген толалар параллел ҳолда йўналган бўлади ва бир-бири билан чагишиб, узига хос турсимон нақш ҳосил қилади. Унинг тугунчаларида томир нерв ва безлар жойлашган бўлади. Шу билан бирга коллаген толалар дермага эластик ҳолат беради. Эластик толалар ҳам бир-бирига чалкашиб, тур ҳосил қилади. Одамнинг ёши қариган сари эластик толалар дегенерацияга учради, шунинг учун тери бушашиб, сиражин бўлиб қолди.

Дерманинг сўрғич қаватида қон, лимфа томирлари, нерв толалари мавжуд. Бу билан бирга мушак хужайраларнинг алоҳида тутамлари учрайди. Бу мушакларни айримлари сочни тикловчи мушак бўлиб, улар соч илдизи билан боғлиқдир.

Тур қаватда ретикулин толалар, фақатгина қон томирлар ва тер безлари атрофидагина жойлашади. Тур қаватда хужайра элементларидан асосан

фибробластлар булб, қон томирлари соҳаларидагина макрофогла, лимфоцитлар ва лейкоцитлар жойлашади. Тур қаватда соч илдизлари, ёғ безлари ҳамда тери ости ёғ қатлами билан чегарадош қисмида эса тер безлари жойлашади.

Қон томирлар.

Дермада горизонтал ҳолатда жойлашган иккита – юза ва чуқур қон томирлар тури бор, чуқур қон томирлар тури дерма билан гиподерма уртасида жойлашган.

Артериялар тери юзасида артерия турларини ҳосил қилади. Чуқур томирлар тури соч пиезлари ва тер безларини қон билан таъминлаб туради. Турининг сўрғичсимон қаватида юза томирлар майда капиллярларга бўлиниб, қовузлоқлар ҳосил қилади. Вена қон томирлар тури артерия қон томири тури билан параллел ҳолда жойлашади.

Лимфа томирлари ҳам худди қон томирлари каби юзага ва чуқурликка тур шаклида жойлашиб, улар узларининг топографик ва физиологик хусусиятлари туфайли қон томирлар билан бир хил мулоқотда бўладилар.

Тери мускуллари

Терида мускул тўқимаси бор. Юз терисида мимика ҳаракатларини юзага чиқарувчи кундаланг таргил мускуллар, кукрак безининг учи, анал сфнктер, олат кертмагида қават-қават бўлиб ҳамда сочларни кутарадиган мускулларда даста-даста бўлиб жойлашадиган силлик мускуллар бор. Бу мускуллар бир учи билан 45⁰ бурчак остида соч фолликулига, иккинчи учи билан сўрғичсимон қаватга бириккандир. Бу мускуллар мускул-соч рефлексига қатнашади. Совуклик таъсирида мускуллар қисқаради, соч кутарилади ва тери юзаси ғадир-будур бўлиб қолади, бу ҳолатни «ғоз тери» деб аташади. Қурқув, газаб ҳам шу мускулларнинг қисқаришига сабаб бўлади.

Гиподерма ёки тери ости ёғ клетчаткаси баданнинг турли қисмларида бир хилда ривожланган эмас. Корин ва думба соҳасида уларни калинлиги бир неча сантиметрға етади. Узини майинлиги билан ёғ тўқималари терини ташки таъсиротлардан химоя қилади. Тери ости ёғ қавати ичига турсимон қаватнинг коллаген толалари боғламлари кириб борган. Улар ёғ қавати ичида кенг боғламли турлар ҳосил қилади, бу боғламларнинг ичи ёғ хужайралари билан тулгандир. Ёғ хужайралари айлана шаклга эга бўлиб, уларни тухумсимон ядролари хужайра цитоплазмасининг четида жойлашган. Тери ости ёғ клетчаткасида қон ва лимфа томирлари, нерв толалари ва сицифик нерв аппаратлари, тер безлари, соф илдизлари бўлади.

Ёғ безлари – glandulae sebaceae- альвеоляр безлардир, улар терининг барча соҳаларида жойлашган, фақат қўл кафти ва оёқ кафтида йук. Кўпчилик ёғ безларининг чиқариш йўллари соч фолликулига очилади, терининг маълум соҳаларидагина лабда, закар бошчасида, кичик жинсий лабларда, кукрак безларининг сўрғичларида ёғ безларининг алохида ташки чиқарув тешиги белиб, тери юзасига очилади. Хар бир соч атрофида 6-8 тагача ёғ беи бўлади.

Ёғ безлари эктодермал эмбрион варагидан келиб чикиб, уларнинг асосий қавати эпидермиснинг базал хужайраларига ўхшаб кетадиган хужайралардан иборат бўлади. Ёғ безлари доимо кўпайиб туради ва без хужайраларининг таркиби мудом янгиланиб боради. Ёғ безларининг секретари уша хужайраларнинг детенерацияга учраб гга айланиши натижасида ҳосил бўлади ва чиқариш йўли орқали фолликул воронкасига чиқарилади. Ёғ безлари тери ва сочларни мойлаб, уларни юмшоқ қилиб туради ва сочларни муртликдан ҳамда терини куриб қолишдан саклайди.

Тер безлари – glandula sudoriferae – нинг сони 3,5 миллионгача етади. Улар одам терисининг барча соҳаларида бўлиб, фақатгина жинсий олат бошчасида, кичик жинсий лабларнинг ташки юзасидагина учрамайди. Тер безлари икки хил бўлади: эккрин апокрин тер безлари. Эккрин тер безлари терининг ҳамма соҳасида бўлади, лекин лабда, жинсий аъзоларда терининг бошқа жойига караганда камрок бўлади. Эккрин тер безлари тер ишлаб чиқариб, уларни секрет хужайралари уз тузилишини узгартирмайди, яъни улар ўз фаолияти натижасида нобуд бўлмайдилар. Аппокрин безлари хужайраларнинг маълум қисми тер ишлаб чиқаргач, нобуд бўлади. Аппокрин безлари эккрин безларига караганда 2-3 марта катта бўлади ва уларнинг тер чиқарув йўллари худди ёғ безлари сингари соч толасининг танасига очилади.

Аппокрин безлари маълум соҳаларда: қўлтиқда, орқа чиқарув тешиги атрофида, кўкрак безларининг сўрғичлари атрофида, катта жинсий лабларнинг терисида жойлашган. Уларнинг иш фаолияти жинсий безлар фаолияти билан боғлиқдир. Шунинг учун уларнинг фаолияти балоғатга етиш даврида бошланади. Тери безлари асл терининг энг пастки катламларида, тери ости ёғ қаватининг яқинида жойлашган. Шу сабабли уларнинг тер чиқарув йўллари узун бўлиб, асл тери ва тери пусти эпидермис орқали ўтади.

Сочлар.

Инсонларда сочлар асосан 3 хил турда учрайди:

1) Узун соч – бошнинг соч қисми, сокол муйлов, қўлтиқ остида ва жинсий аъзоларни коплайди.

2) Калта сочлар эса қош, киприк, бурун ва қўлок ичидаги сочларни ташкил қилади.

3) Туклар терининг соч чиқмаган соҳасида учраб, бутун терини қоплайди.

Соч узак ва илдиздан ташкил топган. Сочнинг узаги терининг юзасига чикиб туради. Сочнинг терига кириб турадиган қисми соч илдизи деб аталади, соч илдизининг пастки қисми кенгайиб, пиезсимон шаклда бўлади. Буни сочни фолликуласи ёки соч қопчаси деб аталади. Ушбу халтача яллиғланганда фолликулит касаллиги келиб чиқади. Соч пиёзчалари дерма қаватидаги чуқур қон томирлар туридан узининг сўрғичлари орқали қон таъминланиб туради.

Сочнинг ташкарига чикиб тўрган эркин қисми уч қаватдан иборат. Ушбу қисмини энг ички қавати сочнинг мия моддаси деб аталади ва у мугузланган полигонал хужайралардан тузилган бўлади. Бундай мия моддаси тукларда бўлмайди. Сочда ранг берувчи пигмент кул ранг моддани таркибига кириб ва бу моддалар узун-узун чузилган хужайралардан иборатдир. Соч оқарган пайтда пигмент йўқолиб кетади. Сочнинг ташки қаватини сочни кутикуласи ташкил этади – у ядроси бўлмаган ясси ва мугузланган хужайралардан тузилган. Илдиз қисми эса сочнинг қопчасида жойлашган бўлиб, у уз охирида терига бир оз кенгайиб очилади.

Соч заги кутикула, яъни пўст пигменти бўладиган пўстлок моддаси ва мия моддасидан иборат. Соч фолликули эпителиал ва бириктирувчи туқим қисмларидан тузилган. Эпителиал қисми ташки ва ички илдиз кинларига булинади. Ташки кини ёғ безининг чиқариш йўли қуйиладиган жойгача эпидермис билан бир хил тузилишга эга, кейин ингичкалашиб бир қатор хужайралардан иборат бўлиб қолади. Эпителиал хужайралар ички кини ҳам қоплайди. Бу хужайралар ёғ безининг чиқариш йўли қуйиладиган жойгача фолликул тубида жойлашган бўлади. Соч фоликула пустининг бириктирувчи тўқима қисми коллаген ва эластик толалардан тузилган.

Соч толасининг умри 50 кун, бир неча ойдан 2-3 йилгача давом этади. Туқилган сочлар урнига фолликул хужайралар кўпайиши натижасида янгилари ушиб чиқади. Бошнинг сочли қисмида 90000 мингдан 300000 гача тола бўлади.

Тирноқлар туртбурчакли мугузсимон зич пластинкалардан иборат бўлиб, орқа ва ен юзалари тери бурмаларига ботиб туради. Тирноқ пластинкасида: а) тирноқ танаси; б) олдинги эркин учи; в) орқа яширин учи; г) икки ён чети фарқланади.

Тирноқ илдизи бутунлай тери бурмалари билан қопланган бўлади. Тирноқ пластинкаси зич жойлашган мугуз тангачалардан тузилган бўлиб, тирноқ танаси урнида жойлашади. Тирноқ урни қатор ва узунасига йўналган бурмаларни ҳосил қилади, бу бурмаларда тирноқ пластинкаси озиклантирувчи қон томирлар бор. Қўл тирноғи хафтасига 1 мм га, оёқ тирноғи 0,25 мм га усади.

Тирноқ пластинкасининг проксимал учида ок рангли ярим ойсимон нақш кўриниб туради, тирноқ ойчаси деб шуни айтилади, у эпидермиснинг донатор катлами борлиги туфайли ок бўлади. Тирноқ пластинкасининг орқа қисми тирноқ илдизи деб аталади, тери бурмасига ботиб етадиган қисми эпителийнинг базал эмбрионал катлами хужайраларидан ташкил топган, яъни тирноқ пластинкасининг усувчи қисми ҳисобланади.

Тирноқни олиб ташласа 90-120 кун давомида ушиб чиқади. Ег, тер безлари, соч ва тирноқлар тери ортиклари деб аталади.

Терининг нервлари

Тери нерв толалари билан жуда яхши таъминланган бўлиб ва улар борлигидан тери организмнинг хаст фаолиятида муҳим роль уйнайди.

Терининг нерв аппарати нерв толалари ва нерв охирларидан иборат. Улар асосан дерма ва эпидермисда жойлашган белиб, ёғ қаватида анча кам учрайди. Терига кириб борадиган нерв толалари гиподермада нерв чигали ҳосил қилади. Ундан дермага нервлар тоалаори чикиб янги чигалларидан соч халтачалари, ёғ ва тер безлари, томирлар, мускулларга нерв шохчалари чиқади. Эпидермисда – тиконсимон қаватида Меркелнинг тактил сезгир хужайралари жойлашган. Бу ерда шунингдек оғриқ сезгисимон идрок этувчи тугмасимон калинлашмалар куринишида бўладиган эркин охирлари бор.

Дерманин сўрғичли қаватида Краузе колбалари ва Мейсснер таначалари деб аталадиган нерв охирлари бор. Краузе колбалари совуқни сезади, улар қўл панжалари терисида, шиллик пардаларда ва жинсий аъзоларда кўп бўлади. Мейсснер таначалари тактил сезишни идрок этадилар ва бармоқларнинг қафт ва ён юзаларидаги терида кўп микдорда учрайдилар.

Гиподерманинг иссиқ сезгисини идрок этадиган нерв аппарати – Руффини таначалари, чуқур босимни сезувчи Фатер-Пачини таначалари мавжуд.

Энди терининг асосий вазифаларида тўхталиб ўтамиз. Бу қўйидаги вазифалар:

1. Химоя қилиш вазифаси – тери турли-туман (механик, химиявий, агентлар физик, қуёш нурлари, электр токи, терининг бактериологик хусусиятлари ва бошқа агентлар) таъсиротлардан сақлайди;
2. Терининг иссиқлик ҳосил қилиш ва иссиқлик беришидаги аҳамияти
3. Чиқарув вазифаси тер ва еғни тери сатҳига чиқаради. Йод, бром ва бошқа захарли моддаларни ташқарига чиқаради;
4. Рецепторлик вазифаси – тери ташқи сезгиларни, оғриқ, ҳарорат, босим ва хоказоларни, бош мияга етказиши;
5. Сектор ва экскретор вазифаси, шу жумладан, сингиш (шимиш) вазифаси, яъни турли-туман кимевий моддаларнинг тери орқали сурилиши;
6. Нафас олиш вазифаси;
7. Терининг иммунологик реакцияларда қатнашиши;
8. Моддалар алмашинувида иштирок этиш (кератин, меланин, минерал тузлар, витаминлар А, В, С группалари сув, оксил ва бошқалар).

Энди терининг анатомио-физиологик ҳоллари ва хусусиятлари билан танишган ҳолда терининг касалликлари пайдо бўлишининг сабабларини ўрганайлик.

Биз боя терини алоҳида аъзо системаси деб таққосладик ва тери бутун организм ҳамда бошқа аъзо системалари билан ҳамбарчас боғлиқлиги хақида алоҳида тўхталиб ўтдик. Шундай экан, тери касалликлари бу бутун организм касаллигидир.

Тери бошқа аъзоларга қараганда ташқи муҳит таъсиротларига кўп учрайди. Масалан, қишлоқ хужалигида ишлатиладиган ҳар хил кимевий моддалар, кислота, ишкорлар шундай таъсирловчилар қаторига киради. Аммо бу нарсаларни таъсири терининг физиологик фаолияти бузилиши натижасижа келиб чиқади. Шу билан бирга тери касалликлари бутун

организмнинг ҳолатига таъсир этади.

Тери касалликларининг келиб чиқишига эндоген ва экзоген омиллар сабаб бўла олади.

Эндоген ички омиллар:

1. Кўпгина тери касалликларини ривожланишида нерв ёки асаб системасини бузилиши катта аҳамиятга эга. Масалан, нейродерматозлар, терининг қичима касалликлари, гуш, темиртки, кизил ясси темиртки ва бошқалар. Бунда асабни бузувчи барча асабий-рухий травмалар, оилада, ишда, мулоқатда бўладиган келишмовчиликлар сабаб бўлиши мумкин.
2. Ички безлар фаолияти бузилиши натижасида ҳам бир қанча тери ҳасталиклари келиб чиқиши мумкин. Масалан, усмирлик даврида жинсий жихатдан вояга етиш даврида терида себорея, хуснбузарлар ёки жинсий фаолият организмда суниб қоладиган даврда: баъзи тери касалликлари хомилдорлик вақтида қайталанadi (тери қичимаси, темиртки, гуш) ёки ошқозон ости беши фаолияти бузилишидан диабет, қалқонсимон беши ўз фаолияти бузилганда кўпгина тери касалликларининг сабабчиси бўлиши мумкин.
3. Охирги йилларда барча тери касалликлари ривожланишида организмнинг иммун системасининг аҳамияти жуда катта эканлиги исботлаб берилмоқда. Масалан, кўпгина тери касалликларида иммун системасининг Т хужайравий булимининг етишмовчилиги аниқланган. Бу ҳолат гуш, темиртки, аллергия дерматитлар, вирус касалликларда ва бошқа ҳасталикларда мавжуд. Биласизки, т-системада асосий регулятор икки хил хужайралар фаол кўрсатади. Бу Т-хелпер ердамчилар ва Т-супрессор босиб турувчи, регуляция қилувчи хужайралардир. Кўпгина тери касалликларида мана шу Т-супр хужайралари фаолияти пасайиб кетиши натижасида иммунологик етишмовчилик синдроми келиб чиқади ва бу ҳолат сурункали дермотозларда кўпинча аутоиммун ҳолатга ёки организм узига қарши курашиш ҳолатига олиб келиши мумкин. Яна масала, хозирги кунда қондаги О-лимфоцитларнинг бир тери натурал киллер ёки табиий

улдирувчилар деб аталиши хужайраларнинг тердаги Лангерганс хужайралари фаолияти ўхшаб кетиши аниқланмоқда. Масалан, бу ҳолат витилигода текширилган.

4. Иммунологик ҳолат билан биргаликда (бу системалар кўпинча биргаликда фаол кўрсатишади) аллергия ҳолат, яъни организм сезувчанлигининг кучайганлиги кўпгина тери касалликларининг авж олишида катта аҳамиятга эга. Аллергенлар деб аталадиган моддалар организмга таъсир этганда организм сезувчанлиги ўзгариб ушбу моддаларни кўтара олмайди ва кейинги таъсирлар натижасида аллергия реакция мавжуд бўлиши мумкин. Шундай аллергиялар жумласига: озик-овқат (тухум оқи, пишлок, шоколад, балик ва бошқа), ўсимликларни чанглари, хайвонларни жуни, хар хил дорилар, малҳамлар, химиявий моддалар (ДНХБ, хром, кобальт, никель, скипидар, бензин) сульфаниламидлар, рузгорда ишлатиладиган моддалар порошок, совунлар киради. Баъзида шундай тахсиротлар натижасида оғир ҳасталик анафилатик шок келиб чиқиши мумкин.

5. Моддалар алмашинувининг бузилиши ҳам тери касалликларининг келиб чиқишига олиб келади. Масалан, қонда канд микдори ошиб кетса, чипқон, хуппоз (фурункулез) ва бошқа йирингли касалликлар келиб чиқади. Еки масалан, пузырчатка-пурсилдок ярада сув-туз алмашинуви бузилади, ксантомада қонда холестерин кўпайиб кетади. Куёш нурлари билан боғлиқ дерматозларда порфирин моддаси қонда ва сийдикда кўпайиб кетади.

6. Гипо ва авитаминозлар ҳам кўпгина тери касалликларни пайдо бўлишига сабаб бўлади. Масалан, витамин А етишмаслиги терда шохланиш жараёнини издан чиқишига олиб боради. Бу ходиса темиртки, кизил ясси темиртки, гуш, ихтиоз ва бошқа касалликларда намоен бўлади. Еки витамин С етишмаса, цинг касаллигига олиб келади, витамин РР пеллагра касаллигига олиб келади.

7. Ички аъзолар фаолияти бузилиши ҳам барча тери касалликларига олиб келади. Масалан, овқат хазм бўлишини бузилиши (гастрит, колитлар), нейродермит, экзема, қичима кайталанишига сабаб бўлади. Еки жигар ва буйрак фаолияти бузилса, кўпгина тери касалликларига олиб келади.

8. Қон томир, қон яратиш системаси касалликлари ҳам тери ва тери ости ег қаватларида турли хил касалликларга олиб келиши мумкин. Масалан, гемодермия, васкулитлар ва хоказо.

9. Тери касалликлари орасида наслдан наслга утадиган касалликлар ҳам бор. Булар гендерматозлар деб аталади. Хозирги пайтда булар ичига пес, каникли темиртки, балик пусти касалликлари ҳам киритилади.

10. Социал шарт-шароитлар тери касалликларининг пайдо бўлиши ва авж олишида катта аҳамиятга эга. Масалан, инфекциян дерматозлар, паразитар дерматозлар, касбга алоқадор, аллергиян дерматозлар.

Экзоген омиллар.

1. Механик таъсирлар (босилиш, ишқаланиш, чузилиш).

2. Физикавий агентлар хар хил ҳарорат таъсири, куёш энергияси (куёш, ултрабинафша, рентген, радиоактив) дерматит, гуш касалликларига олиб келиши мумкин еки хавфли усмирларга.

3. Кимевий моддалар булар ичида: а) оддий еки банал таъсиротлар (кислота, туз, ишқорлар ва хоказо) б) аллергиялар улар организмни сезувчанлигини узгартириш натижасида яллиғланиш реакцияларга сабаб бўладилар.

4. Замбуруглар хилма хил касалликларни чиқарадилар: трихофития, микроспория, қўл, оёқ ва чов микозлари, бундан ташқари улар суюқларни, ички аъзоларни шикастлаб оғир замбуругли касалликларни актиномикоз, қондидамикоз, споратрихоз ва бошқаларни келтириб чиқаради.

5. Паразит жониворлар бит, бурга, кана, чивин одам терисини чакиб, терини кичинишига, ачишига сабаб бўлиб, натижада пиодермиялар ҳосил бўлади.

6. Патоген микроблар стрепто-стафилококклар йирингли касалликларга, сил таекчаси тери сили, лейшманиялар емон дароҳатни, мохов таекчаси моховни, чоноккок сузакни, оқиш трепонемиз захми, трихомонада, хламидиялар трихомониоз, хломидиозларни вируслар учукни, ўраб олувчи темирткини, сугални келтириб чиқарадилар.

7. Хар хил ўсимликлар (пахта, жухори, ялпиз, каноп, беда) терининг яллиғланиш касаллигини келтириб чиқаради (аллерген сифатида).

Умуман олганда ташқи ва ички омиллар кўпинча биргаликда таъсир этганда тери касалликларига олиб келиши мумкин.

ТЕРИНИНГ УМУМИЙ ПАТОГИСТОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАРИ

Кўпгина теридаги патологик ҳолатлар турли-туман ички ва ташки омиллар натижасида рўй берган яллиғланиш жараёнларини ҳосил қилади. Клиникада яллиғланиш ўзгаришлар, эсингизда булса, 5 та белгиси билан утади, булар ичида эритема, шиш, инфильтрация, ҳароратни кутарилиши ва фаолиятни бузилиши. Тери яллиғланганда ҳам шу белгилар мавжуд.

Теридаги патогистологик ўзгаришлар эса уч хил турда бўлади. Бу альтерация, экссудация, пролиферация.

Бу ўзгаришлар терининг турли яллиғланиш касалликларида касалликни характериға ҳамда организмнинг кураш кучига қараб ҳар хил иборада бўлиши мумкин.

Теридаги гистопатологик ўзгаришлар асосан эпидермисда ва дермада кузатилади. Эпидермисда куйидаги ўзгаришлар руй беради:

Акантоз – бу ходиса, асосан, мальпигий қаватида бўлади (базал ва тикансимон қаватларнинг пролиферация жараёнининг кучланиши натижасида) кипикли темиртки ва кизил ясси темирткида росмана курилади.

Акантолиз – бу хужайралараро бирлашувининг бузилиши. Бу ходиса ҳам терида, ҳам шиллик қаватларда бўлади, терида пуфакчалар пайдо бўлиши ҳам шу ходисанинг натижасидир. Биламизки, хужайралар бир бирлари билан жуда қаттиқ боғланадилар, бунда бириктирувчи толалар ва фибриллар ахамияти катта. Акантолиз булганда ана шу хужайраларни бириктирувчи модда фибрилларни ва хужайра йўллари эритиб юборади ва шундан кейин хужайралар бир бири билан бирикмасдан суюклик ичида сузиб юргандек бўлади. Унда хужайралар олдинги ҳолатини йукотадилар. Улар кичиклашадилар, аммо ядроси анча катталашади ва битта хужайрада бир мунча ядролар бўлади. Бу хужайралар 10-30 бўлиб тупланиб етадилар. Уларни акантолитик хужайралар деб аталади ва улар пуфаклар чуқурида, суртмаларда (мазак-отпечаток дейилади) фақат пурсилдок яра (пузырчатка) билан оғриган беморларда кузатилади. Акантолиз бирламчи пуфакча ҳосил бўладиган касалликларда кузатилади, икқиламчи учук, сачратки касалликларида учрайди.

Дистрофия акантолизга ўхшаб кетади. Лекин бу ерда эпидермис шишиб, хужайра кўприкчалари йуколиб кетиб, пуфак ҳосил бўлади. Унинг ичида суюклик (экссудат) ҳосил бўлади, хужайралар ана шу суюклик ичида сузиб юрадилар. Бу ходиса вирусли дерматозларда учрайди.

Гиперкератоз мугузланиш кучланади, мугуз қаваткалинлашади, мугуз ва қисман донали қаватда хужайралар йугонлашади. Кипикли ва ясси темирткида, нейродермитда, пуфакча касалликларида бўлади.

Паракератоз мугузланиш процессининг бузилиши. Паракератозда мугузланишнинг баъзи этаплари тушиб қолади. Хусусан кератогелин ва элеидин вужудга келиш фазаси. Шунга кура бу ходисада донали ва элеидин қаватлар йук бўлади, шох қаватининг хужайраларида эса ядро бўлади. Темиртки, экзема ва бошқа эпидермиснинг сурункали яллиғланиш касалликларида.

Сионгиоз асосан тиканли қаватда хужайралараро шиш терининг яллиғланиш касаллигида учрайди. Тери яллиғланганда шиш пайдо бўлади. Хужайралар орасидаги экссудат кўпайиб боради. Натижада тиканли қаватда хужайралар оралиги кенгайди ва шу жойда бушлик пайдо бўлади. Сконгиоз дерматит, экзема ва бошқа касалликларда учрайди.

Тери касалликларининг умумий белгилари

Барча тери касалликлари умумий организмнинг касаллигидир. Шунга кура касаллик белгилари фақат теридагина белиб қолмай, турли хилдаги умумий белгилар билан бир қаторда ички органларни асаб ва бошқа аъзоларни фаолиятини бузилиши билан биргаликда кечади. Шунга қараб субъектив ва объектив белгиларни ажратамиз.

Субъектив белгилар беморларни шикоят: оғриқ, кичиниш, тортишиб қолиш, парестезия – сезувчанликни камайиши, бадан увишиши, иситмаси, емон ухлаш, асабни бузилиши.

Объектив ўзгаришлар эса терида тошмалар куринишида намоен бўлади. Бу тошмалар яллиғланиб ва яллиғланмасдан утади.

Тери тошмаси морфологик элементлар деб аталадиган айрим элементлардан иборат бўлади. Булар бирламчи ва икқиламчи элементларга булинади. Бирламчи – бу қандай булмасин, бирор экзо еки эндоген таъсиротга жавобан биринчи бўлиб, келиб чиккан реакцияға айтилади. Икқиламчи элемент бирламчи элементларнинг эволюцияси натижасида пайдо бўлади. Икқиламчи элементларнинг характериға қараб кўпинча бирламчи элементнинг қандай булгани

хакида билиш мумкин. Бирламчи элементнинг 8 хили бор: дог, тугунча, дўмбоқча, тугун-инфилтратив элементлар, пуфакча, пуфак, йирингли модда, коварчик (буртмача) – экссудатив.

Хар бир элементнинг клиник морфологик хусусиятларини, унинг терининг қайси қаватида жойлашганини, элемент эволюцияси характери ва бунинг оқибатини билиш зарур.

Бирламчи инфилтратив тошма элементлари

Доғ (macula) – терининг ранги ўзгариб қолган жойда пайдо бўладиган тошма. Яллиғланадиган ва яллиғланмайдиган бўлади.

Яллиғланадиган доғлар дерма сўрғичли қаватидаги юза томирларнинг вақтинча кенгайиши натижасида пайдо бўлади. Улар пушти, кизил баъзан куқимтир тусли бўлиб, босиб қурилганда йуқолиб кетади.

Розеола – катталиги ясмикдан тортиб 15-20 т тангача боради.

Эритема – катталиги кафт билан барабар ва ундан каттарок.

Яллиғланадиган доғлар кўпинча асаратсиз йуқолиб кетади, урнида вақтинча пушти кучиб қолади ёки пигмент тупланиб турадиган кичикрок жой қолади. Гуш, мохов, дерматит, захм касалликларида шундай доғлар қурилади.

Яллиғланмайдиган доғлар тугма ёки ортирилган холлар, пес, телеантиоэктазиялар (юрак томир касаллигида, жигар ҳасталигида).

Пигментли доғлар эпидермиснинг базал қаватида меланин пигменти кўп ҳосил бўлиши туфайли пайдо бўлади. Пигмент ортикча кўп булсада, бу хол гиперпигментация доғлар дейилади (холлар, сепкил, хлоазма), етишмаса депигментланган доғлар (альбинизм, пес). Кўп пигмент тупланган жойда пигмент камайиб қолган жойларни доғларни лейкодерма деб аталади.

Гемморагик доғлар қон томирлар ерилганда пайдо бўлади. Босиб қурилганда улар йуқолиб кетмайди ва шу билан яллиғланадиган доғлардан фарқ қилади. Бу доғларга петехиялар (катталиги нуктадек); пурпура – тирноқдек доғлар; экхимозлар – нотўғри шаклдаги йирик доғлар.

Тугунча (papula) тери сатхидан кутарилиб турадиган бушликсиз элемент. Папула мальпигий қаватининг калинлашуви туфайли эпидермисда келиб чиқади (акантоз) – эпидермал папула.

Дермал папула эса юза томирлар тури атрофида хужайра инфилтрати пайдо бўлиши натижасида дермага юзага келади. Бундан ташқари эпидермо-дермал папулалар учрайди. Ранги мисдек кизил, пушти, куқиш кизил бўлиши мумкин. Катта кичиклиги буйича:

1. милиар – тугнагич бошидек

2. лентикуляр – ясмидек

3. нуммуляр – 15-20 тийинли тангадек

Йирик папулалар пиллакчалар деб аталади. Папулалар бархам топганида инфилтрати сурилиб кетади. Урнида вақтинча пигментация ёки депигментация қолади, кейин йуқолиб кетади, чандик ҳосил бўлмайди.

Дўмбоқча (tuberculum) – бушликсиз, уткир яллиғланишга алоқаси йук, тери юзасидан кутарилиб туради. Дерманинг ретикуляр катламида хужайра инфилтрати тупланиб қолиши туфайли келиб чиқади. Ранги куқиш аралаш сарғиш ёки кунгир кизил. Катталиги ясимдек. Шакли яримшарсимон. Дўмбоқча инфилтратида моноцитлар, эпителиоид ва гигант хужайралар, яъни дўмбоқча гранулема бўлиб ҳисобланади. Кейинчалик дўмбоқча некрозга учрайди, кейин яра ҳосил бўлади (кунгир кизил коракурт пушт билан қопланиб туради). Пушт тушиб кетганидан кейин чандик қолади ёки курук некроз ва атрофия. Дўмбоқча захм, сил, мохов ва бошқа касалликларда қузатилади.

Дўмбоқчани папуладан фарқи: терида чуқур жойлашади. Папула яра қолдирмайди, чандик қолмайди. Дўмбоқча эса некроз, яра, чандик қолдиради.

Тугун (nodus) – тери дамидан кутарилиб турадиган, бушликсиз, инфилтратив элемент. Дўмбоқчадан фарқи: катта бўлиши ва чуқур тери остидаги ег клетчаткасида етади. Катталиги олчадан ёнғоққача ва каттарок. Тугун бу гранулемадир, чунки инфилтрати лимфоцитлар,

эпителиоид ва гигант хужайралар тупламидан ташкил топган. Тугуннинг қаттиқ юмшоқлиги хар хил бўлади. Кейинчалик тугун ерилиб, ичидан экссудат чиқади – у елимсимон, қон аралаш ва йирингли и мумкин. Ерилгандан кейин урнида яра ямок еки чандик қолади. Тугун захмда, тери силида, моховда ва Боровский касаллигида кузатилади. Беморда тугун ва дўмбоқча бу касалликнинг сурункали тус олганлиги кўрсатилади.

Бирламчи экссудатив тошма элементлари – пуфакча, пуфак, пустила (модда) ва каварчик.

Пуфакча (vesicula) – уткир яллиғланиш характериға эға, ковакли элемент, ичи сероз суюклик билан тула. Пуфакча эпидермис хужайралари орасида жойлашади еки дерма билан чегарадош жойда. Тери сатхидан кутарилиб туради. Пуфакча ё тангача билан копланиб, сурилиб кетади, еки ерилиб эрозия коракутир пусти билан копланади ва из колдирмасдан тушиб кетади. Яллиғланиб кизариб тўрган жойда ҳосил булган бир группа пуфакча герпес деб аталади. Пуфакчалар экзема, дерматит, пуфакчали темирлатки чилла яра ва бошқаларда кузатилади.

Пуфак (bulla) – ичи ковак экссудатли элемент. Жойлашиши:

1. шох катлам тагида – субкорнеал
2. тикансимон қаватбагида – интрадермал
3. эпидермис билан дерма орасида – субэпидермал тарзда

Пуфак ичида суюклик тиник еки лойкарок, отар лейкоцит, микрофлора, эритроцит утса гемморагик, яъни қон аралаш бўлиши мумкин.

Пуфак ерилиб эрозияға айланади ва из колдирмасдан битиб кетади еки пуфак ичидаги суюклик куриб, коракутир пусти қолади, кейин тушиб кетади.

Пустила модда ковакли элемент, тери юзасидан кутарилиб туради, ичида йтиринг. Пустила табиатан уткир яллиғланишға алоқадор. Катталиги тугнагич бошидан олгандек, яримшарсимон, ясси, қонуссимон шаклида. Юза пустила эпидермисда жойлашган, импетито. Чукур пустила дермада еки тери ости ег клетчаткасида жойлашган. Пустилалар соч фолликулага нисбатан кай тарика жойлашишиға қараб:

1. фолликуляр – этиологиясига қараб стафилококк (соч фолликули билан боғланган).

2. Нофолликуляр – стрептококк.

Пустила – куриб – пусти – эрозия – йирингли пусти билан копланган, чандик колмайди. Чукур пустилалар – яра – коракутир пусти – чандик.

Каварчик (urtica) – бушликсиз тери устидан кутарилиб туради. Доим уткир яллиғланиш билан кечади. Дерманинг сўргичли қаватида серозли шиш пайдо бўлиши натижасида вужудға келади. Ранги чети пуштисимон кизил гардиши бор. Катталиги нухотдан тортиб катта одамнинг кафтидек. Коварчик из колдирмайди бир неча соат мобайнида йуколиб кетади.

Икқиламчи морфологик элементлар-улар бирламчи тошмаларни асоратларидир.

1. икқиламчи доғ – терида бирламчи тошмадан кейин қоладиган доғ. Катталиги бирламчи тошмалар хажмида. Ранги оқ, пушти, кизгиш тусда. Бирламчи доғ тугунча, пуфакча, пуфак, йирингча, икқиламчи доғ колдиради, улар 1-2 хафтадан кейин йуколиб кетади. Икқиламчи доғлар пигменти микдориға қараб гиперхромик, ахромик бўлади.

2. Тангачалар (squama) – чешуйка бу шохсимон қаватнинг кучиб тушадиган хужайралари. Улар майда, кепакка ухшаш ва йирик, кириб курилса, оғриқсиз ва осон кучади – псориазда, кийин кучади – кизил волчанкада. Доғлар, папула баъзан дўмбоқча ва бошқа элементлар тангачалар билан копланган. Кипикланиш ходисаси асосида паракератоз ва гиперператоз.

3. Коракутир пусти – каткалок (crusta) у бирламчи пуфакча, пуфак, йирингч

4. а ва чукур яралар каби тошмалар таркибидаги тиник еки йирингли суюкликнинг куриши натижасида пайдо бўлади.

5. Эрозия – пуфакча еки юза пустила ерилганидан кейин ҳосил бўлади.

6. Яра (ulcus) – бирламчи тошмалар тугун, дўмбоқча, усмалар чукур яралар асорати. Дерма еки гиподермада ҳосил бўладиган чукур нуксон.

7. Ериклар (fissura) – терининг чизикли нуксони, тери уз эластикасини йукотганидан еки уткир инфилтратив ялликланиш пайтларида юзаға келади.

8. Чандик рубец (cicatrix) – терининг чукур нуксонли жойларининг тугун, дўмбоқча, чукур пустила тартибсиз равишда кушимча тўқималар билан битиши.

9. Лихенификация – терининг калинлашуви. Бунда теридаги чизиклар аник билиниб, курук гадир будур бўлиб кузға ташланади. Тери гиперпигметланади. Сурункали яллиғланиш билан утадиган касалликларда нейродермит, сурункали экзема ва бошқа.

10. Вегетациялар бу ходиса папулалар, яранинг тубидаги кўпинча тери бурмаларидаги сўрғичлар ва эпидермиснинг ушиб кетиши.

11. Экскориациялар – следы расчесов- бу элементлар терининг қичима касаллигида, терининг хадеб кашлайвериш натижасида пайдо бўладиган чизик-чизик чакаланиши.

Нейродерматозлар (терининг қичима касалликлари)

Бу касалликларни нейродерматозлар деб ҳам аталади. Буларни асосий белгиси – терида кучли кичишиш пайдо бўлишидир. Буларга тери қичимаси, нейродермитлар, эшакем, болалар ва катта одамлардаги қичима (строфулюс) ва бошқалар киради. Бу касалликларнинг клиник – манзараси, патогенези, этиологияси ҳамда даво усуллари бир бирига ухшашлиги учун, уларни алохида бир гурпуага киритиш махсадга мувофиқдир.

Бир хил касалликларда олдин қичима пайдо бўлиб, ундан кейин тери ўзгаришлари юзага келади (тери қичимаси нейродермит) бошқа холларда қичима пайдо бўлиши билан бир вақтда тошма тошади (пруриго – почесуха)

Тери қичимаси

Қичима – бу одамни кичинаверишга мажбур қиладиган сезчидир. Бу оғриқ сезчисининг узгарган бир тури бўлиб, оғриқ рецепторларининг кучсиз аммо кетма-кет тез-тез келиб турадиган таъсиротлардан таъсиланиши туфайли келиб чиқади. Қичимада терининг химиявий таркиби анча ўзгариб, гистамин, ацетилхолин гистаминсимон бошқа моддалар яъни айни сезувчи нерв охирлари, шунингдек вегетатив нерв системаси, толаларини таъсирлантирадиган моддалар микдори кўпайиб кетиши тажриба йўли билан исботланган. Бу иммульслар кейин марказга интилувчи йўл билан орқа ва бош мияга етиб боради.

Қичимани келиб чиқишида унинг қисқа еки узок муддати ва кучида фақатгина ташки периферик рецепторларнинг иш фаолияти бузилишидан ташқари бош миядаги асосий асаб жараёнларининг функционал ўзгаришлари, вегетатив асаб системани бузилиши, диэнцефал ўзгаришлар, нерв толаларидаги медиаторларнинг ўзгариши катта ахамиятга эга. Бу омилларнинг барчаси қичимани келиб чиқишига эмас, балки унинг оқибати бўлиб, патогенезида катта роль уйнайди.

Тери қичимаси умумий ва махаллий бўлиши мумкин, Терининг умумий кичишига овқат махсулотлари, дорилар, ошқозон ичак касалликлари, жигар ва буйрак касалликлари, қон касалликлари, турли усма касалликлари, канд диабет, ички безлар ва кўпгина асаб касалликлари ва бошқалар сабабчи бўлиши мумкин. Шунинг учун тери қичимаси бор беморларни синчиклаб текширишлар, олиб бориш керак. Бу кас-да бирламчи морфологик элементлар бўлмайди. Иккиламчи элементлардан эса экскориациялар, геморрагик пустлар, каткалоқлар бўлиши мумкин. Кун беморларда хадеб кичинайверганидан тирноқлари юпкалашиб , худди пардозланган ялтироқ берилгандек туради. Кишчаниши сезгиси вақти-вақти б\н кечкурун еки кечалари пайдо бўлади. Унинг кучи хар хил бўлиши мумкин Баъзида у уйқусизликка, асабнибузилишига олиб келиб, беморни меҳнат фоамиятидан четга чиказиб юборади.

Умумий тери қичимаси 3 турга булинади

1. Кексалар қичимаси 55-70 ешлардаги одамларда кузатилади, умумий атеросклероз, буйрак склерози, диабет ва бошқа кас-лар туройли юзага келади. Бу қичима тури шу кас-ни оқибатида пайдо бўлиб, бирламчи тери қичимаси деб аталади. Кўпгина тери касалликлардаги қичима эса иккиламчи деб аталади. Кексалар доимо кичинишга шикоят қилишадилар аммо уларни терисида ҳеч қандай тошма бўлмайди.

2. Мавсумий қичима. Бу тур фаслга хос бўлиб, фасл ўзгариши б\н кичиниш пайдо бўлади.

3. Баландлик қичимаси. Баъзи одамларда тепага кутарилганда бирданига кучли кичиниш кузатилади (масалан 800-1000 м балондликка еки сув тагига тушганда). Бунга сабабчи – хаво босимининг бараметрик ўзгариши. Баъзи холларда тошма тошиши мумкин (дог, майд тугунча). Бу касаллик сув остида ва баландликда ишловчи кишиларда учрайди. Касалликни кутир, битлашдан ажрата билиш керак.

Хозир гапириб утган қичималарни турларида ҳамда модда алмашинуви бузилганда, захарланишда (интоксикацияда) хомилдор Аёлларда кичиниш кўпинча таркок бўлади.

Чекланган еки Учқоқли қичима кўпинга орқа чиқарув тешиги атрофида, жинсий аъзоларда, сонларда, буйин, бошда кузатилади. Бу касалликга бавосил, гижжа касаллиги, ич қотиши жинсий

аъзолар касаллиги (ялигланиши, вегеневроз натижасида ушбу жойларида тер безларининг секрецияси кўпайиши натижасида), ҳамда хар хил нейроэндокрин ўзгаришлар сабаб бўлади. Бунда кучли кичиниш пайдо бўлади. Баъзида шу соҳа атрофларида майда – майда тугунчалар ҳосил бўлиб, улар аста – секин бирлашиб, ялигланиш (инфилтрат) ларни ҳосил қилади. Кўпинча кичишиш натижасида териға икқиламчи микроб тушиб чипқон ва шунга ухшаш йирингли касалликлар пайдо бўлади.

Даволаш. Аввало касалликнинг асосий сабабчисини топиш керак кичишишни камайтириш ва асабни тинглантириш учун бром, валериана, транквилизаторлар (седуксен, элениум, триоксозин) гистаминга карши дорилар (димедрол, диазолин, пиполфен, супрастин берилади. Яна кальций препаратлари (10 % кальций хлоради венаға, еки 10% глюконат мушак орасиға килинади. Шуни айтиб этиш керакли кальций моддалари фақат парасимпатик асаб системаси устунлик қилган беморларда бериш мумкин (буни эса мустахам кизил дермографизм кўрсатиб беради). Ок дермографизмда эса кальций препаратлари ман этилади, чунки улар симпатик асаб системасини стимуляциясиғи олиб келиди. Беморға пархез буюрилади. (тузланган, дудланган, аччиқ шўр ман этилади, спиртли ичимликлар). Витаминлар В1 буюрилади.

Махаллий давосиға 0,5%ментол, 1-2% димедрол, 2-5 %карбол к-си, 5% анестезин, гормонал малхамлар (преднизалон, синафлан, ауробин) киритилади.

НЕЙРОДЕРМИТ

Тушунчаси фанға 1891 йилда француз олимлари Брок ва Жаке томонидан киритилган. Нейродермит терининг узига хос неврози бўлиб, баданнинг қаттиқ кичишиши билан ифодаланади. Хозирги пайтда нейродермит тушунғасидға атопик дерматит тарқалган ва чекланган нейродермит киради. Агар атопик дерматит деб аллергик дерматозни туғма эканлиғи таъкидланса, нейродермит қичима (строфулюс, ва катталар қичимаси), эшакем каби нейродерматозларнинг патогенезида аллерген – антитело реакцияси муҳим роль ўйнайди.

Нейродермит ота-оналарида аллергик касалликлар кузатилган болаларда кўпроқ учрайди. Нейродермитни ривожланишида модда алмашинувининг бузилиш касалликлари, нотўғри овқатланиш (болани сифатсиз боқиш, сунъят овқатлантириш), ички аъзолар ва ички секреция безлари фаолиятининг издан чиқиши, сурункали интоксикациялар қоби омиллар муҳим ахамиятға эға). Бу омиллар касаликни узок муддат кечишиға, огирлашишиға олиб келади. Бундан ташқари атроф-мухит омилларининг таъсири, сув-хаво тарқибидағи ўзгаришлар ҳамда бошқа экологик омиллар касаликни кучайтиради ва йил фасллариға қараб унинг тез-тез кузиб туришиға сабаб бўлади.

Нейродермитни муҳим этиологик ва патогенетик томонларидан – бу олий нерв фаолиятининг бузилишидир. Кўпинча нейродермит билан оғриган беморларни узидға еки ота-оналарида турли нейроген ўзгаришлар, асаб системаси касалликлари аниқланган. Бундан ташқари, нейродермитнинг аллергик табиятға эға эканлиғи ҳам исботланган. Шунинг учун баъзида нейродермитни тери неврози деб аташади. Шундай қилиб, нейродермит марказий асаб системасининг функционал ўзгаришлари, эндокрин безлар фаолиятидағи бузилишлар ва аллергия холати билан утадиган касаллик бўлиб, бу ўзгаришлар ирсий ва ортирилган омиллар сабаб бўлади.

Клиник манзараси

Нейродермитнинг асосий белгиси – дагалланиш (лихенификация). Бирламчи тошма элементлардан эпидермал тугунчалар кузатилади. Бу папулалар ташқи куриниши жихатидан соғлом теридан унчалик фарқ қилмайди. Қаттиқ кичишиш кўплаб тирналишлар ҳосил бўлишиға олиб келади. Зараланган сахалардағи тери курук, унинг юза сотхи аста секин кучиб туша бошлайди. Табий бурмалар сахасида ривожланган мадда ҳосил бўлиш жораси терида йўл-йўл ериклар пайдо бўлишиға сабабчи бўлади. Зарарланган соҳаларда кичишиш пайдо бўлиб, вақти-вақти билан зурайиб туради, тери дермографизми ок, соч-мушак рефлекси ривожланган. Беморларда гипокартицизм белгилари ҳам сезиларли даражада аниқланади. Бу – гиперпигментация, гипотония, адинамия, аллергик реакциялар, гипогликемия, ошқозон ширасининг суст ажралиши, диурезнинг камайиши, ориқлаш кўп учрайди.

Нейродермитнинг чегараланган ва тарқалган турлари ажратилади.

Чегараланган нейродермит (лишай Видаля)

Асосий белгилари- кичишиш, тугунчалар тошиши ва маълум соҳолардаги лихенизация. Касаллик кўпинга қаттиқ кичишиш билан бошланади, локал характерга эга бўлиб, кечки пайтлари ва тунда зураяди. Кашиниш натижасида кичишадиган соҳаларда аста-секин тугунчалар ҳосил бўлади. Папулаларнинг усти кипаксимон кипиклар билан копланди. Кейинчалик папулалар бир бири билан кушилиб, турли шакл ва хажмдаги пилакчалар ҳосил қилади. Бу пилакчиларнинг ранги оч пуштидан то қорамтир кизгиш ранггача бўлиб, юзаси ясси ва кўпинга айлана ва овал шаклни олади. Касалликнинг зурайиши натижасида тери манзараси кучаяди, угокларнинг сотхи нотекис, ва гадир-будур қолади. Шундай қилиб ягирланиш шаклланади.

Учоқларни жойланиши (локализация): буйиннинг орқа юзаси, энса соҳаси, соннинг ички юзаларида, думба оралиги бурмасида, жинсий аъзолар терисида, катта бугимларнинг букилувчи соҳаларида. Чегараланган нейродермит кечаётган терининг зарарланган соҳасида уч зонани куриш мумкин:

1. Марказий зона – яглиғланиш, ягирланиш шаклланган жой.
2. Ўрта зона – тугунгалар туплана бошлаган жой
3. Ташқи зона – тери гиперпигментацияга уграган жой.

Бу касалликни кечиши узок муддатни эгаллаб, кўпинга зурайиб туради ва вақти-вақти билан ремиссия (яъни касалликни кузгамайдиган даври) бўлиб туради. Чекланган нейродермитни жинсий аъзолар соҳасида ва орқа тешик атрофида жойланган тури кичиши жуда огир бўлади ва касаллик тез-тез зурайиб туради.

Ташҳис куйишда кўпинга 2 белгига асосланиш мувофиқдир: бу – қаттиқ кичишиш белгиси ва лихенификация.

Қиёсий Ташҳисни экзема (гуш) ва кизил ясси темиртки билан куйиш керак.

Тарқалган нейродермит чегараланган нейродермитга ўхшаб кичишишдан бошланади. Беморни териси жуда курук бўлиб, калинлашади, лихенизация Учоқлари бир нечта бўлади, ок дермографизм жуда ривожланган ва гипокортицизм белгилари яққол кузатилади.

Атопик дерматит – синдром Андокского (роговицани хиралашиши)

Атопик дерматит – кушилиб кетган папула тошма, инфилтрат ўчоқлар.

Жойлашиши – тошма элементлари локализация терининг бир неча соҳаларида: тирсак бурмасида, кафтларнинг ташқи томонида, тиззанинг орқасида, юз терисида, буйин ва куракнинг тепа соҳаларида, қўл ва оёқларнинг букилувчи юзасида жойлашади.

Кўпинга езда сусуйиб, киш фаслида кучаяди. Турли алергик касалликлар билан бирга кечади. Терининг зарарланган соҳаларида пиодермия тошмалари, хатто гуш элементлари учраб туради. Баъзан сувчираш ва қизариш каби белчилар ҳам кузатилиши мумкин.

Касаллик кечиши узок давом этади. Кўпинча болалик даврида бошланиб, балогатга етган ешда зураяди ва 25-30 ешларда зурайиши анча пасаяди. Аёлларда климактерик даврида касаллик жуда зурайиб, огир кечиши мумкин.

Беморларни умумий ахволи жуда огир бўлиб, невротик ҳолатга олиб келиши мумкин. Уларни тинкаси куриган, асаби бузилган, жуда безовта бўлиб қоладилар.

Ташҳис куйишда 3 белгига асосланиш керак: 1. кучли кичишиш

1. лихенификация 3. Учоқларни жойлашиши (тирсак бурмалари, тизза орқаси, юз, буйин соҳалари).

Болалар қичимаси еки строфулюс

Касаллик чиллага дучор булган 4-5 ойдан то 3 ешгага болаларда кузатилади. Қичима ривожланишида озик овқат маҳсулотларидан келиб чиққан алергия асосий роль уйнайди. Булардан кўпинга сигир сути, болиқлар, цитрус мевалари, кузикорин, қўлупнай, турли ширинликлар сенсбилизация ҳолати келиб чиқариши мумкин. Сенсбилизацияни антибиотиклар, сульфаниламидлар, эмлашда қўлланиладиган зардоблар ҳамда хазм қилиш аъзоларининг касалликлари сенсбилизацияни келтириб, қичимага олиб келиши мумкин. Буларни оқибатида ривожланган аутоинтоксикация ва аутосенсбилизациялар строфулюсни шакллантиради.

Клиник манзара: Чикадиган тошма уртикар ва папулез элементлардан иборат бўлади. Каварчикларнинг кок уртасида катталиги тугногич бошидек келадиган қаттиқ, жуда кесишиб турадиган тугунчалар пайдо бўлади. Тугунчалар юзида баъзан пуфакчалар бўлади. Каварчиклар тез йуқолиб кетади, тугунчалар 2-3 хафта давомида ва бундан узокрок сақланиб туради.

Тошмалар тана терисида, юз ва бошнинг соч қисмида, думба соҳасида, қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзаларида пайдо бўлади.

Турлари - папулез строфулюс, тугунчали - пуфакчали строфулюс, пуфакли қичима.

Умумий ахволи: кичишиш болани уйкуси ва иштахасини бузиб қуяди, инжик бўлиб қолади.

Тери кашланиб тўрганидан кейин - пиодермия кушилиши мумкин. Касаллик суранкасига давом этади - 2-3 йил, даво килинмаса катталар қичимасига еки пруритиноз экземага еки таркалган нейродермитга (почесуха Бенъе) айланиб кетиши мумкин.

Ташҳис 1. Нейродермитдан форки: нейродермитда тошмалар қўл - оёқларнинг букилувчи соҳаларида; қичимада - езилувчи

2. кутирда тошмалар—бармоқларни ен тарофлари коринда кирнак атрофида

3. эшакем - таекча юргизилганда - тери ковариб, буртиб чиқади кичишиш пайдо бўлади

4. строфулюс - дермаграфизм ок

Катталар қичимаси (*prurigo adultorum*) қўл оёқларнинг езилувчи юзаларида, хамда коринда, белда, думбаларда катталиги тугногич бошидек, коттик қонус еки яримшарсимон шаклда папулез элементлар пайдо бўлади. Ранги - пушти - кизил, кўпчилиги қонаб котиб колган пуслар билан копланиб туради, тутунчалар қаттиқ кичишади.

Улар йуколиб кетганидан кейин баъзи чандиклар қолади. Пиококк инфекция кушилса - пиодермия тошмалари пайдо бўлади. Касалларнинг териси курук, гадир - будур ва пигментланган бўлиб қолади. Лимфа тугунлари каталашади, қонда эозинофилия.

Умумий ахволи - уйку бузилиши, невроз холлари.

Кечиши - бир неча хафтадан бир неча ойларгача

Ташҳис: герпетиформ дерматоз Дюринга :

1. полиморфизм,

2. элементлар группалашган,

3. калий йодга таъсирчан (Ядассон пробаси)

4. пуфакларда - эозинофилия

Кутир - типик жойларда локализация, лаборатор текширувда қона топиш

Давоси - таркалган нейродерматозга ухшаш.

КРАПИВНИЦА - ЭШАКЕМ

Хозирги пайтда эшакем токсико - аллергияк дерматоз деб хисобланади. Эшакемни ривожланишида куйидаги омиллар сабаб бўлади:

1. озик - овқат махсулотлардан келиб чиқадиган аллергия

2. чегаралган йирингли инфекция Учоқлари (тонзиллит, отит)

3. организмдаги гижжалар

4. овқат хазм қилиш системанинг касалликлари

5. хар хил дори - дармонларни нола-портиш қўллаш

6. асабий рухий кичинмалар, ортикча хаяжонланиш

7. хашаротлар чакиши (чивин, бурга)

8. баъзи ўсимликларни баданга тегиши, иссик - совукни таъсири

Патогенезида антиген + антитело реакцияси муҳим роль уйнайди.

Организм секин-тез тиндаги сезувчанлиги ошишига турли аллергияклар сабаб бўлади. Улар қон ва тўқималарда кўп микдорда гистамин ҳосил бўлишига олиб келади. Гистамин эса токсик таъсир этиб, қон томирлари ва капиллярларни кенгайтиради, томирлар ўтказувчанлигини оширади, натижада дермадати суркич қаватда уткир шиш пайдо бўлиб, терида каварчиклар ҳосил бўлади.

Эшакем жараёнининг кўпайишига ва сурункали тус олишига бошқа биологияк актив моддалар хам ердам беради (серотонин, ацетилхолин, брадикинин - улар гистаминни кучини кўпайтиради, антиген + антитело реакцияси натижасида пайдо бўлади)

Эшакемни патогенезида вегетатив нерв системани бузилиши катта ахамиятга эга. Масалан эшакемнинг холинергик тури. Бунда тўқималардан ажралиб чиккан ацетилхолин худди гистаминдек томирларга таъсир этади ва аллергик яллиғланиш шаклланади.

Эшакемнинг 4 тури фарқ қилинади клиникаси буйича

1. Ўткир
2. Квинкенинг чегараланган шиши
3. Сурункали қайталама эшакем
4. Чидамли тугунчасимон сурункали эшакем

1. Уткир эшакемда каварчиклар жуда қисқа муддат ичида буртиб чиқади. Ранги пушти кизил, катталиги 1-2 тийинлик чакадан - 20 тангадек ва катгарок бўлади. Тошма 1-2 соат туради, кейин йуқолиб кетади, терининг хар қандай соҳасида пайдо бўлади. Тошма тошиши умумий ҳароратнинг кутарилиши, ошқозон ичак фаолиятининг бузилиши ва турли невротик белгилар бўн кечади. Баданнинг қаттиқ кичиши кузатилади.

Сунъий эшакем - тери устидан утмас бирор буюм юритилса механик таъсиротдан кейин тери чизик - чизик бўлиб ковариб чиқади.

2. Квинке шиши чегараланган, аммо хажм жихатидан катта буртмалар пайдо бўлади -номи бахайбат эшакем - гигантика уртика. Бахайбат эшакемда хам турли бошқа белгилар кузатилиб, , уткир эшакем белгилари билан кечиши мумкин. Квинке шиши юз тариси, бурун томок соҳаси ва жинсий аъзоларда кўп учрайди. Бунда тери таранглашган, босиб курилганда қаттиқ огрийди, бир оз кичиши ва ачишиши мумкин. Бу эшакем кекирдак еки томок соҳасида булса жуда хавфли, чунки асфиксия бўлиб, бугилиб қолишга олиб келади.

3. Сурункали қайталама эшакем бир неча йиллар давом этади. Тошмалар гоҳ қўзиб, гоҳ йуқолиб, беморни асабини бузади, субфебрил ҳарорат, ошқозон - ичак фаолияти бузилиши артралгия, бош огриши, дармонсизлик белгилари кузатилади.

4. Чидамли тугунчасимон эшакем сурункали қичимадан кейин пайдо бўлади (каварчикли эшакем тугунчали эшакемга ўтади). Тугунчалар ранги - тук - кизил, жойлашиши кукинга - қўл-оёқнинг езилувчи юзасида, кўпинча Аёлларда учрайди.

Қуёш нурлари таъсиридаги эшакем - фотодерматоз тури. Кўпинга Аёлларда, ультрабинофша нурларига сезувчан, еки жигар касалликлари билан оғриган одамларда учрайди, асосан ез-боҳор фаслида. Тошмалар терининг очик соҳаларида (юз, кукрак, буйин) Бу жойларда каварчиклар пайдо бўлади.

Системали (тизимли) қизил волчанка – оғир кечадиган сурункали касаллик бўлиб, қон томирлари, тери, барча ички аъзолар бириктирувчи тўқимасининг шикастланиши билан кечади. Бу касаллик кўпинча ёшларда (айниқса, аёллар ва қизларда), касалликка мойил бўлган кишиларда учрайди. Системали қизил волчанка касаллигида ички аъзоларнинг зарарланиши асосий ўрин тутади.

Этиологияси. Ҳозирги даврда касалликнинг келиб чиқишида РНК гуруҳига тааллуқли секин таъсир қилувчи вирус асосий сабабчи ҳисобланади. Касаллик пайдо бўлишида ирсий мойиллик, ревматизм ва баъзи аллергик касалликлар билан оғриш, беморлар қонида қизамиққа қарши антитаналар борлиги, касаллик авж олишида ташки муҳит таъсири, физиотерапия муолажалари, қуёш нури, дори-дармонлар қабул қилиш алоҳида ўрин эгаллайди.

Патогенези. Вирус таъсирида (баъзан вирусга қарши антитаналар таъсирида) шу касалликка мойиллик мавжудлигида иммунологик жавобни бош-қариш ўзгаради: Т-лимфоцитлар камайиши ва В-лимфоцитлар фаоллигининг ортиши – гуморал иммунитетнинг фаоллигини оширади. Беморлар аъзои баданида назорат қилиб бўлмайдиган, хар хил тўқималарга, тана оқсилларига қарши антитаналар пайдо бўлади. Биринчи босқичда иммун бирикмалар пайдо бўлади ва улар аъзолар ва тўқималарда жойлашади (хусусан майда қон томирларда), бу бирикмалар аъзоларни жароҳатлантиради ва иммун яллиғланишга олиб келади. Яллиғланиш ва бириктирувчи тўқиманинг зарарланиши натижасида янги антигенлар пайдо бўлади, бунга жавобан яна антитаналар кузатилади, шу тариқа касаллик сурункали кечади.

Патологик анатомияси. Системали қизил волчанка касаллигида барча аъзолар ва тўқималар зарарланади. Томирларда ва капиллярларда яллиғланиш кузатилади. Бириктирувчи тўқимада фибриноид некроз ривожланади, бу фибриноид парчаланган ДНК моддаларига бой бўлади. Ички аъзоларда қон томирларидаги ўзгаришлар билан бир қаторда лимфоид ва плазматик тўқималарнинг ичига ботган жойлари кузатилади. Баъзи аъзолардаги морфологик ўзгаришлар системали қизил волчанкага хос бўлиб, айниқса, талокнинг марказий артериясида периферик склероз, буйрак коптокчаларида қон томирларининг қалинлашуви натижасида пайдо бўлган симга ўхшаш тугунчалар, юрак қопқоқлари ва эндокарднинг яллиғланиши билан ифодаланган волчанка эндокардити кўринишида ўтади.

Таснифи. Касалликнинг кечиши бўйича ўткир, ўртача ўткир ва сурункали давом этадиган турлари мавжуд.

Касаллик ўткир кечганда тез бошланади, кўп аъзолар жароҳатланади. Тез орада буйрак, юрак, ўпка, жигар ва марказий асаб тизими ҳам зарар кўради. Касаллик қайталанаверади, қисқа вақт ичида бемор ҳалок бўлиши мумкин.

Ўртача ўткир кечишда касаллик тери (дерматит) ва бўғимларнинг (полиартрит) жароҳатланишидан бошланади, бу ҳолат аста-секин бошқа аъзоларга ўтиб, полисерозит ривожланади. Касалликнинг авж олиши 5-6 йилдан сўнг бошланади, клиник белгилари кўп бўлади.

Сурункали кечишида касаллик аста-секин бошланади. Баъзи аъзолар билинар-билинемас, баъзилари кучли, йиллар ўтиб эса барча аъзолар зарарланади.

Клиникаси. Касаллик белгилари ҳар хил бўлиб, аста-секин зўрайиб боради. Асосан 3 та "катта" белгиси билан ифодаланади: дерматит (терининг яллиғланиши), полиартрит (бўғимлар яллиғланиши), полисерозит (ҳар хил аъзолар сероз қаватида яллиғланиши, суюқлик йиғилиши).

Системали қизил волчанка кўп белгили касаллик бўлиб, тез ривожланиши, иккиламчи инфекция кўшилиши, салбий оқибати билан бошқа касалликлардан ажралиб туради. Касалликнинг клиник манзарасида аксарият бирор белги устунлик қилади. Касаллик кўпинча бўғимлар зарарланиши билан бошланади.

Бўғимларнинг зарарланиши (люпус артрит) деб аталади. Системали қизил бўрича билан оғриган деярли ҳамма беморларда ўткир ва сурункали артрит, полиартралгиялар кузатилади. Кўпинча бармоқлар, қафт, тизза, тўпиқ бўғимлари шикастланади. Ўткир яллиғланиш турида бўғимларда шиш, терисида қизариш, қаттиқ оғрик, тошмалар пайдо бўлганлиги, бўғимлар қий-шайиб, ҳаракати чегаралангани билан ифодаланади. Зарарланган бўғимлардаги оғрик ва шиш орасида боғлиқлик бўлмайди. Кўпроқ тизза, тақим, биллак, панжа бўғимлари зарарланади. Ўткир люпусартритда турғун бўғим етишмовчилиги кузатилмайди. Сурункали люпусартритда бўғимларда касаллик бошлангандан 10-15 йил ўтгач бўғимларнинг кўриниши ўзгаради, анкилоз ривожланади. Бўғимларнинг яллиғланиши носимметрик бўлиб, бўғим ўзгаришлари сезилар-сезилмаслиги, мускуллар ва суякларда яллиғланиш мавжудлиги билан ажралиб туради. Бўғимлар рентген нури ёрдамида текшириб кўрилса, майда бўғимлар эпифизида остеопороз белгиси, баъзан бўғим субхондриал пластинкасининг юпқаланганлиги аниқланади. Синовиал парда биопсия-си ёрдамида ўткир ва ўртача ўткир синовит белгиларини топиш мумкин. Бўғимлардаги каби тери қопламларида ҳам касаллик белгилари топилади. Бурун усти ва ён атрофида қизил рангли "капалак нусха" тошмалар пайдо бўлади. Теридаги ўзгаришлар турлича кўринишда, турли тур-ғунликдаги яллиғланиш белгилари билан кечади. Бу яллиғланиш кўёш нури, совуқ ҳаво, шамол каби таъсирлардан сўнг кучаяди. Бемор юзидаги "капалак нусха" қизиллик марказга яқинлашган сари кучайиб, яққоллашиб боради, тери ўзгаришлари бўйин, тўш, қўл ва оёқнинг кийим беркитмайдиган очик қисмида (балиқ тангачаларига ўхшаш гардишли эритема) ҳам кузатилади. Теридаги ўзгаришлар оғиз бўшлиғида, қаттиқ танглай энантемаси, стоматит, лаб бичилиши, тошмалар кўринишида ҳам учрайди. Беморлар тезда озиб кетадилар, соч-лари тўкилади, ўчоқли каллик, соч толаларининг мўртлиги ривожланади. Тирноқлар мўртлашиб, синувчан бўлиб қолади, тери ва шиллик пардаларда трофик ўзгаришлар, яралар пайдо бўлади.

Системали қизил волчанка билан оғриган беморларнинг аксариятида серозшиллик пардалар яллиғланиши (полисерозит) кузатилади. Плевра, перикард зарарланиши кўпроқ, қорин бўшлиғидаги шиллик парданинг зарарланиши эса камроқ учрайди. Шиллик пардалар яллиғланиши қуруқ ва серозли, серозфибрилли, фибринозли суюқлик тўпланиши билан ўтиши мумкин. Беморларни эхокардиография қилганда юракнинг ташки пардасида сероз еки

серозфибринли суюқлик борлиги аниқланади. Системали қизил волчанка учун турли аъзолар шиллиқ пардалари оралиғида суюқлик йиғилиши хосдир. Серозитлар қисқа вақт давом этганлиги сабабли беморларни текширганда плевроперикардиал чандиқлар, плевранинг ўчоқли қалинлашгани асосида ташҳис қўйилади. Юрак қон-томирлар тизимининг зарарланиши системали қизил волчанка учун жуда хос белги бўлиб, люпус кардитда миокард ва эндокард зарарланади. Миокардит ўчоқли еки ялпи бўлади. Бемор юрак уриши, хансирашдан шикоят қилади. Панкардит – юрак барча қаватларининг бирданига зарарланиши деярли учрамайди. Перикардит ва нотипик сўгалсимон Либман-Сакс эндокардити эхокардиографияда аниқланиши мумкин. Қуруқ перикардитда тўш суягидан чапроқда 3-4-қовурға оралиғида перикард ишқаланиш шовқини эшитилади. Либман-Сакс эндокардити учун юрак чўққисида дағал систолик шовқин ва I тоннинг сусайиши, ўпка артериясида II тон кучайиши характерлидир. Волчанка эндокардити юрак иллоти – митрал қопқоқлар етишмовчилигига олиб келади. Рейно белгиси системали қизил волчанканинг бошланғич давридаёқ кўринади, бу томирларнинг тизим яллиғланиши натижасидир. Бу касалликда қўл совиши, оқариб, кўкимтир тус олиши, увишиши, бармоқлар қорайиб, некрозга учраши мумкин. Беморларда гломерулонефрит ривожланиб, қон

босимининг кўтарилиши, ангиопатиялар, мия қон томирларининг жароҳатланиши ривожланиши мумкин.

Баъзи жарроҳлик ҳасталикларда ҳам терида ўзгаришлар кузатилиши мумкин. Масалан: ошқозон ости беши яллиғланишида:

Тужилин симптоми – «қизил томчилар» белгиси.

– сурункали панкреатитда – корин териси, кукрак ва бел соҳасида тиник - қизил доғлар (майда томирлар аневризмалари).

Cullen симптоми – киндик соҳаси терисининг сарғиш- цианотик рангда бўлиши.

Davis симптоми – думба соҳаларидаги петехиялар.

Grey—Turner симптоми – корин териси цианози.

Grunwald симптоми – киндик атрофи, думба соҳасида периферик қон томирлар зарарланиши хисобига экхимозлар еки петехияларнинг бўлиши

Lagerlof симптоми – бемор юзининг цианотик қуриниши.

Mondor симптоми – юз териси ва танада сиёхранг доғларнинг бўлиши.

Саналган белгилар асосини ошиб боровчи гемодинамика ва микроциркуляцион бузилишлар, гиперферментемия-ташқил этади.

Интерактив ўйин “уч босқичли интервью”

Ўқитувчи кўкрак қафаси ва қорин олдинги девори санчиб кесилган жароҳатларини олиб боришнинг тактик ва диагностик босқичларини таҳлил қилишни таклиф этади.

Ўқитувчи гуруҳни уч кишидан иборат кичик икки гуруҳга ажратади. Хар бир кичик гуруҳда “шифокор”, “бемор”, “эксперт” тайинланади. «Беморларга» аноним равишда Ташҳис этилади. Биринчи кичик гуруҳда кўкрак қафаси санчилиб кесилган жароҳати. Иккинчи кичик гуруҳда “бемор” қорин олдинги девори санчилиб кесилган жароҳати. Хар бир гуруҳ 10-12 дақиқа давомида консультациялар ўтқизишади. “Эксперт” шифокор харакатларини уч бўлимда баҳолайди.

* Нима тўғри бажарилди?

* Нима нотўғри бажарилди?

* Нима қилмоқ керак эди?

Хар бир гуруҳ консультацияни эксперт таҳлили билан бирга намойиш қилади.

Интерактив ўйин “сўроқ” тўпи.

Мавзуга оид саволлар кичик қоғоз бўлакчаларига ёзилади ва елимли лента билан шундай ёпиштириладики, саволлар тўлиқ ўқилиши керак ва жавобдан кейин олиб ташланади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қоникарли	қоникарсиз	ёмон
	Узлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

**3. Аналитик қисм. Машғулотда қўлланиладиган янги педогогик технологиялар:
Ўқитувчининг машғулот муаммоли вазиятини ечишга қаратилган технологияси**
3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№ 1 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Мавзу</i>	Тери анатомияси, гистологияси ва физиологияси. Жарроҳлик ва йирингли жарроҳлик касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар қиёсий ташҳиси. Аллергологик, тери-таносил ва юқумли касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кейсни фикрга киритиш. 2. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 3. Муаммо ва мақсадни аниқ олдига қўйиш ва ечиш. 4. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 5. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 6. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 7. Хулоса.Талабалар олдига қўйилган муаммо ва мақсадни ечишига қараб баҳолаш.
<i>Ўқиш мақсади:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш; - Экстремал ҳолатларга мустақил ташҳис қўйиш ва шошилишч ёрдам кўрсатишни бажариш(алгоритм ташҳис ва даволаш); - Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - тер ива тери ости ег қатлами йирингли касалликларини (флегмона, фурункул, панариций ва ҳ.к.) - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 	
<i>Педагогик топшириқлар:</i> Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник	<i>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</i> <ul style="list-style-type: none"> - ТЖС сабабларини билиш: - ТЖС клиникаси ва Ташҳисотини билиш: - ТЖС билан оғриган беморларни курация қила олиш:

фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.	- Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; -касаллик текширув усулларини, лабаратор таҳлиллар интерпритациясини ва киесий Ташҳисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий кўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3.Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

МАШҒУЛОТНИНГ ТЕХНОЛОГИК ХАРИТАСИ

Машғулот №1

Тери жароҳатлари синдроми. (ТЖС)

Мавзу: Тери анатомияси, гистологияси ва физиологияси. Жарроҳлик ва йирингли жарроҳлик касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар қиёсий Ташҳиси. Аллергологик, тери-таносил ва юқумли касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	1.1. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш. 1.2. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва қонспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа		Эшитишади ва

<p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>1.3. Ўрганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниклаш.</p> <p>1.4. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>1.5. Танаффус.</p>	<p>қонспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-босқич. Асосий қисм</p> <p>20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>40дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, кўрсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниклаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намоиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Дикқат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилди.</p> <p>Муҳокама қилинади, аникланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони хал қилган холда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p>

15дақиқа 25дақиқа 15дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш. Танаффус.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни қўрганлиги ҳақида ва Ташҳисни асослаш ҳақида ҳисобот.
3- босқич. Яқуний қисм 27дақиқа.	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.

Блиц назорат саволлари ва масалалари

1. Юмшок тўқималар лат ейишининг клиник белгиларини ажратинг.
1. Оғрик
2. Қон қуйилиши
3. Аник чегарали тери гиперемияси
4. Шиш
5. Аъзо функциясининг бузилиши

1 - топширик

Эксперт варағи

1-группа.

1. ТЖС сабабларини билиш:
 2. ТЖС клиникаси ва Ташҳисотини билиш
- “Муаммоли вазият” жадвални тўлдиринг**

Муаммо тури	Муаммоли вазият келиб чиқиш сабаби	Муаммони ечиш йўллари
--------------------	---	------------------------------

--	--	--

2- группа.

1. ТЖС сабабларини билиш:
2. ТЖС клиникаси ва қиёсий Ташҳисоти.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тип	Муаммоли вазият келиб чиқиш сабаби	Муаммони ечиш йўллари

3-ИЛОВА**2 - топширик****“Т-схема” жадвални тўлдириш**

ТЖС даволаш.	ТЖС асоратлари

Кейс билан ишлашни баҳолаш критерийлари**Аудиторияда ишлашни баҳолаш кўрсаткичлари ва критерийлари**

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 балл– аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл –қоникарли , 34-32 қоникарсиз, 31 ва паст – ёмон

Ушбу машғулота ишлатилган янги педагогик технологиялар: «Паутина»,«Айлана стол» усули, “Сўроқли копток” усули.

Тўғри жавоблар комбинациясини танланг

А)1,2,3,4. Б)2,3,4,5. В)1,4,5. ***Г)1,2,4,5. Д)барча жавоблар тўғри

3.Жароҳатдан йирингли ажралмани ташкарига чиқишига ёрдам берувчи воситалар

- 1.Дренаж
2. Протеолитик ферментлар
3. Натрий хлорнинг гипертоник эритмаси
4. Антибиотиклар эритмаси
- 5.Альгипор

Тўғри жавоблар комбинациясини танланг

А) 1,2,3,4. Б)2,3,4,5. В)1,3,4,5. ***Г)1,2,3,5. Д) барча жавоблар тўғри

4.Жароҳат яллиғланиш фазаси учун қуйидагилардан қайсилари хос:

1. Томир девори ўтказувчанлигининг бузилиши
2. яллиғланиш шишининг ривожланиши
- 3.Грануляция халканинг ривожланиши
4. Тўқимада лейкоцитар инфильтрация
5. Тўқима ацидозининг ривожланиши

Тўғри жавоблар комбинациясини танланг

А) 1,2,3,4. Б)2,3,4,5. В)1,2,5. *** Г)1,2,4,5. Д) барча жавоблар тўғри

8. Анаэроб инфекциянинг эрта белгилари:

1. Тана ҳароратининг ошиши
2. Беморнинг ноадекват ҳолати
3. Жароҳат соҳасидаги оғриқ
4. Оёқ еки кўл хажмининг ошиши
5. Тез ва сустрлашган пульс

Тўғри жавоблар комбинациясини танланг

А) 1,2,3. Б) 2,3,4,5. В) 1,2,3,4. Г) 1,3,4,5. ***Д) барча жавоблар тўғри

13. Ноклостридиал анаэроб инфекция белгилари:

1. Терининг бронза рангида бўлиши
2. бадбуй хидли экссудат
3. жароҳатда кўплаб некротик тўқималарнинг бўлиши
4. кучли гиперемия
5. ёғ томчилари билан бирга кранг рангидаги йиринг бўлиши

Тўғри жавоблар комбинациясини танланг

А) 1,2,3. Б) 2,4,5, В) 3,4,5. ***Г) 2,3,5, Д) барча жавоблар тўғри.

Вазиятли масалалар

1. Бемор Х. 40 ёш, қабул булимига чап оёқ болдир соҳасидаги қизариш, шиш, шишли пуфакчаларнинг бўлиши, тана ҳароратининг кутарилиши ва холсизликка шикоят қилиб келди. 6 кундан бери ҳаста. Ҳасталигини микратравма олиш билан боғлайди. Патологик узгарган соҳаси географик харита қуринишини олган.

1. Сизнинг дастлабки Ташҳисингиз?
2. Сизнинг тактикангиз.
3. Қандай даво муолажасини буюрасиз?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Чап оёқ болдир соҳа инфицирланган жароҳати. Ас: сарамас буллёз формаси	4
2.	Беморни йирингли жаррохлик булимига ётқишиш	3
3.	Махаллий малҳамли боғламлар, антибиотиклар, инфузион ва симптоматик даво	3

2. 35 ёшли пневмония билан ҳасталанган беморга цефалоспорин қатори антибиотик буюрилди. Инъекциядан 1 соат утгач беморда бирданига тана ҳароратининг кутарилиши, холсизлик, бош оғриги, мушакларда оғриқ, терида ачишишлар пайдо булди. Оғиз бўшлиғи, бурун ва кўз шиллик қаватларида догсимон қуринишдаги тошмалар ва майда пуфакчалар пайдо бўлди.

1. Қандай асорат хақида ўйлаш керак.?
2. Сизнинг тактикангиз.
3. Қандай даво муолажасини буюрасиз?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Токсико-аллергик буллёз эпидермал некролиз ёки Лайелла синдроми медикаментоз этиологияли	4
2.	Беморни зудлик билан реанимация бўлимига утқишиш (ёки аллергологик булимга), юрак қон томир, нафас, буйрак – жигар тизимлари фаолиятини динамик назорати	3
3.	Катта дозаларда глюкокортикостероидлар, (наркотик аналгетиклар), антигистамин препаратлар, метаболитлар, синдромал даво (кўрсатмага асосан некрэктомия)	3

7. Билим амалий кўникмаларни назорат қилиш шакллари

- оғзаки
- ёзма
- тестлар

- вазиятли масалаларни ечиш

- ўзлаштирилган амалий кўникмаларни намойиш қилиш.

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Тери анатомияси, физиологияси, жароҳатлари тушунчаси, классификацияси, ташҳис, дифф.ташҳис, ташҳис алгоритми, даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндашади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Тери жароҳатлари тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, ташҳис, қиёсий ташҳис, ташҳис алгоритми, даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. битта хатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Тери жароҳати тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, ташҳис, дифф.ташҳис, ташҳис алгоритми, механик сариклик даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба тери

			жароҳатлари тўғрисидаги тушунчани, симптомлари, классификацияси, ташҳис, дифф.ташҳис,сабаблари, клиникаси, Ташҳиси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба классификацияси, ташҳис, қиёсий ташҳис, беморларни даво тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба тери жароҳатлари классификациясини билади, лекин қиёсий ташҳисини тўлиқ санаб беролмайди, сабабларини, Ташҳисини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли”3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Касаллик моҳиятини, классификациясини, сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва сариқлик қиёсий ташҳисиди адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. классификациясида ва сабабларида адашади. Сариқлик қиёсий ташҳисни ва беморларни даволаш алгоритминини ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди.Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, Ташҳисиди, қиёсий ташҳисда ва алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни хато ечади.

10	54% дан паст	Қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, ташҳисни, қиёсий ташҳисни, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.
----	--------------	----------------	---

9. Машғулотнинг хронологик харитаси:

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзуни тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириш бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйга вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар:

1. Тери анатомияси.
2. Тери физиологияси.
3. Жаррохлик ва йирингли жаррохлик касалликларида терида бўладиган ўзгаришлар.
4. Турли касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар қиёсий Ташҳиси

11. Асосий адабиётлар

1. Клинические рекомендации, для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 г.
2. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Т. 2003.
3. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т. 2003 г.
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни . 2005г
5. Кузин М.И. с соавт. Хирургические болезни М.1987
6. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция, Москва, 1990

Қўшимча адабиётлар

1. Х.Олден « Секреты хирургии» перевод с англ. М.2004 г
2. Савельев В.С. « Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» М. 2005г.
3. Дж. Мерте «Справочник врача общей практики» перевод с англ. М. 1998 г.
4. Клинические рекомендации, для практических врачей основанные на доказательной медицине. М.2002 г.
5. Бейтс Б. и др. Энциклопедия клинического обследования больного. Перевод с английского – М.Геотар , 1997.
6. Гавриленко Б.Г., Банный А.В., Пагаева А.З. Клиническая хирургия - Москва 1992.
7. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия .--- Москва ,1996
8. Гостищев В.И., Общая хирургия. Москва, 2003
9. Завад Н.В. Хирургический сепсис, Минск, 2003
10. Кандена Ю.Р., Найхус Л Клиническая хирургия – Москва , 1998г С. 716
11. Стоянов П. Гнойно-септическая хирургия. — София, Болгария 1986г
12. Стручков В.И. и др. Руководство по гнойной хирургии. - Москва . 1984- С 511.
13. Маслов В.И. Малая хирургия. Москва 1988 г, 208 стр.
14. Савельев В.С. , Кириенко А.И., Хирургические болезни (2х томах) Москва -2006г.
15. Шевченко Ю.А. Частная хирургия. С.-П. – Т – 1,2 2000 г.
16. Колесов А.П. Анаэробная инфекции в хирургии, Ленинград., 1989
17. Курбангалеев С.М., Гнойная инфекция в хирургии, Москва, 1985
18. Лыткин М.И. Септический шок, Ленинград, 1980

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари**Фан: Жарроҳлик**

Терини жароҳатланиш синдроми.

Турли жароҳат турларини қиёсий ташхиси

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси**Амалий дарс №2**

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №2: Терини жароҳатланиш синдроми. Турли жароҳат турларини қиёсий ташхиси

Вақт: 327 дақиқа	Талабалар сони: 8-10
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Амалий машғулот
Ўқув машғулотининг тузилиши	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Тахлилий қисм: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-стади - Вазиятли масалалар ва тест

	4. Амалий қисм
<p>Ўқув маишулоту мақсади:</p>	<p>Беморларни мустақил куришга ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш. - Экстремал ҳолатларга мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Олдиндан ташхис қўйиш, қиёсий ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Тери ва тери ости ёғ клеткаси йирингли касалликларининг даволаш усуллари ўрганиш. (флегмона, чипқон, хасмол ва бошқ.) - Жаррохлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш.. - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилиш усулларни ўрганиш.
<p>Талаба билиши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Жароҳат турлари ва таснифини. • Госпитализацияга курсатмани . • Текширув усуллари ва хажмини: - жароҳат етиопатогенези ва жароҳат жараёнини - жароҳатни бирламчи хирургик ишлови принципини - асорат ривожланишида бевосита ва билвосита омиллар (махаллий ва умумий)ни таъсир ролини - чуқур ва юзаки жароҳатларни ташхиси ва қиёсий ташхисини - аҳоли орасида оптимал даволаш – профилактик тадбирларни ташкил қилиш.
<p>Талаба бажариши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Касаллик келиб чиқиш хавфи булганларда профилактик тадбирларни утказиш - Хирургик беморларда клиник текширувни утказиш - Госпитализацияга курсатмани аниқлаш - Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш - Тиббий хужжатни юритишни

<p>Педагогик топшириқлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Беморларни куришга ургатиш; -Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни синдромал принцип ва ташхисий алгоритм асосида ташхислаш ва даволаш. -Шошилинич холатларда ёрдам курсатиш ва ташхислашга ургатиш. Турли жароҳатларни тахминий ташхислаш ва қиёсий ташхислашга ургатиш. -Беморларни текширувига ва лабораторнатижалар тахлилига ургатиш. - Талабаларни замонавий жароҳат, Жароҳат инфекцияси , шу билан бир каторда чопилган, тишланган, отилган жароҳат билан таништириш. УАШ фаолиятида ахамиятлигини тушунтириш. -талабаларни тери ва тери ости ёғ клетчаткасини клиник анатомо топографик билимини мустахкамлаш. - Талабаларни жароҳат таснифи билан Таништириш. - Жароҳатларни патогенез, этио патогенез, ташхиси ва қиёсий ташхисини, асоратини билиш. -Локализациясига қараб жароҳатларни клиник кечишини билиш. - ЖБХИга курсатмани аниқлаш. - Вақтинчалик қон тухтатиш усулларини билиш. 	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Жароҳати бор беморларни хирургик текширувини утказиш. - Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. - Вақтинчалик қон тухтатиш учун жгут қуйиладиган асосий сохалар . - Биринчи хирургик ёрдамни курсатиш ва асоратланмаган жароҳатга боғлам қуйиш. - Терига чок қуйиш ва олиш - Чикқанда ва синганда иммобилловчи боғлам қуйиш. - Турли оғриқсизлантириш блокадаларини билиш ва қила олиш (махаллий ва утказувчи). - Травматик шокда тезкор тиббий ёрдам курсатишни. - Тана қисмларига қараб турли боғламларни қуйишни билиш.
<p>Ўқитиш усуллари</p>	<p>Маъруза, мия штурми, тарих, кўрсатма, демонстрация, видео усул, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатадига ўйин, Кейс-стади.</p>
<p>Машгулотни ташкил қилиш Шакллари</p>	<p>Гурухли, гурухда ишлаш, битталиқ ўйин</p>
<p>Ўқитиш манбалари</p>	<p>Ўқув материалларини тарқатиш, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.</p>
<p>Ўқитиш жойи ва шароити</p>	<p>1. УАШ жарроҳлик кафедраси, 1-ШКК ва 1-РКШжарроҳлик булимлари, клиник лабораториялари; 2 жадваллар комплекти, услубий қулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;</p>

	3 Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.
<i>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</i>	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

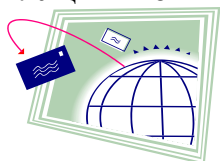
Машғулотнинг технологик харитаси №2

Мавзу №2: Терини жароҳатланиш синдроми. Турли жароҳат турларини қиёсий ташхиси

Иш боскичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-боскич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	1.1. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	1.2. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20 дақиқа	1.3. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.	Саволларга жавоб беради.
5 дақиқа	1.4. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.	
5 дақиқа	1.5. Танаффус.	Эшитади.
2-боскич. Асосий қисм 20 дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
25 дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, курсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар бериллади.
15 дақиқа	Танаффус.	
45 дақиқа	2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
	Танаффус.	

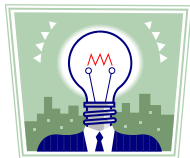
<p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Дикқат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустакил ишлаш. Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.</p>	<p>Мустакил равишда муаммони ҳал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустакил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва ташхисни асослаш хақида ҳисобот.</p>
<p>3- қисм</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустакил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб олишади.</p>

1. Ўқиш жойи ва шароити

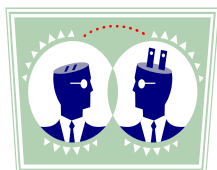


1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Поликлиника, беморнинг амбулатор харитаситахлиллар натижаси, материалларни тарқатиш, назорат саволлари, вазиятли масалалар.

1.1. Мотивацияси

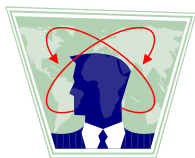


Илмий – техник жараён клиник тиббиётни ва асосан жаррохликни янги диагностик ва даволовчи технологиялар ҳамда уларга хос технологиялар билан таъминлади. Аммо беморларни даволашда ягона туғри усул бу умумий клиник текширув усулларини қуллаш, натижаларни тахлил қилиш ва керакли инструментал текширувларни қуллаш саналади. УАШни амалиётда текширув усулларини туғри танлашни билиши хирургик беморларини эффектив даволашда, операцион майдонга ишлов беришда, операциядан кейинги асоратларни олдини олишда фундамент хисобланади.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик..

Анатомия, топографик анатомия, умумий жаррохлик, нормал физиология, патанатомия, патофизиология, клиник фармакология, анестезиология ва реаниматология, микробиология. Ортопедик ва жаррохлик стоматологияси, ички касалликлар, физиотерапия, клиник фармакология, нормал физиология, неврология, эндокринология, кардиология.



2. Дарсинг мазмуни

2.1. Назарий қисм:

Жарохат бу организм туқимасини механик таъсир ёки ташқи предмет билан турли даражадаги бутунлигини бузилишидир.

Туқимани жарохатланиш даражаси таъсир қилувчи предметни улчами, шакли, оғирлиги, тезлигига боғлиқ.

Турли локализацияли ва характердаги жарохатлар, турли таъсир натижасида пайдо булган жарохатлар жаррохликда асосий уринни эгаллайди. Очик жарохат деб терини бутунлигини чуқур туқималаргача очик бузилишига айтилади.

Харбий олишув ва овда олинган жарохатларни одамлар қадимдан даволаб келишган. Аммо жарохатни тузалиши ва иккиламчи йиринглаши ҳақидаги билимлар булмаган.

Купгина шифокорлар худди шу билимлар билан чекланиб қолгани боис жарохатларни битиши тиббиётни актуал муаммолардан бири булиб қолмоқда. УАШни асосий вазифаси жарохатни эрта босқичида ишлов бериш ва даволаш саналади, бунда куйидаги асоратлар ривожланмаслигини олдини олиш керак : а) уткир анемия ривожланиши билан кечадиган қон кетиши; б) хаётий мухим органлар функциясини бузилиши билан кечадиган шок; в) инфекция ривожланиши; г) хаётий мухим органлар бутунлигини бузилиши.

Шунга кура жарохатлар булинади:

1. Туқимани жарохатланиш характери буйича:

- 1) кесилган,
- 2) чопилган,
- 3) чақилган,
- 4) лат ейилган,
- 5) совукда пайдо булган,
- 6) йиртилган,
- 7) тишланган,

8) ук ейилган.

2. Чуқурлиги буйича:

А) юза

В) чуқур (ички органлар зарарланиши ва зарарланмаслиги билан).

3. Сабаби буйича:

А) операциян,

В) стерил,

С) тасодифий.

4. Инфицирланиш даражасига кура жароҳатларни 3 тури бор:

1) Асептик

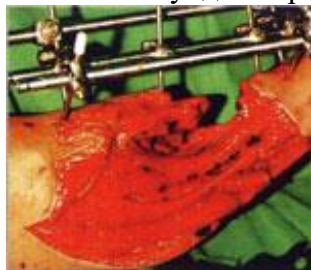
2) Контаминирланган

3) Инфицирланган

Жароҳатлар ичида кенг тарқалганлари булар кесилган, лат еган, йиртилган. Лекин тишланган ва ук ейилган жароҳатлар ишлов беришда ва даволашда узига хос ахамият касб этади.

Инфицирланиш даражасига кура жароҳатларни 3 тури бор:

Асептик – бунда операциялардаги оператив жароҳатлар киритилади.



- транспорт авариясидан кейинги болдир юмшоқ туқималарини мураккаб очик жароҳати.

Конбинирланган – бу жароҳатлар микроблора билан инфицирланган, лекин йиринглаш белгиларисиз. Уларга тасодифий жароҳатлар ва қисман оператив жароҳатлар киритилади.

Инфицирланган - йирингли-яллигланиш белгилари билан булган жароҳатлар. Улар бирламчи (утқир йирингли жараёнлардан кейинги ҳосил булган оператив жараёнлардан кейинги жароҳатлар) ва иккиламчи битиш жараёнидаги йиринглаган жароҳатлар.

Жароҳатланиш жараёни, уни кечишига таъсир қилувчи фаза ва факторлари.

Жароҳат таъсири натижасида организмда маҳаллий ва умумий реакциялар кечади. Умумий реакция симпатик нерв системаси ва гормонлар тасирида умумий алмашинув ва катаболизм кучаяди. Конга микроб токсинлари ва туқима парчаланиш маҳсулотлари сурилади, бу лейкоцитларни стимуллаб, интоксикация симптомларини пайдо қилади.

Асоратлар кузатилмаганда бу белгилар 4-5 суткадан кейин йуқолади. Маҳаллий реакциялар жароҳат битишига йуналтирилган маълум генетик қонуниятга эга. Органлар ва туқималар жароҳатларини битиши уларнинг морфологик тузилиши, хусусияти, бириктирувчи туқимали чандик хусусиятларига эга. Чандиксиз битиш терини усиш қаватини зарарланмаслиги билан битади.



-чизикли чандик ҳосил булиши билан жароҳатни бирламчи битиши

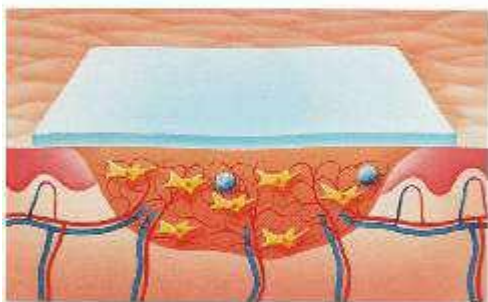
Жароҳат жараёнини кечишида 3 та фаза ажратилади:

ЯЛЛИГЛАНИШЛИ ЭКСУДАТИВ ФАЗА

Жароҳат таъсирида туқималар зараланади ва туқима хужайралари улади. Кон ва плазма томирдан ташқарига чиқади. Бунда бирламчи мақсад маҳаллий кон кетишни тухтатишга қаратилади. Тромбоцитлар бириктирувчи туқимани коллаген толаларига ёпишиб, агрегациядан кейин улар узидан турли вазоактив моддаларни ажратади. Тромбоцитлар агрегацияси билан биргаликда гемостазни коагулацион тизими ишга тушади, у жароҳатланган томирда тулик тромб ҳосил булишига олиб келади. Кон плазмаси экссудацияси ошади. Жароҳатланган зонада шиш пайдо булади. Шиш ҳосил булиши жароҳат битишида катта аҳамиятга эга: туқималараро суюқлик сувли муҳит ҳосил булишига олиб келади, у пролифератив жараёни кучайтиради. Локал ацидоз катаболизмни кучайтиради. Жароҳат зонасида суюқликни йигилиши токсик субстанцияларни аралашувига олиб келади. Жароҳатни атрофини қуп иммунокомпетент хужайралар: Т лимфоцитлар, лейкоцитлар камраб олади. Уларнинг ядролари узидан детрит деградациясини саклайди ва бактерияларни фагоцитоз қилади. Агар жароҳат тоза булса нейтрофиллар кучиши бир неча кунда тухтайди. Аммо тургун инфекциялар ривожланганда, нейтрофиллар кучиши давом этади, фагоцитоз кучаяди, клиник йиринг ривожланади. Бу ҳолатда жароҳат битишини бирламчи босқичи чузилади. Нейтрофиллар, макрофаглар биологик моддаларни ажратади, улар усиш фактори дейилиб, туқима дифференсацияси ва пролиферациясига таъсир қилади. Яқинда курсатилганда, макрофаглар фибробластлар пролиферациясини стимуллади, ревазулиризациясини активлайди ва лактатни экскретирлаб, жароҳат зонасига водород перекисини стимуллади.



-



Макрофаглар, ичак таёкчасини фагоцитозини амалга оширади.

ПРОЛИФЕРАТИВ БОСКИЧ

Жароҳат битишини иккинчи босқичи – хужайра пролиферацияси билан боғлиқ, жароҳат дефектини янги туқима билан тулдиришга йуналтирилган. Грануляция Letterer (1953) томонидан вақтинчалик, примитив туқима деб таърифланган, у узини функциясини бажариб, регрессга учрайди ва аста секин чандикли туқима ҳосил булади. Грануляция ривожланиши ва дифференсациясига эндоген ва экзоген факторлар таъсир қилади. Грануляция термини году 1865 йил Billroth томонидан киритилган, жароҳат жараёнида шишасимон пушти хира туқима ҳосил булади (Lat. granula). Грануляция асоси булиб кон томирларни шохланишидир. Янги узак туқима ковузлоксимон томирга бирикади. Агар грануляция бузилмаган булса, янги туқима ҳажм ва сонда ошади, ёркин сарик

пушти юзани шакллантиради. Грануляция шаклланиши – мураккаб жараён булиб, унга кура лейкоцитлар, гистиоцитлар, плазматик хужайралар, булутсимон хужайралар ҳамда махсус фибробластлар тортилади ва фибробластлар коллаген продукциясини стимуллайди. Фибробластлар фибриноз тур ишлатади у коагуляция жараёнини шакллантириб, коллаген туриши учун жой яратади. Фибробласт билан фибринни бираликдаги таъсири тахмин булиб, улар фибриндан коллаген хосил булишида иштирок этиши исботланмаган. Фибробластлар жароҳат қиррасини лахталар лизирланганидан сунг ураб, некротик туқимадан тозалайди. Гематома, некротик туқима, ташқи киритмалар, бактериялар, булганда капиллар тур шаклланиши қисман кечикади. Фибробластларни асосий функцияси - коллаген синтезлаш, иккинчи кундан бошланиб, жароҳат бирламчи битаётганда 5-7 кунга туғри келади. Коллаген озгина кислотали муҳитда синтезланади. Коллаген – организмни асосий оксилларидан бири булиб, синтези бир неча босқичда амалга ошади. Биринчи босқич глицин ёки бошқа аминокислоталардан полипептид фибробластлар ёрдамида хосил булади. 3-та полипептид занжири биригиб проколлаген молекуласини учламчи узагини хосил қилади. Прокколлаген хужайралар аро бушлиққа экскрецияланади. Бу ерда коллаген боғланиб, мустахкам, жароҳат майдонига жавоб берадиган коллаген фибриллари хосил булади. Учинчи хафтага келиб жароҳатни битаётганида коллаген миқдори максимумга ётади. Жароҳатни пролифератив босқичига бироз механик босим берилганда коллаген шаклланиши кучайиши мумкин. Бундан беморларга эрта мобилизацияга руҳсат бериш олдидан жароҳат қирраларини очилишини олдини олиш керак. Коллаген синтезида витамин “С” асосий ролни эгаллайди. Витаминсиз мустахкам коллаген хосил булмайди. Витамин “С” дан ташқари кислород ҳам керак. Жароҳатни парваришлашда муаммосиз рануляция хосил булиши учун, эндоген механизмлар хирургик, энзимли, ёки физик ишлов берилади.

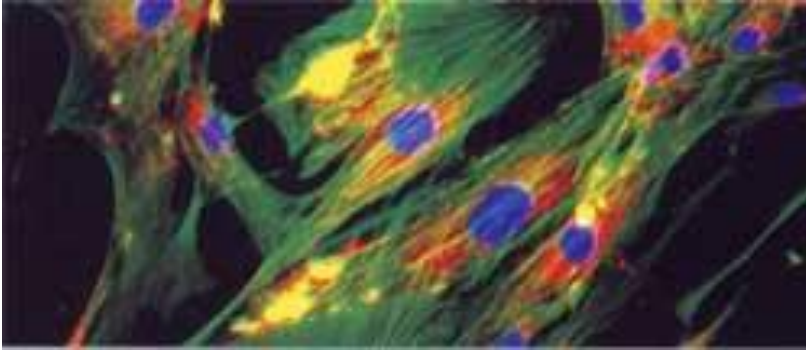
ДИФФЕРЕНСАЦИЯ БОСҚИЧИ

Максимал коллаген толаларни миқдори травмадан кейин 6 ва 10 кунга туғри келади. Жароҳат юзасиде махсус хужайралар, миофибробластларни таъсири остида суяқлик ва кон томирлари камайиб, қайта қурила бошлайди, чандиқ хосил булади. Жароҳатни битиши эпителизация билан тугайди. Эпителизация жароҳат қирғоғидан бошланиб, митоз усули билан янги эпидермал хужайраларни утказув йуллари билан хосил қилади. Улар эриган фибриндан хосил булган. Бу жараён нисбатан эффектив булиб, Ландгер чизиклари буйича битади. Олдин жароҳатни қисқариши коллаген толаларни тортилиши хисобига келиб чикади деб уйлашган, лекин бунинг аҳамияти жуда кам. Қисқарган жароҳатлар фибробласт грануляцияга тезроқ учрайди. Кутикулизация – жароҳат битиш босқичида, эпителизация жараёнида якунловчи босқич. Жароҳатда грануляцияни шакллантиради. Улар жароҳат қирғоғидан эпителиал хужайраларни кучиши учун хемотаксик сигналларни юборади. Хужайралар эффектив харакатланиши учун

махсус матрица керак: етилган грануляция ва силлиқ юза - бу эпителизацияни тугатади. Жароҳат қирғоғидан, дефектларни урнини тулдирган холда, қолган тери юзаларини қоплаб битади. Бу реэпителизация тулиқ терини бутунлигини таъминламайди, аммо юпқа, кам васкулизацияланган тери шакллантиради. Эпителиал кучишлар эпидермал қават бутунлигини бузилиши билан жароҳат қиррасида кузатилади. У эпидемал хужайраларни узига хос хусусиятига боғлиқ, улар жароҳат юзасида актив амёбасимон харакатлар билан юради. Шу усул билан жароҳатни ёпади. Фақат тирқишли юзаларда бу механизм кузатилади (улар 24 – 48 соатни ичида ёпилиб кетади). Бошқа холларда терини зарарланиши, жароҳат юзасида олдидан грануляция дефектини тулиши билан кузатилади. Эпителиал хужайралар жароҳатлар қирғоғидан тушолмайди; уларга силлиқ, нам юза керак.



- Фибринли лахта, эритроцитлардан, тромбоцитлардан ва фибрин толаларидан хосил булган,



- Иммунофлюоресцент куралинишда одам эмбриони териси коллаген толалар чигалидан иборат.
- Грануляцион тўқима – битишни адекват белгиси



- Губкали грануляцион туқима жароҳатни нотўғри битишида



- Бириктирувчи туқимани коллаген туплари ва эластик толаларини электронограммаси



-БИТИШ ФАЗАСИНИ БИРБИРИГА ТУҒРИ КЕЛИШИНИ СХЕМАТИК КУРИНИШИ ЖАРОХАТ

- | | | | | |
|----|--------------------|------------|--------------|--------|
| 1. | | Яллиғланиш | | фазаси |
| 2. | Регенерация | ва | пролиферация | фазаси |
| 3. | Чандиқланиш фазаси | | | |

Эрта жараён

Эрта жараён – Органезимни мухим биологит реакцияси бўлиб, тўқима жароҳатланишига жавоб реакцияси хисобланади. Тўқимада маҳалли деструктив ва яллиғланиш жараёнида бириктирувчи тўвима. Нера, мушак иштирок этади.

Органезимни умумий реакцияси 2 фазада кетади. Биринчи фаза (1-4 сутка) травмадан кегин ёки оператциядан кейин ошади: тана харорати ва асосий алмашинув ошади, тана массаси камаяди, оқсил парчаланиш ошади, ёғ ва гликоген, хўжайра мембранси ўтказувчанлиги пасаяди, оқсил хосил бўлиши ошиб регенерация жараёни кучаяди. Бошланиш механезими симпатик нерв системасини қўзғатилиши хисоблапниб. Қонда гармонлар ошиб, яни бўйрат усти безини мия қисмидан, инсулин, АКТГ ва глюкокортикоидлар ошади. Хаммаси умумий адаптацион синдром хисобланади. Иккинчи фаза (4-10 сутка) вегитатив нерв системасини парасимпатик қисми хисобига: тана массаси ошади, нормал оқсил алмашинуви тикланади, регенерация жараёни активлашади. Бу фазада асосан минералокортикоид, соматотроп гормон, альдостерон, ацетилхолин асосий хисобланади. Жароҳатта маҳалли ўзгаришлар иккита фактор бор: бошланиш уоч хўжайра деструкция ва микроб кузғалиши. Жароҳатда маҳалли бузилишлар, томирлар ва нервлар жароҳати, микроциркуляция бузилади, химичк медиаторлар

ажралади, хўжайрада моддалар алмашинуви бузилади. Томир реакциясида артериола, капилляр ва венула жароҳат зонасида ўзгариш кузатилади.

Қонни қовушқоқлиги ошади, пасаяди эритроцитларни қайта деформацияси (А. Grimes, 1980), сладж-синдрома бошланади (М. Knisely et al., 1947). Медиаторал хисобига маҳалли жараёнлар кучаяди.

Жароҳат ривожланиш механизмида тўқима зарарланиши ва микроб инвазияси жараённи бошлаб беради, кейинги жараён қуйидагича кечади. Тўқима тузилмаларини бузилиши натижасида биоген аминлар (гистамин, серотонин), шунингдек Ҳагеман омили яллиғланиш жараёни бошланғич босқичларида триггерлик вазифасини ўтайди. Улар каллекреиногенларни каллекреинларга ўтказиб активлайди, у еса кининогенларни плазмада кининга айланишини катализлайди. Улар шунингдек, лизосомаларда локал гидролитик фермент шаклида тўпланиш, простогландинларни чиқариш хусусиятига ҳам ега. Кейинчалик бу занжир таркибига комплемент, кинин ва қон ивиш системаларида ишловчи комплекслари ҳам киради. Яллиғланиш жараёни ривожланишини ўрганишда айни пайтда А. М. Чернуханнинг таснифидан фойдаланилади, у 5 та босқичга бўлган: 1- икки фазали томир реакцияси, яллиғланиш соҳасида олдин қисқа вақт констрикция сўнг узоқ вақт микротомирларнинг дилатацияси. Бунинг натижасида соҳада актив гиперемия ва локал томирлар ўтказувчанлиги бошланғич ошиши кузатилади. 2- қон оқими секинлашиши, посткапиллар венулаларнинг ўтказувчанлигини сезиларли ошиши, томир эндотелийсига лейкоцитларнинг адгезияси; 3- тўлиқ қон оқими тўхташи, капилляр ва венулалар девори орқали суюқлик экссудацияси, томирлар орқали

лейкоцитлар миграцияси; 4- томирдан ташқари жараёнлар – хемотаксис, тўқима парчаланаш махсулотлари ва яллиғланиш кўзғатувчиларини фагоцитози; 5- репаратив жараёнлар.

Шу заилда ривожланган, тўқималарни маҳаллий жароҳатланиши ва микроб инвазияси натижасида микроциркуляция бузилиши кўринишида комплекс локал бузилишлар, кимёвий медиаторлар натижасида моддалар алмашинуви бузилиши,

бошқа омиллар билан бирга гипоксиянинг ривожланиши, тўқималарда ацидоз, гиперкалиемия, осмотик босимнинг ошишига олиб келади. Натижада тўқималар гипергидротациясига, оғир ҳолларда хужайралар ўлимига яъни некроз пайдо бўлиши ва тарқалишига олиб келади.

Ривожланишига кўра бирламчи ва иккиламчи некроз турлари фарқланади. Бирламчи некроз зарарланиш соҳасига механик травма ва микроб токсинларининг бевосита таъсири натижасида пайдо бўлади. Иккиламчи некрозлар йирингли жараёнлар ва зарарловчи омилнинг юқоридаги кўрсатилган тазрда яллиғланишидан кейин пайдо бўлиши киради. Жароҳатнинг йирингли-некротик севестрлардан тозаланиши яллиғланишнинг репаратив босқичи келганлигини билдиради. Жароҳат репарациясида капиллярлар эндотелийси ва фибробластлар пролифертасияси натижасида грануляцион тўқима пайдо бўлади. Эндотелиал хужайралар таркибида кўп миқдорда ферментлар тутиши ва биохимик жараёнларнинг активлиги билан фарқланади. Янги ҳосил бўлган капиллярлар атрофида семиз хужайралар тўпланади, уни ферментлари

таъсирида пролиферация стимулланади. Жароҳат фибробластлари кўпчилик олимлар фикрича, кам дифференциалланган адвентициал яъни камбиал

хужайралардан ривожланади. У еса қоннинг бир ядроли хужайраларининг трансформациясидан ҳосил бўлади.

Фибробластларнинг асосий функцияси хужайрага келадиган аминокислоталардан коллаген синтез қилишдан иборат. Бириктирувчи тўқима матриксидаги коллаген ва оксилполисахаридли комплекслар бевосита янги ҳосил бўладиган капиллярлар билан боғланган. Ҳосил бўладиган микротомирлар ўзининг биологик аҳамиятига ега, у орқали фибробластлар миграцияси амалга ошади. Жароҳатнинг битишида ерта босқичларда янги микротомирлар хужайрага кислород таъминотига жавоб беради, уни натижасида жароҳатда актив оксил синтезланади, бу жараён яллиғланиш ўчоғида катта энергия талаб қилади. Жароҳат дефектини тўлдирган грануляцион тўқима кейинчалик зичлашади. Микротомирлар сони камаяди, бир қисми бўшайди, хужайра элементлари – макрофаг, семиз хужайра, фибробластлар камаяди.

Грануляцион тўқима ўсиши билан бир қаторда жароҳат эпителизацияси ҳам бошланади. Бу жараённи В. Г. Гаршин тўлиқ ўрганган. Эпителизация жароҳатдан кейинги биринчи соатлардан оқ жароҳат қирғоқлари соҳасидан бошланади, аста-секин ўзининг дифференцировкасини ва вертикал анизоморфлиги йўқотади, жароҳат соҳасига сурилади. Бир кун давомида базал эпителийнинг 2-4 қавати ривожланади. Бунда эпителий жароҳат соҳасидаги фибрин, кейкоцитар-некротик масса ёки грануляцион тўқимани устидан қоплайди. Юқори тезликдаги жароҳатнинг эпителизацияси учта жараённи таъминлайди: хужайралар миграцияси, босими, дифференцировкаси.

Грануляцион тўқима устидан ўсган эпителий эпителизация мустаҳкам бўлади, бошқа ҳолларда эпителий нобуд бўлади. Унчалик чуқур бўлмаган жароҳатларда эпителизация сосан базал қаватдан хужайралар миграцияси ҳисобига кечади. Жароҳат ўлчами 0.1 см дан катта бўлганда эпителизация фақат хужайралар миграцияси ва шубилан бирга эпителий хужайралар митотик босими ҳисобига кечади.

Эпителий хужайралар дифференцировкаси хужайралар миграцияси пайтидан оқ бошланади.

Ўсаётган хужайралар дифференцировкисида вомида уларнинг донадорлиги, юзақават хужайраларимугузланиши, базалқават хужайраларитузилишибўйича ўтувчи эпителий хужайраларига ўхшаш ҳолатга келади. Янги ҳосил бўлган эпителиал қоплам соғқопламдан терваёғ безларининг, шунингдек соч фолликулларини бўлмаслиги билан фарқланади. Пастки қаватларустидан вазарланган қирғоқлар орасидан янги ҳосил бўлган эпителий яратўқимасин исувсизланиши, оксил ва электролитларнинг йўқотилиши микробларинвазиясини олдиниолади.

Эпителизация даражаси грануляция ланишга ваяратўқимаси ҳолатига, моддаларал машинавига, трофикага, бактериал зарарланиш хусусияти ва уни даражасига узвий боғлиқ. 7-10 кун иэпителизация тугалланади, 10-15 кун и ҳосил бўлган эпителий қалинлиги камаюди.

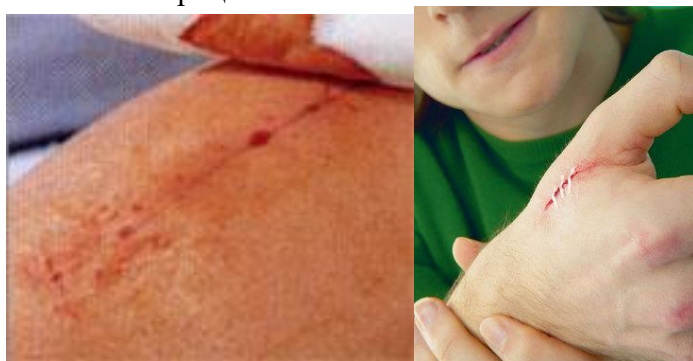
В. Г. Гаршин маълумотларига кўра, жароҳатни яхши битиши бир томондан эпителизация жараёни ва иккинчи томондан грануляция онтўк има этилишининг катий синхрон кечишимуҳумдир. Грануляция он вачандиқтўқимасини этилиши ва уни сўрилиши орасидагимувозанати асосида жароҳатконтракцияси феномени — жароҳат қирғоқлари ва деворларининг бир текис концентрик қисқариши ётади. Яра контракциясининг иккинчи ва учинчи фазаларида интенсив эпителизация билан кечади, бу нормал жароҳат битиш жараёнидаги ҳолатдир.

Яра жараёни бундай принципал схема билан кечиши адабиётлар бўйича. Алоҳида яллиғланиш фазаларини кичиши турли омиллар, жумладан, асосий аҳамиятлиси жароҳатланиш ҳарак тери, организм реактивлиги ва уни даволаш усулига боғлиқ.

Яра инфицирланиш йўли. Жароҳат жараёни патофизиология ва патанатомияси. Яра жараёни ривожланиш механизми.

Турли жароҳатларнинг дифференциал диагностикаси (кесилган, езилган, узлиган, ўк теккан ва б.).

Кесилган жароҳат



Чопилган жароҳат



Урилган жароҳат



Эзилган жароҳат



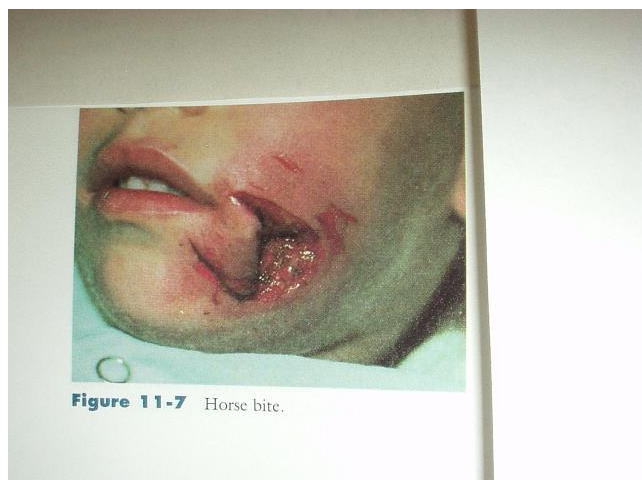
Мажағланган жароҳат



Йиртилган жароҳат



Тишланган жароҳат



Ўқ теккан жароҳат



№	Баҳо	аъло	Яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисми	20- 17,2бал л	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№2 мавзу, 327дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Маишгулот шакли</i>	<i>Амалий маишгулот</i>
<i>Мавзу</i>	Терини жароҳатланиш синдроми.Турли жароҳат турларини қиёсий ташхиси
<i>Амалий маишгулотларни режаси</i>	<ol style="list-style-type: none"> 8. Кейсни фикрга киритиш. 9. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 10. Муаммо ва мақсадни аниқ олдига қўйиш ва ечиш. 11. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 12. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 13. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 14. Хулоса.Талабалар олдига қўйилган муаммо ва мақсадни ечишига қараб баҳолаш.
<p>Ўқиш мақсади: Беморни мустақил кўришни ўрганиш; -Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усулларини ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.</p>	
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - Жароҳати бор беморларни хирургик текширувини утказиш. - Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. - Вақтинчалик қон тухтатиш учун жгут қуйиладиган асосий соҳалар . - Биринчи хирургик ёрдамни курсатиш ва асоратланмаган жароҳатга боғлам қуйиш. - Терига чок қуйиш ва олиш - Чикқанда ва синганда иммобилловчи боғлам қуйиш. - Турли оғриқсизлантириш блокадаларини билиш ва қила олиш (махаллий ва утказувчи). - Травматик шокда тезкор тиббий ёрдам курсатишни. - Тана қисмларига қараб турли боғламларни қуйишни билиш.</p>
<i>Усуллар ва техникани ўрганиш</i>	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
<i>Воситани ўрганиш:</i>	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Алоҳида ва гуруҳларда

Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	Ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталди.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказди. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталди	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечиши йўллари эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс	Фаол иштирок этади.

	топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейсинг ечимини топишга қўшимча маълумотдандан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтииради. (илова №3.1).	
40 дақиқа	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
80 дақиқа	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташхиси.
III- қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.(илова №8)	Эшитади

Блиц-савол:

1. **Жароҳатбунима?**
2. **Актив қон кетишни қандай тўхтатиш усуллари бор?**
3. **Жароҳат битиши кетма-кетлиги қандай?**
4. **Жароҳатга бирламчи ишлов беришга қандай кўрсатмалар бор?**
5. **Қандай жароҳат турларини биласиз?**

2-Илова.

1 – топшириқ.**Эксперт варағи.****1-гуруҳ.**

1. Жароҳатга бирламчи ишлов беришга қандай кўрсатмалар бор?
2. Кесилган жароҳатга ҳос 4 та белгини кўрсатинг.
3. БХИ бу нима?

“Вазиятли масала” жадвални тўлдириңг.

Муаммо тури	Вазиятли масаланинг пайдо бўлиш сабаби	Муаммони ечиш йўллари
-------------	--	-----------------------

--	--	--

2- гуруҳ.

1. Эзилган жароҳат пайдо бўлиш механизми ва уни характери қандай?
2. Қонаётган жароҳатларда қилинадиган тактика қандай?
3. Жароҳатнинг инфицирланиши профилактикаси усуллари?
- 4.

“Вазиятли масала” жадвални тўлдиринг

Муаммо тури	Муаммоли вазият пайдо бўлиш сабаби	Муаммони ечиш йўллари.

3-Илова.

2 – топшириқ.

“Т-схема” жадвални тўлдиринг.

Терининг физиологик функцияларини санаб беринг.	Теридаги яллиғланишда бўладиган 3 тип патофизиологик ўзгаришларни сананг.

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони

Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони

Гуруҳ руйхат	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммас и мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46- 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз,31 ва пасти – ёмон

“Уч поғонали интервью” интерактив ўйини.

Ўқитувчи кўкрак қафаси ва қорин олд девори чопиб кесилган жароҳати бўйича беморни олиб боришда диагностик босқичлари тактикасини муҳокама қилади.

Ўқитувчи гуруҳни 2 та гуруҳчага 3тадан одамга бўлади. Ҳар бир кичик гуруҳда “врач”, “бемор”, “эксперт” бўлади. “бемор” диагноз билан аноним танишиб чиқади. 1- гуруҳчада кўкрак қафаси чопилган жароҳати, 2- гуруҳчада “бемор” қорин олд девори чопилган жароҳати билан бўлади. Ҳар бир гуруҳча консултацияга 10-12 минут берилади. “эксперт” врач ишини 3 қисм бўйича баҳолайди:

- Нима тўғри қилинди?
- Нима нотўғри қилинди?
- Нима қилиш керак эди?

Ҳар бир гуруҳча ўқувчиларни ҳаммаси баҳоланиши учун эксперт комментарияси билан консултацияни демонстрация қилади.

1-гуруҳчада нима тўғри қилинди:

- Шикоятлари: Кўкрак қафасидаги оғриқга, санчиб кесилган жароҳат борлигига, жароҳатдан қон кетишга, ҳансирашга.
- Жароҳатланишга ўткир предмет билан қилинган (пичоқ)
- Травма ўтказганига 30-40 дақиқа бўлганлиги.
- Умумий ахволи қониқарли
- Тери қоплами, пулс, АБ
- Қон ва сийдик анализи.
- Рентгеноскопия, УТТ
- Тактика: хирургия бўлимига юбориш.

Нима нотўғри қилинди:

- Нафас типини аниқлаштирмади (еркин, мажбурий, юзаки)
- Жароҳат локализациясини ва уни ҳолатини, атроф тери ҳолатини етмади,
- Кўкрак қафасини палпация, перкуссия, аускултацийсини ўтказмади.
- Беморни ўзича хирургия бўлимига юборди.
- Кўкрак қафаси УТТси, ЭКГ ни қилди.

2-гуруҳчада нима тўғри қилинди:

- Шикоятлари: қорин соҳасидаги оғриқ, санчилган кесилган жароҳат борлиги, қон кетмаяпти.
- Бемор сўзидан жароҳат ўткир жисм билан қилинган (пичоқ).
- Жароҳат ўткир қирғоқли, атроф терисида ўзгаришлар йўқ.
- Жароҳат олганига 1-1.5 соат ўтган.
- Объектив умумий ахволи қониқарли
- Тери қоплами, пулс, АБ
- Қон, сийдик анализи
- Рентгеноскопия, УТТ
- Тактика- хирургик бўлимга юбориш.

Нима нотўғри қилинди:

- Қориндаги оғриқни характерини, уни жароҳат билан боғлиқлигини аниқлаштирмади
- Жароҳат локализациясини етмади.
- Палпация, перкуссия, аускултация ўтказмади.
- Беморни ўз ҳолича хирургик бўлимга юборди.
- Кўкрак қафаси УТТ, ЭКГ сини ўтказди.

Хулоса қилинганч ўқитувчи ҳар бир ўқувчини ишини баҳолайди. Шу беморлар мисолида параллел равишда торакал ва абдоминал жароҳатланиш ўтказилади.

“савол коптоғи” интерактив ўйини.

Кичик қоғоз парчасига саволлар ёзинг ва саволни тўлиқ ўқиб бўладиган ва жавобдан сўнг йўқ қилинадиган ингичка тасмага ёпиштиринг.

Саволлар ва жавоблар:

- Тишланган жароҳатлар хусусияти
- Тишланган жароҳатлар қанча кенг ва чуқур жароҳат бўлса, шунча одам ёки ҳайвон оғизнинг вирулент флораси билан инфицирларниши бўлади. Бу жароҳатнинг кечиши бошқа ўткир инфекциянинг асоратланишига қараганда тезроқ. Тишланган жароҳат қутириш вируси билан жароҳатланган бўлиши мумкин. Барча тишланган жароҳатларга антирабик вакцина қилиниши шарт.
- Ўқ теккан жароҳат хусусияти.
- Ўқ теккан жароҳат бошқа жароҳатлардан хос жароҳатловчи қуроллиги, анатомик хусусияти мураккаблиги, зарарланган тўқиманинг тўқимада тўлиқ бузилган, некроз ва молекуляр чайқалиш зонаси борлиги, юқори даражада инфицирланиши, турли хусусиятдалиги (тешиб ўтган, кўр, тегиб ўтган.....)

- **Жароҳат битиш босқичлари.**

- **Зтабитишбосқичлари ажратилади:**

1) ўлган тўқима, хужайра, қон қуйилишни сўрилиши,

2) тўқима ўлиши натижасида ҳосил бўлган тўқимани тўлиши, грануляция ривожланиши,

3) грамуляция тўқимадан чандиқ ҳосил бўлиши.

- **Қоқшолнинг ерта белгилари:**

- **Уларга:**

1. жароҳат соҳасидаги тортувчи оғриқ, шу соҳа мушакларини тортилиши.

2. кучли терлаш тана ҳарорати кўтарилишига мос келмайди.

3. баъзан белда оғриқлар

- Юз ва бошнинг БХИ даги хусусиятлари.

- Юз ва бош тўқималарида қон айланиш юқори даражада, инфекцияга қаршилиги юқори, шу сабабли жароҳат соҳасини тежамкорлик билан кесиш мумкин. Жароҳатларга кеч ишлов берилган бўлиши, операция чок қўйиш билан тугаши мумкин.

- Жароҳат битиши патогенези.

- Жароҳат битишида некротик тўқиманинг, қон, лимфани сўрилиши, яллиғланиш реакцияси натижасида жароҳат тозаланади. Жароҳат қирғоқлари бир бирига яқинлашади, ёпишади—бирламчи битиш. Шу билан бирга бириктирувчи тўқимани кўпайиши, чандиқ ҳосил бўлишига ёрдам беради. Иккала томонда томирларнинг бир бирига томон ҳосил бўлади, у фибрин лахталарини ўсишини, яра деворларини ёпишишини тامينлайди. Шу билан бирга эпителийнинг кўпайиши бўлади, у чандиқ тўқиманинг устидан юпқа қават ҳосил қилади, кейинчалик тўлиқ эпителий қавати ҳосил бўлади. Шу заилда инфекция ривожланмасдан жароҳатнинг бирламчи битиши бўлади. Жароҳат қирралари орасидаги масофа узоқ бўлиши ёки йирингли инфекция жароҳатни грануляция билан ёки иккиламчи битишига олиб келади.

- Оёқ, тана, кафтарнинг БХИ усуллари:

- Оёқ ва тана жароҳати микрофлора билан ифлосланиши ва кўпинча хирургик инфекция асоратларига олиб келади, шу сабабли зарарланган тўқимани катта кесилади. Жароҳатга ишлов берилгач бирламчи чоклар қўйиш фақат ерта вақтда (8-12соат) ва доимий стационар кузатувда рухсат берилади. Қўл кафти тозалашда максимал тежамкорлик билан фақат ўлган тўқимани олиб ташлаш керак.

- Қоқшол профилактикаси ва уни даволаш.

- Махсус актив-пассив антитоксик профилактика. Бу қоқшол анатоксинига иммунитетни оширишга қаратилган. Актив иммунизацияда қоқшолга қарши анатоксин (1 мл, 3 ҳафтадан сўнг 1,5 мл 3 ҳафтадан сўнг яна 1,5 мл анатоксин) ва албатта жароҳатдан сўнг мушак ичига 1500-3000АЭ дозада қоқшолга қарши зардоб юбориш керак.

Пассив қоқшолга қарши иммунизация мақсадида гамма-глобулин қўлланилади. Таркибида катта миқдорда қоқшолга қарши антитоксин сақлайди. Бир марталик доза катталар ва болалар учун 10мл, мушак орасига юборилади.

Номахсус профилактика. Жароҳат соҳасини микроблардан тозалаш яъни замонавий бирламчи хирургик ишлов беришдан иборат.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

1. 5 тажароҳаттуриникўрсатинг.

- Лат ейиш
- Кесилган
- Чопилган
- Ўқ теккан
- Тишланган
-

2. Бирламчи жарроҳлик ишловини беришга кўрсатмалар:

- травмага кўпи билан 6 соат бўлганлиги
- тоза жароҳат
- текис қиррали
- жароҳат очик бўлиши
-

3. Жароҳат битиши кетма-кетлигини кўрсатинг:

- гидротация
- дегидротация
- грануляция ҳосил бўлиши
- эпителизация
- чандиқланиш
-

4. Кесилган жароҳат учун хос бўлган 4 белги:

- қирралари текис
- қирралари тўғри
- жароҳат кўп миқдорда қонаши
- жароҳат атрофи тўқималари зарарланмаган.
-

5. Янги жароҳатни хирургик даволашнинг принспларини кўрсатинг:

- яра қирраларини кесиш
- қон тўхтатиш
- жароҳатга чок қўйиш

6. Куйдирувчи оғрик, қизарган соҳада қизиш ҳисси, аниқ чегарали яққол гиперемия, юқори тана ҳарорати қайси касалликга хос?

а. сарамасли яллиғланиш*

б. флегмона

в. абцесс

д. сибир яраси.

7. Кучли, азобли, пулсацияловчи, уйқу бузадиган даражада бармоқдаги оғрик, қўлни кескин бўшатганда оғрик кучайиси қайси касалликга хос.

а. тери ости панарицияси*

б. сарамасли яллиғланиш.

в. Рейно касаллигида

д. тери панарицияси

8. Беморнинг бўйин орқа қисмида тўқ қизил рангли яллиғланишли кўп миқдорда елак каби нуқтасимон тошмалар бор. Анализларда: қанд 12ммол/л, лейкоцит–11. 0 ЭЧТ–20 мм/с.

Беморда қандай касаллик?

А. карбункул*

Б. Сибир яраси

С. флегмона

Д. фурункул

9. умумий ахвол ёмонлашиши, барча бармоқда қотиб қолувчи, пулсацияловчи оғрик, бармоқлар аро бурмаларнинг бир текс шиши нимага хос:

- А. тери ости панарицийси
- Б. суяк панарицийси
- С. пай панарицийси *
- Д. бўғим панарицийси

10. Кафтнинг тенар ва гипотенар соҳасида кескин оғриқ ва шиш, кафт бурмалари текисланган, палпацияда кескин оғриқли. Қайси касалликга хос:

- А. кафт апоневроз усти флегмонаси
- Б. бармоқлар аро флегмона
- С. тенар соҳаси флегмонаси*
- Д. гипотенар соҳаси флегмонаси.

11. Маститда нима учун радиар ва яримойсимон кесимлар ўтказилади? (нотўғри жавобни кўрсатинг)

- А. сут йўллари жароҳатламаслик учун
- Б. қон томирларни жароҳатламаслик учун
- С. йирингни яхши чиқариш учун
- Д. нервларни зарарламаслик учун*

12. Абцесснинг асосий белгилари:

- А. терининг қизариши
- Б. қизариш соҳасида оғриқ
- С. тана ҳарорати кўтарилиши
- Д. флюктуация симптоми*

13. одатда фурункулни нима чакиради:

- А. стрептококк
- Б. стафилококк*
- С. гонококк
- Д. кўк йиринг таёқчаси

14. кўпинча гидрааденит кўзгатувчиси:

- А. стрептококк
- Б. протей
- С. стафилококк*
- Д. кўк йиринг таёқчаси

15. абцесс инфилтратдан қандай фарқланади.

- А. оғриқ
- Б. гипертермия
- С. флюктуация*
- Д. тери гиперемияси

16. қандли диабетли бемор, инсулин қабул қилади, йирингли жароҳатни даволашда:

- А. протеолитик ферментларни қўллашга кўрсатма ҳисобланади. (трипсин, химотрипсин)*
- Б. ферментларни қўллашга кўрсатма йўқ
- С. фермент қўллаш индивидуал ҳал етилади.
- Д. юқоридагиларнинг барчаси.

17. ўткир мастит сероз босқичи бошланшида қўлланилмайди:

- А. кесим*
- Б. сут димланишини олдини олиш
- С. антибактериал терапия
- Д. ултратовуш терапия

18. қуйидаги панариций турлари бор. Нотўғриси танланг:

- А. тери
- Б. тери ости
- С. пай
- Д. кафт*

19. Чап кафт 3- бармоқ асоратланган тери ости панарицийсида қуйидагилардан қайсилари бўлмайди:

- А. пай панарицийи
- Б. суяк панарицийи
- С. бўғим панарицийи
- Д. билак флегмонаси*

20. 5- бармоқ 2-фалангийсининг тери ости панарицийи хавфли томони, нотўғриси танланг:

- А. тендовагинит ривожланиши
- Б. букувчи бармоқ пайи некрози
- С. билак флегмонаси ривожланиши
- Д. ўпканинг ёғли эмболияси *

21. фурункулнинг биринчи яллиғланиш фазасини даволашда қуйидагилар қўлланилмайди:

- А. фурункул атрофини новокаинга еритилган антибиотик билан ўралади.
- Б. физиотерапияУВЧ
- С. яллиғланиш ўчоғини очиш *
- Д. юқори каллорияли овқатланиш.

22. фурункул давосида қуйидагилар қўлланилмайди:

- А. атроф терини 70° спирт билан артиш.
- Б. некроз бўлганда – езиш ва ош тузи билан гипертоник еритмали боғлам қўйиш*
- С. яллиғланиш инфилтрата атрофига новокаинли пенициллин билан ўралади
- Д. сульфаниламид препаратларини ичиш

23. бўйин карбонкулида қуйидагилардан қайсилари қўлланилмайди:

- А. Вишневский мази билан иситувчи компресс қўйиш
- Б. мушак орасига антибиотик
- С. сульфаниламид препаратларини ичиш.
- Д. витаминотерапия

1. Бемор Х. 40 ёш. Қабул бўлимига чап болдир соҳасида оғрик, шиш, қизариш, қаварчиқлар тошиши ва тана ҳарорати кўтарилшига шикоят қилиб келди. Сўзидан бкундан бери касал. Касаллигини микротравма билан боғлайди.

1. сизнинг ташхисингиз?
2. сизнинг тактикангиз
3. қандай даво тавсия қиласиз?

№	Жавоби.	Балл (макс 10)
1.	Чап болдирнинг инфицирланган жароҳати. Асорати: сарамасли яллиғланиш, буллез шакли.	4
2.	Йирингли хирургия бўлимига шошинч госпитализация қилиш	3
3.	Маҳаллий мазли боғлам, антибиотиклар, инфузион терапия	3

2. Бемор Л. 35 ёш. Пневмония билан касалланган, цефалоспоринлар қаторидаги антибиотиклар берилди. Инекциядан 1 саотдан сўнг беморда иситма, ҳолсизлик, бош оғриғи, мушакларда

оғрик, терида оғриқ пайдо бўлди. Тўсатдан тана ҳарорати 39 – 40°C гача кўтарилди, доғсимон характерли тошмалар тошди, оғиз, бурун ва кўз шиллик қаватларига пуфакчалар тошди.

1. Қандай асорат ҳақида ўйлаш мумкин?
2. сизнинг тактикангиз.
3. қандай даво тавсия қиласиз?

№	Жавоби	Балл (макс 10)
1.	Токсико-аллергик буллез эпидермалнекролиз ёки Лайелла синдроми медикаментоз этиологияли.	4
2.	Шошинч реанимация бўлимига ўтказиш (ёки аллергология бўлимига), юрак-томир, нафас, жигар, буйрак системаларини ҳолатини кузатиш.	3
3.	Катта дозаларда глюкокортикостероидлар, антигистамин препаратлари, метаболитлар, синдромал терапия (кўрсатма бўйича некрэктомия).	3

3. Бемор Н. 52 ёш. Қорин пастки соҳасида оғриқ, кўнгли айниши, қушиш, тана ҳарорати кўтарилиши 40°C гача, перианал соҳада қизаришга шикоят қилиб келди. Сўзидан 12 кундан бери касал. Касаллигини ҳеч нарса билан боғламайди. Бемор терапевт, инфекционистга мурожаат қилган ва ўз касалликларини инкор қилган. Охириги 2 кундан бери қорин пастки соҳасида оғриқ ва перианал соҳада қизариш, тенезмлар безовта қила бошлаган. УТТда Дуглас бўшлиғида 80. 0мл атрофида еркин суюқлик аниқланди.

1. Сизнинг ташхисингиз қандай?
2. Сизнинг тактикангиз?
3. Қандай даво буюрасиз?

№	Жавоблар.	Балл (макс 10)
1.	Пельвиоректал парапроктит	4
2.	Шошинч йирингли хирургия бўлимига госпитализация қилиш.	3
3.	Йирин бўшлиғини катта кесим билан очиш ва дренажлаш, антибиотиклар, инфузион терапия, оқсил препаратлари, витаминлар, симптоматик терапия.	3

4. Бемор Х 45 ёш, 5кун олдин чап оёқ 5- бармоқ ташқи юзаси микротравмасидан сўнг товон териси ва тиззада томир йўли бўйлаб қизариш йўлакчаси пайдо бўлди, жароҳат соҳасида гиперемия, шиш, оғриқ, ҳарорати ошиши аниқланди.

1. Сизнинг ташхисингиз қандай?
2. Сизнинг тактикангиз?
3. Қандай даво буюрасиз?

№	Жавоблари.	Балл (макс 10)
1.	Чап товон 5- бармоғи ташқи юзаси инфицирланган яраси. Асорати : Лимфангит.	4
2.	Йирингли хирургия бўлимига госпитализация қилиш.	3
3.	Инфицирланган жароҳат санацияси, антибиотиклар, маҳаллий мазли боғламлар, симптоматик терапия.	3

5. Бемор У 35 ёшда. Узини уйда бир соат олдин” кўшнисини” ити тишлаган. Ахволи қониқарли. Локални: Унг болдир соҳаси урта учлигида 5 та тишланган жароҳат ўлчами 4 см атрофида қирралари нотекис, бурчаклари утмас, жароҳат тубида ёғ туқимаси қуриниб туради. Қурганда қон кетиш йўқ.

1. Сизни диагнозингиз?

2. Сизни тактикангиз?
3. Қанақа даво тавсия қиласиз?

№	Жавоб	Балл (макс 10)
1.	Болдирни орқа юзасида у/3 да тишланган жарохати. Ит «Д».	3
2.	Госпитализация қилинади йирингли хирургияга.	3
3.	Ифлосланган жарохатни санация қилиш, 20% совунли раствор, боғлам, . СА-0,5 мл т/о, кутиришга қарши вакцина, антирабик гамма глобулин, рифампицин 150 мг 1 таб* 2 марта	4

	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалийқисм

Жарохати бор беморларни курацияси ва тахлили. Гурух икки кичик гурухга бўлинади.

Биринчи гурух – кўкрак қафасида санчилибгкесилган жарохати бор бемор.

Иккинчи гурух – қорин олдинги деворида санчилиб- кесилган жарохати бор. Сўнгра курация учун. Беморлар билан, лаборатория текширув натижалари ва УТТ хулосалари билан танишишга вақт берилади. Курация тугагандан кейин ўқитувчи беморларни тахлил қилади, дифференциал диагностика, лаборатория, УТТ, рентген текшируви натижаларини тахлил қилади. Беморларни тахлили жараёнида қуйидаги амалий кўникмалар бажарилади: объектив кузатув маълумотларини, лаборатория, УТТ рентген текширувлар натижаларини тахлил қилиш. Бирламчи жароҳлик ишлови. Кўрсатиладиган ёрдам хажмини аниқлаш. УАШ тактикаси.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

6. Билим, кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

7. Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	Яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
3	Кейс-стади	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
4	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
5	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Тери жароҳатлари тушунчаси, классификацияси, диагностика, дифф. диагностика, диагностика алгоритми, к даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Тери жароҳатлари тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифф. диагностика, диагностика алгоритми, даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. битта хатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Тери жароҳати тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифф.

			<p>диагностика, диагностика алгоритми, механик сариқлик даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Ситуацион масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба тери жароҳатлари тўғрисидаги тушунчани, симптомлари, классификацияси, диагностика, дифф. диагностика, сабаблари, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба классификацияси, диагностика, дифф. диагностика, беморларни даво тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, ситуацион масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.</p>
6	71-75%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба тери жароҳатлари классификациясини билади, лекин дифф. диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда хатоликларга йўл қўяди, ситуацион масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.</p>
7	66-70%	Қониқарли “3”	<p>Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Қасаллик моҳиятини, классификациясини, сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва сариқлик дифф. диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда</p>

			қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. классификациясида ва сабабларида адашади. Сариклик дифф. диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмини ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Ситуацион масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифф. диагностикасида ва алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни хато ечади.
10	54% дан паст	Қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифф. диагностикасини, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

15. Машғулотнинг хронологик харитаси

16.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари била таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунинг тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа

		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар:
1. Жароҳат тушунчаси.
2. Жароҳатлар классификацияси.

роҳатлар классификацияси.

3. Қон тўхтатиш жгутини ўрнатиш.
4. Жароҳатга бирламчи жаррохлик ишлови тушунчаси.
5. Бирламчи жаррохлик ишловига қарши кўрсатмалар.
6. Қоқшол тушунчаси.
7. Қоқшолни специфик профилактикаси (қутуриш).
8. Бирламчи кечиктирилган ва иккиламчи чоклар ҳақида тушунча.

Саволларга жавоблар.

1. Тери қопламини очиқ шикастланиши деб (тери ва шиллик пардалар) очилиб турувчи шаклларига этилади ва бу ҳолларда чуқур жойлашган тўқималар жароҳати инкор этилмайди.
2. Ҳозирги пайтда жароҳатларнинг бир неча классификациялари мавжуд. Тўқималардаги жароҳат характериға кўра:

1. санчилган.
2. кесилган.
3. чопилган.
4. эзилган
5. йиртилган
6. тишланган
7. ўқ жароҳатлари.

Жароҳат сабабига кўра:

1. Операцион (режалаштирилган).
2. Тасодифий.

Жароҳатнинг ифлосланганлигига кўра:

1. асептик.
2. ифлосланган.
3. йирингли.

Бўшлиқларга нисбатан:

1. Бўшлиқларга кирувчи.
2. Бўшлиқларга кирмайдиган.

Бундан ташқари оддий ва асоратланган жароҳатларга ажратилади. Охиргисида тўқималарнинг кўшимча жароҳатлари (захарланиш, куйиш) ёки юмшоқ тўқималар жароҳати билан бирга суяк, бўшлиқ аъзолар жароҳати бўлади.

3. Қон тўхтатиш жгутлари кўпи билан 2 соатга қўйилади. Артериал қон кетишда жароҳат жойидан юқоридан (проксимал), веноз қон кетишда пастдан.

4. Бирламчи жаррохлик ишловида қон доимий тўхтатилади. Ўлган тўқималар кесиб олиб ташланади, антисептик эритмалар билан ювилади, чоклар қўйилади.

5. Бирламчи жаррохлик ишловига қарши кўрсатмалар:

1. умумий ахволнинг оғирлиги (шок коллапс ва х. к).

2. жароҳатда йирингли инфекциянинг ривожланиши.

6. Қоқшол специфик ўткир инфекцион касаллик. Анаэроб спорасимон *Сl. tetani* чақиради. У ишлаб чиқарувчи экзотоксин тетаноспазмин ва тетаногемолизиндан иборат. Тетаноспазмин нерв системасига таъсир этиб кўндаланг мушакларни тоник ва клоник титрашларига сабаб бўлади. Тетаногемолизин эса эритроцитларни нобуд қилади.

7. Специфик актив-пассив антитоксик прфилактика. У қоқшол анатоксинига қарши иммунитетни кучайтиришга қаратилган. Қоқшолга қарши анатоксин билан актив иммунизация қилинади (1 мл. 3 haftaдан кейин, 1.5 мл ва 3 haftaдан кейин яна 1,5 мл анатоксин) ва мушак ичига албатта 1500-3000 АЕ қоқшолга қарши зардоб хар гал жароҳат олганда. Актив-пассив иммунизация қилиш, ва жароҳатга эрта актив хирургик ишлов бериш қоқшолни тўлиқ олдини олиш имкониятини беради.

8. Агар бирламчи чок қўйишга қарши кўрсатмалар бўлса жароҳатга ишлов бергандан сўнг кечиктирилган бирламчи чоклар қўйилади. Жароҳатга чок ўткизилади. Лекин бир неча кунга ўткир инфекция ривожланиши хавфи ўтиб кетгунча боғланмасдан қолдирилади. Бу вақт ўтгандан кейин чоклар тортиб тикилади.

Бирламчи ишлов пайтида тикилмай қолдирилган жароҳатлар грануляцион тўқима билан тўлгач бу тўқимани кесиб ёки қисман кесиб иккиламчи чоклар қўйиш мумкин

11. Адабиётлар:

1. Каримов Ш. И «Хирургик касалликлар» Т. 2005
2. Каримов Ш. И «Хирургические болезни» Т. 2005
3. Наврузов С. Н. «Хирургические болезни» Т. 2004
4. Савельев В. С. «Хирургические болезни» (2х томах) М. 2006
5. Кузин М. И. с соавт. Хирургические болезни М. 1987
6. Кузин М. И. Раны и раневая инфекция, Москва, 1990

Қўшимча:

1. Аюпян В. Г. «Хирургическая гепатология» М. 1982
2. Данилов М. В Федоров В. Д. «Хирургия поджелудочной железы» М. 1995
3. Дедерер Ю. М. Желчекаменная болезнь» М. 1983
4. Конден Р. И Найхус «Клиническая хирургия» М. 1995
5. Дж. Мёрта «Справочник врача общей практики» М. 1998
6. Назиров Ф. Г. Гадаев А. Г. «Руководства для врачей общей практики»
7. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. ТМА. 2006
8. Аталиев А. Е. «Учебное пособия по проведению практических навыков хирургического профиля» Т. 2003
9. Х. Олден « Секреты хирургии» перевод с англ. М. 2004 г
10. Гостищев В. К. Оперативная гнойная хирургия . --- Москва ,1996
11. Гостищев В. И. , Общая хирургия. Москва, 2003
12. Завад Н. В. Хирургический сепсис, Минск, 2003
13. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т. 2003 г.

Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши. Таснифи. Куйишнинг ва совук уришнинг даражалари, клиника ва касаллик боскичлари. Дифференциал ташхис ва даволаш. УАШ тактикаси. Биринчи тиббий ердам. Кокшол профилактикаси. Реабилитация.

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №3

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу№3:Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши. Таснифи. Куйишнинг ва совук уришнинг даражалари, клиника ва касаллик боскичлари. Дифференциал ташхис ва даволаш. УАШ тактикаси. Биринчи тиббий ердам. Кокшол профилактикаси. Реабилитация.

Вақт: 327 дақиқа	Талабалар сони:8-10
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Амалий машғулот
Ўқув машғулотининг тузилиши	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3.Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> -Кейс-стади -Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.
Ўқув машғулоти мақсади:	<p>Беморни мустақил куришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш. - Экстремал ҳолатларга мустақил ташхис қўйиш ва шошилишч ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Олдиндан ташхис қўйиш, диф. Ташхис бажариш; - Беморни текширув усулларини ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Тери ва тери ости ёғ клечаткаси йирингли касалликларининг даволаш усулларини ўрганиш. (флегмона, чипқон, ҳасмол ва бошқ.) - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш. . - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> - Иситма ҳақида тушунча, иситма турлари ва таснифи. • Иситма билан кечувчи турли маҳаллий хирургик инфекцияларнинг этиопатогенези • Иситма ва иситмадан кейин организмда бўладиган ўзгаришлар.
Талаба бажариши шарт:	<p>Маҳаллий хирургик инфекция билан беморларда клиник текширув ўткази олиш</p> <p>Маҳаллий хирургик инфекция билан беморларни госпитализация қилиш меъзонларини аниқлаш.</p> <p>Тана харорати ва бошқа текшируа натижаларини</p>

	<p>хисобга олиб, клиник ташхис шакллантириш ва асослаш</p> <ul style="list-style-type: none"> - диспансер кузатуви олиб бориш - Касбий сўров ва кўрик - Турли кўринишдаги маҳаллий хирургик инфекциялар орасида таққослама ташхис ўтказиш. - Тана хароратини аниқлаш. - Вақтга, истеъмом қилинган овқатга ва бошқаларга боўғлиқ бўлган тана хароратининг ошишини баҳолаш. - Қандли диабетли беморлар ҳолатини баҳолаш. - Юмшоқ тўқималар йирингли касалликларида операцияга кўрсатмани аниқлаш.
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиришга. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартиш ва жароҳат, инфекция, БЖЁ га ёрдам кўрсатишда МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабаларнинг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: Йирингли хирургик касалликлар клиникаси тўғрисида билимларни кенгайтириш ва мустаҳкамлаш. Иситма билан беморларни клиник текширувда кўникмаларга эга бўлиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш; - олдинга ташхисни қўйиш ва дифференциал ташхис; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; <p>УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси</p>
Ўқитиш усуллари	Маъруза, мия штурми, тарих, кўрсатма, демонстрация, видео усул, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатадига ўйин, Кейс-стади.
Машғулоти ташкил қилиш шакллари	Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, биттилик ўйин
Ўқитиш манбалари	Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.
Ўқитиш жойи ва шароити	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғлам ва ташмирхонада. Мавзу бўйича беморларни амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Ситуацион топшириқ, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, п интернет материллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини ташмир қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

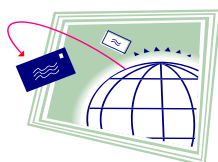
--	--

Машғулотнинг технологик харитаси №3

Мавзу 3: Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши. Таснифи. Куйишнинг ва совук уришнинг даражалари, клиника ва касаллик боскичлари. Дифференциал ташхис ва даволаш. УАШ тактикаси. Биринчи тиббий ёрдам. Кокшол профилактикаси. Реабилитация.

Иш боскичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-боскич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>2.1. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>2.2. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>2.3. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>2.4. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>2.5. Танаффус.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-боскич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўлларини аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилади.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони хал қилган</p>

<p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш.</p> <p>Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.</p>	<p>ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади.</p> <p>Беморларни кўрганлиги ҳақида ва таъхисни асослаш ҳақида ҳисобот.</p>
<p>3- қисм</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб олишади.</p>



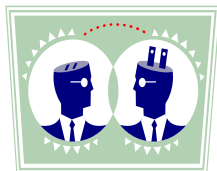
1. Ўқитиш шaroити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси: РШТЁИМ Бух Филжарроҳлик бўлимлари, клиник лабораториялари;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



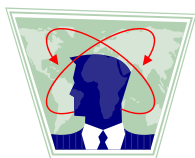
1. 1. Мотивацияси

Хозирги замон жаррохлигида куйиш касаллигини даволаш долзарб масалалардан бири булиб хисобланади. Адабиетларда келтирилган маълумотларда куйиш умумий жароҳатланишнинг 30% ташкил этади. Саноат кенг тараккий килганлиги сабабли куйиш ишлаб чикариш травмалари орасида 12 % ни ташкил этади. УАШ куйишнинг хамма турларини чукур билиши ва тугри биринчи ёрдамни курсата билиши шарт.



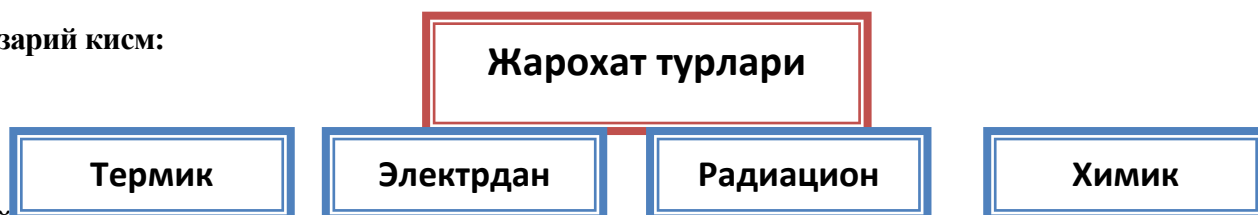
1. 2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, патанатомия, патофизиология, клиник фармакология, гастроэнтерология, Юқумли касалликлар, эндокринология, жарроҳлик, онкология, анестезиология и реаниматология.



2. Дарсинг мазмуни

Назарий қисм:



Куйишни оғирлиги тўқималарни куйиш чуқурлигига ва тери майдонига қараб баҳоланади. Қанча тери кийиш майдони катта ва чуқур бўса шунча оғир хисобланади.

Танани 15 % дан куп қисми куйса куйиш касаллиги дейилади. Болалар ва катталарни юз қисми куйса у курсаткич

Пасаяди.

КУЙИШ ТАСНИФИ

Куйиш чуқурлигини аниқлашда унинг даражасига аҳамият берилади. М. Буайе (1814) уч даражани таклиф килган. Бу таснифга 150 йил амал қилинди. Циглер (1889) ва Крейбих (1927) эса 4 ва 5 даражага бўлдилар.

Куйиш чуқурлигини аниқлашда унинг даражасига аҳамият берилади. М. Буайе (1814) уч даражани таклиф килган. Бу таснифга 150 йил амал қилинди. Циглер (1889) ва Крейбих (1927) эса 4 ва 5 даражага бўлдилар. Сўнг пайдо бўлиши мумкин ёки бу давр дастлабки 6 соатни ташкил қилиши мумкин. Куйишнинг битиши эпителий регенерациясидан вужудга келиб, чандиқсиз битади. II даражали куйиш қайноқ сув ёки буғ таъсирида юзага келади.

III даражали куйиш. Қизиган буюмлар ёки аланганинг бевосита таъсиридан нафақат тери, балки унинг чуқур қаватлари ҳам зарарланади. III даражали куйишда терининг хамма қаватидан ўтиб, сўрғич қавати ҳам шикастланади. Терининг баъзи бир жойлари пуфакчалар билан қопланиб, улар рангсиз, қорароқ ва тимқора бўлади. Шикастланган жойда гиперестезия пайдо бўлади. Ўлган тўқималар қорақўтир ҳосил қилиб, у тирик тўқималардан ажралади ва демаркацион чизиқни ҳосил қилади. Агар куйиш зонасида шиш бўлса, бу ҳолда касаллик енгил кўчади, жароҳат оролча-оролча бўлиб, ўз-ўзидан битади ва терини кўчириб ўтказишга ҳожат бўлмайди. Ша даражали куйиш, агар жароҳат йирингламаса, грануляция ҳисобидан нозик чандик билан битади.

III даражали куйишда терининг сўрғич қаватидан ташқари, тери ости ёғ клетчаткаси ҳам зарарланади. Тери оқ-қулранг бўлиб, гипостезия ва анестезия рўёбга келади. Бу даражадаги куйиш кўпол келлоид чандиқлар ҳосил қилади Қенг куйган чандиқлар ўртасида узоқ вақт битмайдиган яралар ҳосил бўлади, атрофида склеротик тўқималар, бу яраларда кўпинча хавфли ўсма — карцинома пайдо бўлади.

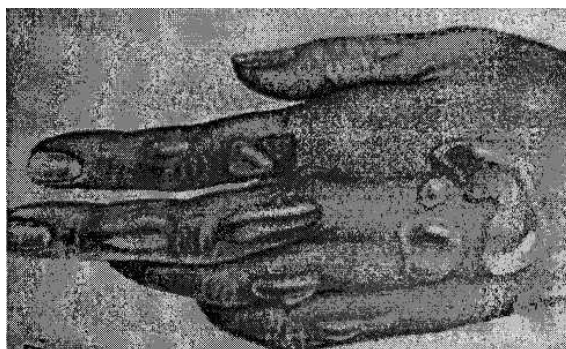
Юзаки куйиш билан чуқур куйишни игна санчиб аниқласа бўлади, чуқур куйишда оғрик сезилмайди.

IV даражали куйишда чуқур тўқималар, ҳатто суяклар ҳам зарарланади. Бу жароҳатлар ўзи битмайди, тўқималар қора, кўмирга айланади, чуқур некрэктомияни, ампутацияни талаб қилади.



Куйиш 1 даражаси кизарган ва тўқима шишган куйдирувчи оғрик булиб фақат эпидермис зарарланади

Расм № 1



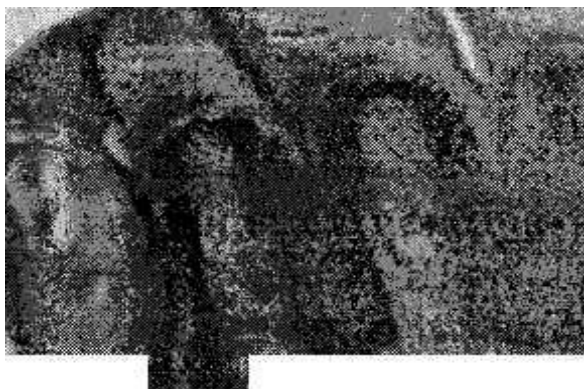
Куйиш 2 даражаси чуқурроқ куйган, томир қавати сақланган. Симптомлари 1 даражага ухшаш терида пуфакчалар ҳосил булган эпидермисда. Ичида сероз суюқлик булади.

Расм № 2



Пуфаклар куйгандан кегин ёки бир сутка ичида хосил булади.

Расм № 3



Куйиш 3а,б даража терини юзасида куйиб некроз куриш мумкун.

Расм № 4



Куйиш 4 даража некроз билан бирга хамма қаватлар куйган.

Расм № 5

Куйиш шоки — куйиш пайтидан бошланиб, шикастланишдан сўнг 1—2 сутка давом этиши мумкин. Бунда эректел фаза кучли кечади. Ҳаддан ташқари кўп нерв рецепторларининг таъсирланиши натижа-сида оғир ҳолларда ўлимга олиб келиши мумкин. Бир неча соат ўтгач ноҳуш бўлиб, бемор атроф муҳитга бефарқ бўлади, клоник тиришиш ва делирий юзага келади.

Куйиш шокини даражалари

- Енгил куйиш шоки умумий 10-20% майдони куйган [чуқур куйган майдон 10%], жароҳатни оғирлик индекс [И. Ф.] – 40-60 единиц, индекс Бо – до 60 единиц.

- Оғир куйиш шоки 40-50% майдони куйган [чукур куйган майдон 20-30%].
- Ута оғир куйиш шоки 60-70% майдони куйган [чукур куйган майдон 30% дан куп].

Куйиш касаллигини клиникаси. Бемор холсиз, кунгил айниши, қайт қилиш, судороги, тана хароратини тушиши, совуқ тер босади. Қон босими тушади, пулс кучсиз секинлашган. Жигар ва буйракда функцияни бузилишлар, шиллик қаватларга қон қуйилишлар, ОИТ шиллик қаватларда яралар хосил булади. Моддалар алмашинуви бузилади, ацидоз, гипохлоремия, кислоталик пасаяди.

Қонда кузатиладиган ўзгаришлар.

Махалли ўзгаришлар куйиш вақтида қуйдаги кетма кетликда кетади: шкастловчи агент гиперемия чақиради яллиғланиб эксудат ажратилади, шиш ривожланади. Тана харорати жуда юқори бўлади ёки қон айланиши бузилади. Нерв охирлари қўзғалиб кучли оғриқ чақиради.

Куйиш юзасини баҳолаш. Оддий усул хисобланиб – «правила девятки» анатомик қисимларга ажиратилади, хар бир қисим 9% дан хисобланади: бош ва бўйин-9%; олд ва орқа юза 18%; куллар 9%; оёқлар 18%; оралик ва жинсий азолар-1%.

Даво.

1. Куйиш касаллигини этиологик, патогенетик ва симптоматик даволаш.
2. Нафас йулларида куйиш булса интубация қилинади.
3. Инфузион терапия. Оғир куйишларда (20% дан куп куйганда) курсатма хисобланади.
4. Махалли обработка антисептиклар эритмалар билан, антибактериал препаратлар, некроз тўқималарни олиб ташлаш.
5. Назогастрал зонд ва анестезия қилиш (наркотик анальгетиклар билан)
6. Қоқшолдан профилактика

Куйиш шокида инфузион давони принципи. Мақсад – гемодинамикани яхшилаш қонни қавушқоқлигини тиглаш, сув-электролитлар балансини тиклаш, микроциркуляцияни тиклаш ҳамма ёшда 15% дан куп куйса инфузион терапия қилинади чуқир куйган 10% булса ҳам қилинади.

КУЙИШДА БИРИНЧИ ЁРДАМ

Биринчи ёрдам одатда камдан-кам тиббиёт ходимлари томонидан бажарилади. Бу ҳолда асосий вазибалардан бири зарарланганни ёнғиндан олиб чиқиш, ёнаётган соҳани ўчириш ёки қуяётган кийимни ечиб олишдир. Қийимни тез ўчирмоқ даркор, бунинг учун шикастланганни чойшабга тез ўралади, ёки бу мақсад учун қалин матони ишлатса ҳам бўлади. Куйган жойдан кийимлар кесиб олинади, дастлабки 20 дақиқада куйган сатҳлар совуқ сув билан чайилади, ёки ботириб турилади. Бу ёрдам таъсирида оғриқ камаёди, травматик шокнинг олди олинади. Қейинчалик куйган жойлар спирт билан артилиши мумкин. Сўнгра куйган сатҳни тоза чойшаб ёки узунасига кирқилган, иложи бўлса, дазмолланган кийим-кечак билан ўралади. Қуруқ, имкон борича стерилланган боғлам ишлатилгани маъқул. Кейинги вақтларда биринчи ёрдам сифатида металл боғламлар — металл фольга яхши ёрдам бермоқда.

Шунингдек махсус аэрозоллар (олазол, ампровизоль, пантенол, олеол кўпик ҳосил қилувчи аэрозоль+ценовокаин+диоксидин) ва оғриқ қолдирувчи моддалар ишлатилади.

- А). Нафас йулларини тиклаш
- Б). Хаётий муҳим азоларни ишини баҳолаш ва тана хароратини баҳолаш.
- Г). Катта веноз катетир урнатиш.
- Д). Инфузия эритмаси Рингер лактат.
- Е). Куйиш майдонини баҳолаш.
 - Ж). инфузион терапия учун қилинган эритмаларни хисоб китоб қилиш
 - З). Мочевой катетер урнатиш.
 - И). Назогастрал зонда урнатиш (25% ортик куйганда)
 - К). Седатив воситалардан бериш ҳолатга қараб доза оширилади.
 - Л). Қоқшол профилактикаси.
 - М). Бемор госпитализация қилиш.
 - Курсатма госпитализацияга:

- Катталарда 2-даражали куйиш 15% куп тана.
 - Болалар 2-даража 10% куп тана.
 - Куйиш 3-даража 2% куп тана.
 - Нафас йуллари куйганда. Ожог
 - Юз куйса, иккала кул. Иккала оёқ куйса.
 - Электрдан куйса.
- Группа рискга кирган (3-ёшдан кичкина ёки 65 ёшдан катталар); ёндош касаллиги бор бўлса.

Инфузионной терапии формуласи

- формула №1 таклиф қилган [Карваял Х. Ф. , Паркс Д. Х. 1990г] V [инфузия хажми]=2-4 мл х %ОПО х МТ, с поправкой Л. Е. Gelin [цит. по Х. Ф. Карваял, Д. Х. Паркс 1990г] енгил куйиш шоки таркиби 2, оғир холатда 2,5, ута оғир холатда– 3 мл.
 - формула №2 таклиф қилган В. Г. Сологубом [1978г.] ва тадбиқ қилган А. Г. Климовым [1998г.] $V=2$ мл х [МТ х ИТП], хажм юзаси ИТП зарарланган 1% п. т. Куйиш I-Даража 1 балл, II даража – 1,5 ва III б-IV даража 3 балл.
 - формула №3 [Назаров П. И. с соавт. 1994г.] $V=3$ мл х %ОПО х МТ.
 - формула №4 [Рид А. П. , Каплан Дж. А. 1995г.] $V=2$ мл х %ОПО х МТ. Максимал катталиги ОПО бу формула 50% дан ошмаслиги керак.
 - Биринчи 24 соатда.
 - 1. Рингера с лактат эритмаси: суткалик миқдори= 4мл х бемор оғирлиги(кг)х куйган юза % да.
 - 2. Инфузия тезлиги 50% суткада бошда 8 соғатида қолган 25 % 8 соатда 25%и яна 8 соатда
 - 3. Коллоид эритма бошда 16- 24с. Одатда керак эмас
- Иккинчи 24 соатда.
- 1. Бемор куп суюқлик йуқотган шуни хисобига куплаб 5% глюкоз ва 0,9% NaCl. хар летирига 20 мзкв KCl кушамиз.
 - 2. Туртинчи 8 соатида коллоид эритмлар тоза плазму ёки 25% одам альбумини. Болаларга 12-16 соатда инфузияни бошлаш мумкин. Ўзгариш кузатилмаси дозаларни ошириш керак.

Мониторинг.

- А. Хуши ўзида
- Б. асосий физиологик курсаткичлар.
- 1. Систолика АБ 120 мм. рт. ст. дан баланд(катталарда)
- 2. ЧСС кам 120 зарб. 1 мин.
- 3. Тана харорати 37-39 С.
- 4. нафас сони 12-20 1 мин.
- В. Диурез
- 1. 1,0-2,0 мл/кг/с – болаларда
- 2. 0,5-1,0 мл/кг/с– катталарда
- Г. МВБ 5-10 см. сув. устун.
- Д. Анализ қон(электролит, албумин, глюкоза, креатинин)- нормада
- Е. Артериал қонда газ ва гематокрит – нормада.

ТЕРМИК КУЙИШ

Термик куйиш бошқа куйишлардан кўпроқ учрайди. Маҳаллий куйишнинг кучи ва кенглигини дарров аниқласа бўлади. Тўқиманинг 52°C дан ортиқ кизиши оксилларни қайтариб бўлмас коагуляцияга учратади. Қуйиш иссиқлик нури (куёш нури, ультрабинафша нурланиш, очик ёнғин), қизиган ҳаво (иссиқ газлар), тўғридан-тўғри иссиқ нарсаларга тегиш (қайноқ сув, қайноқ сув буғи, қайнаётган ёғ ва бошқалар, суюқ металл сочмалари) ёки аланга (ёнғиндаги температура 2000° — 3000°C гача) таъсирида вужудга келади. Куйишдан шикастланганлар умумий хирургик касалларнинг 2 % ини ташкил килади.

Биринчи ўринда куйишга аланга (45 % бензин ва тез аланга олувчи суюқликлар, газ) сабаб бўлади, кейин қайноқ сув ёки буғ (35%), иссиқ овқат ёки суюқликлар қабул қилиниши (10 %), чўғлатилган нарсалар (7 %) ва бошқа омиллар (куёш нурлари ва б.). Қўпинча оёқ куйишдан

шикаст топади (47%), калла, қўл ва тананинг бошка қисмлари бир хил миқдорда зарарланади.

Химик куйишлар.

- Куплаб химик моддалардан куйиш содир булади. Кислота ва ишқордан куп учраб оксил денатуратсия булиб коагуляцион некроз кузатилади.

Химический агент	Нейтрализующие средства
Щелочи	1% раствор уксусной кислоты, 0,5-
Известь	3% раствор борной кислоты
Соли металлов	20% раствор сахара
(азотнокислое серебро, медный купорос, хлористый цинк)	2-5% раствор двууглекислой соды
Плавиковая кислота	10-12% раствор аммиака
Карболовая кислота	Глицерин
Хромовая кислота	5% раствор гипосульфата натрия
Бром	Жженая магнезия
Фосфор	5% раствор гидрокарбоната натрия
Алюминий-органические соед.	Бензин, керосин
Фенол	40-70% этиловый спирт

Электр

- Куйиш энергияс
- В зави
- енгил
- урта о
- оғир(10% гача);
- ута оғир (10% дан куп).
- Комбинирланган радиацион – термик куйиш.

- Радиацион куйиш ядери портлашларда ва куёшдан.
- Куёшдан куйишлар ультрафиолетовых тулқин қиска .

Совуқ уруши

- Тўғридан тўғри паст харорат тасирида хужайралар аро суюқликларни музлаши кузатилади хўжайра ичи хам музлайди. “осмотик шок” ривожланади электролетлар алмашинуви бузилади.
- Совуқ уриши совуқ ховодан хисобига;
- траншейная оёқ;
- иммерсион оёқ;
- контакт совуқ уриш;
- **Совуқ уришини даражалари.**
- Iдаража, хамма ўзгаришларга этибор қаратиш керак.
- IIдаража, сариқ–суюқ пуфаклар.
- IIIдаража, геморрагик пуфаклар, у пуфаклар 5-6 суткада йиринглайди.
- IVдаража, оёқ қулларни учлари дистал қисмлари некроз булади.
- **Хирургик тактика**
- Тактика қуллашда асосий маментлар:
- Қўлланиш вақти
- ампутация даражаси;
- Чултоқ ўрнини тўлдириш.

Музлаш таснифи

I даража-тери оқарган (баъзида сианотик), шишган. Оғриқ, қичишиш, парастезия, совуқ урган соҳадаги оғриқ ўз-ўзидан 5-7 кун ичида йўқолади. Совуқ урган соҳаларни сувуққа сезувчанлиги

сақланиб қолади.

2 даража – гиперемияланган ёки кўқарган соҳаларда ҳар хил шаклдаги экссудатлар билан пуфакчалар ҳосил бўлади(эпидермисни базал қаватгача некрози), улар ўзидан кейин чандиқ ёки грануляция ҳосил қилмайди. Тузаалиш одатда 2-3 ҳафта давом этади.

3 даража- бошланғич реактив даврда геморрагик экссудат билан пуфакчалар ҳосил бўлади. Кейинчалик тери ва тери ости ёғқавати некрози пайдо бўлади. Тери тўқ қизил рангга, кейинчалик қора рангдаги қўтир ривожланади. Оғриқ хисси йўқолади. Некроз йўқолганидан со;нг ўрнида чандиқ ва грануляция қолади. тузалиш 1-3 ой давом этади.

3В даража – ҳамма қаватлар некрози, юмшоқ тўқима, суяк. Тери кўкиш тусда, баъзида геморрагик экссудатли пуфакчалар ҳосил бўлади. Оғриқ хисси ва капиллярдаги қон оқиш йўқ. Некрозга учраган соҳалар бир неча ой битмайди ва одатда ҳўл гангрена ёки бошқа инфекцион касалликлар билан асоратланади (флегмона, тендовагинит, остеомиелит), баъзан тўқималар мумификацияланади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм .Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№3 мавзу, 327дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Мавзу</i>	Тери коплами ва шиллик қаватларнинг термик ва химиявий жарохатланиши, совук уриши. Таснифи. Куйишнинг ва совук уришнинг даражалари, клиника ва касаллик боскичлари. Дифференциал ташхис ва даволаш. УАШ тактикаси. Биринчи тиббий ердм. Кокшол профилактикаси. Реабилитация.
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	17. Кейсни фикрга киритиш. 18. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 19. Муаммо ва мақсадни аниқ олдига қўйиш ва ечиш. 20. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 21. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 22. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 23. Хулоса.Талабалар олдига қўйилган муаммо ва мақсадни ечишига қараб баҳолаш.
Ўқиш мақсади: Беморни мустақил кўришни ўрганиш; -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усулларини ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни	

<p>ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.</p>	
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Йирингли хирургик касалликлар клиникаси тўғрисида • билимларни кенгайтириш ва мустаҳкамлаш. • Иситма билан беморларни клиник текширувдақўникмаларга эга бўлиш. • - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш; • - олдинга ташҳисни қўйиш ва дифференциал ташҳис; • - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; • УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси.
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2.Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	Талаба

Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг асосиди билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказилади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечиш йўллари эшитади. таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси.

III- қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.(илова №8)	Эшитади

Блиц-савол:

1. Куйишвакуйишқасллигисабаблари қандай?

- термик, кимёвий, електрик, нурдан

2. Тўққизликусулидакуйишзонасиқандайаниқланади?

- бошвабўйин-9% олдингиваорқақисм-18%; юқоризона -9%; пасткизона-18%; оралиқ-1%.

3. куйишзонасинианиқлашқандайусулларибор?

-“тўққизлик”, Джанелидзе, Вилявин, Постников

4 Куйишинечтадаржасибор?

- 4 даража

5. Совуқ уриш нечта даражадан иборат?

- 4 даража

1 -топшириқ**Эксперт варағи****1-гурух.**

1. Куйишдақаеркўпроқшикастланади.

2. Кимёвийкуйишлардакуйишчукурлиги

3. Антибиотиктерапиякуйганбеморларда

“Муаммоли ҳолат” жадвал тўлдилинг

Муаммо тури	Муаммо ҳолатини ҳосил бўлиш сабаблари	Муаммони ечиш йўли

2- гурух

1. Куйганзонаниампутациясигамутлаққўрсатма

2. Йирик бўғимлар термик куйганда илк кунлардаги клиник картина куйидаги белгилар билан характерланади

“Муаммоли ҳолат” жадвал тўлдилинг

Муаммо тури	Муаммо ҳолатини ҳосил бўлиш сабаблари	Муаммони ечиш йўли

2 - топшириқ

Терини физиологик вазифаларини айтинг	Куйишдатегидаги гурухпатологикўзгаришларни кўрсатинг:	3
---------------------------------------	---	---

“Т-схема” жадвални тўлдириш

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони
Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони

Гуруҳ руйхат	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммас и мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46- 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз,31 ва пасти – ёмон

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100% - 86%	85% - 71%	70-55%	54% -37%	36% ва паст
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

- Масала: Бемор35 ёшохирги 3
- ойдавомида қизилўгачдан овқатни ўтишига қийинлиги гаши қоят қилиб поликлиникага муружат қилди. Маълумки бемор 2 йил олдин беҳосдан бир култум сирка кислотасини ичиб юборган
1. Клиник картина белгиси қуйидагидан ташқари бўлиши мумкин
- кардиоспазм
 - қизилўгачни чандиклиторайиши
 - қизилўгачахалазияси
 - қизилўнагач чурраси диафрагма тешигидан
 - юқоридагиларни барчаси
2. Ташхисни аниқлаштириш учун Янада кенгроқ текширувлар керак
- кўкрак қафаси роентген тасвири
 - қизилўгачни контраст рентгенографияси
 - фиброзофагоскопия
 - иккиланган контраст усулида қизилўгачни текшириш
 - тўғри жавоб б) и в)
3. Беморни кейинги даволаш учун юбориш керак

- а) ЛОР бўлимига
- б) хирургияга
- в) нефрологияга
- г) терпияга
- д) гастроэнтерологияга

Назорат тестлар:

1. Ошқозон-ичак системаси куйганда куйиш шокида қуйидаги клиник картиналардан қайси бири бўлади?

- а) кўп бора қайт қилиш;
- б) ичаклар парези;
- в) тўғри жавоб а) иб).

3. Куйиш шокидаги қайси белгилар жигар патологияси ҳақида дарак беради:

- а) қон ивигмасидаги билирубин миқдорини ошиши;
- б) гипергликемия;
- в) протромбинемия;
- г) трансаминазаактивлиги ошиши;
- д) тўғри жавоб а) и б).

4. Куйишда товонни қайси қисми кўпроқ зарарланган:

- а) товон ёзувчи бармоқлар пайлари;
- б) товон букувчи бармоқлар пайлари;
- в) товонсуяги;
- г) ахилловпайи;
- д) тўғри жавоб а) ва г).

5. Кимёвий куйиш чуқурлигига классификацияси нечта даражадан иборат:

- а) икки даража;
- б) уч даража
- в) тўрт даража;
- г) термик куйишларга аналог тарзда.

6. Антибиотик терапия куйганларда қўлланилад:

- а) юзаки куйишларда;
- б)

чегараланган чуқур куйишларда профилактик амақсадида;

в) асоратлар ривожланганда;

г) куйганларни поликлиника шароитида даволаганда.

7. Куйган қисмларни ампутациясига абсолют кўрсатма

- а) травма келиб чиқганда ёки охирларни бутунлай куйишида;
- б) охирлар езилганда;
- в) ўткир йирингли артрит;
- г) термик зарарланиш зонасини камайтириш мақсадида ва интоксикацияни пасайтириш мақсадида;

д) тўғри жавоб б) ва г).

8. Юзни куйишида алоҳида белгиларига

- а) кўзни куйиши;
- б) нафас аъзолари куйиши билан;
- в) ўткир психозлар ривожланиши билан;
- г) бўйин куйиши билан;
- д) юқоридагиларни ҳаммаси.

9. Термик куйишда йирик бўғимлар зарарланганда клиник картина биринчи кунларда куйидагилар билан ҳарактерланади:

- а) куйиш қўтири бўғим капсуласини қамраб олади;
- б) жабрланган бўғимда оғриқ сезади;
- в) жабрланган бўғимларда ҳаракатни чекланганини сезади;
- г) тана ҳароратини кўтарилиши;
- д) тўғри жавоб а) ва в).

10. Термик куйишни ИИИА босқичида куйидагилар зарарланади:

- а) бутун тери қавати;
- б) қисман органеллалар терини эпителиал қисми;
- в) сўргичсимон қават;
- г) қисман тери ости ёғ қавати;
- д) тўғри жавоб б) ва в).

11. Куйганларга биринчи ёрдам кўрсатишда куйидагилар киради:

- а) жароҳатни спиртли боғлам билан беркитиш;
- б) куйган соҳа охирларига Вишновский мазидан боғлам қўйиш;
- в) куйган жароҳатларни совутиш ёки сув остида тутиб туриш сўнг асептик боғлам қўйиш;
- г) юқоридагиларни барчаси;
- д) юқоридагиларни ҳеч қайси бири.

12. Куйишни болаларда куйидаги усулларда аниқланади:

- 1) тўққизлик қонуни;
- 2) скицц Г. Д. Вилявина;
- 3) коэффициентов Н. Н. Блохина;
- 4) скицц Лунда и Броудера;
- а) тўғриси 1, 2;
- б) тўғриси 2, 3;
- в) тўғриси 3, 4;
- г) тўғриси 1, 3;
- д) тўғриси 1, 4.

13.

Ўртача даражадаги куйишда инфузион терпия ўтказиш учун Франкн минимал индексинеччи бўлиши керак:

- а) 10;
- б) 10-15;
- в) 20-25;
- г) 30-40;
- д) 40 даношиқ.

14. Куйиш шокида дроперидол 1 кг масса тана вазнига юборилади:

- а) 0.01;
- б) 0.05;
- в) 0.2;
- г) 0.5.

15. Куйиш шокида кислота-ишқор мувозанати БЭ -15 мекв/л, пХ – 7,29 бўлганда жабрланувчига нима юбориш керак:

- а) плазма;
- б) лактосол;
- в) 5% раствор бикарбоната натрия;
- г) маннитол.

16. Куйиш шокига ҳарқтерли:

- а) нормаль тана ҳарорати;
- б) гипертермия;
- в) гиповолемия;
- г) анемия;
- д) тўғрижавоб а) ва в).

17.

Кўрсатилганлардан қайси бири куйиш шокида кўпроқ аҳборотга эга:

- а) артериал босим;
- б) марказий веноз босим;
- в) айланиб юрувчи қон ҳажми;
- г) лейкоцитоз;
- д) тўғрижавоб б ва в).

18. Гемокрит ва гемоглобин текшируви куйиш шокида ҳар:

- а) ҳар 4 соатда;
- б) ҳар 6 соатда;
- в) ҳар 8 соатда;
- г) суткасига 2 марта;
- д) суткасига 1 марта.

19. Ўткир куйиш токсемиясига ҳарқтерли:

- 1) гемоконцентрация;
- 2) анемия;
- 3) ифодаланган интоксикация
- 4) гипо- и диспротеинемия;
- а) ҳаммаси тўғри фақат 4 дан ташқари;
- б) ҳаммаси тўғри фақат 1 дан ташқари;
- в) ҳаммаси тўғри фақат 3 дан ташқари;
- г) ҳаммаси тўғри фақат 2 дан ташқари
- д) ҳамма жавоблар тўғри.

20. Куйиш шокида ацидозни коррекция қилиш учун юбориш керак:

- а) лактасол;
- б) трис-буфер;
- в) полиглюкин;
- г) 5% раствор соды;
- д) тўғрижавоб б) ва г).

21. Волт ёйи билан куйганда асосий симптомлар:

- 1) наличие меток тока;
- 2) жароҳат локализацияси ҳарқтерли;
- 3) териметалланиши;
- 4) кўрув организарарланиши;
- а) ҳаммаси тўғри фақат 4 дан ташқари;
- б) ҳаммаси тўғри фақат 1 дан ташқари
- в) ҳаммаси тўғри фақат 2 дан ташқари;
- г) ҳаммаси тўғри фақат 3 дан ташқари;
- д) ҳамма жавоблар тўғри.

22. Мазями на водорастворимой основе являются все перечисленные ниже, кроме:

- а) левосиновая;
- б) пропоцеум;
- в) мафенидовая;
- г) диоксидиновая мазь.

23. Жароҳатларда грамм манфий инфекция аниқланганда қўллаш керак:

- 1) борную мазь;
- 2) фурацилиновую мазь;
- 3) мафенид;
- 4) йодопионовую мазь;
- а) ҳаммаси тўғри фақат 4 дан ташқари;
- б) ҳаммаси тўғри фақат 3 дан ташқари
- в) ҳаммаси тўғри фақат 2 дан ташқари;
- г) ҳаммаси тўғри фақат 1 дан ташқари;
- д) барча жавоблар тўғри.

24. Жароҳатни куриштиш учун нимадан фойдаланиш керак:

- 1) еритма билан боғлам;
- 2) ёғли маз билан боғлам;
- 3) сувли маз билан боғлам;
- 4) биологик қолам;

- а) тўғриси 1, 2;
- б) тўғриси 2, 3;
- в) тўғриси 3, 4;
- г) тўғриси 1, 3;
- д) тўғриси 1, 4.

25. Некроз кетганидан сўнг куйиш жароҳати га қо плашқерак:

- 1) биологик қолам;
- 2) ёғ типидаги маз;
- 3) сув типидаги маз;
- 4) еритма билан боғлам

- а) тўғриси 1, 2;
- б) тўғриси 2, 3;
- в) тўғриси 3, 4;
- г) тўғриси 1, 3;
- д) тўғриси 1, 4.

26. Куйиш шоки (ўрта ёшдаги аҳолида) чуқур куйиш неччи % ни ташкил қилганда келиб чиқади:

- а) 5% тана юзаси;
- б) 10% тана юзаси;
- в) 15% тана юзаси;
- г) 20% дан кўпроқ тана юзаси;
- д) 30% дан кўпроқ тана юзаси.

27. Куйиш шокида жигар функциясини бузилишига сабаб

- а) сиркулятор ва тўқима гипоксияси
- б) қон айланиши бузилиши
- в) интоксикация
- г) гемолиз

28. Қуйидагидан ташқаринафас олиш системаси бузилишига олиб келади

- а) куйиш локализацияси
- б) жароҳат кенглиги
- в) травма ҳолати
- г) овоз бўғилиши

29. Куйиш токсемиясини биринчи клиник белгиси бўлиб ҳисобланади:

- а) анемия
- б) нормал диурез
- в) тана ҳарорати кўтариллиши
- г) диспротеинемия

30. Куйишда зотилжам сабаби

- а) аутоинфекция
- б) бронхлардренажфункциясибузилиши
- в) ўпкавентилациясибузилиши
- г) кичик қон айланиш доираси гемодинамикаси бузилиши
- д) юқоридагиларнибарчаси

31. Аутодермопластика операциясини ўтказиш учун зотилжам ... ҳисобланади

- а) абсолют қарши кўрсатма
- б) нисбийқаршиқўрсатма
- в) қаршиқўрсатмаҳисобланмайди

32. Самарали кимёвий некроектомия учун салицил кислотали 40%ли мазидан қанчадан суриш керак

- а) в 1-2 мм
- б) в 3-4 мм
- в) в 5-6 мм
- г) аҳамияциз

33. Бармоқларкуйишида ертахирургикнекроектомияқўрсатма

- а) кафтничегараланганчуқуркуйишида
- б)

бармоқларнитарқалганчуқуркуйишида,агар зарарланишшахсийфациясигаетиббормаганбўлса

- в) бармоқларчегараланганчуқуркуйишида

г)

ИВдаражадагибармоқлартарқалганкуйишида

а

34. Чуқуркуйишлардатовонникўпроқзарарлана диганқисми

- а) бармоқлар букувчи пайи ва Ахиллов пайи
- б) товон суяги
- в) бармоқлар ёзувчи пайи
- г) юқоридагиларни барчаси

35. Қуруқ қўтир қанча бўлганда некроектомия учун 40% ли салицил кислота мазидан суртиш мумкин

- а) тана юзаси 3%дан кўп бўлмаганда
- б) тана юзаси 5%дан кўп бўлмаганда
- в) танаюзасини 10-15%
- г) тана юзасини 20%дан кўп бўлганда

36. Ёйрик сегментлар ва охирлар ампутацияси учун абсолют кўрсатма ҳисобланади

- а) травма натижасида қисмалр ўлими
- б) сиркуляр қўтирлар билан босилиши
- в) ёйрик бўғимларда ўткир ёйрингли артрит
- г) охирлар гангренази
- д) тўғри жавоб б) ва г)

37. Мия юмшоқ тўқимаси куйишида еркин аутодермопластика ўтказиш учун кўрсатма

- а) чуқур чегараланган жароҳатларда
- б) мияни учдан бир қисми чуқур куйишларида
- в) юзаки куйишларда
- г) тарқалган чуқур куйишларда
- д) тўғри жавоб а) ва г)

38. При глубоких ожогах кистей в сочетании с циркулярным поражением нижней трети предплечья и лучезапястного сустава целесообразно

- а) ўлган тўқималар бирламчи ишлови ва тери қопламани биринчи суткада тикланиши
- б) биринчи 48 соат ичида босувчи қўтирлар некроектомияси, кейин тери пластикаси некроектомияси
- в) некротик тўқималарни ўз-ўзидан тушишидан кейин биринчи 48 соатда грануляция некроектомияси
- г) бармоқларда куйиш соҳасида некроектомия қарши кўрсатма

39. Юз ва бармоқларни куйишини ИИдаражасида очиқ даволаш учун нима берилади

- а) ПЭГга асосланган маз (полиэтиленгликоля)
- б) аэрозол
- в) биологик қоплама
- г) фурацилин еритмаси

40. Кўкйиринг таёқчаси билан зарарланган куйган жароҳат қўллаш тавсия берилади

- а) фурацилин еритмаси

- б) диоксидин еритмаси
в) левомеколь
г) пропоцеум
д) тўғрижавоб б) ва в)

42. Қуйидагиларнинг қайси бирида чуқур куйишларда ўтказилади

- а) перфорированными трансплантатами аутокожи
б) сплошными трансплантатами аутокожи без насечек и перфораций
в) полнослойными кожными трансплантатами

в) ошқозонни ювиш муаммоси индивидуал ҳал қилинади

г) ошқозонни ювиш керак

49. Киёвий куйишда қоринни юқори қисмида кучли оғриқ билдириши мумкин

- а) жигар ва ошқозон ости беги зарарланиши
б) рефлектор сабаблар
в) қизилўнгачни кимёвий куйишипайдо бўлиши
г) ошқозон спазми
д) барчажавоблартўғри

	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36%ва паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

г) кожно-фасциальными аутотрансплантатами
43.

Қуйидагидан ташқари полиэтиленгликол мазда игакиради

- а) пропоцеум
б) мафенида
в) дермазина
г) левосина

44. Яққолроқ бактерисид хусусиятга ега

- а) дебризан
б) дермазин
в) левосин
г) диоксиколь
д) тўғрижавоб б) ва г)

45. Қуйидагилардан қайси еритмаяққолроқ бактерисид таъсирга ега

- а) фурациллин еритмаси
б) 1% ли ёдивидон еритмаси
в) водород перикс еритмаси

46. Чуқур куйишларда маз билан даволашни бошлаш лозим

- а) некротик тўқима кўчмасидан олдин
б) некротик тўқима кўчганидан кейин
в) чуқур куйишларда мазларни қўллаш мумкин емас

47. Қизилўнгач ва ошқозон кимёвий куйишида ошқозонни зондсиз ювишни хатари нимада

- а) қизилўнгач ёрилиши
б) даволаш кам натижаллиги
в) қизилўнгачни кўшимча куйиши
г) кўрсатилганларни барчаси

48. Кимёвий куйишдан 5-6 соат ўтганидан сўнг...

- а) ошқозонни ювиш мумкин емас
б) ошқозонни ювмаса ҳам бўлади

50.

Қизилўнгачни кимёвий куйишида жабрланганлардан аниқлаштириш керак

- а) кимёвий овқат ёйиш сабабини аниқлаш
б) кимёвий махсулот характери
в) вақт, куйгандан кейин ўтган вақт
г) қабул қилинган кимёвий махсулот миқдори
д) юқоридагиларни барчаси

5. Амалийқисм

Куйишқасаллигибиланбеморларникурациясимухокамаси. Гурӯҳ 2
габўлиниббеморларникурацияқилади. Биринчигуруҳ-
теринитермиккуйишиташхисибилан. Иккинчигуруҳ–териникимёвийкуйишибилан. Сўнг
курация,беморларни ўрганиш учун, лабаратор текширувлар билан танишиш учун вақт
берилади. Курация тугаганидан сўнг ўқитувчибеморлар мухокамасини қилади, қиёсий
ташхис ўтказиб,лабаратор натижаларни интерпретация қилиб даволаш режасини
танлайди. Бемор кўриги билан йўл-йўлакай қуйидаги амалий кўникмалар
бажарилади:тўққизлик усулидақуйиш зонасини аниқлаш, куйиш чуқурлигини аниқлаш,
ошқозонни зондлаш ва ювиш, сийдик қоғи катетиризацияси.

Куйиш майдонини аниқлаш

№	Амалиётлар	Бажарилмади (0 балл)	Ҳаммаси тўғри бажарилди (10 балл)
1	Ўнг томондан беморга келиш.		10
2	Куйиш белгиларини аниқлаш (тери қоғами ва шиллик қаватлар,).		10
3	Тилни кўриги ва карашни аниқлаш.		10
4	Куйиш майдонини тўққизлик усули билан аниқлаш		30
5	Куйиш майдони чуқурлиги		30
6	Куйиш сабабини аниқлаш.		10
	Ҳаммаси:		100

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37- баллар	36 баллар

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

7.Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва

						паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
3	Кейс- стади	50-43 балл	42,5-35,5балл	35- 27,5балл	27-18,5 балл	18 балл
4	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
5	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

№	%	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1	96-100%	Аъло “5”	Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши синдромини даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Организмда тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетишни даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари ва каогулограмма интерпретациясида битта ҳатога йўл қўяди.
3	86-	Аъло “5”	Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва

	90%		<p>химиявий жароҳатланиши, совук уриши синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулаграмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши синдроми тўғрисидаги тушунчани, қон кетиш симптомлари, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностикаси, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, қон кетиш синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши классификацияси, диагностика, қиёсий диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.</p>
6	71-75%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши. классификациясини билади, лекин қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қон кетиш синдроми</p>

			сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли”3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши синдроми классификациясини, қон кетиш сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари васиндром дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши, сабабларида адашади. Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши синдроми қиёсий диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмини ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
9	55-60%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, қиёсийдиагностикасида ва Тери коплами ва шиллик каватларнинг термик ва химиявий жароҳатланиши, совук уриши синдроми даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54% дан паст	Қоникарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, қиёсийдиагностикасида , беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзуни тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари:

- Куйиш касаллиги тушунчаси ва сабаблари;
- Куйиш таснифи;
- Совук уриш таснифи
- Куйиш касаллиги клиникаси;
- Куйган майдонни аниқлаш усуллари;
- Куйиш касаллиги ва совук уришни давоси

11. Асосий адабиётлар

1. Клинические рекомендации, для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 г.
2. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Т. 2003.
3. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т. 2003 г.
4. Каримов Ш.И. Хирургические болезни . 2005г
5. Кузин М.И. с соавт. Хирургические болезни М.1987
6. Кузин М.И. Раны и раневая инфекция, Москва, 1990

Қўшимча адабиётлар

1. Х.Олден «Секреты хирургии» перевод с англ. М.2004 г
2. Савельев В.С. «Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» М. 2005г.
3. Дж. Мерте «Справочник врача общей практики» перевод с англ. М. 1998 г.
4. Клинические рекомендации, для практических врачей основанные на доказательной медицине. М.2002 г.
5. Бейтс Б. и др. Энциклопедия клинического обследования больного. Перевод с английского – М.Геотар , 1997.
6. Гавриленко Б.Г., Банный А.В., Пагаева А.З. Клиническая хирургия - Москва 1992.
7. Гостищев В.К. Оперативная гнойная хирургия .--- Москва ,1996
8. Гостищев В.И., Общая хирургия. Москва, 2003
9. Завад Н.В. Хирургический сепсис, Минск, 2003
10. Кандена Ю.Р., Найхус Л Клиническая хирургия – Москва , 1998г С. 716
11. Стоянов П. Гнойно-септическая хирургия. — София, Болгария 1986г
12. Стручков В.И. и др. Руководство по гнойной хирургии. - Москва . 1984- С 511.
13. Маслов В.И. Малая хирургия. Москва 1988 г, 208 стр.
14. Савельев В.С. , Кириенко А.И., Хирургические болезни (2х томах) Москва -2006г.
15. Шевченко Ю.А. Частная хирургия. С.-П. – Т – 1,2 2000 г.
16. Колесов А.П. Анаэробная инфекции в хирургии, Ленинград., 1989
17. Курбангалеев С.М., Гнойная инфекция в хирургии, Москва, 1985
18. Лыткин М.И. Септический шок, Ленинград, 1980

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг ҳажмли ҳосилалари

Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг ҳажмли ҳосилалари. Қорин чурралари (асоратланмаган чурралар) Қорин девори, чов ва сон соҳасидаги тўғирланадиган ва тўғирланмайдиган ҳажимли ҳосилалар. Қорин оқ чизиги, киндик, чов ва сон чурралари. Клиника, ташхис, бошқа қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг ҳажимли ҳосилалари билан дифференциал ташхис. Консерватив ва оператив даво, УАШ тактикаси.

Операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш:

Мавзуси бўйича амалий машғулот
Ўқитиш технологияси
Амалий дарс №4

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу№5: Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли ҳосилалари. Қорин чурралари (асоратланмаган чурралар) Қорин девори, чов ва сон соҳасидаги тўғирланадиган ва тўғирланмайдиган хажимли ҳосилалар. Қорин оқ чизиғи, киндик, чов ва сон чурралари. Клиника, ташхис, бошқа қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажимли ҳосилалари билан дифференциал ташхис. Қонсерватив ва оператив даво, УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш.

Вакт: 327 дақиқа талабалар сони: 8-10

<i>Машғулот кўриниши ва шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Ўқув машғулоти структураси</i>	1. Кириш 2. Назарий қисм 3. Таҳлил қисми - Кейс стади - Вазиятли масала ва тестлар 4. Амалий қисм
<i>Машғулот мақсади</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - чурралар хақида умумий тушунчани такомиллаштириш - асоратланмаган чурралар тури этиопатогенезини билиш - қорин чурраларнинг тўғри номланиши ва турларини ва замонавий таснифини билиш - Чурралар клиникасини, ташхислаш ва диф.ташхис қўйиш услубларини ва уларни эвентерациядан фарқлашни билиш - Уларни ҳосил бўлишининг асосий сабабларини билиш - Қорин деворини анатомик тузилишини билиш - Чурраларни ташкилий қисмларини: чурра дарвозаси, чурра қопчаси, қопча бўйинчаси ва чурра ҳосиласини билиш -Қорин чурраси бўлган беморларни клиник текшириш кўникмаларини такомиллаштириш - лаборатор ва инструментал текшириш натижаларини тўғри таҳлил қилишни такомиллаштириш -Қорин чурраси бўлган беморларни тўғри олиб бориш ва даволаш тактикасининг асосий омилларини билиш -бандаж тақиш, чурранинг турли жойлашувига қараб лозим операциялар хақида тушунчалар бериш -УАШнинг беморларни олиб боришдаги тактика омилларини такомиллаштириш; операциядан олдин ва кейинги даврда беморларни олиб бориш, оғир жисмоний меҳнатлардан халос қилиш, ҳамда операцидан кейинги даврда беморларни диспансеризация қилиш 	

<p>Талаба бажара олиши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Беморга клиник текширишни ўтказишни - Беморни курация қилишни, профессионал махоратда шикоят йиғишни ва кўришни - Беморни текширишни билиши, пайпаслаш, перкуссия, йўтал турткиси белгисини аниқлашни. - Текширилган беморнинг лаборатор ва инструментал натижаларини мушоҳада қилиш. - Шошилиш жарроҳликда беморга тезкор ёрдам беришни
<p>Педагогик вазифалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> - чурралар хақида умумий тушунча ва тасаввур хосил қилиш - асоратланмаган чурраларнинг турларини фарқлай билишни ургатиш; - Асоратланмаган чурралар билан оғриган беморларни ташхислаш ва киёсий ташхислашни ўргатиш; - Асоратланмаган чурралар билан хасталанган беморлар даволаш ва профилактика умумий тамойилларини ургатиш 	<p>Ўқув фаолияти натижалари: Умумий амалиёт врачлари(УАШ) билиши керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> • чурралар анатомия и физиологиясини билиш. • чурралар этиопатогенези ва клиникаси • Асоратланмаган чурраларни ташхислаш ва киёсий ташхислаш. • Госпитализацияга кўрсатма вақти. • чурралар асоратлари. • Беморларни даво тактикаси; • Беморларни операциядан кейинги реабилитацияси. <p>УАШ бажара олиши шарт:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чурралар билан хасталанган беморларни клиник текширувларини утказа олиш. • Чурралар клиник шакллари аниқлай олиш. • Асоратланмаган чурралар билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. • Аҳоли орасида даволаш-профилактика тадбирларини ташкиллаштириш • Қорин, чурра дарвозаси ва қопини пальпациясини бажара олиш. • Шошилиш жарроҳликда тез ердам кўрсата олиш. • Рентген, УТД суратларини уқий олиш. • Клиник тафтишда иштирок этиш. • Диспансер кузатув картасини юрита олиш <p>Амалий қуникмаларни бажара олиши керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморга клиник текширишни ўтказишни - Беморни курация қилишни, профессионал махоратда шикоят йиғишни ва кўришни - Беморни текширишни билиши, пайпаслаш, перкуссия, йўтал турткиси белгисини аниқлашни. -Текширилган беморнинг лаборатор ва инструментал натижаларини мушоҳада қилиш. - шошилиш жарроҳликда беморга тезкор ёрдам беришни
<p>Ўқитиш услублари</p>	<p>Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью,</p>

	«ургимчак тури» усули, демонстрация, видео куриш, дискуссия, беседа, ургатувчи уйин, кейс-стади.
Машгулотни ташкил қилиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда, аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш усуллари	Тарқатма материаллар, визуаль материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
Ўқитиш шароити ва жойи	1. УАШ жарроҳлик кафедраси, 1-ШКК ва 1-РКШ жарроҳлик булимлари, клиник лабораториялари; 2 жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм; 3 Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, тахлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.
Қайта боғланиш усуллари ва услуги	Блиц-суров, тест олиш, укув тиббий карталарни тулдириш, Амалий куникмаларни бажариш ва операцияга кўрсатмани аниклаш.

Машгулотнинг технологик харитаси №4

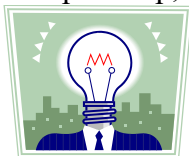
Мавзу: Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли ҳосилалари. Қорин чурралари (асоратланмаган чурралар) Қорин девори, чов ва сон соҳасидаги тўғирланадиган ва тўғирланмайдиган хажмли ҳосилалар. Қорин оқ чизиғи, киндик, чов ва сон чурралари. Клиника, ташхис, бошқа қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли ҳосилалари билан дифференциал ташхис. Қонсерватив ва оператив даво, УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машгулотга кириш 10 дақиқа	2.6. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машгулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	2.7. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20дақиқа	2.8. Урганиладиган қуйидаги машгулотга Мияга хужум, машгулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниклаш.	Саволларга жавоб беради.
5дақиқа	2.9. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 2.10. Танаффус	Эшитади.

5дақиқа		
2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа 25дақиқа	2.1. Блиц сўров. 2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсн мухокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш. Танаффус.	Саволларга жавоб беради. Мухокама қилинади, саволлар берилади.
15дақиқа		
45дақиқа	2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўларини аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш. Танаффус.	Мухокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
5дақиқа		
45дақиқа	Хар бир гурухни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Дикқат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш. Танаффус.	Мустақил равишда муаммони хал қилган холда варақларни тўлдиради.
5дақиқа		
65дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш. Танаффус.	Масала ва тестни ечимини мухокама қилишади.
5дақиқа		
40дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа	Танаффус.	
25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни мухокама қилиш, хар бир бемор хақида хисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва ташхисни асослаш хақида хисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27мин.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гурух баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади.саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.

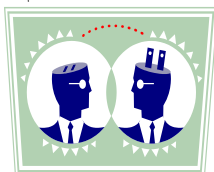
Ўқитиш шароити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қулланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, тахлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



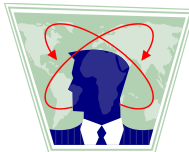
1.1. Мотивация

Чурра хақидаги таълимот тарихи узоқ даврларга бориб тақалади. Бирок, унинг муаммолиги бугунги кунда ҳам сақланган, негаки, аҳоли ичидаги жарроҳлик хасталиклари туркумида чурра хасталиги кенг ўринни эгаллайди. Қорин чуррасининг этиологик омиллари чуқур ўрганилган бўлиб, ундаги турли оператив услублар кўплаб танқидий тахлилларга учраган, фақатгина нечоғли мустаҳкам ва патогенетик асосланганликларигина ажратиб қолдирилган. Анатомияни аниқ билиш ва жарроҳнинг маҳорати – жарроҳликнинг турли бўлимларида бўлганидек, операциянинг яхши якунини таъминловчи асосий омил ҳисобланади. ҳар-хил асоратларни ва чурра операциясидан кейинги рецидивларни профилактика қилиш мақсадида чурраларнинг анатомик-клиник хусусиятларини, беморнинг ёши ва унинг ҳолатига боғлиқлигини, унинг жойлашганлиги, ҳажми в.х., ҳамда оператив давога кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни билиш зарурдир. Қуйидаги касалликда, индивидуал позиция тарафидан, ўз вақтида ташхис қўйиш ва жарроҳлик давоси, ҳамда, операциядан олдинги ва кейинги керакли муолажаларни тўғри олиб бориш УАШларни тайёрлашда катта социал-экономик аҳамиятга эга.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Анатомия, оператив жарроҳлик ва топографик анатомия, паталогик анатомия, терапия, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.



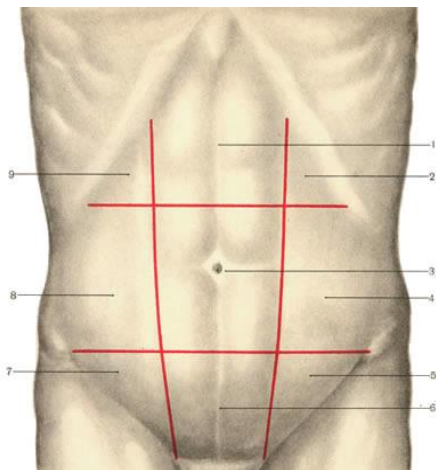
2. Машғулотлар мазмуни

2.1 Назарий қисми;

ҚОРИН ОЛД ДЕВОРИ АНАТОМИЯСИ

Қорин олд девори қаватлари ва чегаралари.

Қорин олд девори юқоридан қовурға ёйи, пастдан эса-чов бойлами ва симфизнинг юқори кирғоғи билан чегараланади. Қорин бўшлиғи орқа томондан XII қовурғадан ўтирғич суягига утказилган вертикал чизик билан чегараланади. Қорин олд деворининг 3 та асосий соҳаси: юқори, ўрта, паски. Шу соҳалари бўйича 2 та горизантал чизик ўтказилади булардан бири Х қовурғаалар аро нуктада, иккинчиси эса ёнбош суяги олдинги юқори соҳалари орасида бирлашади. Шу соҳалар қорин тўғри мушаги ташқи кирғоғи бўйлаб ўтадиган 2 та вертикал чизик билан яна 3 га бўлинади. Яни 9та соҳа : regio epigastrica, regio hypochondrica dextra et sinistra, regio umbilicalis, regio lateralis dextra et sinistra, regio pubica, regio inguinalis dextra et sinistra).



Қорин соҳалари:

1 — regio epigastrica; 2 — regio hypochondrica 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 hypochondrica dextra.

Қорин олд девори қаватлари.

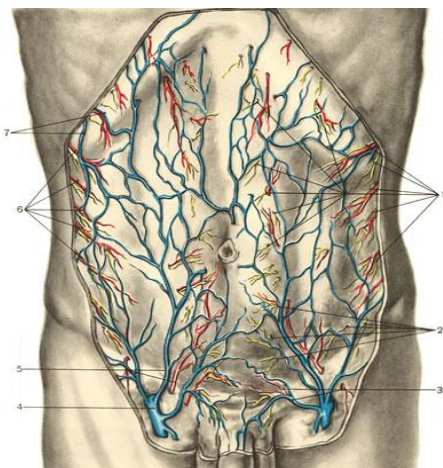
Қорин олд девори: юзаки , ўрта ва чуқур қаватларга бўлинади.

Юза қавати. Юза қаватига тери, тери ости, юза фасция киради.

Қорин олди девори териси юпқа ва еластик ва ҳаракатчан. киндик юмалоқ бойлами ўрнида яни киндик соҳасида киндик айланаси ва чандик тўқима кўринишида калинлашган. Қорин олди девори тери ёғ қавати турли Хил тарқалган: қорин олди девори пастки соҳаларида купроқ ривожланган. ёғ қавати бўйлаб 2 қаватли юзаки фасция ўтади: юзаки ва чуқур. Фасцияни юзаки қавати сон олди қисмигача давом этади, чуқури эса чов бойламига бирикади.

Қон айланиши юзаки қавати қон билан таминланиши мушак қаватидан тешиб утувчи бта пастки қовурғалар аро ва 4та бел артериялари орқали тери ости ёғ қаватини қон билан таминлайди. Ундан ташқари қорин олди девори пастки соҳаси тери ости ёғ қавати қорин усти артерияси ҳамда ёнбош суяги атрофидаги юзаки артерия тармоқлари ва ташқи уятли артериялар.. Қорин усти юзаки артерияси а. epigastrica superficialis, сон артерияси тармоқлари чов бойлами ички ва ўртасини олдидан кесиб ўтиб юқори пастки қорин усти артерияри билан анастомозланади. ёнбош суяги атрофидаги юзаки артерия а. circumflexa ilium superficialis, ташқарига ва юқорига йўналиб , ёнбош суяги олдинги юқорисига боради. Ташқи уятли arteriya , а. pudenda externa, , у сон артериясидан чиқиб одатда иккига ажралади ва ташқи жинсий органларга йуналади; алохида тармоқлари эса қов думбоғига бирикувчи чов бойлами соҳасида тармоқчаларга бўлинади. Веноз қон айланиши вена қон томирлари узаро анастомозланиб, юзаки вена турини ҳосил қилади. Қорин олдинги девори пастки соҳаси веналари, сон веналарига қуйилади (v. epigastrica superficialis, v. pudenda externa, v. circumflexa ilium superficialis). Қорин олди девори юқори соҳасида v. thoracoepigastrica жойлашган ва у киндик соҳасида epigastrica superficialis, кейин эса юқорига ва ташқарига йуналиб v. thoracalis lateralis ёки v. axillaris бўлади. Ундан ташқари қорин олди девори веноз тури киндик соҳасида жигар бойламида жойлашган v. paraumbilicalis билан анастомозланади; натижада жигар дарвоза венаси ва ковак веналари орасида портакавал веноз анастомоз ҳосил бўлади. Юзаки қават қорин олд девори юқори соҳаси лимфатик оқими мушак ости лимфа тугунлари - nodi lymphatici axillares, пастки соҳаси лимфа оқими эса чов соҳаси лимфа тугунлари- nodi lymphatici inguinales superficialis га қуйилади. Бундан ташқари юзаки қават лимфа томирлари ўрта (мушак) ва чуқур қавати лимфа томирлари билан анастомозланади.

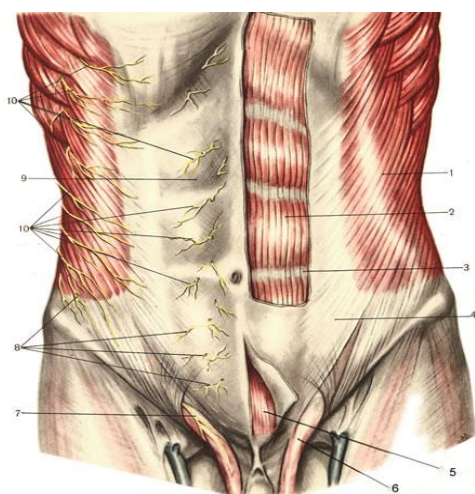
Иннервацияси. Қорин олд девори юзаки қавати олтига қовурғалар аро, ёнбош-қорин ва чов-ёнбош нерв толалари орқали Иннервацияланади. Қовурғалар аро нервлардан юзаки қават тери ости ёғ қаватига ,ундан ўтиб терига rr. cutanei abdominis laterales et rr. cutanei abdominis anteriores тармоқларини беради.булардан биринчиси олдинги мушак ости линияси бўйлаб,ташқи қийшиқ мушакни тешиб ўтиб,олдинги ва орқа тармоқларга бўлинади ва булар қорин олд девори олд-ён соҳаларини,иккинчиси эса қорин тўғри мушаги қинини тешиб ўтиб қорин олд девори терисини олд қисмини иннервациялайди.



Ёнбош - қоринности нерви, n. iliohypogastricus, чов канали олдинги соҳасини иннервациялайди, ёнбош - чов нерви n. ilioinguinalis- mons pubis соҳасини, юза нервлар, артерия ва веналар расм- 2 да кўрсатилган.

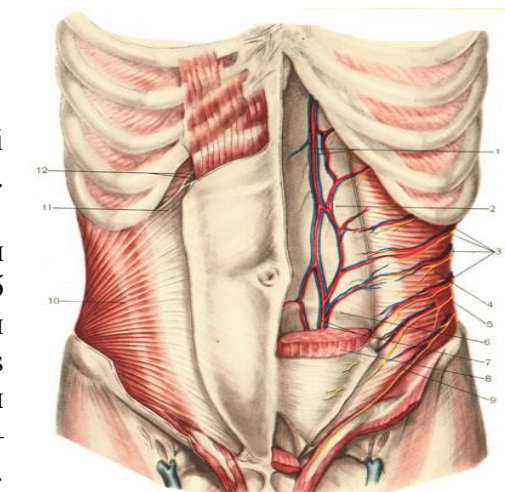
расм.2. Қон томирлар ва қорин олди девори юза нервлари. 1 - rr. Cutanei anteriores et laterals nn. intercostales; 2 — rr. Cutanei anteriores et laterals nn. iliohypogastricus; 3 — a. et v. pudenda externa; 4 — v. femoralis; 5 — a. et v. epigastrica superficialis; 6 — rr. Laterals cutanei a. intercostales posteriores; 7 — v. thoracoepigastrica.

Ўрта қават. Қорин олдинги девори мускул қавати , тўғри, қийшиқ , кўндаланг мусқўллардан ташкил топган. (расм 3, 4) Бу мусқўллар қорин олди деворини ҳамма қисмини ташкил қилиб улар олдинги қалин мускул пластинкасини , химоя вазифасини бажаради



расм.3. Олдинги қорин девори. Тери, тери ёғ қавати ва юза Фасция олинган. Чапдан m. recti abdominis олдинги девори қини қисман олинган ва m. pyramidalis ялонғочланган. 1 — m. obliquus externus abdominis; 2 — m. rectus abdominis; 3 — inter -sectio tendinea; 4 - апоневроз m. oblique externi abdominis; 5 — m. pyramidalis; 6 — funiculus spermaticus; 7— n.ilioinguinalis; 8—rr.cutanei anteriores et laterales n.

iliohypogastricus; 9 — m. recti — rr. Cutanei anteriores et laterals nn.



abdominis; 10 intercostales.

расм.4. Олдинги қорин девори . Чап m.obliquus externus abdominis олиб m.recti abdominis қини қисман чап тарафдан m.transversus m. recti abdominis орқа девори қини — a. et v. epigastrica superior; 2 — қини m. recti abdominis; 3 — aa. vv. posteriores et nn. intercostales; 4 — m. abdominis; 5 — n. iliohypogastricus; 6 — linea arcuata; 7 — a. et v. epigastrica inferior; 8 — m. rectus abdominis; 9 — n. ilioinguinalis; 10 — m. obliquus internus abdominis; 11 — апоневроз m. obliqui interni abdominis; 12 — олдинги орқа кин девори m. recti abdominis.

тарафдан ташланган ва кесилган; abdominis ва кесилган 1 орқа девор Intercostales transversus

Қорин олдинги девори соҳасини тўғри мушак ташкил қилади, олдинги ёнини - ташқи ва ички қийшиқ ва кўндаланг мусқўллар ташкил қилади. Қориннинг тўғри мускули m. rectus abdominis. V- VII қовурға тоғайидан ва тўш ханжарсимон усиқдан бошланади.

Ясси мушакни қоринчаси қорин пастки қисмидан ингичкалашади ва мустахамкам пай билан қов суягига tuberculum pubicum дан symphysis pubicae гача бирикади. Мушак толаси m.rectus abdominis тухтаб intersections tendineae га ёнбош жойлашган бириктирувчи тўқима билан бирлаштиради; улардан иккитаси киндикдан юқорида, биттаси киндикда ва яна биттаси киндикдан пастда.

Олдинда *m. rectus abdominis* дан пирамидасимон мускул *m. pyramidalis* қов бирлашмаси симфиз дан бошланиб, *linea alba* га ёпишади ва уни таранглайди. Кичкинагина мускул қини олд деворининг остгинасида ётади.

N. intercostales XII, ilioinguinalis лар орқали иннервация қилинади. Қорин бўшлиғининг орқа деворини белнинг тўрт бурчакли мускули *m. quadratus lumborum* хосил қилади. Белнинг тўртбурчакли мускули квадрат шаклига ега бўлиб. Ёнбош суягининг қирраси дан бошланади ва XII қовурғанинг паски четига, пастки бел умурқаларининг кўндаланг ўсиғига ёпишади. Қориннинг ок чизиғи *linea alba* қорин сербар мусқўлларининг апоневрозлари иккала тўғри мускулнинг ўртасида юқоридан пастга қараб кетган апоневрозлар бирлашмаси - оқ чизикни хосил қилади. Бу чизик ўнг ва чап томондаги сербар мусқўллар ясси пайлари (апоневрозлари) нинг фронтал текисликда кесишиши ва бу ерда қон томирларнинг камлиги туфайли оқ бўлиб кўринади. Бу ҳолат хирургларга қорин бўшлиғини кенг очишга имкон беради. Оқ чизик тўш суягининг ханжарсимоон устидан қов суягининг устки чеккасига тортилган. Оқ чизикнинг ёни юқорида кенгроқ (2- 2.5) бўлса, киндикдан бир оз пастда кескин тораяди, аммо қалинлиги ортади. Оқ чизикни тахминан қоқ ўртасида киндик халқаси *anulis umbilicalis* бор. Оқ чизик қов соҳасига келганда қов соҳасига суяқларнинг юқори чеккасига учбурчакка ухшаб кенгайган ҳолда бирикади.

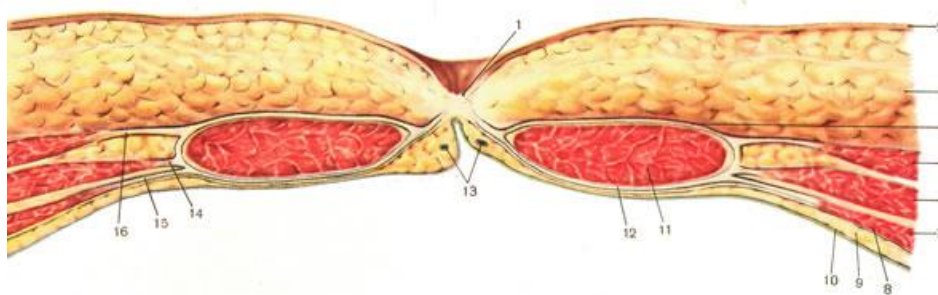


Рис. 5 Қориннинг киндик чегарасида кўндаланг кесими.

1 — umbilicus; 2 — тери; 3 — тери ости ёғ қавати; 4 — кин олдинги девори *m. Recti abdominis*; 5 — *m. Obliquus externus abdominis*; 6 — *m. Obliquus internus abdominis*; 7 — *m. Transversus abdominis*; 8 — *fascia transversalis*; 9 — *tela subserosa*; 10 — *peritoneum*; 11 — *m. rectus abdominis*; 12 — кин орқа девори *m. Recti abdominis*; 13 — *vv. parumbilicales*; 14 — апоневроз *m. obliqui interni abdominis*; 15 — апоневроз *m. Transversi abdominis*; 16 — апоневроз *m. Oblique externi abdominis*.

Қон билан таминланиши 6 та пастки қовурғалар оралиқ қон томирлари ва пастки қорин артерияси қон билан таминлайди (расм . 4 га қаранг.).

Веноз қон томирлари *v. Epigastrica superior et inferior, vv. intercostales.* орқали таминланган. Иннервацияланиши 6 та пастки қовурғалар аро нервлар билан латерал томондан таминлайди. Олиб келувчи лимфатик қон томирлар юқори ва пастки артерияларга боради.

Қориннинг олдинги ён девори бўлинади : ташқи қийшиқ , ички қийшиқ ва кўндаланг мусқўлларга (3, 5 расмларга қаранг)

m. obliquus externus abdominis, кўкрак қафаснинг ён томонидан пастки 8та қовурғадан тишлар билан бошланиб ёнбош суяги қиррасининг *labium externum* га ёпишади қолган

қисми эса пай аппаневрозга айланиб тўғри мускулнинг устидан ўтиб қарама-қарши томондаги шу номли мускул апанаверози билан қўшилиб оқ чизик *linea alba* ни ҳосил қилади бу мускул тутамларини йуналиши *m. m. intercostalis* толаларини йуналишига ўхашайди, қорин ташқи қийшиқ мускули апаневрозининг пастки ёрқин қисми *tuberculum rubicum* билан *spina iliaca anterior superior* орасида тортилиб тарновсимон ариқча ҳосил қилади бу ариқчанинг туби мустаҳкам бўлиб чов бойлами (*lig. inguvinale*) деб шунга айтилади.

m. obliquus interinus abdominis, fascia thoraco lumbalis, linea entermedia cristae iliaca нинг латерал бўлагидан бошланиб X, XI ва XII қовурғаларнинг пастки чеккасига ёпишади, бу мускул қориннинг ташқи қийшиқ мускули билан деярли йопилиб туради. Мускул толалари бошланган жойга қараб кўндаланг юқоридан пастга қаранг йуналишига ега бўлиб қориннинг тўғри мускули четига яқинлашгач сербар пай апаневрозига айланади бу апаневроз қорин тўғри мускули қинини ҳосил қилишда иштрок этиб *linea alba* абдоминисга қошилиб кэтади.

m. transversus abdominis, пастки бта қовурғанинг ички юзасидан (тишлар билан) *fascia thoraco lumbalis* нинг чуқур варагидан ёнбош суяги қиррасининг ички лабидан бошланиб *linea alba* ёпишади мускул толалари орқадан олдинга кўндалангига йуналиб апаневрозга айланади мускул толаларининг апаневрозга ўтиш ташқарига қараб ёйсимон чизик ҳосил қилади бу чизик *linea arcuata* деб аталади.

Мускулли қон билан таминланиши 6 та қовурғалар аро ва 4 та бел артериялари орқали таъминланади.

Мушак иннервацияси 6 та пастки қовурғалар оралиқ нервлари билан, *n. iliohypogastricus* ва *n. ilioinguinalis* лар иннервациялайди.

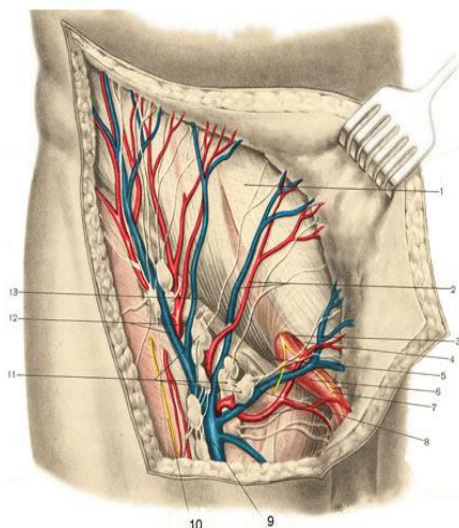
Лимфа қон томирлари қовурғалар оралиқ нерв томирлари бўйлаб бориб бел чигал лимфа тугунларига ва кўкрак йўлига куйилади.

Чуқур қаватлари: кўндаланг фасция, қорин олд девори ёғ клетчаткаси ва қорин пардадан иборат. Қориннинг кўндаланг фасцияси бириктирувчи тўқима пластинкасидан иборат бўлиб, кўндаланг мускул тагида ётади.

Олдинги қорин клетчаткаси кўндаланг фасция ва қоринни оралиғида ётади. У қориннинг пастки деворларида яхши ривожланган бўлиб ва қорин орқа клетчаткасига ўтади. Қорин олдинги клетчаткаси киндик ва *linea alba* соҳаларида кам ривожланган бўлиб кўндаланг фасциялар билан яхши бириккан. Қорин олдинги клетчаткасидан *A. Epigastrica inferior* ва *A. Circumflexa ilium profunda* ва ёнма ён йўналган веналар ҳам ўтади.

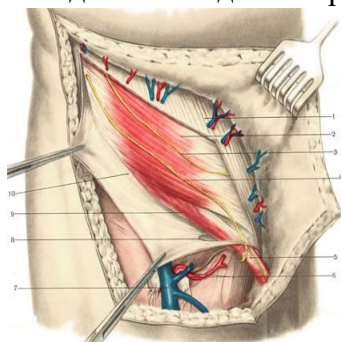
Киндик халкасига тўрта бириктирувчи тўқима биркади: қорин, уларни қоплаб бойламлар ва бурмалар ҳосил қилади: *lig. teres hepatis, plicae umbilicales mediana, mediaetlateralis*. Жигарни думалок бойлами, *lig. Teres hepatis*, киндикдан юқорига йуналиб *lig. falciformis hepatis* нинг пастки кирғоғига бориб буш киндик венасида тугайди. Киндикдан пастда ўрта линияда (*plicae umbilicalis mediana*) сийдик йули, (*urachus*) таркиб топган.

Бу ерда тери юпқа бўлиб, тери ва ёғ безлари яхши ривожланган, ўрта чизикда соч билан қопланган. Тери ости ёғ қавати тепа қисмига қараганда пастки соҳада яхши ривожланган. Бу ердан юзаки фасция ўтган бўлиб у тери ости ёғ қаватини бир нечта қаватга ажратади. Тери ости ёғ қаватида юзаки қон томир ва лимфа томирлари *a. et .v. epigastricae superfecialis, a. et .v. circumflexia ilium superfecialis* ва *a. pudenda interna* тармоқлари, ва *n. iliohypogastricus* ва *n. ilioinguinalis* тармоқлари. (расм .6)



расм .6. Чов учбурчаги топографияси (I қават). 1 — апоневроз *m. Obliqui externi abdominis*; 2 — *a. et v. Epigastrica superficialis*; 3 — *annulus inguinalis superficialis*; 4 — *crus mediale*; 5 — *crus laterale*; 6 — *funiculus spermaticus*; 7 — *n. ilioinguinalis*; 8 — *a. et v. Pudenda externa*; 9 — *v. Saphena magna*; 10 — *n. Cutaneous femoris lateralis*; 11 — чов юза лимфа томири ва тугуни; 12 — *a. et v. Circumflexa ilium superficialis*; 13 — *lig. inguinale*.

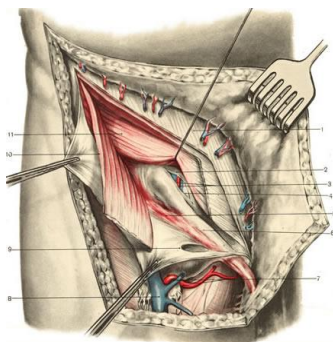
lig.inguinale чов бойламига айланади (*partii*) ёнбош суяги олдинги юқорисига ёпишган бўлади. Бу бойламнинг узунлиги ҳар хил бўлиб (10- 16см) шакли ва тос суяги чуқурлигига боғлиқ. Бошқа жойларда юмшоқ, кучсиз тортилган ва ингичка апоневроз толаларидан иборат. Чов бойлами ажратилади юзаки ва чуқур қисмларга ; охириги ёнбош, қориннинг кўндаланг фасцияси билан мустаҳкам боғланган (Н.И.Кукуджанов). Тос суяги думбоқчасидан чов бойламига 2та тутам апоневротик толалар ўтади , улардан бири юқорига ва ичкарига ўтиб қориннинг оқ чизиғига боради, ва *lig.reflexum* ни бошқаси пастга бориб *pectenossis pubis* ва *lig.lacunare* ни ҳосил қилади.Ташқарига қараб давом этиб *lig.lacunare* қарашли тола тос суягининг юқори горизонтал соҳасига тарқалади ва уни суяк усти билан ўсиб кириб ёнбош- тос бойламини ҳосил қилади. Ташқи қийшиқ мускулнинг апоневрози чов соҳасида 2та оёқчага бўлинади: медиал.*crus mediale*, ва латерал *crus laterale*, чов каналининг ташқи тешигини чегаралайди, *annulus inguinalis superfecialis*. Булардан биринчи оёқчаси *symphysis pubicae* ни олдинги юзасига бирикади, иккинчиси – *tuberculum pubicum*. *Crus mediale*, et *crus laterale* орасидаги тешик юқоридан ва ташқаридан *fibrae inter crurales* чегаралайди.апоневротик толалар билан. Пастдан ва медиал тарафдан ташқи қийшиқ мускулнинг тешиги *lig.reflexum* билан чегараланган



расм.7. Чов учбурчаги топографияси (II қават).

1 — апоневроз *m. obliqui externi abdominis*; 2 — *m. obliquus internus abdominis*; 3 — *n. iliohypogastricus*; 4 — *n. ilioinguinalis*; 5 — *funiculus spermaticus*; 6 — *a. et v. pudenda externa*; 7 — *v. saphena magna*; 8 — *anulus inguinalis superficialis*; 9 — *m. cremaster*; 10 -*lig. inguinale*.

Чов учбурчаги апоневроз *m. oblique transversalis*; 3 — *a. et предбрюшинная funiculus spermaticus*; *saphena magna*; 9 — *obliquus internus abdominis*.



топографияси (III. қават).1 — *externi abdominis*; 2 — *fascia v. epigastrica inferior*; 4 — клетчатка; 5 — *m. cremaster*; 6 — 7 — *a. et v. pudenda externa*; 8 — *v. annulus inguinalis superficialis*; 10 — *m. abdominis* ; 11 — *m. transversus*

Ички қийшиқ мускулнинг пастки қирраси ва чов бойлами орасидаги тирқиш чов оралиғи дейилади. Чов оралиғи 2та шакли бўлиб: учбурчак ва овал шакллардан иборат бўлади.

Учбурчак чов тирқиши узунлиги 4- 9,5 см, баландлиги -1.5 - 5 см ; овал тирқиш

эса кичикроқ ; узунлиги 3-7см, баландлиги -1 - 1 см (Н.И.Кукуджанов.)

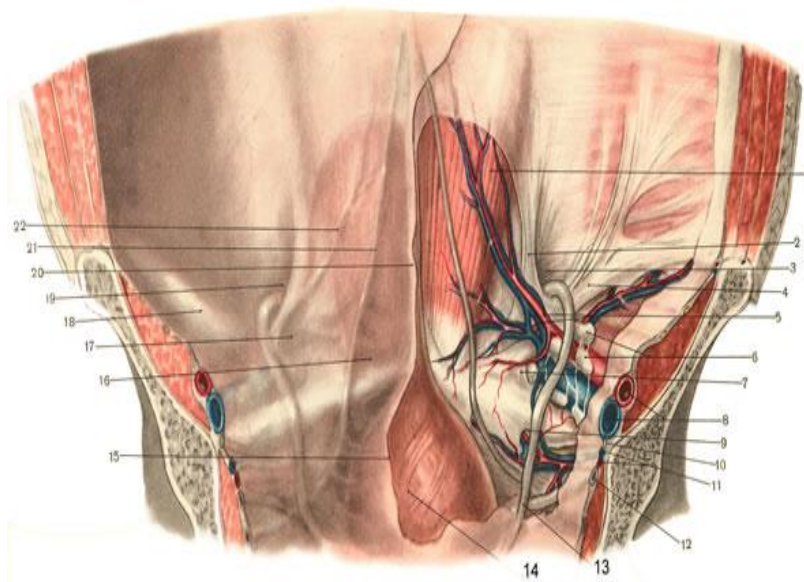


А



Б

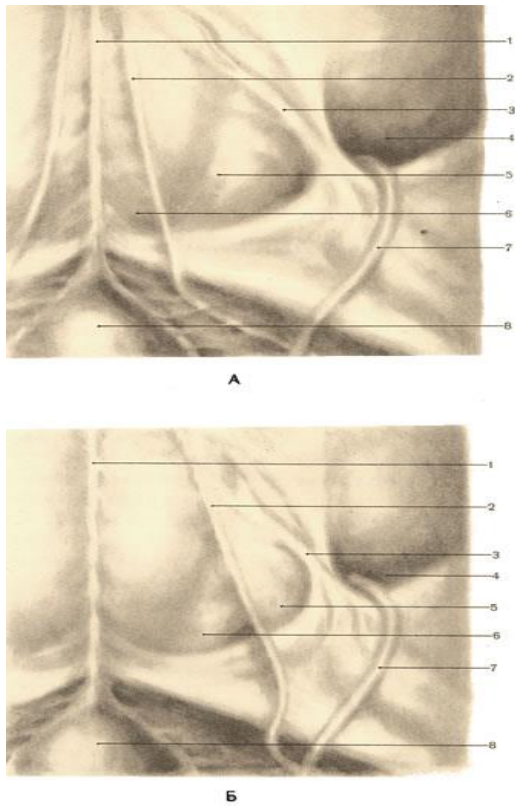
Чов оралиғи. А - учбурчак шакли; Б -тирқишли овал шакли. 1 — m. rectus abdominis; 2 — апоневроз m. oblique externi abdominis; 3 — mm. obliquus internus abdominis et transversus abdominis; 4 — чов оралиғи; 5 — lig. Inguinale ташқи қийшиқ мушкул апаневрози билан ички қийшиқ мушқўллардан ilio inguinalis ва n.iliohypogastricus. уруғ тизими латерал томонида жойлашади, чов ташқи каналдан чиқиб mons pubis ва шу соҳаларни Иннервация Қилади. Иккинчиси чов канали юқорисидан чиқади. Мушак қавати билан кўндаланг фасция жойлашади.



Қориннинг олдинги қисмининг пастки қисмининг олдинги юзаси. 1 — m. rectus abdominis; 2 — lig. interfoveolare; 3 — anulusinguinalis profundus; 4 — lig. inguinale; 5 — a. et v. epigastrica inferior; 6 — лимфа тугунлари; 7 — lig. lacunare; 8 — a. et v. iliaca externa; 9 — foramen obturatorium; 10 — n. obturatorius; 11— a. et v. obturatoria; 12 — ureter dexter; 13 — ductus deferens; 14 — vesica

urinaria; 15 — peritoneum; 16 — fossa supravesicalis; 17 — fossa inguinalis medialis; 18 — lig.inguinale; 19 — fossa inguinalis lateralis; 20 — plica umbilicalis media; 21 — plica umbilicalis medialis; 22 — plica umbilicalis lateralis.

Пуфак устки улчами ва шакли хар хил бўлиб plica umbilicalis mediana га боғлиқ (расм 11.) Қориннинг тўғри мушаги қиррасидан plica umbilicalis mediana ичкаридан ўтганда, пуфак устки чуқурчаси жуда хам тор.(Н.И.Кукуджанов).



Расм 11. Пуфак усти чукурчаси. А - тор; Б - кенг .

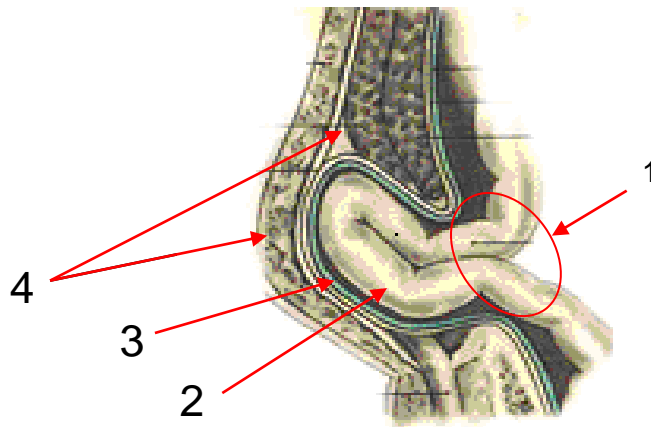
1 — *plica umbilicalis mediana*; 2 — *plica umbilicalis medialis*; 3 — *plica umbilicalis lateralis*; 4 — *fossa inguinalis lateralis*; 5 — *fossa inguinalis medialis*; 6 — *fossa supravesicalis*; 7 — *ductus deferens*; 8 — *vesica urinaria*.

Чов канали. Чов бойламида чов канали жойлашган бўлиб, *canalis inguinalis* (7-8 расм.қа.). 4та девор ва та тешик фарқланади. Чов канали юқори чегараси ички қийшиқ мускул ва кўндаланг мушак қирраси, олдинги чегараси - ташқи қийшиқ мускулни апаневрози ва *fibrae intercrurales*, пастки чегараси чов бойлами желоби ва орқа чегараси - қориннинг кўндаланг фасцияси.

Чов канали ташқи тешиги, анулус ингуиналис суперфициалис, ташқи қийшиқ мускули апаневрози соҳасида жойлашган. Ташқи тешик, анулус ингуиналис профундус, кўндаланг фасция билан бириккан. Чов канали узунлиги еркакларда 4 смни, аёлларда камроқ (В.П. Воробйов, Р.Д. Синелников).

Қорин чурралари

Қорин чурраси (*hemiaabdominalis*) қорин пардаси қоплаган ички азолорни табиий ёки сунъий тешикдан чиқиши, тос суягидан, диафрагмадан, ва бошқа бушлиқлардан тузилган



Расм. 12. Ҳақиқий чурранинг доимий компонентлари: 1) чурра дарвозаси; 2) чурра ичидаги нарса 3) чурра пардалари; 4) чурра қопчаси (расм. 12.)

Чурра дарвозалари - қорин деворининг чурра чиқадиган кучсиз жойларидир (чов чуқурчаси, киндик халқаси, қориннинг оқ чизиғи, диафрагмадаги тешик). Нормада бу тешиклар орқали у ёки бу анатомик тузилмалар ўтади (урук тизимчаси, бачадоннинг юмалок, бойлами, томир-нерв дасталари ва х, к.). Травматик ва операциядан кейинги чурраларда қорин шикастланганда мусқўллар ва апоневрозларда ёки Хирургик операцияда ҳосил бўлган тешиклар чурра дарвозалари бўлиб хизмат қилиши мумкин. Чурра дарвозалари операциядан кейинги вертикал чурраларда ёрик кўринишида ёки катта ўлчамли бўлиши мумкин. Дарвозаларининг ўлчамларига кўра чурра дарвозаси кичик (диаметрда 2 см гача), дарвозаси ўртача (2 дан 4 см гача) ва чурра дарвозаси катта чурралар (4 см дан кўп) фарқ қилинади.

Чурра дарвозаси - қорин пардасининг чурра дарвозалари орқали чиқадиган ички органларни қоплаб турадиган париетал варағидир. Туғма чов чурраларида қорин пардасининг ўсиб етилмаган қин ўсимтаси (*processus vaginalis peritonei*) чурра қопчаси бўлиб ҳисобланади.

Чурра қопчасида: оғзи, бўйинчаси, танаси ва туби фарқ қилинади. Чурра халтачаси турли ўлчамда ва шаклда бўлиши мумкин.

Халтача қорин бўшлиғи билан туташадиган жой оғзи дейилади. Бўйинчаси — чурра халтачасининг оғзи билан туташадиган энг тор участкадир. Бўйинчада аксарият чурра қисилиши рўй беради.

Асоратланмаган чурраларда халтача девори қорин пардасининг силлиқ юпқа варағидан иборат бўлади, унинг юзасида ёғ қатламлари бўлиши эҳтимол. Асоратланган чуррада халтача девори доимо шикастланиб туриши натижасида у қалин тортади, бириктирувчи тўқима ривожланиши ва халтача ичида битишмалар борлиги ҳисобига дағал бўлиб қолади. Чурра қопчаси ички юзаси халтача ичидаги нарса билан ёки деворларининг бири-бири билан битиб қолиши оқибатида чурра тўғирланмайдиган бўлиб қолади.

Чурра халтачасининг тўлиқ облитерацияси деярли бўлмайди. Аксарият халтача икки ёки уч бўшлиқли тузилмага айланади, ёки «қум соат» кўринишини олади, унинг деворида кисталар пайдо бўлмайди.

Чурра халтачаси эмбрионал киндик чурраларида бўлмаслиги мумкин, улардаги тушган ички органлар амнион билан қопланган. «Сирпанувчи» чурраларда ҳам халтачаси қисман бўлмайди. Бу қорин бўшлиғидан ташқарида жойлашган орган (кўричак, қовуқ) чиққанда ва қорин пардаси ёрилган сохта травматик чурраларда кузатилади. Н. В. Антелева маълумотларига кўра сирпанувчан чурралар 4,6% ҳолларда учрайди.

Парда чурралари чурра билан бирга чиқадиغان ва чурра халтачасини қоплаб оладиган қорин деворининг ҳамма қатламларини ҳосил қилади. Уларга қорин пардаси олдидаги клетчатка, фасция пластинкалари, мускул толалари (масалан, *m. cremaster*), уруғ тизимчаси элементлари киради.

Чурра халтачасида қорин бўшлиғидаги органлардан ҳар қайсиси бўлиши мумкин. Ички органлардан айримлари қуйидаги тартибда учрайди:

а) ингичка ичак қовузлоғи; б) чарви; в) ичак тутқич билан таъминланган йўғон ичак бўлимлари; г) чувалчангсимон ўсимта ва йўғон ичакнинг ёғ қўшимчалари; д) бачадон найчалари ва тухумдон, баъзан бачадон; е) ичак тутқич; ж) қорин пардаси билан қопланган органлар (сийдик пуфаги, чамбар ичакнинг юқорига кўтарилувчи ва пастга тушувчи бўлими, кўричак); з) қорин пардаси ортида жойлашган органлар (буйрак, сийдик йўли, меъда ости беши, простата беши фиксацияси бузилганда); и) меъда, талок, ўт пуфаги, Меккель дивертикули.

Бўртиб чиқадиغان халтача чурра ичидаги орган ва чурра дарвозалари вазияти ўртасидаги нисбатни ҳисобга олиш амалий жиҳатдан аҳамиятлидир. Халтача қорин деворининг юқорисига кирган, бироқ унинг қатламлари орасига сурилиб улгурмаган бошланғич чурра; канал чурраси ва тери остига ўтган тўлиқ чурра фарқ қилинади.

Баъзан чурра халтачаси айрим мускул ва фасциал қатламлар орасидан оралиқ ёки интерстициал чурра кўринишида йўл солади, тери остидан эмас, балки мускул ёки апоневроз остидан чиқади.

Ривожланиш босқичлари бўйича:

1. Нотўлиқ (бошланғич, канал, уруғ тизимчаси чурраси). (*hernia incompletus*)

2. Тўлиқ. (*hernia completes*)

Қорин чурраларидан фарқли равишда эвентерацияда ички органларнинг перитетал қорин пардасисиз шикастланган қорин девори орқали тери остига (**тери ости эвентерацияси**) ёки ташқарига (**ташқи эвентерация**) чиқиши содир бўлади.

Қорин ташқи чурралари классификацияси.			
Ташқи		Ички	
Келиб чиқишига кўра			
Туғма чурралар		Орттирилган чурралар	
Анатомик жойлашувига кўра			
Чов	Сон	Киндик	Оқ чизик
Клиник кечишига кўра			

Асоратланмаган чурралар (тўғирланадиган)	Асоратланган чурралар: тўғирланмайдиган, қисилган копростаз чурра яллиғланиши
--	---

Қорин чурралари этиологияси ва патогенези

Чурраларни келтириб чиқарувчи сабаблар	
<p>Маҳаллий қорин девори кучсиз жойлар ёки «чурра нуқталари» қуйидагилардир: а) чов канали зонаси; б) сондаги овал чуқурча зонаси; в) қорин оқ чизиги апоневрозининг киндик устидаги ва киндик олдидаги бўлими; г) Спигели чизиги зонаси; д) Пти учбурчаги зонаси; е) Лесгафт-Грюнфельд тўртбурчаги зонаси; ж) ёпқич тешик зонаси.</p>	<p>умумий 1. мойил қиладиган 2. келтириб чиқарадиган</p>

Қо
рин
дев
ори
туз
или
ши
нин

г анатомик хусусиятлари аёлларда ва эркаларда турли хил чурраларнинг тақсимланишига ҳам таъсир кўрсатади. Сон чурраларининг кўп учраши аёлларда чанок ҳалқаси энининг сербарлиги билан боғлиқ. Эркаларда сон чурраларининг кўп учраши уларда чов ҳалқасининг бирмунча кенлиги билан изоҳланади. Эмбрион даврида у орқали тухум ёрғоққа тушади ва уруғ каналчаси (тизимчаси)дан ўтади, шунингдек чов ёриғи тузилишининг ҳам ўзига хос хусусияти (учбурчак) бор. Аёлларда чов оралири ёриқсимон шаклга эга.

Умумий мойиллик қиладиган омилларга: ирсият, ёш (умрининг биринчи ёшидаги болаларда кўкрак девори кучсиз, кексаларда қорин девори тўқималари атрофияга учраган бўлади), жинс (аёлларда чанок ва сон ҳалқасининг тузилиш хусусиятлари, эркаларда човнинг кучсизлиги), гавда тузилишининг хусусиятлари, семиз-ориқлик, тез-тез туғиш, қорин девори шикастлари, операциядан кейинги чандиқлар, қорин девори нервлари фалажини киритадилар. Бу умумий омиллар қорин деворининг маҳаллий заифланиб қолишига олиб келади.

Келтириб чиқарадиган омиллар. Бу қорин ичида босимни оширадиган омиллардир, чунончи: оғир жисмоний меҳнат, туғруқнинг қийин ўтиши, жуда оғир юкларни кўтариш ёки оғир нарсани тўтиб туриш учун кўп куч сарфлаб зўриқиш шулар жумласига киради. Чурранинг шу тахлитда ҳосил бўлишига «зўриқишдан бўладиган чурра» дейилади.

Қорин девори мусқўллари сустлашганда ва етишмовчилигида чурралар аста-секин ва бемор учун сезиларсиз, бирор жисмоний куч ишлатмай ва зўриқмай ҳосил бўлиши ҳам мумкин. Уларни «ҳолсизликдан пайдо бўладиган чурра» дейилади (масалан, умуртқа поғонаси, орқа мия ва нервлар шикастлангандан кейин тўқималар трофикаси пасайганда, тез ориқлаб кетишда).

Чурралар келиб чиқишида аҳамиятли бўлган бошқа омиллардан мусиқа асбобларини чалгандаги зўриқиш, эмфизема ва ўпка сили, кўкйўталдаги йўталиш, қабзият ва уретра стриктурасидаги, простата беши аденомасида бузилишлар, такрорий ва қийин туғруқлар, асцит ва бошқаларни эслатиб ўтиш мумкин.

Чурраларнинг ҳосил бўлиш механизми уларнинг келиб чиқишига боғлиқ холда (туғма ёки орттирилган) хар хил бўлади.

Туғма чуррада чурра дарвозалари ва чурра халтачаси аввал шаклланади, сўнгра жисмоний зўриқиш натижасида ички органлар чурра халтачасига киради. Орттирилган

чурраларда эса қорин ичидаги босим ошганда ички органлар қорин девори қатламларини суриб, париетал қорин пардасини чўзиб юборади ва чурра халтачаси шаклланади.

Клиник картинаси ва диагностикаси. Симптомлари бўйича асоратланмаган чурралар (тўғирланадиган, жойига солинадиган), сурункали асоратланган (тўғирланмайдиган) ва ўткир асоратланган чурраларни фарқ қилиш лозим.



Асоратланмаган ташқи чурралар субъектив турли-туман намоён бўлади. Баъзан улар умуман бўлмайдилар. Аксарият беморлар чурра соҳасида жойлашган симиллаган қаттиқ, оғриқдан нолийдилар, оғриқ, масалан, тўш ости соҳасини бошланғич чов чуррасида — мойкка, жинсий лабга ва бошқа соҳаларга берилади. Оғриқ жисмоний зўриқишда, оғир юк кўтаришда, вертикал вазиятда кучаяди.

Диспептик шикоятлар: кекириш, жиғилдон қайнаши, кўнгил айниши, баъзан қусиш, дизурия, кабзиятлар ҳам бўлиб туради.

Асоратланмаган ташқи чурраларнинг асосий объектив белгилари:

- а) чурра жойлашуви учун хос зонадаги бир оз шиш
- б) чурра ичидагини қорин бўшлиғига киритишга боғлиқ бўлган шиш кўриниши ва хажмининг тез ва осон ўзгарувчанлиги;
- в) қорин бўшлиғига киритилган жойда қорин деворининг бўртиб чиқиш нуқсонини — «чурра дарвозаси» борлиги
- г) «йўтал турткиси» феномени борлиги.

Тўғирлашдан кейин, эҳтимол, пайпаслаш ёрдамида чурра дарвозаси ва каналининг кўринишини, ўлчамларини уларнинг атрофидаги тўқималар сифатини, чурра дарвозасининг чурра пардаси ва чурра халтачаси билан ўзаро муносабатини, сурилувчанлигини, битишмаларини аниқлаш мумкин:

— чуррада ичак қовузлоғи борлиги бўртма юзасининг силлиқлиги ва эластик юмшоқ консистенциясидан, перистальтиканинг тери орқали билинишидан, перкуссияда тимпаник товуш пайдо бўлишидан аниқланади;

— чуррада кўр ичак қисми борлиги (айниқса сирпанувчан чурра кўринишида) пайпаслашдан ташқари, йўғон ичакни рентгенография қилишда аниқланади;

— чуррадаги қовук, деворини (сирпанувчан чурра) дизурия борлигидан ва қовукни цистоскопия ёки рентгенография қилиш ёрдамида (сергозин) аниқлашга муваффақ бўлинади;

— чуррада аёл ички органлари борлигини баъзан ҳайз кўриш даврида бўртманинг шишиб чиқишидан билса бўлади.

Сирпанувчан чурралар. Бу чурра халтачасининг деворларидан бири қорин пардаси билан қисман қопланган (масалан, қовук, юқорига кўтариладиган ва пастга тушадиган ичак) чурралардир. Чурра халтачаси камдан-кам холларда батамом бўлмайдилар.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чурралари аксарият қийшиқ чов чурраларида, қовукники эса - тўғри чов чурраларида бўлади. Сирпанувчан чурралар ҳамма чов чурраларининг 1-1,5 фоизини ташкил қилади. Улар туғма ва орттирилган бўлиши мумкин.

Йўғон ичакнинг сирпанувчан чуррасининг патогномик симптомлари бўлмайдилар. Одатда бу ёши улғайган ва кекса одамлардаги чурра дарвозаси кенг катта чуррадир.

Диагностикасига йўғон ичакни рентгенда текшириш ёрдам беради.

Қовукнинг сирпанувчан чурраларида сийдик чиқариш бузилади ёки сийдик иккига бўлиниб чиқади (аввалига бемор қовуғини бўшатади, кейин чурра бўртмасини босганидан кейин қайтадан сийдик чиқариш майли пайдо бўлади ва бемор яна сия бошлайди).

Қовукнинг сирпанувчан чуррасига шубха қилинганда қовукни катетерлаш ва цистография қилиш зарур.

Қорин чурраларини умумий даволаш принслари.

Консерватив даво: консерватив даволаш бандаж тақишни тайинлашдан иборат. Бандаж корсет ва белбоғлар шаклида бўлади ёки қоринга маҳкам қилиб тасма боғланади.

Бандаж тақиш чурра ичида чандиқлар, битишмалар ҳосил бўлишига сабаб бўлади, баъзан терини таъсирлантиради ва ички органларни чиқиб қолишдан ва чуррани қисилишдан ҳамиша ҳам сақлаб қола олмайди.

Хирургик даво. Чурраларни фақат операция усули билан радикал даволаш мумкин. Чурраларнинг ҳамма турларида операция қилиш принципи бир хил. Унинг вазифаси:

- а) чурра халтачасини чурра пардаларидан ажратиш;
- б) халтачани очиш, битишмадан чурра ичидаги аъзони озод қилиш ва қорин бўшлиғига киритиш;
- в) чурра халтачасини тортиб олиш, уни оғзи сатҳида — бўйнида тикиш ва қирқиб ташлаш;
- г) чурра дарвозаларини чоклар билан ёпишдан иборат.

Чурра деворларини маҳаллий бир хил турдаги тўқималар тикиш йўли билан ёпиш усуллари лозим бўлган.

Операциядан кейинги даврда йўтал, бронхит, зотилжам, қорин дам бўлишининг олдини олиш муҳим аҳамиятга эга — нафас гимнастикаси, эрта ўриндан туриш (2-4 куни), 2-3 hafta мобайнида дам олиш, 2-3 hafta мобайнида профилактик дам олиш мақсадга мувофиқ.

Операцияга монелик қиладиган холлар: юрак ва нафас етишмовчилиги бўлган жуда кексалик, қон айланиши декомпенсация бўлган юрак нуқсони, III босқичдаги ўпка сили, жигар ва буйракнинг оғир касалликлари ва бошқа тузалмайдиган касалликлар.

Герниопластикани беш асосий усули мавжуд:

- 1) фасциал-апоневротик;
- 2) мушак-апоневротик;
- 3) мушакка оид;
- 4) Қўшимча биологик ва синтетик материаллар ёрдамида пластика қилиш усули (аллопластика, ксенопластика, эксплантация);
- 5) комбинирланган (ўзининг тўқимаси ва бошқа тўқималардан фойдаланилади).

Дастлабки учта усул аутопластика, қолган иккитаси эса аллопластика деб аталади.

Фасциал-апоневротик пластика усулини афзаллиги шундаки, бунда бир хил тўқималарни бир-бирига бириктирилади ва бу битишма анча ишончлироқ ҳамда мустаҳкамдир. Буларга мисол қилиб чов чурраларида ўтказиладиган Мартинова ва Ру-Оппел усули, киндик чуррасида ўтказилувчи Мейо усули, оператсиядан кейинг чурраларни даволашда ишлатилувчи Напалков, Вишневский, Мартинов жарроҳлик усуллари мисол қилиш мумкин. Фақатгина баъзи холларда, мушак ва апоневрозлар атрофияланган, ингичка-юпқа, толалари титилган бўлгандагина фасциал-апоневротик пластика ретсидив бериши мумкин.

Бундан ташқари қўшимча биологик ва синтетик материаллардан-трансплантантлардан фойдаланиладиган пластика усуллари қўлланилади. Нимадан олинишига қараб турли трансплантантлар ишлатилади:

- а) аутологик (ўз организмидан олинадиган);
- б) аллогик (бир хил кўринишдаги, шакилдаги тўқимани ретсипентдан олинади);
- в) ксеноген (бошқа органузмдан олинадиган кўриниши);

- г) эксплантатлар (нобиологик тўқималардан);
 д) комбинирланган трансплантантлар (биологик ва нобиологик хамда баъзан аутологик тўқималардан олинадиган).

Вентрал чурраларда пластик материалларни қўллашга кўрсатмалар:

- 1) қайта-қайта редсидивланувчи чурраларда;
- 2) Мушаклар, фасциялар, апоневрозларнинг атрофияланишидан сўнг, бўшаб қолган қорин деворидан чиқувчи катта ўлчамдаги чурраларда;
- 3) Операциядан кейинги кўп чурра дарвозали чурраларда;
- 4) қорин деворидаги 10x10 см дефектли гигант чурралар;
- 5) “мураккаб” чов чурраларида.

Қорин чурралари профилактикаси қуйидагича ўтказилади:

- 1) қорин девори мускуллари мустаҳкамланади, бунинг учун гимнастика машғулоти, жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш тавсия этилади;
- 2) ишда чуррага сабаб бўладиган ортиқча жисмоний зўриқишлардан сақланиш лозим, шу мақсадда меҳнатни механизациялаш, уни муҳофаза қилиш, ишчиларни жисмоний ишларга тўғри танлаш лозим;
- 3) хомиладор аёллар хомиладорликнинг охири ойларида белбоғ-бандаж тақиб юришлари керак, туғруқдан кейин эса қоринни массаж қилиш ва қорин мускулларини мустаҳкамлаш учун махсус машқлар тавсия этилади;
- 4) болаларнинг гигиена, овқатланиш қоидаларига риоя қилиши, уларда ичак фаолияти, нафас органлари ва сийдик чиқаришнинг нормал ўтишини кузатиб бориш, қорин деворидаги нуқсонларни аниқлаш мақсадида уларни кунт билан синчиклаб текшириш, бордию, чурра аниқланса, болаликда операция усулида олиб ташлаш;
- 5) ёғ босишга ва айниқса ундан кейин қаттиқ ориқлаб кетишга қарши курашиш;
- 6) операциядан кейин чурраларнинг профилактикаси жароҳат йирингланишининг профилактикасидан иборат, бунинг учун қорин жароҳати тампонада қилинади, лапаротомияни бошдан кечирган шахсларга 2-4 хафта муддатга дам олиш берилади.

Жисмоний ишга қайтишда аста-секинлик принципига амал қилиш ва қорин девори мускулларини чиниктириш зарур.

Анатомик жойлашувига кўра: чов, сон, киндик, эпигастрал, ханжарсимон ўсик чурралари, қориннинг ён чурралари, бел, қуймич, ёпқич тешик, оралик чурралари.

ЧОВ ЧУРРАЛАРИ (HERNIA INGVINALIS).

Чов чурраси бошқа қорин чурраларига нисбатан кўпроқ учрайди. Хирургик статсионардаги умумий касалларнинг 8-18%ини вентрал чурралар ташкил қиладиган бўлса шу касаллардан 75-80%ини чов чурраси ташкил қилади.

Чов чурраси кўпроқ эркакларда кузатилади. Бу аёлларда эркакларга нисбатан чов каналининг тирқишсимон шаклда бўлиши, мушак ва пай қатламининг яхши ривожланганлиги ва нисбатан узунроқ бўлиши билан боғлиқ. Чов чурраси буйича аёл ва эркаклар нисбати 6:1га тенг.

Чов чурралари қийшиқ (*hernia inguinalis externa s. Obtigua*) ва тўғри (*hernia inguinalis interna s. directa*) чов чурраларига бўлинади.

Қийшиқ чов чурраси-чов канали ташқи ва ички чов халқаси билан боғланган. Чов каналини олдинги деворини қоринни ташқи қийшиқ мускулини апоневрози ташкил қилади. Каналнинг орқа деворини кўнданг фасция ва апоневроз ташкил қилади. Каналнинг орқа деворида Хасселбах учбурчаги мавжуд, латерал тамондан пастки қорин устки артерияси, пастдан пупарт бойлами, юқори ва медиал тамондан қорин тўғри мускули ташқи чети ва кўндаланг фасция ташкил қилади. Қийшиқ чов чурра ички халқа орқали чиқади ва канал орқали пастга ҳаракатланади. Бу ҳолатда, қийшиқ чов чуррасида чурра халқаси чов халқаси орқали ўтади, чов канали орқали ёрғоқ илдизида жойлашади

ва ёрғоқда чурра хосил булишига шароит яратади, кейинчалик чов ёрғоқ чурраси хосил бўлади.

Қийши қчов чурраси чов канали орқали юқорига, пастга, лдинга, орқага ва ташқари ҳамда ичкарига ҳаракатланади.

Қийшиқ чов чурраси ривожланиши бир нечта босқичлардан иборат:

1) бошланаётган қийшиқ чурра-бемор йўталган ёки кучанганда шифокор бармоғи орқали чов канали ташқи тешигидан чурра тубигача етиб бориши мумкин ;

2) каналдаги чурра -бунда чурра халтасининг туби чов каналининг ташқи тешигигача жойлашади.

3) уруғ тизимчасидаги қийшиқ чов чурраси-бунда чурра чов каналидан чиқади ва ўсмасимон шаклда палпатсия қилинади.

4) қийшиқ чов-ёрғоқ чурраси-бунда чурра хосиласи уруғ тизимчаси орқали ёрғоққа ўтади. Қийшиқ чов чурраси тўғри канал билан учрашиши, асосан, қари беморларда чов соҳаси апоневроз, фасция ва мускулларининг бирданига чўзилиши ва атрофияси фониди юзага келади. Бунинг натижасида чуқур чов канали ёриғи юзага яқинлашади. Канал кенгайди, қисқаради, қийшиқ йўналишини йўқотади, қорин бўшлиғига борган сари тўғри кенгайган ёриққа айланади. Бунақа чурралар жуда катта улчамларгача катталашади. Хамма чов канали орқа девори узилган бўлади. Чов оралиғи ўлчами узунлиги 7-7,5 см, баландлиги 3-5 см гача етади.

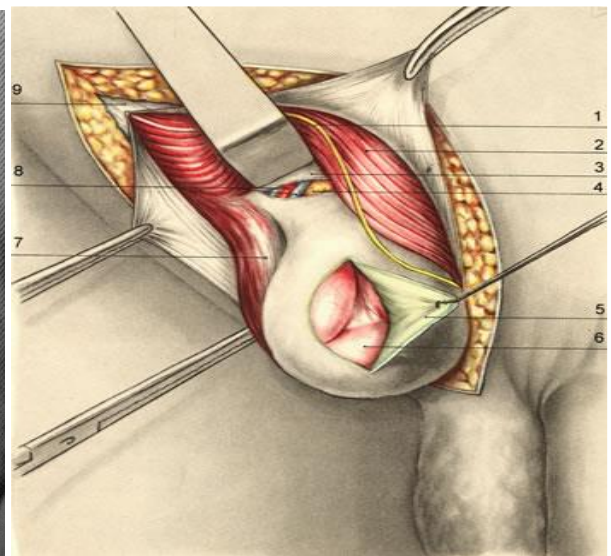
Ички девор чов чурраси хам қийшиқ шаклда бўлади. Жуда кам учрайди, умумий чурра сонининг 0,1-0,3% ини ташкил қилади. Асосий фарқи, бунда чурра халтаси олдинги қорин девори қаватлари орқали ўтиб уруғ тизимчаси пардаси тагида жойлашади.

Кўп холларда у қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози устида жойлашади.

Халтадаги чов чуррасининг асосий фарқи бунда 2 та чурра халтаси бўлиб, уларнинг биттаси иккинчиси билан тугайди. Қорин бўшлиғи факат ички халта билан боғланган. Ташқи халтадан ички халтани очмасдан қорин бўшлиғига кириб бўлмайди.

Чов олди чурраси-бунда чурра халтаси чов канали ташқи тешигидан чиқмасдан, қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози тиркишидан чиқади.

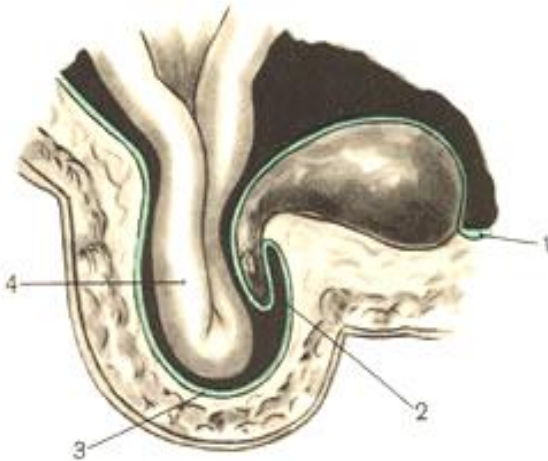
Тўғри чов чурраси Хасселбах учбурчагида канал тубида жойлашади (медиал қорин усти артериясида). Тўғри чов чурраси кўпроқ қари беморларда кузатилади. Чурра хосиласи айлана шаклда, чов бойламининг медиал қисмида жойлашади. Чурра кам холларда ёрғоққа ўтади, одатда 2 тамонлама бўлади. Тўғри чов чуррасида обектив текширганда чов канали орқа девори хамиша кучсизланган ҳолатда бўлади. Йўтал турткиси чов каналининг ташқи тешиги қаршисида сезилади. Чурра халтаси уруғ тизимчасидан ичкарида жойлашади.



Тўғри ва қийшиқ чов чуррасини дифференциал белгилари.

Қийшиқ чов чурраси	Тўғри чов чурраси
Купинча ёш бола ва ўрта ёшлиларда учрайди	Купинча қарияларда учрайди
Бир томонлама бўлади	Икки томонлама бўлади
Ёрғоққа тушади	Кам холларда ёрғоққа тушади
Тузилиши ноксимон	Тузилиши думолок
Йўтал турткиси ички чов тешигининг ён тарафида сезилади	Йўтал турткиси ташқи чов тешигининг каршисида сезилади
Чурра қопи уруғ тизимидан ташқарида жойлашган	Чурра қопи уруғ тизимидан ичкарида жойлашган

Баъзи ҳолатларда аралаш чов чурралари кузатилади; ҳам тўғри ҳам қийшиқ, тўғри чов чурраси ва сийдик қопи чурраси ва бошқа аъзолар билан қўшилган ҳолати. Аралаш чов чурралари кам ҳолатларда учрайди, лекин улар алохида етиборни талаб қилади, чунки оператсия пайтида улардан бири кўрилмай қолиши мумкин шу сабабли чурра кесиш радикал бажарилмайди.



Қийшиқ чов чурралари чурра қопининг келиб чиқишига қараб туғма ва орттирилган бўлади.

Туғма чов чурралари - процессус вагиналис перитонаеи битишмаганлиги натижасуда пайдо бўлади, бунда тухум чурра хосилласи билан бирга бўлади. Ортирилган чурраларда тухум чурра хосиласидан алохида бўлади.

А**В**

Туғма (А) ва орттирилган (Б) қийшиқ чов чурраси.

1 - peritoneum; 2 - fascia transversalis; 3 – ингичка ичак; 4 - чурра қопи; 5 - testis; 6 - tunica vaginalis testis; 7 - tunica dartos; 8 – тери; 9 - чурра қопи - tunica vaginalis testis; 10 - fascia spermatica interna.

Туғма чов чурраси кўпинча мойк ва уруғ истисқоси билан биргаликда учрайди. Бунда куйидаги ҳолатлар бўлиши мумкин:

1) Қин ўсимтаси қисман битишиб кетган бўлади; бунда унинг тухумга ёпишган қисми ечили кетиб истисқога бўшлиқ ҳосил қилади; қорин пардасини қин ўсимтаси юқори бўлаги чурра қопи бўлади.

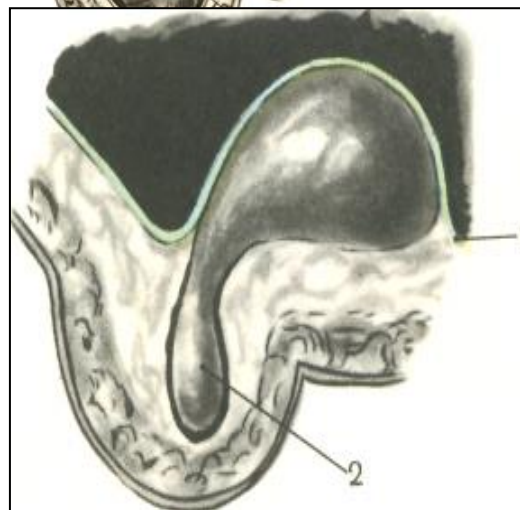
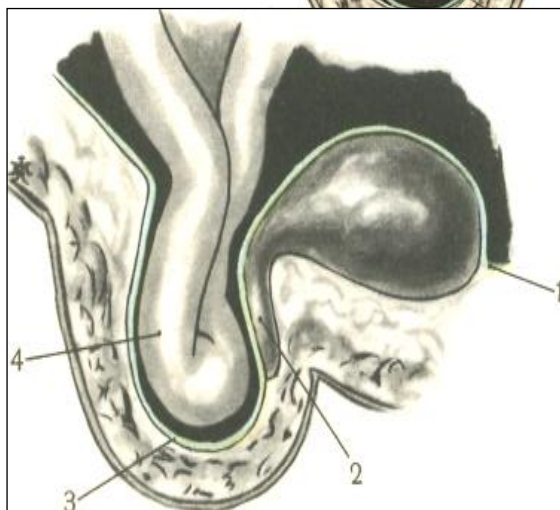
2) Қорин пардасини қин ўсимтаси чов канали чуқур тешиги соҳасида облитератсияланади ва бу туғма чуррани уруғ тизимчаси кистаси билан бирга келишига сабаб бўлади. Н.И. Кукуджанов малумотиға кўра туғма чурралар 1-2 % эркакларда, қорин пардасини қин ўсимтаси облитератсиясига боглиқ хар хил аномалиялар билан ўртача 10 % эркакларда учрайди.

Сирпанувчи чов чурралари чурра қопининг бир девори қорин парда билан ўралган аъзо бўлганда ҳосил бўлади, масалан сийдик қопи, кўр ичак. Кам ҳолларда чурра қопи бўлмайди, ҳамма бўртмалар қорин парда билан ўралмаган силжиган аъзонинг сегметларидан ҳосил бўлади. Сирпанувчи чурралар ҳамма чурраларнинг 1 - 1.5 % ташкил этади. Оператсия пайтида чурра қопи ўрнига ичак девори ёки сийдик қопини очиб юбормаслик учун сирпанувчи чурранинг анатомик хусусиятларини билиш лозим.

1 Кўр ичак



сирпанувчи чурраси



(чурра ўсимтаси латерал девори ҳосил булишида кўр ичак иштрок этади); Б - қорин парда ташқари сирпанувчи чурраси (ичак девори катта узунликда чурра ўсимтаси бўлади) 1- peritoneum; 2 - fascia transversalis; 3 – чурра қопи; 4 - кур ичак девори.

Сийдик пуфаги сирпанувчи чурраси .А - Қорин пардаси атрофида Б -Қорин пардаси ташқарида

1 - перитонеум; 2 - сийдик пйфаги; 3 - Чурра қопчаси 4 - Ингичка ичак;

Сирпанувчи чов чурраси касалик чақирувчи белгиларга эга эмас одатда бундай катта чурра кенг чурра деворлари билан бирга келади асосан кекса ва ёши катта одамларда учрайди.

Чов чурраси клиникаси ва ташхиси

Асорастсиз чов чуррасининг кўриниши маълум бир шаклга эга бўлади. Чов соҳасидаги бирон бир шишни пайдо булиши хар хил оғриқлар бўлиши бу асосан жисмоний зўриқиш пайтида бўладиган бўлса кўп холларда деб фараз қилишимизга сабаб бўлади. Агарда чурра шишиб унча катта бўлмаса ўзининг ривожланишини дастлабки босқичларида бўлса ёки канал типиди бўлса ёки деворлар орасидаги чурра бўлса уни аниқлаш анча қийинчиликларга олиб келади бундай холларда ташхис анамнезни ўрганиш чов соҳаси кўриги пайпаслаш асосида аниқланади чов чурралари кичик ўлчамларда бўлса оғриқ бермайди. Агар узок муддатли чурра бўлса, катта хажмли бўлса сирпанувчи ридсидивланувчи бўлса буларнинг симптомлари оғриқ.

Оғриқ қорин пастиди чов соҳасида секин секин иррадиатсияси белга ва думғазага ўтади агар чурра шиши қанчалик катта бўладиган бўлса юрганда жимоний иш ва меҳнат фаолиятининг бирданига секинлашувига олиб келади кўпинча бундай беморлар сурункали қабзиятга шикоят қилишади одатий симптомлар билан кечадиган сийдик пуфагининг сирпанувчи чурраси сийдик ажралишини тезлашиши сийдик ажралишидаги оғриқлар.

Ёши катта беморларда сийдик тутилиб қолиши тез- тез учрайди , чурра дарвозасининг сирпаниши кўричак оғриғига қоринда шишлар пайдо бўлиши ва қабзиятга олиб келади. Шифокор беморларни кўриқдан ўтказганда уни вертикал ва горизантал холатда кўриш керак. Қийшиқ чурра шиши сийдик канали бўйлаб жойлашган бўлиши мумкин. Тўғри чурра бойламларини медиал қисмида жойлашади. Базан шишни текширган пайтда контурлари аниқланмайди қорин бўшлиғига йўналган бўлса яни қорин ёғ қаватларида бўлса аниқланмайди бундай холатларда аниқлашнинг энг қулай усули пайпаслаб аниқлашдир (мойкларни):

1. Бунда тўғри қийшиқ ва сон чурраларини қиёсий ташхисини ўтказиш керак , чов соҳасини бирдан катталашиши аниқлаш анча енгил хисобланади чунки бармоқ билан аниқлаш қулай. Агар чурра қийшиқ бўлса уруғ каналига қайрилган бўлади агар тўғри бўлса бармоқ човлар орасига тўғри йўналтирилади. Аёлларда чов чуррасини ташхиси фарқлари чов каналига бармоқни кирғизишни деярли иложи йўк чов бойламларининг тўғри жойлашган чурраларини кўриги анча мушкул қийшиқ бўлса ташқи жинсий лабга тушади. Операциягача бўлган даврда сирпанувчи чов чурраларининг ташхиси мухим ахамиятга эгадир. Сирпанувчи чурра хақида гап борганда қуйидагиларни аниқлаш керак
2. Катта чурра дарвозали йирик ўлчамдаги чуррани узок вақт туриб қолиши
3. Чов канали орқа деворининг бир неча марта бузилишидаги кўп маротабалик ридсидивланувчи чурралар
4. Сирпанувчу чурранинг у ёки бу орган билан муносабати
5. Камдан кам ёки тўлиқ чурраларни такрорланиши
6. Пайпасланганда чурра қопчасини хамирсимон қонсистенсияга эга бўлиши
7. Сийдик ажралиши 2 қабулда бўлганда - бунда бемор дастлаб бемор сийдик пуфагини бўшатади кейин чурра жойига тушгандан кейин сийдик қисташи кузатилади.
8. Агар тузалишга шубха бўлганда қўшимча равишда қуйидагилар қилинади: ирригоскопия систоскопия систография бимануал гинекологик кўрик
9. Чов чуррасини чов лимфааденити билан абсцесси билан ёрғоқ вадеянкаси билан варекаселле билан липома билан сон чурралари билан дифдиагноз қилиниши керак.

Лимфааденит - лимфа тугунларининг ялиғланиши лимфааденит одатда ялиғланишлар асорати сифатида ривожланади. Базида инфекциялар тери ёки шиллиқ қавати орқали ўтиши мумкин. Инфексия фақат лимфа тугунларида тарқалибгина қолмай атроф тўқималрга хам тарқалади аденофлегмона ривожланишига олиб келади.

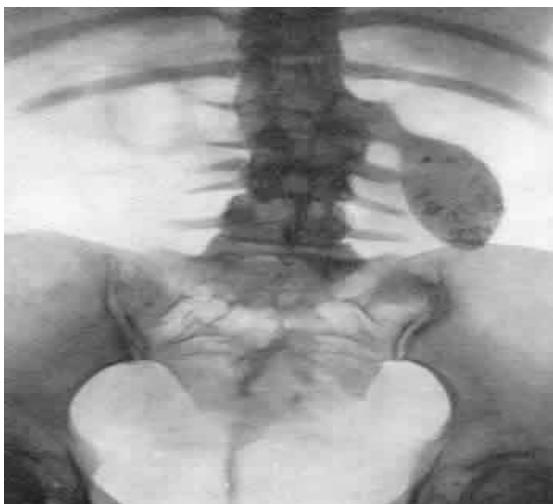


Палпатсия орқали чуррани ўткир лимфааденитдан фарқланади. Лимфааденитда лимфа безларини катталаниши хосиланинг қаттиқ қонсистенсияга эга бўлиши, оғриқли бўлиши ҳаракатчан тери ва тери ости ёғ тўқималарига бирикмаган ҳолатда бўлиши кейинчалик ҳаракатсиз бўлиши алоҳида қобик билан ўралиб шиш кўринишида хосила пайдо бўлиб атроф тўқималар билан инфилтранссияланади. Тери остида юза қизариш инфилтрат устида жойлашади кейинчалик инфилтрат ялиғланган хосила кўринишида бўлиб унинг ўртасида флукуатсия аниқланади. Шу вақтда беморлада температура кўтарилиб қалтираш

интоксикация белгилари билан биргаликда кечиш йўтал туртки симптоми манфий бўлади.

Давоси. Бошқа касалликлардан фарқланган ҳолда хусусан чов чурраси билан. Вобшифоқорининг асосий биринчи Қиладиган иши чов лимфа аденитида чов соҳасидаги бошланғич ялиғланиш учоғининг йўқотишда иборат (яра ва абсцесс). Енгиел сероз ялиғланшли лимфааденитда ётоқ режимни тавсия етилиши. Иссиқлик антисептиц боғламлар антибактериял терапия дезинтоксикатсион терапия умумий қуватловчи терапия йирингли лимфааденитда беморларни жарроҳга юбориш ва ялиғланиш учоғини очиш дренажлаш амалиётини бажаришни тушунтиришлардан иборат. Чов соҳасидаги инфекциялар сурункали типда ва ўткир типда ва спессифик қўзғатувчилар билан биргаликда кузатилиши мумкин. ялиғланиш жараёни секин ёки тез ривожланши мумкин.

Базан мойк туберкулёзи кузатилиш мумкин.



УАШ фаолиятида суяк бўғим туберкулёзи туберкулёз лимфааденит актинамикоз захм, касалликлар шикоят билан келганда уларда анамнез малумотлар тулиқ йиғиши талаб етилади чунки юқорида санаб ўтилган касалликлар кечиш механизми буйича бир хил кечиши мумкин. Асосий ишончли малумотларни рентген картинкаларга ,(суяк бўғим зарарланиши билан кечадиган касалликларда) ва серологиц текширувлар асосида ташхис қўйилади. Чов соҳасидаги зарарланган ялиғланиш учоғидан биопсия олиш ҳам шулар жумласидандир. Туберкулёз

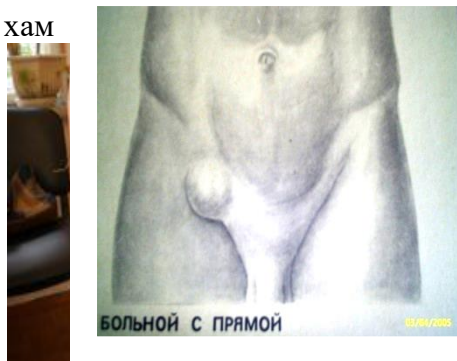
жараёнида қўзғатувчининг топилиши (кох 1882 йил таёқчаси)нинг туберкулёз ҳақида аниқ малумот беради. Кох таёқчаси гематоген йул билан тарқалиши мумкин. Синовиал хужайралар гематаген зарарланишига алоқасиз бўлиб улар иккиламчи тарзда зарарланади яни зарарланган ва шакланга ўчоқдан. Тоғай тўқимаси ҳам синовиал хужайралар каби гематаген зарарланишига алоқасиз хисобланади. Кўп холларда буффер тизими туфайли тоғай тўқимаси чидамли бўлади ва клиник жараённинг суяк ва бўғимларга ўтишидан қисман оғохлантиради. суяк тўқимасидаги сил жараёнида кўпроқ умуртқа танасида найсимон суякларни эпифиз қисмида ясси суякларни ҳам зарарлайди суяк кўмигини тўлдирди. чов чуррасидан фарқланиши керак бўлган чов соҳадаги йиғилган абсцесс тери остига мобилизатсияланган бўлиб шу соҳадаги тери рангини мрамр кўринишига келтиради. Шишади тери ости веналарига тарқалиши мумкин, йиғилган абсцесс

чурралар каби катталашиси мумкин энг мухим дифференциация қилиш йиғилган абсцессда флюктуация аниқланиши билан белгиланади . абсцессларда йиғилган суюқлик зарарланган ўсимталар , ёнида йиғилади , умуртқа поғонасига нагрузка тушганда оғрик кузатилиб оғриқлар бел соҳасигача тарқалади . жараён бўғимлар соҳасига тарқарлганда доимий тарзда кечади , оғрик букувчи контрактураларга кўшилади сон суяклар атрофияси кузатилади абсцесс сонни олдинги ён бўлимларга йиғилиши мумкин шу билан биргаликда ёнбош мушакларга ҳам тарқалиши мумкин. Рентген расимдан йиғилган абсцесс гомоген хусусиятли ташқи чегаралари аниқ чегараланган четлари аниқ характерда бўлади ўрта кўкрак умуртқа бўлими зарарланишида совуқ абсцесс думалок ва ноксимон формада бўлади рентген суратда аниқ кўринади жойлашиши юқори кўкрак пастки кўкрак бўлимларида ҳам жойлашиши мумкин йиғилган абсцесс сояси полиморф кўринишида , учбурчак кўринишида сояланиши мумкин йиғилган абсцесс бел умуртқа бўлимида жойлашганда сояси тўғри бўлиб аниқ кўринимайди жараён сўниши пайитида. Клиник белгилар камаяди рентген картинкада деструкцияланади остеофитлар кўринишида бўлади.

Даво. Камбинирланган: списифик даво , Хирургик даво йирингли учокни очиш, ва санавиятсия қилиш бази холлрда сон чурраси билан дифиринсация қилиш кийинчилик туғдиради бу холатда чуррани жойлашишини аниқ белгилаб олиш керак , бунинг учун беморни горизантал холатда ётқизиб чов бойламини аниқ ажратиб олиш керак бўлади. Агар чурра хосиласи шу проексияда бўлса бу чов чуррси бўлади агар пастда жойлашган бўлса бу сон чурраси хисобланади чов чурраси моякни катталаштириб мояк истисқосига ҳам сабаб бўлиши мумкин.

Гидроцеле уруғдон шиллиқ қаваати қинига суюқлик йиғилиши бўлиб уруғдонни бир хил ўраб олган холатда ривожланади ва 1та моякдеворидан ташкил топади. Қин хужайралари уруғдон билан бирга қорин бўшлиғида ривожланиши мумкин.

хам



Уруғдон қин пардаси уруғдонни мояк ичида эркин харакатини таминлайдиган суюқлик ишлаб чиқаради.Нормада бу суюқлик ишлаб чиқарилиши ва сурилиши мувозанатланган холда бўлади.бу суюқлик ишлаб чиқарилиши кўпайса ёки уни сўрилиши пасайса бу парда атрофида суюқлик тупланиб қолади ва гидросели(гидро-сув,сели-буртиб чиқиши)юзага келади. Гидроцели юзага келишига ёш болаларда кўпинча мояк Қин пардаси ва Қорин бўшлиғини алоқасини узилиб қолиши сабаб бўлади.Катталарда эса уруғдон ва унинг ортиқларининг яллигланиши(орхит, эпидидимит),мояк травмаси,чов ва тос соҳаси зарарланиши(ўсма метастази,паразитар касалликлар-филляроз),оғир юрак етишмовчиликлари сабаб бўлади.

Туғма мояк пардалари истисқоси янги туғилган чақалоқларнинг 6% ида учрайди.Катта ёшдаги эркакларда гидроцеле учраш сони 1-3%,лекин бу кўрсаткич хар хил давлатларда турлича.

Диагностикаси.Мояк пардалари истисқоси ёрғокни бир тамонлама ёки иккала тамонлама катталашиси Хисобига юзага келиши мумкин.Катталашган ёрғоқ ясси-эластик қонсистенсияли ва оғриқсиз бўлади.Мояк пардалари истисқоси ўлчами организмнинг компенсатор имконияти ва гидроцеле сабабига боглиқ холатда секин (бир неча йил) ёки тез (бир неча хафта) катталашиси мумкин.Мояк пардалари истисқоси диагностикасида асосан шифокор кўриги ва физикал текширувлар ётади.Аниқ ташхис

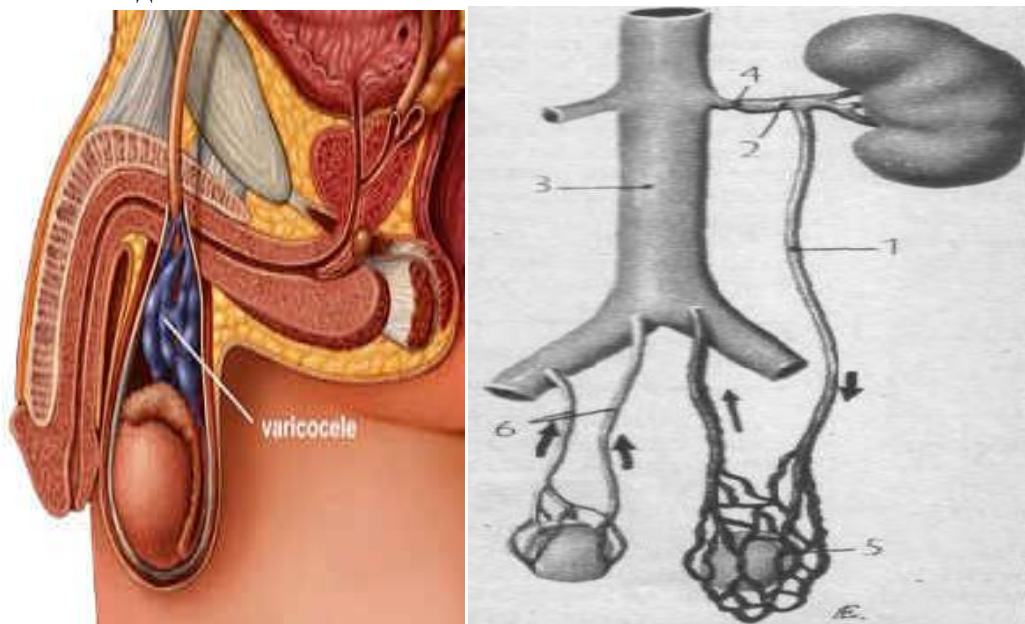
қўйишда ёрғокни ультратовуш текшируви ва диафаноскопия ёрдам беради. Перкуссияда мойк пардалари истисқосида буғик овоз эшитилади, чурраларда тимпаник овоз эшитилади. Истисқода ёруғлик симптоми мусбат бўлади. Истисқо суюқлиги шаффоф ва нур ўтказувчан бўлади, ичак қовузлоклари ва чарви нур ўтказмайди. Шуни унутмаслик керакки, мойк пардалари истисқоси уруғ тизимчаси истисқоси ёки чурралар билан қўшилиб келиши мумкин. Гидроцеле бемор хаёти учун хавф туғдурмайди, лекин функционал ва эстетик ноқулайликлар келтириб чиқариши мумкин. Икки тамонлама катталашган мойк пардалари истисқоси юришга хаттоки, ўтиришга ҳам халақит қилиши мумкин.

Даволаш. Мойк пардаларини истисқосини медикаментоз давоси мавжуд эмас. Беморларга махсус пунксион игна ёрдамида истисқони пунксия қилиб истисқо суюқлигини шприц ёрдамида тортиб олиш йўли билан вақтинчалик ва тез ёрдам кўрсатиш мумкин. Лекин истисқо пунксиясидан кейин ретсидив 100% такрорланади. Истисқони даволашни бирдан-бир ягона усули хирургик оператсия ҳисобланади.

Чов чурраси билан варикоцеле бир бирига ўхшаб кетади. Варикоселле бу уруғ тизимини ва мойкларни варикоз шиши ҳисобланади. Бунинг ривожланиши веноз қон томирларнинг клапанларини ишламаслиги ёки қисман ишлаши натижасида келиб чиқади, бунинг натижасида веноз босимнинг ошиб кетиши қоннинг орқага қуюқ бўлиб оқиши бўлади. Шу билан уруғ тизимчасини шиши кузатилади.

Бошқа сабабларидан бири буйрак венаси ва юқори мезентериал артериялар анатомик аорто - мезентериал “пинсет”

Икки томонлама варикоцеле 20 % ни ташкил этади, ўнг томонлама варикоцеле 2% ни ташкил этади.



Варикоселеда беморни вертикал холатида мойкда оғриқ кузатилади

Палпатсияда веналарнинг илонсимон кўринишдалиги сезилади

Варикоселени даволаш

Даволаш хирургик ҳисобланади

Оператсия қилиш керак қўйидагиларда:

- Тухумдонда оғриқни бўлиши
- Эркакларда бепуштлик
- Эстетик дефект мойкда

Болаларда хардоим асоратлар бўлмаслиги учун хардоим операция қилинади. хозирги вақтда 4 операциялар ўтказилади

- Оддий (Иваниссевиц)
- Мрамар
- Эндоскопик

Сон чурраси - сон чурраси соннинг сон учбурчагида жойлашади ва қорин чурраларининг 5-8 % зини ташкил қилади , кўпинча аёлларда учрайди мушак ва қон томир лакуналари , чов бойламлари сустлиги билан ифодаланади чанок суяклари билан чов бойламлари орасида бўшлиқ бор ёнбош тожи фасциялари 2га бўлинади

1. Мушаклар ва қон томирлар , мушак бўшлиғидан ёнбош бел мушаги ва сон нерви бор

2. Қон томир бўшлиғи сон артериялари билан веналари бор

Сон венаси билан бўшлиқ бойлами орасида бўш оралик бор , пирагов - ровзинг мюллер лимфа тугунлари ва бириктирувчи тўқима толалари билан тўлган бу ораликни сон халқаси дейилади бундан сон чурралари чиқади сон халқасининг чегаралари : юқоридан чов бойлами пастда тожсимон қов суяги ташқаридан сон венаси ўртадан лакунар бойлам (жибернат) нормада сон канали бўлмайди у сон чурраси пайдо бўлиши билан пайдо бўлади сон каналининг тешиги ташқи тешиги бўлиб соннинг кенг фасциясининг овал чуқурчаси ҳисобланади .

Қорин бўшлиғидан хосил бўлувчи чурраларнинг энг кўпи сон халқасидан чиқади пирагов ровзинг мюллер лимфа тугунлари қорин олди клечаткасини чурра қопчаси суриб боради кам ҳолларда сон чурраси сон артерияси ва веналари орасидан чиқади кам ҳолларда катта ва қисилиб қолишга мойил бўлади

Клиник кўриниши ва ташхис

Сон чурраларини характерли белгилари сон чов қайрилган жойидан катта бўлмаган полисферик хосилани чиқиб туриши чов бойлами тагидан сон томири ичкарасида жойлашган кам ҳолатларда чурра тепага чиқади ва чов бойламидан тепада жойлашади нормада ташқи сон каналини палпатсия қилганда бармокни ўтказмайди чуррани катталигига қараб д. 2-3 см ёки 2 -3 бармок ўтиши мумкин жуда кам ҳолларда катта сон чурраси учрайди хурург чуррани босиб туриб кучаниш ва йўталишни буюради бармоқлар учида итарилувчи босимни сезади. Бундан йўтал турткиси мусбатлигини билади бу симптомни билиш бошланғич ва канал чурралари ташхисида муҳим сон чуррасини аниқлаш семиз аёлларда (беморларда қийинрок) аниқлашда сон учбурчагини босиб кўриш чурра ўлчами ва каналини аниқлашда асосий ташхислаш мезонидир варикоз веналарининг кенгайиши бор йўқлигини кўриши мумкин тўғри ва қийшиқ чов чурралари ва уларнинг асоратлари билан қиёсий ташхис қилинади.

Липома (грекчадан *lipos-ё* ва *ома-ўсма*)- ёғ тўқимаси хавфсиз ўсмаси. Липома кўпроқ тери ости қорин, буйрак атрофи, сут безлари, кўкс оралиғи ёғ клечаткаларида кўпроқ учрайди. Кўпроқ липомалар бир нечта учрайди. Баъзида липома тана вазнга мутаносиб равишда катталашади ва кичиклашади, лекин кўп ҳолларда тана вазнига боғлиқ бўлмаган ҳолатда катталашади, хаттоки вазн камайганда ҳам ёғ йиғаверади.

Кўпроқ липомалар 4-5 смгача катталашади. Баъзан липомалар анча катта хажмгача етади (10 см ва ундан катта).одатда липомалар юмшоқ бўлади. Бириктирувчи тўқима кўпайиши билан каттиклашиб боради. Интрамурал липомалар ҳам учраб туради, улар аниқ чегарага эга бўлмай, мушак орасида жойлашади.

Сон чурраларидан фарқли равишда липомалар юмалоқ, аниқ чегарали, терига бирикмаган юмшоқ ўсмалар бўлиб, тери ости клетчаткаларда жойлашган, оғриксиз, ҳаракатчан. Қорин бўшлиғига босганда тўғирланмайди. Қўшимча текшириш усули бўлиб УТТ ва пункцион цитология ҳисобланади.

Давоси. Липомани давоси фақат оператив. Операцияга кўрсатма бўлиб ўсма катталиги, физик ёки косметик бузилишлар ҳисобланади.Тери ости клечаткаси липомалар операцияларини 3 гуруҳга бўлиш мумкин: стандарт операция, катта кесма қилиниб, липома капсуласи билан олиб ташланади. Малоинвазив липомани олиб ташлаш, 0,5-1смли кесма қилиниб, капсула ичи липома олиб ташланади, кейин миниэндоскоп

ёрдамида назоратли олиб ташланади. Липома липосакцияси, 0,3-0,5 смли кесма қилиниб, липоаспиратор ёрдамида капсула ичи липоэктомия қилинади. Назоратли олиб ташлаш қилинмайди. Биз кенг равишда бирмунча қиска, ўсмани тўлиқ олиб ташлашга қулай иккинчи усулни қуллаймиз ва тарғибот қиламиз, бошқа томондан операция яхши косметик эффеќтга эга. Сон учбурчагида жойлашган лимфа тугунлар катталашиси: сурункали лимфаденит, лимфа тугунларига метастазлар сон чурраси катталашисига ўхшаш кўринишни беради.

Сон чуррасига ўхшаш катта тери ости венасининг сон венасига қуйилиш соҳасидаги варикоз тугунига сон ва тизза тери ости веналари варикоз кенгайиши хос бўлиб, осон йўқолади ва босим йўқотилганда тез тўлади. Варикоз тугунни аускультация қилинганда томир тувушини эшитиш мумкин. Чов соҳада бўртиб туриш вертикал ҳолатда бел умирқаси силида соннинг бел соҳасидаги кириш дарозасидаги тарқалган шишли абсцеси ҳисобланади. Шишли абсцес босилганда ўлчамлари кичрайди, худди чуррага ухшаб (юқоридагиларга қаралсин).

Даволаш.

Бир нечта жарроҳлик усулларида даволаш қулланилади. Бассини усули: чов бойламига параллел ҳолатда чурра хосиласи остидан кесма қилинади. Чурра дарозасини чов ва юқориги қовуқ бойлами билан тикилади. 3-4 та чок қўйилади. Иккинчи қатор чоклар соннинг кенг сербар фасияси қирғоғи билан ва тожсимон фасияси орқали сон канали тикилади. Руджи-Парлавеччио усули: чов чуррасидек кесма қилинади. Қориннинг ташқи қийшиқ мушаги апоневрози очилади. Чов оралиқни яланғочлантиради. Кундаланг фасцияни кўндаланг ҳолатда очилади. Олдинги қорин тўқимасини силжитилади, чурра қопи буйича ётқизилади. Чурра қопини сон каналидан чиқарилади, очилади, тикилади ва олиб ташланади. Чурра дарвозасини ички кишиқ, кўндаланг мушакларни, кўндаланг фасциясининг юқори бурчаги, юқори қовуқ ва чов бойламлари тикилади.

Киндик чурраси: киндик соҳасидаги қорин девори дефеќти орқали қорин бўшлиғи органларини чиқиб қолишига киндик чурраси дейилади.

Тафовут қилиниши:

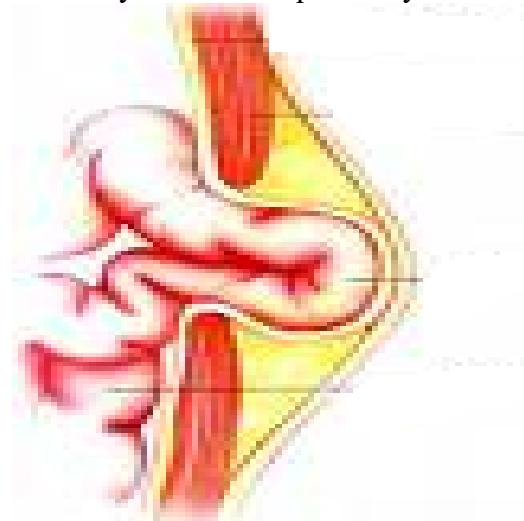
1. Киндик тизимчасини туѓма эмбрионал чурраси
2. Ёшлиқда орттирилган чурралар
3. Катталардаги киндик чурралар

Катталардаги киндик чурраси:

Қорин ташқи чурраларининг 2- 5 % ни киндик чурралари ташкил этади, деярли 40 ёшдан катта аёлларнинг 80% касалланади. Кўп тугрук бўлган ва жуда семиз аёлларда бўлади бунда чурра дарвозаси бўлиб киндик халқаси ҳисобланади. Асосан у думалок шаклда бўлади эпигастрал чурралар ва қориннинг тўғри мушаги диастаза киндик чурралари билан қўшилиб келади. Чурра дарвоза ва эпигастрал соҳадаги апаневроз мушаклар. Кўп ҳолларда юпқалашган атрофияланган ва титилган бўлади операция усули ва турини олиб бориш учун буни инобатга олиш керак. Чурра қопчасига чурра дарвозаси чети ва териси билан чўзилиб юпқа ёпишган. Кичик қийшиқ чурралар қопи чарви чандири билан ёпишган катта чурраларда чурра қопи кўп камерали бўлади киндик чурралари қисилиши мумкин. Қисилган чурраларнинг 4 -6,7 киндик чурраларига тўғри келади.

Эмбрионал чурралар (омфалоцеле ёки киндик тизимчаси чурраси) — қорин девори шаклланишини ривожланиш аномалияси бўлиб ва ички аъзоларнинг киндик тизимчасига тушиши кузатилади. Касалликнинг тарқалганлиги 1:3000—4000 янги туѓилган чақалоққа тўғри келади, 10% ини чала туѓилган чақалоқлар ташкил қилади. Касаллик физиологик киндик тизимчаси чуррасининг тўлиқ битмаслиги билан боғлиқ. Унинг ретракцияси ичакнинг иккинчи бурилиши билан бирга эмбрионал ривожланишнинг 10-хафтасида бошланади. Агар ретракция кузатилмаса, катта хажмли киндик тизимчаси

чурраси юзага келади (омфацеле) жигар тушиши билан ва бошқа органлар ривожланиш нуқсони кузатилади. Бу қорин девори чурраси ҳисобланади. Чурра дарвозасини киндик халқаси бажаради, чурра қопчаси киндик тизимчаси қавати ҳисобига юзага келади, амниотик ва қорин парда билан ўралган чўзилган юпқа тиник мембранани кўрамыз. Чурра қопчасида ингичка ва йўғон ичак, жигар бўлаги ва бошқа аъзолар жойлашади. Жигарнинг чурра қопчаси ичига тушиши хавфли белгилардан Ҳисобланади, бу эмбрионал ривожланишнинг эрта бузилишидан далолат беради ва бошқа кўплаб аъзоларнинг нуқсони 40-50% янги туғилган чақалоқларда учрайди.



Омфалоцелени пренатал даврда ултратовуш текширувида аниқлаш мумкин. Бир вақтда бошқа аъзолар нуқсонини ҳам аниқласа бўлади ва хомиладорликни тўхтатиш масаласини ўз вақтида ҳал қилиш имконини беради.

Даволаш. Иложи борича эрта муддатларда дефектни жарроҳлик йўли билан ёпиш амалга оширилади. Жарроҳлик амалиёти олдида қуйидагилар амалга оширилади: болани совуқ олишини олдини олиш учун (шу билан боғлиқ шок ҳолатларида) чуррани стерил чойшаб ва алюминли фольга билан ёпилади, болани ёнбош ётқизилади жигар пролапсини олдини олиш учун, ошқозонга зонд қўйилади ичидаги махсулотни олиш учун, бошқа аъзолар нуқсони аниқланади, метаболик бузилишларни олдини олиш учун интенсив инфузион терапия ва антибиотикотерапия олиб борилади. Унчалик катта бўлмаган омфалоцеледа киндик тизимчаси чуррасини тўғирлаб, асосига лигатура қўямиз. Катта ҳажмли омфалоцеледа қорин бўшлиғи ҳажмини ошириш мақсадида чўнтак ҳосил қилиш учун лиофизирланган қаттиқ мия пардаси ёки перикард қорин парда ёки деворига тиқиш пластик жарроҳлик амалиёти талаб этилади. Имплантат бола териси билан мобилизация қилиб ёпилади. Бошқа аъзолар нуқсони бўлганда натижа ёмонлашади. Леталлик 15—20% ни ташкил этади.

Болаларда киндик чурралари дастлабки 6 ойликда юзага келади, чунки бу вақтда киндик халқаси шаклланмаган бўлади. Киндик халқаси кенгайиши ва киндик чурраси пайдо бўлишига қорин ички босими ошиши билан боғлиқ бўлган турли хил касалликлар (кўкйўтал, фимоз, ичбуруғ) сабаб бўлади. Болаларда чурралар кўпинча кичик ҳажмда бўлади.

Белгилари. Қоринда оғриқ, киндик соҳасида босганда йўқоладиган бўртиб чиқиши, киндик халқасини кенгайиши. Киндик чурралари болаларда одатда қисилмайди, лекин бу асорат кузатилиши мумкин. Болаларни ота онасига чурра қисилиши белгилари ва бундай ҳолат юзага келганда зудлик билан госпитализация қилиш тўғрисида тушунтириш.

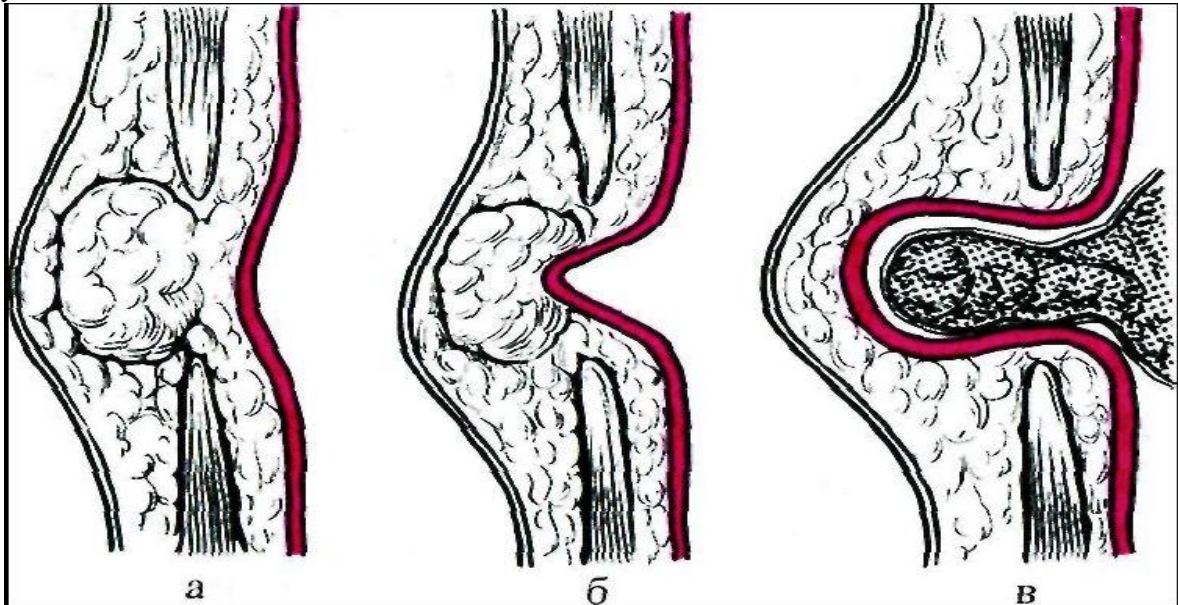
Даволаш. Ёш болаларда 3—6 ёшгача бўлган даврда ўз ўзидан тузалиши мумкин. Чурра болани безовта қилмаганда консерватив даволаш амалга оширилади. Қорин деворини мустаҳкамлаш учун даволаш жисмоний тарбияси ва массаж тавсия этилади. Чурра қопига ички органлар чиқиши кузатилганда киндик соҳасига лейкопластирли гумбазсимон боғлам қўйилади. Агар 3—5 ёшгача ўз ўзидан тузалиш бўлмаса кейинчалик

киндик ҳалқасини битиши кузатилмайди. Бу ҳолатда жарроҳлик амалиёти кўрсатма бўлади. Эрта муддатларда жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлиб кўп мартаба қисман чурра қисилиши, чурра ўлчамининг тезлик билан катталашини ҳисобланади. Жарроҳлик амалиётида киндик ҳалқасини кисет чок билан тикиш (Лексер усули) ёки алоҳида тугунли чоклар билан тикиш амалга оширилади. Катта ҳажмли киндик чурраларида Сапежко ва Мейо усуллари қўлланилади. Болаларда жарроҳлик амалиёти вақтида киндик сақланиб қолинади, чунки унинг йўқлиги психик травмага олиб келади.

Қорин оқ чизиғи чурралари.

Қорин оқ чизиғи чурралари киндик усти, киндик атрофи ва киндик ости бўлиши мумкин. Охирги тури жуда кам учрайди. Киндик атрофи чурралари кўпинча киндик ёнида жойлашади.

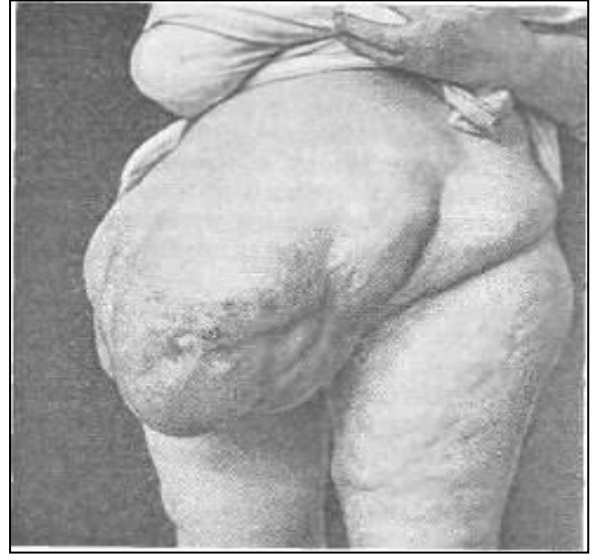
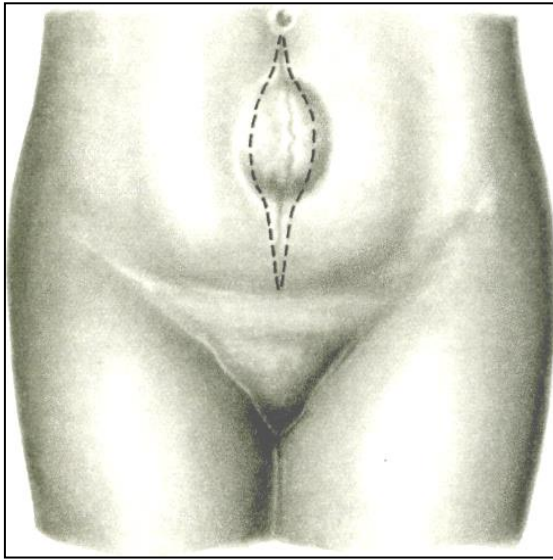
Белгилари. Қорин бўшлиғи босими ошганда ва овқат егандан сўнг кучаювчи эпигастрал соҳадаги оғриқ характерланади. Текширувда беморда чуррага талукли типик симптомлар аниқланади. Эпигастрал соҳада оғриқ бўлганда касалликни аниқлаш учун текширувлар ўтказиш лозим.



Даволаш. Операция апоневрозадаги тешикка кисет чок ёки чоклар қўйишни ўз ичига олади. Ёндош чурралар бўлганда қорин тўғри мушагининг бир биридан узоклашиши кузатилганда Напалкова усули қўлланилади — қорин тўғри мушаги қинини дастлаб ички қирралари тикилади, кейин эса қинни ташқи қирралари тикилади. Бу усул билан қорин оқ чизиғини иккиланиши кузатилади.

Операциядан кейинги ва травматик чурралар

Операциядан кейинги чурралар умумий чурраларнинг 2,4 % ни ташкил этади (Н. З. Монаков) ва қорин деворининг турли жойларида операция кесмасига мос равишда жойлашиши мумкин. Эркакларда кўпинча ошқозон операциясидан кейин аёлларда эса чаноқ аъзолари операцияларидан кейин ривожланади.



А

В

Уларнинг пайдо бўлиш сабаблари тикилган апоневроз қирраларининг узоқлашиши ёки апоневрозда дефект қолдирилиши (тампон), жароҳат йиринглаши, операциядан кейинги даврда кучли физик юкламалар.

Операциядан кейинги чурралар тери чандиғи остида, ёнида ёки чандикдан унча узоқ бўлмаган масофада жойлашиши мумкин. Улар деярли кўринмас (А) ёки жуда катта хажмли (В) бўлиши мумкин, бу қорин девори дефектига боғлиқ. Катта хажмли чурралар чандикни чўзиши натижасида ёрилишлар ёки тўлиқ йиртилишлар кузатилади.

Операциядан кейинги чурраларни 3 шакли фарқланади: 1) яримшарсимон — кенг асосли ва кенг чурра дарвозали, 2) чандиклар, чурра қопи ва чурра махсулоти ёпишиши ҳисобига олдиндан орқага чўзилган, ва 3) типик, қисқа бўйинли ва кенг тубли.

Даволаш. Хирургик даволаш қўлланилади. Унча катта бўлмаган чурраларда нуқсон маҳаллий тўқималар билан ёпилади. Катта хажмли чурраларда чурра махсулотини чурра қопи билан бирикиши ва қорин деворини катта дефектларини бўлиши операцияга қийинчилик туғдиради. Бундай ҳолатларда аутопластика, аллопластика ва комбинирланган пластика усуллари қўлланилади (агар нуқсонни маҳаллий тўқималар билан қоплаш имқони бўлмаса).

Рецидив чурралар. Чуррани бартараф қилиш операциясидан кейин маълум вақт ўтгандан сўнг қайта кўп маротаба пайдо бўлувчи чурраларга рецидив чурралар дейилади. Бу чурраларнинг оғир шакли ҳисобланади, буни даволаш учун хирургдан катта маҳорат талаб қилинади.

Рецидив чурраларнинг асосий қисми операциядан кейинги дастлабки 3 йил ичида пайдо бўлади. Чурра рецидивининг асосий сабаби бўлиб хирургнинг чурра патогенезига тўғри келмайдиган операция усулини танлаши ва операция ўзининг қийинчиликлари ҳисобланади. Машхур рус хирурги С.П. Фёдоров шундай ёзган: “бизларда чуррани бартараф қилиш энгил операция ҳисобланади... лекин аслида бу операция тўғри ва яхши қилиниши жиҳатидан қийин операция ҳисобланади.”

Травматик чурралар тери ости, мушак, фасция ва апоневроз жароҳатланиши билан кечувчи қорин травмаси натижасида юзага келади. Қорин ички босими натижасида париетал қорин парда ички аъзолар билан жароҳат соҳасидан чиқади ва чурра пайдо бўлади. Травматик чурралар дарҳол ёки бир неча кун ичида, яқка ёки кўплаб пайдо бўлади. Чурранинг бўртиб чиқиши қорин ички босимининг бироз ошишида кузатилади.

Хирургик даволаш ички органлар зарарланиши бўлган ўткир даврда ёки жароҳатдан узоқ вақт ўтиб чурра пайдо бўлгандан сўнг амалга оширилади.

Кам учрайдиган қорин чурралари.

Ханжарсимон ўсиқ чурралари шу соҳада дефект бўлганда юзага келади. Ханжарсимон ўсиқ соҳасидан қорин олд липомаси ёки чин чурра бўртиб чиқади. Ташхис ханжарсимон ўсиқ соҳасидаги қаттиқлашиш, ундаги нуқсон ва рентген текшируви орқали қўйилади.

Даволаш. Ханжарсимон ўсиқ резецирланади, қорин тўғри мускули қини қирраси тикилади.

Ёнбош чурра (ўрта қўлтиқ ости чизиғи чурраси) шу соҳадаги қорин девори апоневрози нуқсонни қисмидан чиқади, яъни ўрта қўлтиқ ости чизиғи (қорин кўндаланг мушаги пай ва мушак чегараси) ва қорин тўғри мушаги ташқи қиррасида жойлашади. Чурра кўндаланг ва ички қийшиқ мушак апоневрозидан ўтиб қорин ташқи қийшиқ мушак апоневрози остига интерстициал чурра кўринишида жойлашади (қорин девори мушаклари орасига). Тез тез қисилиш билан асоратланиб туради.

Диагностика қийин, чунки ички органлар касаликлари ва ўсмалар билан таққослама ташхис ўтказишни талаб қилади.

Даволаш. Хирургик. Бел чурралари кам учрайди. Уларнинг чиқиш жойи бўлиб юқориги ва пастки бел учбурчаклари XII қовурға ва ёнбош суяги қирраси орасида белнинг кенг мушаги (*m. latissimus dorsi*) ҳисобланади. Чурралар туғма ва орттирилган бўлади, қисилишга мойил бўлади. Уларни абсцесс ва ўсмалардан фарқлаш керак бўлади.

Даволаш. Чурра дарвозаси операция пайтида юқоридан бел фасцияси ёки пастдан думба фасцияси билан ёпилади.

Ёпқич чурра (ёпқич тешиги чурраси) қон томир, нерв тутами билан бирга (*vasa obturatoria, n. obturatorius*) ёпқич тешиги орқали тароқсимон мускул (*m. pectineus*) остидан ва соннинг ички юзасини юқори қисмидан чиқади. Кўпинча ёши катта аёлларда чанок туби мушаклари кучсизланиши натижасида юзага келади. Чурра ўлчамлари одатда кичик ўлчамларда бўлади, кўпинча сон чурраси сифатида қаралади.

Белгилари. Унчалик сезиларли бўлмаган бўртиб чиқиш, кучли оғриқ, соннинг юқори қисмида сонни узоклаштириш ва ротациясида кучаювчи парестезия. Ташхис кўпинча чурра қисилиши ва ичак тутилиши ривожланганда аниқланади.

Даволаш. Лапаротомия амалга оширилади. Чурра дарвозасини ўтиргич суяги остидан қидириш керак. Чурра қопчаси ва унинг махсулотига умумий қондаларга мувофиқ ишлов берилади. Чурра дарвозаси маҳаллий тўқималар ҳисобига ёпилади ёки лиофилизирланган қаттиқ мия пардаси ёки суний материаллар билан пластика қилинади.

Оралик чурралари (олдинги ва орқа). Олдинги оралик чурраси қоринни сийдик қопи ва бачадон чуқурлиги (*excavatio vesicouterina*) да , катта жинсий лаблар марказидан чиқади. Орқа оралик чурраси тўғри ичак ва бачадон чуқурлиги (*excavatio rectouterina*)дан чиқиб, орқа чиқарув тешиги олд ёки орқасида жойлашади. Оралик чурралари кўпинча аёлларда жойлашади. Чурра қопи махсулоти сийдик пуфаги, жинсий органлар бўлади. Аёлларда олдинги оралик чуррасини чов чурралари билан таққослаш керак, чунки улар ҳам катта жинсий лаблар соҳасида жойлашиши мумкин. Ташхислашда қин орқали бармоқ билан текширишда оралик чурралари қин ва ўтиргич суяги орасидан бўртиб чиқишини аниқлашимиз мумкин.

Катта ва кичик тешик орқали утиргич чурра чиқади. Чурра чиқиши асосан катта думба мушаги остида кам ҳолида ёнидан чиқади. Чурра хосиласи утиргич нерв билан зич қисилиб туради. Шунинг учун нерв буйлаб ирадиация қилади. Утиргич чурра кўпинча аёлларда бўлади. Катта чарва ва ингичка чурра махсулоти бўлиши мумкин.

Ички қорин чурраси

Қорин соҳасидаги ёки кўкрак соҳасидаги чунтаклар, тирқишлар ва тешикларнинг кучиши Қориннинг ички чурраси дейилади. Ембрионал даврда бирламчи ичакни юқори чарви артериаси атрофидан айланиб, юқори дуоденал чуқурча хосил бўлади (рецессус дуоденалис супериор - чунтак Трейтса). Бу чуқурланиш чурра дарвозасини хосил қилиши мумкин ички чурра қисилиши билан.

Пастки дуоденал чуқурланиш чурраси (*recessus duodenalis inferior*)

Туткич чурраси деб. Ингичка ичак қовузлоқи бу чуқурликдан чамбар ичак чап ва ун қовузлоқ пластинкаларларидан ўтади. Одатда ички чурра дарвозасини қорин чунтакларига тушган ёнбош ичак, кур ичак (*recessus ileocaecalis superior et inferior, recessus retrocecalis*) ёки (*recessus intersigmoideus*)

Чурра дарвозаси хосил бўлишига оператсия тирқишларидан катта чарвилаб билан яхши тикилмаслиги бу касаллик. Бу касаллик симптомлари билан бир Хил. Шунинг учун оператсия Қилинади.

Клиник кўриниши ва ташхислаш. Асосий касалликнинг белгилари буртиб туриш ва чурра соҳасидаги тортишиш, юриш, йутал, жисмоний зуриКишда угриК, буртиб чиКиш аста секин катталашда. Овал ва думалоК шаклигач каттлашади. Горизонтал ҳолатда ва Кул билан босганда йоколади. Чуррада уткир босим хосил бўлиши оғриққа ва атрофига қон Куйилишига олиб келади

Даво. Уткир ичак тутилишнинг умумий принциплар. Оператсия пайтида яхшилаб текширилади. Катта Қон томирларда пулсатсия юКлиги(юқориги ва пастки қорин артериялар). Чурра дарозаси қон томирсиз соҳага очилади. Ехтийоткорлик билан очилиб, чурра қопчси ичак тутгичи билан тикиб Куйилади.

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Қоникарли	Қоникарсиз	Ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100-86%	85-71%	70-55%	54-37%	36% ва ундан паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17,0- 14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1 Ўқитиш технологияси модели

№ 4 мавзу 327 дақиқа	Талабалар сони 8-10
<i>Мавзу</i>	Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли ҳосилалари. Қорин чурралари (асоратланмаган чурралар) Қорин девори, чов ва сон соҳасидаги тўғирланадиган ва тўғирланмайдиган хажимли ҳосилалар. Қорин оқ чизиғи, киндик, чов ва сон чурралари. Клиника, ташхис, бошқа қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажимли ҳосилалари билан дифференциал ташхис. Қонсерватив ва оператив даво, УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма ва қарши кўрсатмалар, беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш.
<i>Амалий режаси</i>	1. Кейс мақсади ва кириш. 2. Блиц сўров ўтказиш, талаба фикрлашиги шакллантириш. 3. масала ечими учун муаммони мақсадини аниқ ва шаклини аниқ куйиш. 4. Гуруҳда кейс стади ечими. 5. Натижалар муҳокамаси ва уни баён этиш. 6. Т схема бўйича муаммони интерпретацияси. 7. Хулоса. Талаба у қуйилган муаммонинг ечимини тугри топиши ва куллашига асоланиб баҳоланади.
Ўқитиш мақсади:	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил текширишни ўргатиш. - Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тулдиришни ўргатиш. - Куп тарқалган ва кам учровчи касалликларни ташхислаш даволаш алгоритмини, 	

<p>текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Шошилинич шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташҳис қуйишни мустақил ўрганиш. - Ўтказилган киёсий ташҳислашдан сунг дастлабки ташҳисни қуйиш. - Беморни куриб, инструментал ва лабаратор текшигришлар интерпритациясига асосланиб ташҳис қуйиш. - Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш - Анатомия, ОХТА, жароҳат инфекцияси фағлариги мустахкамлаш ва такомиллаштириш 	
<i>Педагогик топшириқлар:</i>	<i>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Беморни мустақил текширишни ўргатиш. • Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тулдиришни ўргатиш. • Куп таркалган ва кам учровчи касалликларни ташҳислаш даволаш алгоритмини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш. • Шошилинич шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташҳис қуйишни мустақил ўрганиш. • Ўтказилган киёсий ташҳислашдан сунг дастлабки ташҳисни қуйиш. • Беморни куриб, инструментал ва лабаратор текшигришлар интерпритациясига асосланиб ташҳис қуйиш. • Хирургик касалликларни даволашга ўргатиш • Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш • Анатомия, ОХТА, жароҳат инфекцияси фағлариги мустахкамлаш ва такомиллаштириш 	<ul style="list-style-type: none"> • Чурралар билан хасталанган беморларни клиник текширувларини ўтказа олиш. • Чурралар клиник шакллари аниқлай олиш. • Асоратланмаган чурралар билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослаш. • Аҳоли орасида даволаш-профилактика тадбирларини ташкиллаштириш • Қорин, чурра дарвозаси ва копини пальпациясини бажара олиш. • Шошилинич Жарроҳликда тез ердам кўрсата олиш. • Ошкозонни зондлаш ва ювиш; • Турли хил ҳуқналарни кила олиш. • Рентген, УТД суратларини ўқий олиш. • Моякни флюороценция орқли кўра олиш • Клиник тафтишда иштирок этиш. • Диспансер кузатув картасини юрита олиш. • Хавф омилларини, ташҳислашни, уз Вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ўргатиш.
<i>Ўқитиш усули ва техникаси</i>	Блиц сўров, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тури» усули, ўргатувчи уйин, кейс-стади, айланма стол, эксперт варағи.
<i>Ўқитиш воситалари</i>	Тарқатма материаллар, визуаль материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташкарида.
<i>Ўқитиш шароити</i>	1. УАШ Жарроҳлик кафедраси, 1-ШКК ва 1-

	РКШ жарроҳлик бўлимлари, клиник лабораториялари; 2 жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, биноккуляр микроскоп, видеофильм; 3 Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.
Баҳолаш	Сўров, баҳолаш, рейтинг бўйича баҳолаш.

3.2 Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	Ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўллари эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.

	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташҳиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

Блиц-савол:

1. Қорин олд девори анатомияси.
2. Чуррани замонавий класификацияси.
3. Қорин олд девори асоратланмаган чурраси.
4. Клиник кўриниши ва диф диагнози.
5. Чурра билан касалланган беморларни объектив ва инструментал текшириш.
6. Асоратланмаган чурраларни замонавий кансерватив ва хирургик давоси.

1 – топшириқ

Эксперт варағи

1-гурӯҳ.

1. чов чуррасини деворини кетма-кетлиги.
2. Қорин олд деворини чуррасини таснифи.
3. чов чуррасини этиологияси.

Муаммоли вазият ҳақида жадвални тўлдиринг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гурӯҳ.

1. тўғри ва қийшиқ чов чурраларни ўзаро фарқи.
2. сон каналини тузилиши.

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2-вазифа.

«Т-схема» жадвални тулдириш.

Чов қийшиқ ва тугри чуррасини белгилари	Чов тугри чуррасининг белгилари

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони**Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони**

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	маълумот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 балл аъло, 46-38 балл яхши, 34-36 балл коникарли, 34-32 коникарсиз, 31 ва ундан паст ёмон.

Ушбу машғулотда қуйидаги янги педогогик технологиялар қўлланилади:

- **айланма стол** усули ва **академик полемика** усули:**1. Айланма стол усулини қўллаш:**

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

1. Тўғри чов чуррали беморни ташхиси
2. Қийшиқ чов чуррали беморни ташхиси
3. Тухум истисқоси бўлган беморни диагностикаси.

Тўғри чов чуррали бемор ташхиси.

1. Бемор сўраб суриштирилади (шикоят, анамнез). Бемор ўнг чов соҳасидаги шишга, шишни жисмоний зўриқиш, узок юриш ва йўталгандан сўнг кучайишга шикоят қилади. Анамнездан доимий қабзият, оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланиши, чекиши, 3 ой олдин оғир грипп касалигини утказганлигини маълум қилади.

2. Ўнг чов соҳасидаги шишга эътибор берилади: шиш шарсимон шаклда, юмшоқ эластик қонсистенцияли.

3. Шу соҳа пайпастанганда: юмшоқ эластик қонсистенцияси оғриксиз ҳосила, ётган ҳолатда қорин бўшлиғига осон тўғирланиши, юмшоқ-эластик қонсистенцияли кенгайган чов дарвозаси аниқланади ҳамда “ йўтал турткиси” симптом мусбат.

4. Чурра сақламасининг зўриқиш ва кучанганда ёрғоққа тушмаслиги аниқланади.

5. Шифокор тактикаси: А) **Лаборатор текшириш буюрилади:** умумий қон анализ, умумий сийдик анализи, кўкрак қафаси рентгеноскопияси, ЭКГ, қорин бўшлиғи аъзолари УЗИси, терапевт хулосаси. Тўри чов чурраси кўпроқ кекса кишиларда учрайди.

Б) Беморнинг ҳолати ва ёшига қараб, оғир йўлдош ички касалликлари борлигига, ҳамда ўтказган гриппнинг асоратини Ҳисобга олиб. юқорида кўрсатилганларни олдинини олиш мақсадида консерватив даво тавсия этилади. Шу билан бирга беморга бандаж тақиш ҳамда оғир ишдан халос этиш тавсия этилади.

В) Оператив даво, беморни ўтказган гриппнинг асоратларидан тузалганидан кейин режали равишда ўтказилади. Оператив давонинг моҳияти шундан иборатки, чов канали пластикаси унинг орқа деворини мустаҳкамлаш билан ўтказилади. Чов каналини пластикасининг 100 ортик услулари мавжуд. Тўғри чов чурралари операцияларининг 6 та энг кўп ишлатиладиган турларини келтириб ўтилади. Бассини, Постемский, Бобров, Ру-Оппель, Спасокукоцкий, Кукуджанов операциялари келтирилади.

Қийшиқ чов чуррала беморнинг диагностикаси.

1. Беморни сўралади (анамнези, шикоят): бемор чов соҳасида хосила борлиги ва унинг ёрғоққа тушишига, вақти-вақти билан оғриб туришига, асосан оғир жисмоний иш қилганида, узоқ юрганида ҳамда йўталган пайтида оғриқлар бўлишига шикоят қилади.

2. Анамнезида иши оғир жисмоний зўриқиш билан боғлиқлиги, бир йил аввал оғир юк кўтарганидан сўнг чов соҳасида кучли оғриқ сезганлиги ва бир ой ўтиб шу ерда шишли хосила пайдо бўлганини пайқайди ва динамикада катталашганини ва секин-аста ёрғоққа тушганлигини ҳамда оғриқлар пайдо бўлганлигини ва айниқса оғир жисмоний зўриқишда кучайишини айтади.

3. Беморнинг кичик ёшда эканлигига, ўнг чов соҳасида ноксимон бўртманинг борлиги ва унинг ёрғоққ тушишига эътибор берилади.

4. Шу хосилани пайпаслаб кўрилади: юмшоқ-эластик қонсистенцияли, оғриқсиз, ётган ҳолатда қорин ўшлиғига енгил тўғирланиши, чурра дарвозаси ташқи қийшиқ мушаклар оёғи орасидан чиқаётганлиги, “йўтал турткиси” белгисининг мусбатлиги. Перкуссияда тимпаниқ товушни эшитилиши, баъзан ичак характлари кўринади.

5. Шифокор тактикаси:

А) Лаборатор текширишлар тавсия этилади: қон ва сийдикни умумий тахлили, кўкрак кафаси рентген-сқопияси, ЭКГ, қорин бўшлиғи аъзоларини УТДси.

Б) Оғир жисмоний ишлардан озод қилиш. Беморнинг ёшлигини эътиборга олиб, қийшиқ чурраларнинг тўғри чурраларга нисбатан қисилиши кўпроқ учраши ва хавфлироқ бўлганлиги туфайли, тўғри чурралардагидек асосий олиб келувчи омилни йўқотилганидан сўнг эртароқ оператив даволашни тавсия этилади.

В) Оператив давони режали равишда ўтказилади. қийшиқ чов чурраларида бажариладиган оператив давонинг моҳияти шундан иборатки, унда чов каналининг пластикаси унинг олдинги деворини мустаҳкамлаш билан бажарлади. Чов каналининг 100 ортик турлари мавжуд. қийшиқ чов чурраларида қўлланиладиган энг кўп бешта услубларни келтирилади. Жиррар, Спасокукоцкий, Кимборовский, Марткнов ва Ру операциялари.

Тухум истисқоси бўлган беморни диагностикаси.

1. Беморни сўралади (шикоятлари, анамнези): бемор ёрғоқнинг ўнг тарафини оғриқсиз катталашини ва жисмоний меҳнат қилганида ноқулайликлар яратилишига шикоят қилади

2. Анамнезидан, ёрғоқни катталашини болалигидан кузатади. Беморнинг ёшлигига, ёрғоқнинг ўнг тарафидаги ноксимон кўринишдаги оғриқсиз, текис юзали бўртмага эътибор берилади. Ёшлигида бу хосила ёрғоқни пасида жойлашганлигига ва йиллар ўтиб унинг катталашганлигига ва тепага кўтарилиб борятганлигига эътибор берилади.

3. Хосила пайпаслаб кўрилади: у юмшоқ-эластик қонсистенцияда, оғриқсиз, ётқизиб кўрилганда қорин бўшлиғига тўғирланмайди

4. Перкуссияда бўғиқ товуш, флюктуация аниқланади, “йўтал турткиси” белгиси манфий

5. Шифокор тактикаси:

- А) Лаборатор текширув тавсия этилади: қон ва сийдикнинг умумий тахлили, кўкрак қафаси рентген-сқопияси, ёрғоқни УТДси ва транслюминацияси, уролог маслахати.
- Б) Бу ерда консерватив даво (сувли бўшлиқни пункциси) деярли ёрдам бермайди шунинг учун радикал даволаш тавсия этилади.
- В) Оператив даво режали равишда бажарилади. Операциянинг мохияти тухумнинг хусусий қаватини сероз юзасига қаратиб қайтарилади ва шундай ҳолатда чоклар билан фиксацияланади (Винкельман операцияси)

2. Академик полемика усулини қўлаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консултациялар (шифокор-бемор) берилди. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консултациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Кейс стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масала ва тестлар.

Вазиятли масала 1. Поликлиника хирургии кабулига бемор чап чов бойламидан пастда жойлашган хосила борлигига, жисмоний юкламада ва кўп юрганда ва йуталганда оғрик бўлишига шикоят килиб келди.

- дастлабки ташхис.
- юқоридаги шикоятларга олиб келувчи сабаблар.
- қандай даво тавсия қилган булардингиз.
- операция усуллари
- хаётга хавфли интраоперацион асорат

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
1	Чап томон сон чурраси	5	5	0
2	Кабзият	4	1	0
	Оғир жисмоний меҳнат		1	0
	Чекиш		1	0
	Йутал		1	0
3	Режали равишда оператив даво	4	2	0
	Олиб келувчи омилларни ҳисобга олиш		2	0
4	Бассини усули	5	5	0
5	Қон кетиш	5	5	0

Вазиятли масала 2. Поликлиника хирургии кабулига бемор чап чов соҳасида хосила борлигига, хосиланинг ёрғоққа тушишига, жисмоний юкламада ва кўп юрганда ва йуталганда оғрик бўлишига, бу хосила охирига пайтда катталашаётганига бироқ эркин қорин бўшлиғига тўғирланишига шикоят килиб келди.

- дастлабки ташхис.
- Қийшиқ чов чуррасига олиб келувчи сабаблар.
- Қийшиқ чов чуррасида операция принципи.

4. Қийшиқ чов чуррасида чов канали йули
5. Бемор шикояти чурраларнинг кайси турига мансуб

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
1	Қийшиқ чов чурраси	5	5	0
2	Олд девор сушлашиши	5	5	0
3	Олд девор мустахамланади	5	5	0
4	Юкоридан пастга Ортдан олдинга Ташқаридан ичкарига	3	1 1 1	0 0 0
5	Асоратланмаган	5	5	0

Вазиятли масала 3. Операция пайтида чурра қопи очилганда 50 мл атрофида шаффоф сарғимтир тусда сийдик хиди келувчи суюклик ажралди. Ревизия қилинганда сийдик қопи кесилганлиги маълум булди.

1. Нима учун бу содир булди
2. Операцияни кандай тугатиш керак.
3. Бу асоратдан кандай сакланиш керак.
4. Бу чурраларнинг кайси турига мансуб
5. Операциядан кейин качаон дренаж трубка олинади

№	Жавоб	Макс балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
1	Хирург сийдик қопи деворини кесиб юборган Сийдик қопи чурра қопи девори сифатида кабул килган	5	5	0
2	Сийдик қопи деворига 2 катор чок куйиш Сийдик қопини катетеризацияси Чурра кесиш билан операцияни тугаллаш	5	2 2 1	0 0 0
3	Чурра қопи девори аниқ дифференцияси Шундан сунг чурра қопини кесиш	4	2 2	0 0
4	Сирпанувчи	5	5	0
5	3 сутка	5	5	0

Вазиятли масала 4. Кабул булими жарроҳи кабулига 25 ёшли бемор киндик атрофии соҳаси териси кизаришига, оғриқга, сийдик хиди келувчи вақти вақти билан йирингди суюклик ажралишига шикоят килиб келди. Бу ҳолат 5 кундан бери безовта қилади. Корганда киндик терисида аниқ чегараланган кизариш шиш аниқланади, хар хил улчамдаги окма тешиклари бўлиб йирингли ажралма бор. Пальпацияда оғриқли, маҳаллий харорат кутарилган.

1. дастлабки ташхис.
2. Беморни малакали даво учун кайси булимга ёткизиш керак
3. Врач тактикаси
4. Кўп информатив текшириш усули
5. оғриқсизлантириш тури

№	Жавоб	Макс	Тўлиқ	Нотўлиқ
---	-------	------	-------	---------

		балл	жавоб	жавоб
1	Урахус	5	5	0
2	Урология булимига	5	5	0
3	Дастлабки антибактериал даво Тери санацияси Режали равишда оператив даво	3	1 1 1	0 0 0
4	Фистулография	5	5	0
5	Умумий наркоз	5	5	0

1.Поликлиника хирургига бемор, чап чов бурмаси остида шиш борлигига ва унинг жисмоний зўриқишда, узоқ юрганда ва йўтал пайтида оғришига шикоят қилапти.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

- A. чап томонлама сон чурраси*
- B. чап томонлама қийшиқ чов чурраси
- B. липома
- Г. лимфаденит
- Д. чап томонлама тўғри чов чурраси

II. Юқоридаги шикоятни пайдо бўлишида қандай омиллар ёрдам беради:

- A. ичнинг дам бўлиши, оғир жисмоний иш, чекиш, йўтал*
- B. аклий иш, гиподинамия, семириш
- B. ўтказилган орхоэпидемидит, уретрит, цистит
- Г. тос суяқларининг аномал ривожланиши, сколиоз

III. Шу беморга Сиз қандай давони тавсия этардингиз:

- A. режали равишдаги оператив даво, олиб келувчи омилларни катъиян эътиборга олган ҳолда*
- B. шошилич равишдаги оператив даво
- B. консерватив даво, олиб келувчи омилларни катъиян эътиборга олган ҳолда
- Г. беморни олдиндан таёрлаб сўнг оператив даво

2. Поликлиника қабулида бемор чап чов соҳасидаги ҳосилага, унинг ёрғоқга тушишига ва жисмоний зўриққанда, узоқ юрганда, йўталганда оғришига шикоят қилди. Бу ҳосила охириги пайтда катталашмокда, бироқ, қорин бўшлиғига уз ҳолича тўғирланади.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

- A. қийшиқ чов чурраси*
- B. варикоцеле
- B. тухум истисқоси
- Г. тўғри чов чурраси

II. Бу беморога қийшиқ чов чурраси ташхиси қўйилди, бунинг сабаби бўлиб:

- A. олд деворнинг сусайиши*
- B. орқа деворнинг сусайиши
- B. чов каналидаги чандикли ўзгаришлар

III. Қийшиқ чов чуррасидаги операциянинг моҳияти нимадан иборат:

- A. олд деворни мустаҳкамлашдан*
- B. орқа деворни мустаҳкамлашдан
- B. уруг тизимчаси ҳосилаларини тиклашдан
- Г. қорин қийшиқ мушак апоневрози оёқчаларини кенгайган орасини оддий тикиш

3. Режали равишда бажарилаётган чурра операцияси вақтида, чурра қопчасини очилганидан сўнг унинг ичидан 50 мл миқдорида тиник сариқ рангда, сийдик хидли суюқлик ажралди. Ревизия вақтида сийдик қопчаси очилганлиги аниқланди.

I. Нима учун бундай бўлди:

- A. жарроҳ сийдик қопчасини чурра қопчаси деб уйлаб, уни бехос кесиб юборган*
- B. бу чурра операциясида кўплаб учраб турадиган ҳолат
- B. чурра қопчасини деворларидан бирини сийдик қопчаси девори ташкил этгани учун жарроҳ уни кесишга мажбур бўлган

Г. бу тугри чов чуррасида учрайди

II. Бу операцияни қандай тугатиш керак:

А. сийдик қопчаси деворига икки қатор чоклар қўйиб ва уни албатта катетерланади, чурра операциясини охирига етказилиб тугатилади*

Б. сийдик қопчаси деворига икки қатор чоклар қўйилади ва чурра операциясини охирига етказилиб тугатилади

В. сийдик қопчаси деворига икки қатор чоклар қўйиб ва уни албатта катетерланади, қорин бўшлиғига дренаж найча қўйилади ва операцияни, қорин олди деворини сийдикли флегмонадан қочиш учун, қорин олди пластикасисиз, териларга сийрак чоклар қўйиш билан тугатилади

Г. сийдик қопчаси деворига икки қатор чоклар қўйилади

III. Бундай ҳолатдан қандай холи бўлиш керак:

А. чурра қопчаси деворини диққат билан бошқа қўшни тўқималардан дифференциялаб фақат шундан сўнг уни очиш керак*

Б. чурра қопчасини бошқа қўшни тўқималаридан диққат билан дифференциялаш кўп вақтни олади, шунинг учун бира тўла, қўшни тўқималарга қон кетишни олдини олиш учун зажимлар қўйилади ва секин аста чурра қопчаси очилади

В. чурра қопчасини очишдан аввал уни пункция қилинади ва асоратлар йўқлигига тўла ишонч ҳосил қилингандан сўнг чурра қопчаси очилади

Г. чурра қопчасини очишда уруг тизимчасидан ориентир олинади

4. Қабул бўлимига, 3 йилдан бери чов-ёрғоқ чурраси билан хасталанган 50 ёшдаги бемор келтирилди. 1 сутка олдин чурра сиқилган. Беморнинг ўзи уйда чуррасини қоринга тўғирлашга уринган, аммо самарасиз. Бемор аҳволи ёмонлашганлиги туфайли клиникага мурожат қилган. Қабул бўлимида, гигиеник ванна қилиш вақтида, чурраси ихтиёрий ўзи тўғирланган ва бемор ўзини яхши хис қилган. Сизнинг дастлабки ташхисингиз

I. Бундай ҳолларда қабул бўлими шифокори қандай иш тутиши лозим:

А. беморни хирургик бўлимига дархол госпитализация қилиниб операция қилинади*

Б. шифокор беморни тўла клиник-инструментал текшурувлардан ўтказди, унда бирор-бир патология ёки асоратларни йўқлигига ишонч ҳосил қилгандагина уйига жавоб беради

В. шифокор беморни тўла клиник-инструментал текшурувлардан ўтказди, оғриқни қолдирувчи ва спазмолитиклар қилади, оғриқлар қолганидан сўнг уйга жавоб беради, албатта қайта учраши ва режали равишда оператив даволанишни тавсия этади

Г. беморни режали равишда операция қилиш лозим

II. Беморга уйига жавоб берилди, аммо уйда аҳволи яна ёмонлашди, қориннинг барча ерида оғриқлар, кўнгил айнади, қусди ва оғзи қуриди. Қандай асорат ҳақида уйлаш мумкин:

А. сиқилган абзонинг некрози ва перфорацияси натижесидаги перитонит*

Б. сиқилиш натижасидан келиб чиққан ичак ковузлоглари спастик оғриқлари

В. мезентериал томирларнинг ўткир тромбози

Г. ўткир ичак тутилиши

III. Бемор клиникага перитонит ташхиси билан ётқизилди, шўнга яраша врач тактикаси:

А. сув-туз ва бошқа модда алмашинувларини тикланишига қаратилган кискача инфузион терапиядан сўнг шошилиш операция*

Б. сув-туз ва бошқа модда алмашинувларини тикланишига қаратилган кискача инфузион терапия ва албатта, тозаловчи хукна қилингандан сўнг шошилиш операция*

В. ҳеч қандай кискача таёргарликсиз шошилиш операция

Г. консерватив даво, албатта ошқозонни ювилади ва тозаловчи хукна қилинади, яхшилаб аналгетик терапия қилинади, УТТ ва қорин бўшлиғи обзор рентгенскопияси ўтказилганидан сўнг чурра кесиш операцияси бажарилади.

5. Хирург қабулига кекса ёшдаги бемор мурожат қилди. У бесабаб озиб кетишига, иштахасининг бузилишига, вақти-вақти билан эпигастрал соҳадаги оғриққа, ичнинг дам бўлишига, чов ва қўлтиқ остидаги оғриқларга шикоят қилади. Шу билан бирга уни

киндик соҳасида пайдо бўлган қаттиқ, усти гадир-будир, кукиш рангли, оғриқсиз шиш безовта қилади.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. қорин бўшлиғи аъзолари онкожараёндаги киндикка узатилган Крюкенберг метастази*

Б. тўғирланмас киндик чурраси

В. урахус

Г. липома

II. Шу беморга ўтказиладиган қайси бир текширишлар кўпроқ мақсадга мувофиқ:

А. ички аъзоларни рентгенологик, эндоскопик ва УТТ текшириш*

Б. қорин бўшлиғини лапароскопияси

В. қорин бўшлиғи аъзоларини ангиографияси

Г. кон ва нажасни лаборатор текшириш

III. Бу бемор қайси мутахасис шифокорда маслаҳат олиши ва даволаниши керак:

А. онкологда*

Б. хирургда

В. урологда

Г. гастроэнтерологда

6. Ёш аёлда биринчи тукқанидан 1,5 йилдан сўнг киндик соҳасида ўлчамлари 2 см. келадиган шиш пайдо бўлди, жисмоний зўриққанда ва узок юрганда оғрийди, уни ўзи қорин бўшлиғига тўғирлаб қўяди

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. киндик чурраси*

Б. липома

В. урахус

Г. атерома

Д. липоматоз

II. Ўлчамлари унчалик катта бўлмаган киндик чуррасида қайси қорин бўшлиғи аъзоси кўпроқ учрайди:

А. катта чарвининг бир қисми*

Б. ингичка ичак

В. кўндаланг чамбар ичак

Г. бачадон кўшимчалари

III. Бемор аёлнинг ёшлигини ва киндик чуррасини унчалик катта бўлмаганлигини эътиборга олган ҳолда Сиз қайси операцияни тавсия этган бўлардингиз:

А. Лексер операцияси*

Б. Сапежко операцияси

В. Мейо операцияси

Г. Мартиноа операцияси

Д. Греков операцияси

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм.

1. Асоратланмаган чов чурраси ва чов соҳаси липомаси белгиларини аниқлаш бўйича амалий кўникмалар билмини аниқлаш

Тадбир	Бажари л-маган баллар(0 балл)	Буткул тўғри бажарилган (10 балл)
1. Анамнездан бир неча йил мобайнида чов чурраси борлиги аниқланади. Жисмоний зўриқиш пайтида, узоқ муддат тик торганда ва юрганда чурранинг катталашуви, оғриқлар пайдо бўлиши аниқланади		15
2. Қоринни кўриш: чов соҳасида чурра бўртмаси борлиги кўрилади.		10
3.Пайпаслаш: хосила юмшоқ-эластик қонсистенцияда, оғриқсиз		15
4. Йўтал турткиси аниқланади, «мусбат»		15
5. Хосила қорин бўшлиғига енгил тўғирланади		15
6. Чурра дарвозаси аниқланади		15
7. Қоринни пайпаслаганда юмшоқ, оғриқсиз, ичак қовузлоғлари кенгайганмаган, диспептик ва дизурик шикоятлар йўқ.		15
Жами:		100

2. Чов соҳаси липомаси белгиларини аниқлаш.

Тадбир	Бажари л-маган баллар(0 балл)	Буткул тўғри бажарилган (10 балл)
1. Анамнездан чов соҳасида 5 йилдан бери пайдо бўлган шишсимон хосила борлиги аниқланади ва бу 2 йил ичида секин аста катталашган, ҳамда узоқ ўтириб ишлаганда ноқулайлик яратмоқда.		10
2. Қоринни кўриш: чов соҳасида шишли бўртма борлиги кўрилади.		10
3.Пайпаслаш: хосила юмшоқ-эластик қонсистенцияда, оғриқсиз, ноаниқ чегарали ва юмшоқ юзага эга		15
5. Йўтал турткиси аниқланмайди		10
5. Хосила қорин бўшлиғига тўғирланмайди		15
6. Чурра дарвозаси кенгаймаган ва аниқланмайди		15
7 Шишли хосила тери билан боғланмаган, тери эластик ва ҳаракатчан		15
8. Хосила мойка тушмайди		10
Жами:		100

№	Баҳо	Аъю	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37- баллар	36 баллар

6. Фанни билиш ва бажаришни назорат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар;
- амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

7. Жорий назорат баҳолашнинг мезони

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	Ёмон
	Ўзлаштириш % да	100-86%	85-71%	70-55%	54-37%	36% ва ундан паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17,0-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масала ва тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисм	15-17,2 балл	17,0-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло "5"	Асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло "5"	Асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди.

			<p>Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллар интерпретациясида битта хатога йўл қўяди.</p>
3	86-90%	Аъло “5”	<p>Асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Ситуацион масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради, асоратланган чурра пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволашдаги савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, ситуацион масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.</p>
6	71-75%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар таснифини билади, лекин дифф. ташҳисни тўлиқ санаб беролмайди, асоратланган чурралар сабабларини,</p>

			ташҳисини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, ситуацион масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қоникарли ”3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин беморларни текшириш усуллари ва асоратланган чурра дифф.диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қоникарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар моҳиятини билади, асоратланган чурралар таснифида ва асоратланган чурралар сабабларида адашади. Чурраларни ташҳис қилишда, дифф. ташҳисда ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга аммо ишончсиз гапиради. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Ситуацион масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қоникарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, асоратланган чурраларни таърифлашда, ташҳисда, дифф.ташҳисда ва асоратланган чурраларни даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни хато ечади.
10	54% дан паст	Қоникарсиз ”2”	Талаба асоратланган чурралар тўғрисида тушунчаларга эга эмас, таснифини, ташҳис қўйишни, дифф. ташҳислашни, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга	Дафтарни текшириш	20 дақиқа	

	тайёргарлигини текшириш.	талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш		
3	Ўқитувчининг кириш Сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳга топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйга вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар:

- Чурралар ҳақида тушунча
- Чурра турлари
- қорин чурраларини келиб чиқишининг асосий сабаблари
- қорин чурраларини тўғри номланиши ҳамда эвентерация ва тушишдан фарқли томонлари.
- Чурра таркибий қисмлари: чурра дарвозаси, чурра ҳалтачаси, чурра сақлами.
- Қорин деворининг анатомик тузилиши.
- Чурраларнинг замонавий классификацияси.
- қорин чурраларининг асоратсиз шакллари этиопатогенези.
- қорин чурраларининг клиник намоён бўлиши унинг жойлашган ўрнига боғлиқлиги, текшириш усуллари ва дифференциал ташхиси.
- Чурра касалликларини объектив ва инструментал текшириш усуллари.
- Асоратсиз чуррада УАШ тактикаси.
-

11. Тавсия этилувчи адабиётлар

Асосий:

1. Каримов Ш.И «Хирургик касалликлар» Т.2005
2. Каримов Ш.И «Хирургик касалликлар» Т.2005
3. Қонден Р. И Найхус «Клиническая Хирургия» М1995
4. Лопухин Ю.М. Савельев В.С. «Хирургия» М1998
5. Наврузов С.Н. «Хирургик касалликлар» Е2004
6. Дж. Мёрта «Справочник врача общей практики» М1998

7. Назиров Ф.Г. Гадаев А.Г. «руководства для врачей общей практики»
8. Савельев В.С. «Хирургик касалликлар» (2х томах) М2006
9. Аталиев А.Е. «Учебное пособия по проведению практических навкқов Хирургического профиля» Т2003
10. Электроннке версии лекций по Хирургии ВОП. ТМА2006

Қўшимча:

11. Ахмедов Р.М. Клиникагача бўлган Хирургия. Т.2001й.
12. Бородин И.Ф. и другие - Хирургия послеоперационнкх гркж живота. Минск, "Белорус", 1986.
6. Буланов Г.А. Основк топографической анатомии живота и абдоминальной Хирургии. Н.-Новгород, 2003
7. Кузин Н.Н. и др., - Хирургические болезни. Москва, "Медицина", 1987.
8. Нурмухамедов Р.М. - Методические указания по факультетской Хирургии. Часть - 1, Ташкент, 1992.
9. Тоскин К.Д. Жебровский В.В. - Гркжи живота, Москва, Медицина, 1983.
10. Шевченко-Клиническая Хирургия, Часть - 1. Москва 2000.

Фан: Жарроҳлик

Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли ҳосилалари

Асоратланган чурралар: сиқилиш, яллиғланиш, копростаз, тўғирланмаслик. Клиника, ташҳис, қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг бошқа хажмли ҳосилаларидан қиёсий ташҳиси, консерватив ва оператив даво чоралари. ВОП тактикаси. Операцияга кўрсатмалар, операциядан кейинги даврда олиб бориш. Реабилитация, чурра асоратларини олдини олиш:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

ўқитиш технологияси

Амалий дарс №5

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №5: Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли ҳосилалари. Асоратланган чурралар: сиқилиш, яллиғланиш, копростаз, тўғирланмаслик. Клиника, ташҳис, қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг бошқа хажмли ҳосилаларидан дифференциал ташҳиси, консерватив ва оператив даво чоралари. ВОП тактикаси. Операцияга кўрсатмалар, операциядан кейинги олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш.

<i>№ 5мавзу 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони 8-10</i>
<i>М ашғулот мавзуси</i>	Қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг хажмли ҳосилалари. Асоратланган чурралар: сиқилиш, яллиғланиш, копростаз, тўғирланмаслик. Клиника, ташҳис, қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг бошқа хажмли ҳосилаларидан дифференциал ташҳиси, консерватив ва оператив даво чоралари. ВОП тактикаси. Операцияга кўрсатмалар, операциядан кейинги олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш.

<p><i>Амалий режаси</i> <i>маишгулот</i></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кейс мақсади ва кириш. 2. Блиц сўров ўтказиш, талаба фикрлашиги шакллантириш. 3. масала ечими учун муаммони, мақсадни аниқ ва шаклини аниқ қўйиш. 4. Гуруҳда кейс стади ечими 5. Натижалар муҳокамаси ва уни баён этиш 6. Т схема бўйича муаммони интерпретацияси 7. Хулоса. Талаба у қўйилган муаммонинг ечимини туғри топиши ва қўллашига асосланиб баҳоланади.
<p>Ўқитиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил текширишни ўргатиш. - Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тўлдиришни ўргатиш. - Кўп тарқалган ва кам учровчи касалликларни ташҳислаш даволаш алгоритминини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш. - Шошилинич шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташҳис қўйишни мустақил ўрганиш. - Ўтказилган қиёсий ташҳислашдан сўнг дастлабки ташҳисни қўйиш. - Беморни куриб, инструментал ва лабаратор текширишлар интерпритациясига асосланиб ташҳис қўйиш. - Хирургик касалликларни даволашга ўргатиш - Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш - Анатомия, ОХТА, жароҳат инфекцияси фағлариги мустаҳкамлаш ва такомиллаштириш 	
<p>Педагогик топшириқлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Беморни мустақил текширишни ўргатиш. • Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тўлдиришни ўргатиш. • Кўп тарқалган ва кам учровчи касалликларни ташҳислаш даволаш алгоритминини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш. • Шошилинич шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташҳис қўйишни мустақил ўрганиш. • Ўтказилган қиёсий ташҳислашдан сўнг дастлабки ташҳисни қўйиш. • Беморни кўриб, инструментал ва лабаратор текширишлар интерпритациясига асосланиб ташҳис қўйиш. • Хирургик касалликларни даволашга ўргатиш • Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш • Анатомия, ОХТА, жароҳат инфекцияси фағлариги мустаҳкамлаш ва такомиллаштириш 	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чурралар билан хасталанган беморларни клиник текширувларини ўтказа олиш. • Чурралар клиник шаклларини аниқлай олиш. • Асоратланмаган чурралар билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослаш. • Аҳоли орасида даволаш-профилактика тадбирларини ташкиллаштириш • Қорин, чурра дарвозаси ва копини пальпациясини бажара олиш. • Шошилинич Жарроҳликда тез ердам кўрсата олиш. • Ошкозонни зондлаш ва ювиш; • Турли хил хукналарни кила олиш. • Рентген, УТД суратларини ўқий олиш. • Моякни флюороценция орқли кўра олиш • Клиник тафтишда иштирок этиш. • Диспансер кузатув картасини юрита олиш. • Хавф омилларини, ташҳислашни, уз Вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ўргатиш.

Ўқитиш усули ва техникаси	мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тури» усули, ўргатувчи уйин, кейс-стади.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма материаллар, визуаль материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
Ўқитиш шакли	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда, аудиториядан ташкарида.
Ўқитиш шароити	1. УАШ Жарроҳлик кафедраси, 1-ШКК ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари ва клиник лабораториялари; 2 жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм; 3 Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.
Баҳолаш	Сўров, баҳолаш, рейтинг бўйича баҳолаш.

Машғулотнинг технологик харитаси №5

Мавзу: Асоратланган чурралар: сиқилиш, яллиғланиш, копростаз, тўғирланмаслик. Клиника, ташҳис, қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг бошқа хажимли ҳосилаларидан дифференциал ташҳиси, консерватив ва оператив даво чоралари. ВОП тактикаси. Операцияга кўрсатмалар, операциядан кейинги олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	2.11. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	2.12. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20дақиқа	2.13. Ўрганиладиган кўйидаги машғулотга мияга ҳужуми, машғулотга тегишли бўлган қизиқтирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.	Саволларга жавоб беради.
5дақиқа	2.14. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 2.15. Танаффус.	Эшитади.
5дақиқа		
2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.

25дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, кўрсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
15дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият ҳақида тушунча бериш, ечиш йўлларини аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари ҳақида сўралади.
5дақиқа		
45дақиқа	Танаффус. Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шарҳлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Мустақил равишда муаммони ҳал қилган ҳолда варақларни тўлдирди.
5дақиқа		
65дақиқа	Танаффус. 2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
5дақиқа		
40дақиқа	Танаффус. 2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа		
25дақиқа	Танаффус. Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида ҳисобот.

<p>3- қисм Якуний қисм 27дақиқа</p>	<p>3.1. Хулоса. 3.2. Фаол бўлган талабани баҳолаш, хар бир гурухни баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустакил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади, саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.</p>
---	--	---

1. Ўқитиш шароити ва жойи

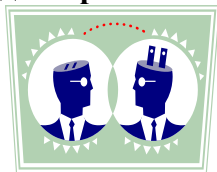
1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шахар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивацияси

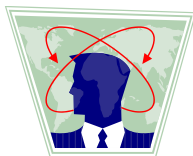
Замонавий хирургиянинг (герниология) долзарб муаммоларидан бири чурралар асоратини профилактикаси ва уларни даволаш ҳисобланади, чунки, қисилиш чурра асоратининг энг кўп учрайдиган ва ҳавфли асоратларидан ҳисобланади. Бугунги кунда бу касалликнинг этиологик омиллари етарлича ўрганилиб кўплаб жарроҳлик услублари ишлаб чиқилган ва синчиклаб ўрганилган, уларнинг ичида энг ишончли ва патогенетик асосланган услублари ажратилган, аммо эришилган натижаларга қарамасдан долзарблиги камаймаган. Асоратланган чурралардан ўлим ҳолати **хох** ёшларда, ўрта ёшлиларда 2,8-3,0% ни ташкил этади, кекса ёшларда эса у прогрессив ошиб боради, яъни 61-70 ёшгача бўлган беморларда 5,6% ташкил этади, қарияларда эса у 17-18% ни ташкил этади. Чурралар диагностикадаги хатоликлар ва уларнинг қайталанишлари шу кунгача аҳамиятли давом этмокда.

Шундай қилиб, касалликнинг кўп учраши, қисилган чурралардан ўлим ҳолатининг юқорилиги ва унинг қайталаниши яна бир бу муаммонинг долзарблигини такидлайди ва УАШ таёрлашда катта аҳамиятга эга.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Анатомия, оператив жарроҳлик ва топографик анатомия, патанатомия, рентгенология, патофизиология, терапия, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, физиотерапия.

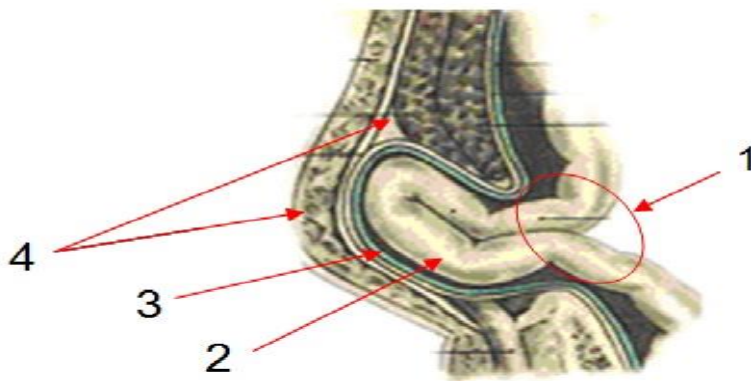


2. Машғулотлар мазмуни

2.1 Назарий қисми;

Қорин чуррасининг хирургик анатомияси.

Қорин чурраси (херния абдоминалис) – бу қорин парда билан ўралган ички ўрганларнинг табиий ёки суний ёриқлар орқали, тос туби, диафрагмага ва бошқа бўшлиқларга чиқиши.



Расм-1. Чин чурранинг асосий таркиби: 1) чурра дарвозаси; 2) чурра ҳосилалари қорин бўшлиғи органлари; 3) париетал қорин пардадан чурра қопи; 4) чурра пардаси.

Чурра дарвозаси – бу париетал қорин парда ва қорин ички таркибининг фациал футляр ёки мушак апоневротик қатламини табиий ёки потологик ёриқдан чиқиши. Чурра дарвозасининг шакли овал, учбурчак, айлана, тешиксимон ва ноаниқ тузилишда бўлиши мумкин. Чурра дарвозасини чегаралари катталиги киндик чурраларида бир неча см дан 20-30 см гача ва операциядан сўнгги чурраларда унданхам каттароқ бўлиши мумкин. Бундан мустасно невропатик чурраларда чурра дарвозаси бўлмайди, лекин инервация ҳисобига қорин девори чўзилиши, мушак қатламининг тонуси камайиши ёки атрофияси, апоневротик тўқиманинг тўлиқ бўлмаслиги кузатилади. Бу ҳолатда қорин деворининг бир қисми бўртиб чиқади. Мисол тариқасида операцион травма натижасида қорин девори мушаклари ёйилган атрофияси ёки диафрагма релаксациясини келтиришимиз мумкин.

Чурра қопи париетал қорин пардонинг чурра дарвозасидан бўртиб чиққан қисми ҳисобланади. Унинг кирувчи қисми – қопчанинг бошланғич қисми, бўйинча – қопчанинг тор қисми, каналда жойлашган (қорин деворининг қалинлигида), танаси – енг катта қисми, яни чурра дарвозасидан ташқарида жойлашган қисми ва туби – қопнинг дистал қисми. Чурра қопи бир ва кўп бўшлиқли бўлиши мумкин. Қопни ҳосил қилувчи қорин парда, нормал тузилишда бўлиши мумкин лекин аксарият ҳолларда, асептис ялиғланиш ва доимий жароҳатланиши тасирида қалинлашади, операциядан сўнгги чурраларда эса ичи мезотелий билан қопланган қалин фиброз ҳосиладан иборат бўлади.

Чурра ҳосилалари – чурра қопида жойлашган ички органлардан иборат. Қорин бўшлиғидаги ҳар қандай аъзо чурра қопида жойлашган бўлиши мумкин. Аксарият ҳолларда чурра қопида силжувчан аъзолар жойлашган; катта чарви, ингичка ичак, сигмасимон ичак ва чувалчангсимон ўсимта.

Чурра ҳосилалари қорин бўшлиғига эркин тоғиланиши мумкин (тоғирланувчи чурра), қисман ёки умуман тўғирланмаслиги мумкин (тўғирланмайдиган чурра), ёки чурра дарвозасида қисилган бўлиши мумкин.

Агар ички органлар катта қисми узоқ вақт давомида чурра қопада жойлашган бўлса бундай чурра гигант чурра дейилади (ҳерния пеннагна). Чурралар тўлиқ ва нотўлиқ бўлиши мумкин. Тўлиқ чурра (ҳерния сомплетес) – чурра қопа ва унинг ҳосиласининг қорин девори дефекти орқали чиқиб қолиши

Чурра таснифи			
ташқи		Ички	
Келиб чиқиши бўйича			
Туғма		Орттирилган	
Анатомик жойлашиши бўйича			
Чов соҳаси	Сон соҳаси	Киндик соҳаси	Оқ чизик
Клиник кечиши бўйича			
Асоратланмаган (тўғирланувчи)		Асоратланган: Тўғирланмайдиган, копрастаз, қисилиш, яллиғланиш	

Этиология ва патогенези.

Чуррани келтириб чиқарувчи асосий омилларга қорин бўшлиғида босимни ошиши ва қорин деворларида қаршилиқни ошиши сабаб бўлади. Соғлом одамда қорин бўшлиғи ва диафрагма мускулларида яхши ривожланмаган соҳалар мавжуд. Қорин бўшлиғида босим ошганда, мисол учун, кучли йўтал, қийин дефекация, қийин сийдик ажралиши ва бошқалар натижасида қорин бўшлиғидаги аъзолар шу соҳалардан чиқиб қолишига сабаб бўлади.

Чурра келиб чиқиш механизми қийин ва кўп қиррали. Чурра келиб чиқишида маҳаллий омиллардан ташқари чурранинг топографо анатомик жойлашиши, шу соҳанинг физик-механик хусусиятлари ҳам аҳамиятга эга. Ҳар қандай чурранинг ҳосил бўлишида умумий омилларнинг аҳамияти катта. Чурраларни билиш, ўрганиш ва операция усуллари танлашда кўпроқ маҳаллий омилларга эътибор берилади. Чурранинг умумий омиллари 2 гуруҳга бўлинади: Тахминий ва ҳосил. Тахминий омилларга асосан инсон конституцияси тегишли, бунда чурра келиб чиқиши наслий ва орттирилган бўлиши мумкин. Конституциёнал омилларда қорин девори ўзгаришига олиб келиши мумкин: ҳомиладорлик, оғир турмуш ва меҳнат шароити ва бошқа ҳар қил патологик ҳолатлар, мисол учун, семириш ёки озиб кетиш ва бошқалар. Ҳосил килиучи омилларга қорин ички босимининг ошиши ёки унинг бирданига ўйнаши, мисол учун, оғир меҳнат шароити, ёш болаларда кучаниб йиғлаш, туғулишдаги қийинчиликлар, сурункали касалликларда йўтал, узоқ давом этувчи қабзият, простата беши аденомаси ёки сийдик айирув каналининг стриктураси ҳисобига қийин сийдик ажралиши сабаб бўлади. Наслий омилларни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Наслий омилларда чурра ҳосил бўлиши қорин девоир анатомик тузилиши билан боғлиқ бўлади. 20-25% беморларда анамнез йиғиш натижасида наслий омиллар аниқланади. Р.Бергер кузатишича, ҳар 4 та касалдан 1 тасида ойила аъзоларида чурра кузатилган. Тана тузулиши гиперстеник типдаги беморларда кўпроқ диафрагмал, эпигастрал ва тўғри чов чурраси кузатилади. Астенник типдаги беморларда кўпроқ киндик, сон ва қийшиқ чов чурралари кузатилади. Айрим ҳолатларда тана конституциясига боғлиқ бўлмаган ҳолда чурра ривожланиши мумкин. Бу туғма тизимли касалликларда бириктирувчи тўқиманинг яхши ривожланмаслиги билан боғлиқ. Бунда бир неча чурралар биргаликда кўшилиб келиши мумкин, мисол учун, диафрагмал чурралар билан сон ёки чов чурраларининг биргаликда келиши. Бу касалларда баъзан ясси оёқлик, оёқ қўл ва геморраидал веналарининг варикоз кенгайиши, скелет мушакларининг яхши ривожланмаганлиги кузатилади. Бу аёлларга нисбатан эркаларда кўпроқ кузатилади. Аёлларда қорин чурраси келиб чиқишида тана конституцияси катта рол ўйнайди. Аёлларда кўпроқ диафрагмал, киндик, сон, операциядан кейинг, оралик ва оқ чизик чурралари кўпроқ кузатилади. Аёлларда қорин деворининг кучсизланишига олиб келувчи асосий омиллардан бири бу ҳомиладорлик

ҳисобланади. Бунинг натижасида қорин девоир тўқимаси (мускул апоневроз фация) билинарли даражада трансформацияга учрайди (гипертрофия, чўзилиш). Периферик нерв ва қон томир тўрларида қайта қурилиш кузаатилади. Фақат спорт билан яхши шуғулланган аёлларда қорин девоири туғруқдан кейин ўз тузулиши ва тонусини тўлиқ қайта тиклайди. Қолган аёлларда қорин девоир ҳар хил даражада чўзилган ва атоник ҳолатда қолади. Қорин оқ чизиғи ва киндик ҳалқаси соҳасида кенгайиш, қорин тўғри мускулида диастаз сақланиб қолади. Бу ҳолат кўпинча кўп туғувчи аёлларда кузатилади. Ҳар хил патологик ҳолатлар натижасида ривожланган семизлик ва озиш натижасида ҳам чурра ривожланиши мумкин. Семизликда қорин девори мускуллари атрофик ва бўшашган ҳолатда бўлади. Озишда чурра келиб чиқиш механизми тўқималардан ёғ йўқотилиши билан боғлиқ. Бунинг натижасида қорин девори тешиги ва тирқишлари ўлчамининг катталаниши кузатилади, яъни олдин бу тешиклар ёғ тўқимаси билан тўлган бўлади. Бунинг натижасида қорин деворидаги кучсиз соҳаларнинг қорин ички босимига нисбатан резистентлиги пасаяди ва чурра ҳосил бўлиши учун яхши шароит яратиб беради. Туғма чурралар ривожланишига сабаб қорин деворининг ҳомила ичида тўлиқ ривожланмаганлиги ҳисобланади. Буларга эмбрионал киндик чурраси, эмбрионал киндик тизимчаси чурраси ва қоринда қин ўсимтасининг ривожланмаслиги мисол бўлади. Чурра ҳосил бўлишида дастлаб чурра дарвозаси ва чурра ҳалтаси ривожланади, кейинчалик жисмоний зўриқиш натижасида ички органлар чурра ҳалтасига ўтади.

Чурраларнинг ҳар хил анатомик жойлашиши: чов, сон, киндик, қорин оқ чизиғи.

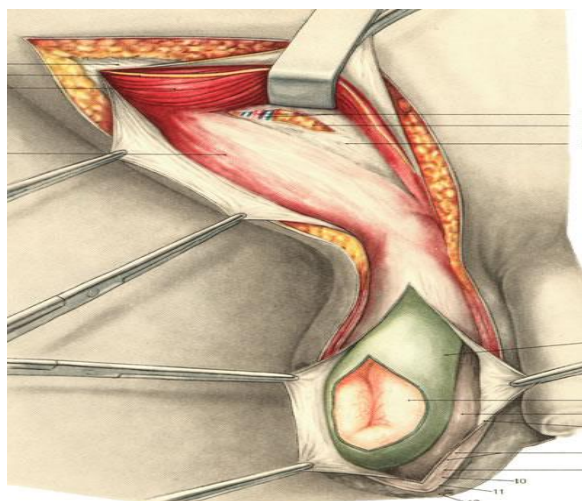
Чов чурраси бошқа қорин чурраларига нисбатан кўпроқ учрайди. Хирургик стационардаги умумий касалларнинг 8-18% ни чурра касалликлари ташкил қиладиган булса шу касаллардан 75-80% ни чов чурраси ташкил қилади.

Чов чурраси кўпроқ эркакларда кузатилади. Бу аёлларда эркакларга нисбатан чов каналининг тирқишсимон шаклда бўлиши, мушак ва пай қатламининг яхши ривожланганлиги ва нисбатан узунроқ бўлиши билан боғлиқ.

Чов чурраси аёлларга нисбатан эркаклар 6 - баробар кўп учрайди.

Чов чурралари қийшиқ ва тўғри чов чурраларига бўлинади.

Қийшиқ чов чурраси - чов канали ташқи ва ички чов ҳалқаси билан боғланган. Чов каналини олдинги деворини қоринни ташқи қийшиқ мускулини апоневрози ташкил қилади. Каналнинг орқа деворини кундаланг фация ва апоневроз ташкил қилади. Каналнинг орқа деворида **Хасселбаха** учбурчаги мавжуд, латерал тамондан пастки қорин



устки артерияси, пастдан пупарт бойлами, юқори ва медиал тамондан қорин тўғри мускули ташқи чети ва кундаланг фация ташкил қилади. Қийшиқ чов чурра ички ҳалқа орқаличиқади ва канал орқали пастга ҳаракатланади.

Бу ҳолатда, қийшиқ чов чуррасида чурра ҳалтаси чов ҳалқаси орқали ўтади, чов канали орқали ёрғоқ илдизида жойлашади ва ёрғоқда чурра ҳосил бўлишига шароит яратади, кейинчалик чов ёрғоқ чурраси ҳосил бўлади. Қийшиқ чов чурраси чов канали орқали юқорига пастга, олдинга ва орқага, ташқари ва ичкарига ҳаракатланади.

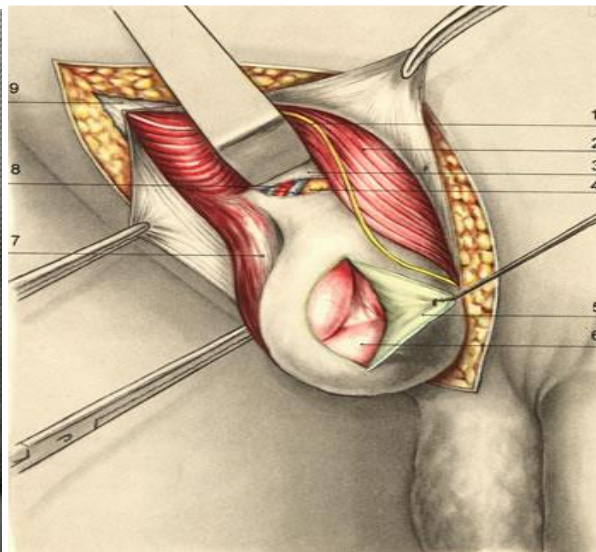
Қийшиқ чов чурраси ривожланиши бир нечта босқичлардан иборат:

- 1) бошланаётган қийшиқ чурра, бемор йўталганда ёки кучанганда врач бармоғи орқали чов канали ташқи тешигидан чурра тубигача етиб бориши мумкин.
- 2) каналдаги чурра, бунда чурра ҳалтасининг туби чов каналининг ташқи тешигигача жойлашади.
- 3) уруғ тизимчасидаги қийшиқ чов чурраси, бунда чурра чов каналидан чиқади ва ўсмасимон шаклда палпация қилинади.

4) қийшиқ чов-ёрғоқ чурраси, бунда чурра ҳосиласи уруғ тизимчаси орқали ёрғоқга тушади.

Қийшиқ чов чурраси тўғри канал билан учрашиши, асосан, қари беморларда чов соҳаси апоневроз, фация ва мускулларининг бирданига чўзилиши ва атрофияси фонида юзага келади. Бунинг натижасида чуқур чов канали ёриғи юзага яқинлашади. Канал кенгаяди, қисқаради, қийшиқ йўналишини йўқотади, қорин бўшлиғига борган сари тўғри кенгайган ёриқга айланади. Бунақа чурралар жуда катта ўлчамларгача катталашади. Ҳамма чов канали орқа девори узилган бўлади. Чов оралиғи ўлчами узунлиги 7 - 7,5 см, баландлиги 3 – 5 см гача етади. Ички девори чов чурраси ҳам қийшиқ шаклда бўлади. Жуда кам учрайди, умумий чурра сонининг 0,1-0,3% ни ташкил қилади. Асосий фарқи, бунда чурра халтаси олдинги қорин девори қаватлари орқали ўтиб уруғ тизимчаси пардаси тагида жойлашади. Кўп ҳолларда у қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози устида жойлашади. Халтадаги чов чуррасини асосий фарқи бунда 2 та чурра халтаси бўлиб, уларнинг биттаси иккинчиси билан тугайди. Қорин бўшлиғи фақат ички халта билан боғланган. Ташқи халтадан ички халтани очмасдан қорин бўшлиғига кириб бўлмайди. Чов олди **чурраси**: бунда чурра халтаси чов канали ташқи тешигидан чиқмасдан, қорин ташқи қийшиқ мускули апоневрози тирқишидан чиқади.

Тўғри чов чурраси Хасселбах учбурчагида канал тубида жойлашади (медиал қорин усти артериясида). Тўғри чов чурраси кўпроқ қари одамларда кузатилади. Чурра ҳосиласи айлана шаклда, чов бойламининг медиал қисмида жойлашади. Чурра кам ҳолларда ёрғоқга ўтади, одатда 2 тамонлама бўлади. Тўғри чов чуррасида объектив текширганда чов канали орқа девори ҳамиша кучсизланган ҳолатда бўлади. Йўтал турткиси чов каналининг ташқи тешиги қаршисида сезилади. Чурра халтаси уруғ тизимчасидан ичкарида жойлашади.

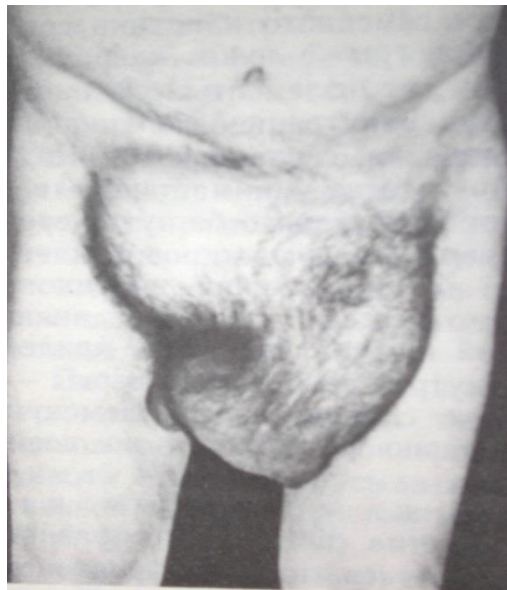
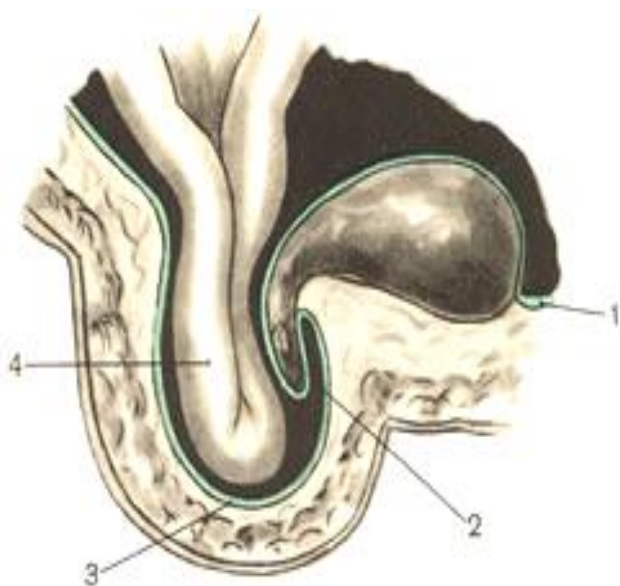


Тўғри ва қийшиқ чов чуррасини дифференциал белгилари.

Қийшиқ чов чурраси	Тўғри чов чурраси
Кўпинча ёш бола ва ўрта ёшлиларда учрайди	Кўпинча қарияларда учрайди
Бир томонлама бўлади	Икки томонлама бўлади
Ёрғоқга тушади	Кам ҳолларда ёрғоқга тушади
Тузилиши ноксимон	Тузилиши думолоқ

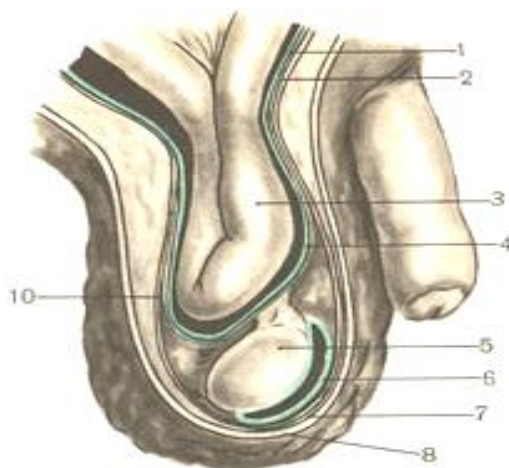
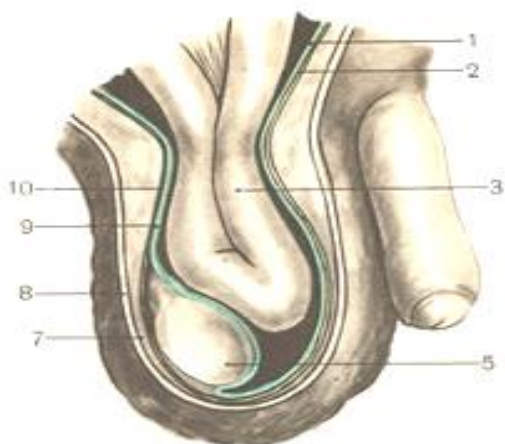
Йўтал турткиси ички чов тешигининг ён тарафида сезилади	Йўтал турткиси ташқи чов тешигининг қаршисида сезилади
Чурра қопи уруғ тизимидан ташқарида жойлашган	Чурра қопи уруғ тизимидан ичкарида жойлашган

Баъзи ҳолатларда аралаш чов чурралари кузатилади; ҳам тоғри ҳам қийшиқ, тоғри чов чурраси ва сийдик қопи чурраси ва бошқа аъзолар билан қошилган ҳолати. Аралаш чов чурралари кам ҳолатларда учрайди, лекин улар алоҳида этиборни талаб қилади, чунки операция пайтида улардан бири корилми қолиши мумкин шу сабабли чурра кесиш радикал бажарилмайди.



Қийшиқ чов чурралари чурра қопининг келиб чиқишига қараб туғма ва ортирилган бўлади.

Туғма чов чурралари – процессус вагиналис перитонеал битишмаганлиги натижасида пайдо бўлади, бунда тухум чурра ҳосилласи билан бирга бўлади. Ортирилган чурраларда тухум чурра ҳосиласидан алоҳида бўлади.



Туғма (А) ва ортирилган (Б) қийшиқ чов чурраси.

1 - перитонеум; 2 - фасция трансверзалис; 3 – ингичка ичак; 4 – чурра қопи; 5 - тестис; 6 - туника вагиналис тестис; 7 - туника дартос; 8 – тери; 9 - чурра қопи - туника вагиналис тестис; 10 - фасция сперматис интерна.

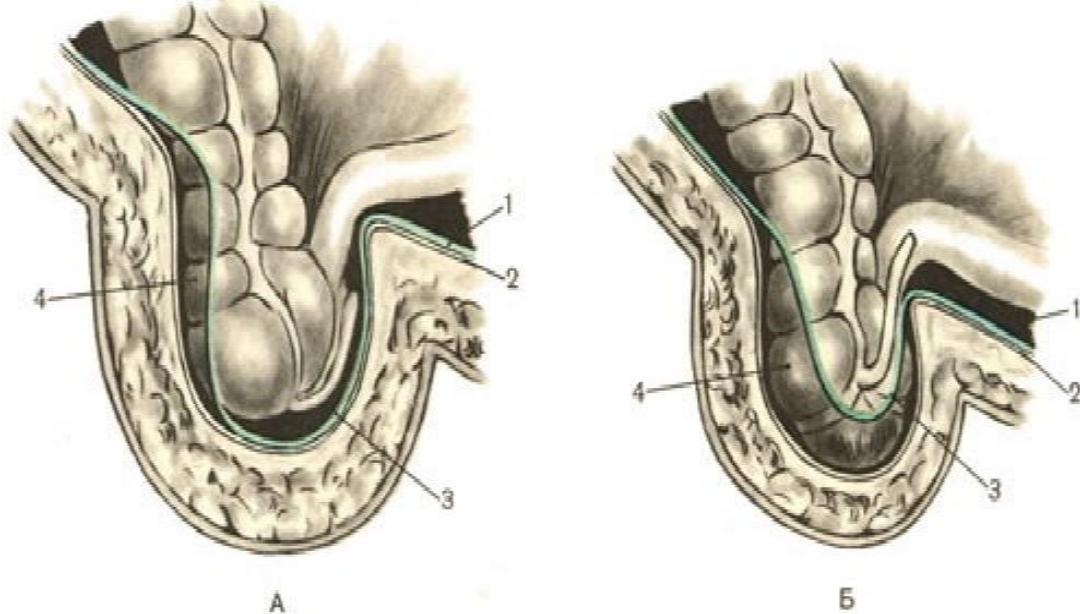
Туғма чов чурраси кўпинча мойк ва уруғ истисқоси билан биргаликда учрайди. Бунда куйидаги ҳолатлар бўлиши мумкин:

1) Қин ўсимтаси қисман битишиб кетган бўлади; бунда унинг тухумга ёпишган қисми йечили кетиб истисқога бошлиқ ҳосил қилади; қорин пардасини қин ўсимтаси юқори бўлаги чурра қопи бўлади.

2) Қорин пардасини қин ўсимтаси битишмай қолган ҳолда чов каналининг чуқур ёриъгидан ўтиб алоҳида бўлак бўлак бўлиб битишган бўлади. Бу туғма чурра билан уруғ тизимининг кистасининг бирлашишига олиб келади.

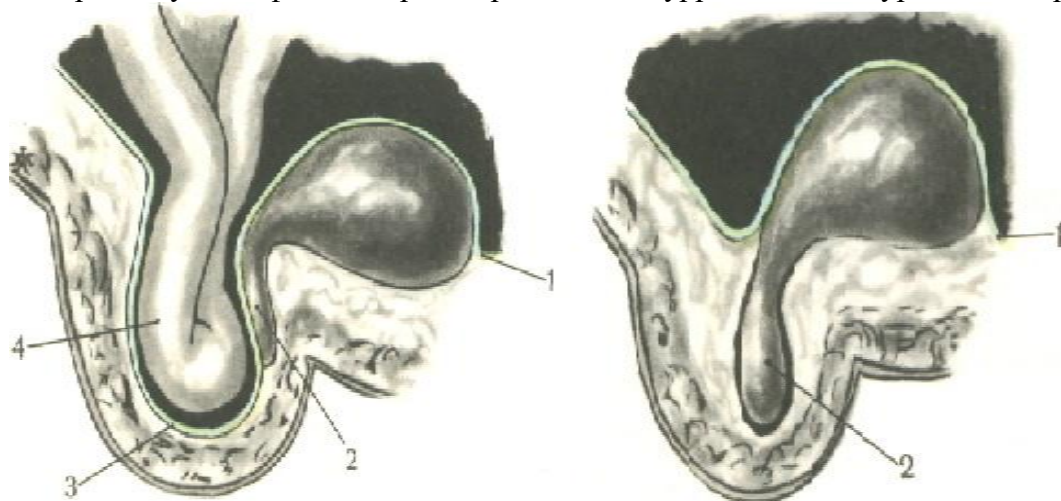
Н.И. Кукуджанов малумотиға кўра туғма чурралар 1-2 % еркакларда, қорин пардасини қин ўсимтаси облитерациясига боғлиқ ҳар хил аномалиялар бн ортача 10 % еркакларда учрайди.

Сирпанувчи чов чурралари чурра қопининг бир девори қорин парда билан ўралган аъзо бўлганда ҳосил бўлади, масалан сийдик қопи, кўр ичак. Кам ҳолларда чурра қопи бўлмайди, ҳамма бўртмалар қорин парда билан ўралмаган силжиган аъзонинг сегметларидан ҳосил болади. Сирпанувчи чурралар ҳамма чурраларнинг 1 – 1.5 % ташкил етади. Операция пайтида чурра қопи ўрнига ичак девори ёки сийдик қопини очвормаслик учун сирпанувчи чурраниннг анатомис хусусиятларини билиш лозим.



Кўр ичакнинг сирпанувчи чурраси. А – қорин парда олди сирпанувчи чурраси (чурра ўсимтаси латерал девори ҳосил бўлишида кўр ичак иштрок етади); Б – қорин парда ташқари сирпанувчи чурраси (ичак девори катта узунликда чурра ўсимтаси бўлади)

1 - перитонеум; 2 - фасция трансверсалис; 3 – чурра қопи; 4 – кўр ичак девори.



Сийдик пуфаги сирпанувчи чурраси

А. Қорин пардаси атрофида

В. Қорин пардаси ташқарида

1. Перитониум
2. Сийдик пуфаги
3. Чурра қопчаси
4. Ингичка ичак

Сирпанувчи чов грижаси касалик чақирувчи белгиларга ега эмас одатда бундай катта чурра кенг чурра деворлари билан бирга келади асосан кекса ва ёши катта одамларда учрайди .

Чов чурраси клиникаси ва ташҳиси.

Асорациз чов чуррасининг кўриниши маълум бир шаклга эга бўлади. Чов соҳасидаги бирон бир шишни пайдо бўлиши ҳар хил оғриқлар бўлиши бу асосан жисмоний зўриқиш пайтида бўладиган бўлса кўп ҳолларда деб фараз қилишимизга сабаб бўлади. Агарда чурра шишиб унча катта бўлмаса ўзининг ривожланишини дастлабки босқичларида бўлса ёки канал типига бўлса ёки деворлар орасидаги чурра бўлса уни аниқлаш анча қийинчиликларга олиб келади бундай ҳолларда ташҳис анамнезни ўрганиш чов соҳаси кўриги пайпаслаш асосида аниқланади чов чурралари кичики ўлчамларда бўлса оғриқ бермайди. Агар узоқ муддатли чурра бўлса, катта ҳажмли бўлса сирпанувчи ридсидивланувчи бўлса буларнинг симптомлари оғриқ .Оғриқ қорин пастига чов соҳасида секин секин иррадиацияси белга ва думғазага ўтади агар чурра шиши қанчалик катта бўладиган бўлас йўрганда жимоний иш ва меҳнат фаолиятининг бирданига секинлашувига олиб келади кўпинча бундай беморлар сурункали қабзиятга шикоят қилишади одатий симптомлар билан кечадиган сийдик пуфагининг сирпанувчи чурраси сийдик ажралишини тезлашиши сийдик ажралишидаги оғриқлар. Ёши катта беморларда сийдик тутилиб қолиши тез тез учрайди , чурра дарвозасининг сирпаниши кўричак оғригига қоринда шишлар пайдо бўлиши ва қабзиятга олиб келади. Врач беморларни кўриқдан ўтказганда уни вертикал ва горизантал ҳолатда кўриш керак. Қийшиқ чурра шиши сийдик канали бўйлаб жойлашган бўлиши мумкин. Тўғри чурра бойламларини медиал қисмида жойлашади . Базан шишни текширган пайтда кўнтурлари аниқланмайди қорин бўшлиғига йўналган бўлса яни қорин ёғ қаватларида бўлса аниқланмайди бундай ҳолатларда аниқлашнинг енг қулай усули пайпаслаб аниқлашдир (мойларни) Бунда тўғри, қийшиқ ва сон чурраларини қиёсий ташҳисини ўтказиш керак , чов соҳасини бирдан катталашини аниқлаш анча енгил ҳисобланади чунки бармоқ билан аниқлаш қулай. Агар чурра қийшиқ бўлса уруғ каналига қайрилган бўлади агар тўғри бўлса бармоқ човлар орасига тўғри йўналтирилади. Аёлларда чов чуррасини ташҳиси фарқлари чов каналига бармоқни кирғизишни деярли иложи йўқ чов бойламларининг тўғри жойлашган чурраларини кўриги анча мушкул қийшиқ бўлса ташқи жинсий лабга тушади. Операциягача бўлган даврда сирпанувчи чов чурраларининг ташҳиси муҳим аҳамиятга эгадир. Сирпанувчи чурра ҳақида гап борганда қуйидагиларини аниқлаш керак.

9. Катта чурра дарвозали йирик ўлчамдаги чуррани узоқ вақт туриб қолиши
10. Чов канали орқа деворининг бир неча марта бузилишидаги кўп маротабалик рецидивланувчи чурралар.
11. Сирпанувчу чурранинг у ёки бу орган билан бемор шикояти.
12. Камдан кам ёки тўлиқ чурраларни такрорланиши.
13. Пайпасланганда чурра қопчасини ҳамирсимон констенсияга эга бўлиши.
14. Сийдик ажралиши 2 қабулда бўлганда – бунда бемор дастлаб бемор сийдик пуфагини бўшатади кейин чурра жойига тушгандан кейин сийдик қисташи кузатилади. Агар тузалишга шубҳа бўлганда кўшимча равишда қуйидагилар қилинади: ирригоскопия систоскопия систография бимануал гинекологик кўрик.

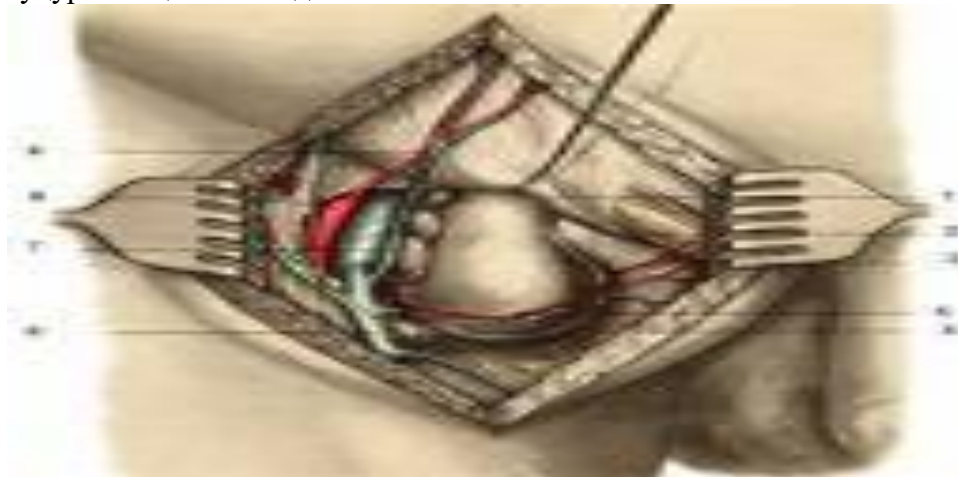
Сон чурраси – сон чурраси соннинг сон учбурчагида жойлашади ва қорин чурраларининг 5-8 % зини ташкил қилади , кўпинча аёлларда учрайди мушак ва қон

томир лакуналари , чов бойламлари сустлиги билан ифодаланади чанок суяклари билан чов бойламлари орасида бўшлиқ бор ёнбош тожи фациялари 2га бўлинади

1. Мушаклар ва қон томирлар , мушак бўшлиғидан ёнбош бел мушаги ва сон нерви бор.

2. Қон томир бўшлиғи сон артериялари билан веналари бор.

Сон венаси билан бўшлиқ бойлами орасида бўш оралик бор , Пирагов – Ровзинг муллер лимфа тугунлари ва бириктирувчи тоқима толалари билан тўлган бу ораликни сон ҳалқаси дейилади бундан сон чурралари чиқади сон ҳалқасининг чегаралари : юқоридан чов бойлами пастда тож симон қов суяги ташқаридан сон венаси ўртадан лакунар бойлам (жибернатў) нормада сон канали бўлмайди у сон чурраси пайдо бўлиши билан пайдо бўлади сон каналининг тешиги ташқи тешиги бўлиб соннинг кенг фациясининг овал чуқурчаси ҳисобланади .



Қорин бўшлиғидан ҳосил бўлувчи чурраларнинг энг кўпи сон ҳалқасидан чиқади пирагов ровзинг муллер лимфа тугунлари қорин олди клечаткасини чурра қопчаси суриб боради кам ҳолларда сон чурраси сон артерияси ва веналари орасидан чиқади кам ҳолларда катта ва қисилиб қолишга мойил бўлади

Клиник кўриниши ва ташҳислаш.

Сон чурраларини ҳарактерли белгилари сон чов қайрилган жойидан катта бўлмаган полисферик ҳосилани чиқиб туриши чов бойлами тагидан сон томири ичкарасида жойлашган кам ҳолатларда чурра тепага чиқади ва чов бойлампдан тепада жойлашади нормада ташқи сон каналини палпация қилганда бармоқни ўтказмайди чуррани катталигига қараб д. 2-3 см ёки 2 -3 бармоқ ўтиши мумкин жуда кам ҳолларда катта сон чурраси учрайди хурург чуррани босиб туриб кучани ва ёталишни буюради бармоқлар учига итарилувчи босимни сезади. Бундан йўтал турткиси мусбатлигини билади бу симптомни билиш бошланғич ва канал чурралари ташҳисда муҳим сон чуррасини аниқлаш семиз аёлларда (беморларда қийинрок) аниқлашда сон учбурчагини босиб кўриш чурра ўлчами ва каналини аниқлашда асосий ташҳислаш мезонидир варикоз веналарининг кенгайиши бор йўқлигини кўриши мумкин тўғри ва қийшиқ чов чурралари ва уларнинг асоратлари билан қиёсий ташҳис қилинади.

Киндик чурраси: киндик соҳасидаги қорин девори дефекти орқали қорин бўшлиғи ўрганларини чиқиб қолишига киндик чурраси дейилади.

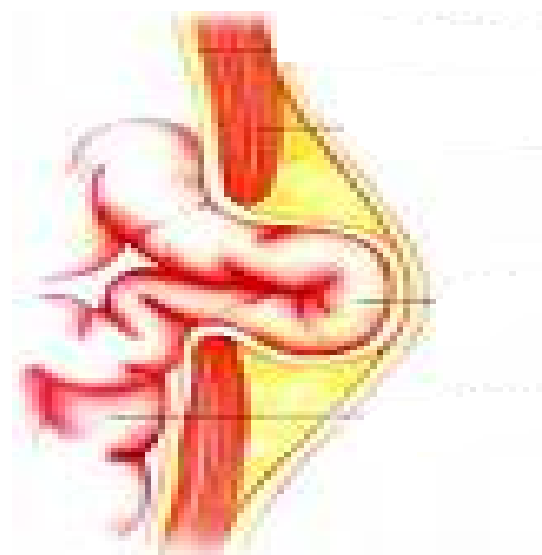
Тафавут қилиниши :

1. Киндик тизимчасини туғма эмбрионал чурраси.
2. Ёшлиқда ортирилган чурралар.
3. Катталардаги киндик чурралар.

Катталардаги киндик чурраси :

Қорин ташқи чурраларининг 2- 5 % ни киндик чурралари ташкил этади , деярли 40 ёшдан катта аёлларнинг 80% касалланади . кўп туғруқ бўлган ва жуда семиз аёлларда

бўлади бунда чурра дарвозаси бўлиб киндик ҳалқаси ҳисобланади . асосан у думалоқ шаклда бўлади епигастрал чурралар ва қориннинг тўғри мушаги диастази киндик чурралари билан қошилиб келади . чурра дарвоза ва епигастрал соҳадаги апаневроз мушаклар. Кўп ҳолларда юпқалашган атрофияланган ва титилган бўлади операция усули ва турини олиб боориш учун буни инобатга олиш керак . чурра қопчасига чурра дарвозаси чети ва териси билан чўзилиб юпқа ёпишган. Кичик қийшиқ чурралар қопи чарви чандири билан ёпишган катта чурраларда чурра қопи кўп камерали бўлади киндик чурралари қисилиши мумкин . қисилган чурраларнинг 4 -6,7 киндик чурраларига тўғри келади .



Клиникаси. Клиник кўриниши чурра катталигига, чурра дарвозасининг ўлчамларига, чандикланиш жараёнини намоён бўлишига, асоратларининг бор йўқлигига, семизликни кўшилиб келишига боғлиқ. Ўзига ҳос хусусияти палпация пайтида юмшоқ эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига енгил тўғирланадиган киндик соҳасида шарсимон думалоқ шаклдаги, борган сари ўлчамлари катталашадиган ҳосила. Киндик чурралари жудда кичик ҳосилалардан, қорин бўшлиғидаги аъзоларни ивентрацияловчи гигант ўлчамдаги ўсмаларгача бўлади. Кўп ҳолларда ўрта ўлчамдаги киндик чурралари касалларни безовта қилмайди, агар улар қисилиш эҳтимоллиги йўқ ва тўғирланадиган бўлса. Яққол кўринадиган клиник картина катта ўлчамдаги чурраларда кузатилади. Бундай касаллар оғриқ, қабзият, овқатдан кейин оғирлик ҳисси, базан кўнгил айниш ва қушиш, йўтал ва физик зўриқишдаги оғриқлар ва чуррани ўз ҳолича чиқиб кетишига шикоят қилади. Бу хусусиятлар тўғирланмидиган чурраларда яққол кўринади. Киндик чуррасикопростаз, қисилиш ва ялиғланиш билан асоратланади, бунинг оқибатида чурра тўғирланмайдиган бўлиб қолади.

Киндик чуррасини диагностикаси қийин эмас чунки симптомлари чуррага ҳос. Аммо киндик соҳасидаги зичлашиш қорин ракиннинг киндикга кирган метастази – Крюкенберг метастази болиши мумкинлигига аҳамият бериш керак. Ўртача тўғирланадиган (асоратланмаган) киндик чурраси симптомларсиз кечиши мумкин. Баъзан биринчи шикоятлар чурра қисилишидан сўнг пайдо бўлади. Катта ўлчамлардаги чурраларда физик зўриқиш овқатдан сўнг киндик соҳасида оғриқ ҳисси кучайиши, қабзият пайдо бўлиши мумкин. Чурра қопи ҳосиласига қараб қисилиш пайтида ҳар хил клинака пайдо бўлади, асосан ичак тутилиши.

Асоратланмаган киндик чуррасида ётган ҳолатда киндик ҳалқасининг ўлчамлари аниқ кўринади. Ўртача чурра ва асосан овқатдан сўнг Епигастирал соҳада оғриқ ҳосил бўладиган беморларда қорин бўшлиғи аъзолари томонидан патологияларни истисно қилиш керак, биринчи ўринда ошқозон ва 12 бармоқли ичак. Шунинг учун чуррага ёндош ва қориннинг юқори қисмида оғриқ чақирувчи кассаликларни аниқлаш учун

ошқозон ва 12 бармоқли ичак рентгенологик текшируви ёки гастроскопия ва ултратовуш текширувлари ўтказилади.

Даволаш фақат жарроҳлик йўли билан: Сапежко ёки Мейо усулида қорин деворини аутопластикаси. Иккала усул асосида узун ёки кондаланг ёки мускул – апоневротик дупликатураларини яратиш ётади. Гигант чурралар учун аллопластика ўтказилади.

Сапежко усули бўйича чурра қопчаси вертикал кесма билан олиб ташлангач, апоневроз дупликатураси вертикал йўналишда якка чоклар қўйиб амалга оширилади.

Мейо усули бўйича киндик халқаси икки ёнлама кенгайтирилгач «П» симон чоклар қойилиб, апоневроз дупликатураси хосил қилинади.

Ёш болаларда ва 40 ёшдагиларда касаллик кўпроқ кузатилади. Аёлларда киндик чурраси еркакларга нисбатдан 2 марта кўп кузатилади, бу хомиладорлик пайтида киндик халқаси чўзилиши билан боғлиқ.

Эмбрионал чурралар (омфалоцеле ёки киндик тизимчаси чурраси) — қорин девори шаклланишини ривожланиш аномалияси бўлиб ва ички аъзоларнинг киндик тизимчасига тушиши кузатилади. Касалликнинг тарқалганлиги 1:3000—4000 янги туғилган чақалоққа тўғри келади, 10% ини чала туғилган чақалоқлар ташкил қилади. Касаллик физиологик киндик тизимчаси чуррасининг тўлиқ битмаслиги билан боғлиқ. Унинг ретракцияси ичакнинг иккинчи бурилиши билан бирга эмбрионал ривожланишнинг 10-хафтасида бошланади. Агар ретракция кузатилмаса, катта ҳажмли киндик тизимчаси чурраси юзага келади (омфалоцеле) жигар тушиши билан ва бошқа органлар ривожланиш нуқсони кузатилади. Бу қорин девори чурраси ҳисобланади. Чурра дарвозасини киндик халқаси бажаради, чурра қопчаси киндик тизимчаси қавати ҳисобига юзага келади, амниотик ва қорин парда билан ўралган чўзилган юпка тиниқ мембранани кўрамиз. Чурра қопчасида ингичка ва йўғон ичак, жигар бўлаги ва бошқа аъзолар жойлашади. Жигарнинг чурра қопчаси ичига тушиши хавфли белгилардан ҳисобланади, бу эмбрионал ривожланишнинг эрта бузилишидан далолат беради ва бошқа кўплаб аъзоларнинг нуқсони 40-50% янги туғилган чақалоқларда учрайди. Омфалоцелени пренатал даврда ултратовуш текширувида аниқлаш мумкин. Бир вақтда бошқа аъзолар нуқсонини ҳам аниқласа бўлади ва хомиладорликни тўхтатиш масаласини ўз вақтида хал қилиш имконини беради.

Даволаш. Иложи борича эрта муддатларда дефектни жарроҳлик йўли билан ёпиш амалга оширилади. Жарроҳлик амалиёти олдидан қуйидагилар амалга оширилади: болани совуқ олишини олдини олиш учун (шу билан боғлиқ шок ҳолатларида) чуррани стерил чойшаб ва алюминли фольга билан ёпилади, болани ёнбош ётқизилади жигар пролапсини олдини олиш учун, ошқозонга зонд қўйилади ичидаги махсулотни олиш учун, бошқа аъзолар нуқсони аниқланади, метаболик бузилишларни олдини олиш учун интенсив инфузион терапия ва антибиотикотерапия олиб борилади. Унчалик катта бўлмаган омфалоцеледа киндик тизимчаси чуррасини тўғирлаб, асосига лигатура қўямиз. Катта ҳажмли омфалоцеледа қорин бўшлиғи ҳажмини ошириш мақсадида чўнтак ҳосил қилиш учун лиофизирланган қаттиқ мия пардаси ёки перикард қорин парда ёки деворига тикиш пластик жарроҳлик амалиёти талаб этилади. Имплантат бола териси билан мобилизация қилиб ёпилади. Бошқа аъзолар нуқсони бўлганда натижа ёмонлашади. Леталлик 15—20% ни ташкил этади.

Болаларда киндик чурралари дастлабки 6 ойликда юзага келади, чунки бу вақтда киндик халқаси шаклланмаган бўлади. Киндик халқаси кенгайиши ва киндик чурраси пайдо бўлишига қорин ички босими ошиши билан боғлиқ бўлган турли хил касалликлар (кўкйўтал, фимоз, ичбуруғ) сабаб бўлади. Болаларда чурралар кўпинча кичик ҳажмда бўлади.

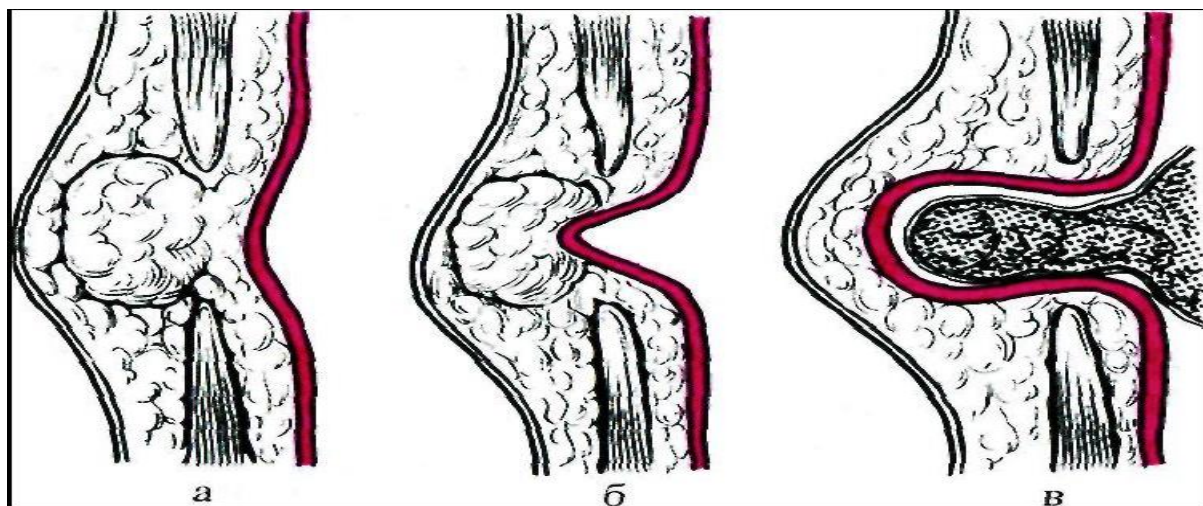
Белгилари. Қоринда оғриқ, киндик соҳасида босганда йўқоладиган бўртиб чиқиши, киндик халқасини кенгайиши. Киндик чурралари болаларда одатда қисилмайди, лекин бу асорат кузатилиши мумкин. Болаларни ота онасига чурра қисилиши белгилари ва бундай ҳолат юзага келганда зудлик билан госпитализация қилиш тўғрисида тушунтириш.

Даволаш. Ёш болаларда 3—6 ёшгача бўлган даврда ўз ўзидан тузалиши мумкин. Чурра болани безовта қилмаганда консерватив даволаш амалга оширилади. Қорин деворини мустахкамлаш учун даволаш жисмоний тарбияси ва массаж тавсия этилади. Чурра қошига ички органлар чиқиши кузатилганда киндик соҳасига лейкопластирли гумбазсимон боғлам қўйилади. Агар 3—5 ёшгача ўз ўзидан тузалиш бўлмаса кейинчалик киндик ҳалқасини битиши кузатилмайди. Бу ҳолатда Жарроҳлик амалиёти кўрсатма бўлади. Эрта муддатларда жарроҳлик амалиётига кўрсатма бўлиб кўп маротаба қисман чурра қисилиши, чурра ўлчамининг тезлик билан катталашиши ҳисобланади. Жарроҳлик амалиётида киндик ҳалқасини кисет чок билан тикиш (Лексер усули) ёки алохида тугунли чоклар билан тикиш амалга оширилади. Катта ҳажмли киндик чурраларида Сапезко ва Мейо усуллари қўлланилади. Болаларда жарроҳлик амалиёти вақтида киндик сақланиб қолинади, чунки унинг йўқлиги психик травмага олиб келади.

Қорин оқ чизиги чурралари.

Қорин оқ чизиги чурралари киндик усти, киндик атрофи ва киндик ости бўлиши мумкин. Охирги тури жуда кам учрайди. Киндик атрофи чурралари кўпинча киндик ёнида жойлашади.

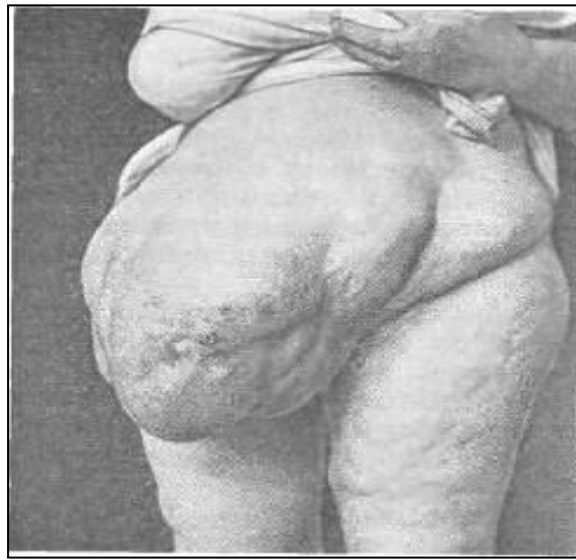
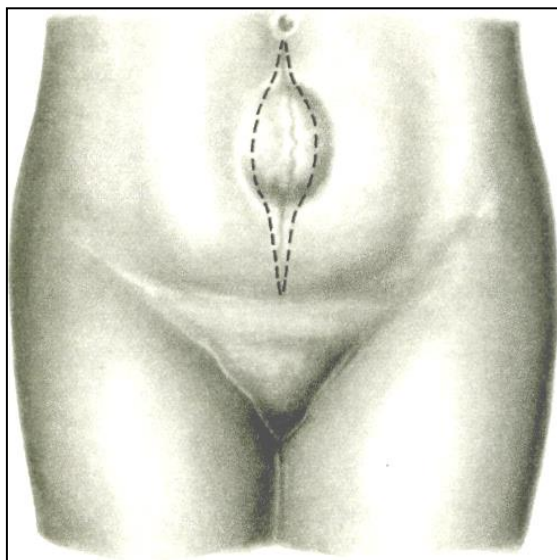
Белгилари. Қорин бўшлиғи босими ошганда ва овқат егандан сўнг кучаювчи эпигастрал соҳадаги оғриқ характерланади. Текширувда беморда чуррага талукли типик симптомлар аниқланади. Эпигастрал соҳада оғриқ бўлганда касалликни аниқлаш учун текширувлар ўтказиш лозим.



Даволаш. Операция апоневроздаги тешикка кисет чок ёки чоклар қўйишни ўз ичига олади. Ёндош чурралар бўлганда қорин тўғри мушагининг бир биридан узоқлашиши кузатилганда Напалкова усули қўлланилади — қорин тўғри мушаги қинини дастлаб ички қирралари тикилади, кейин эса қинни ташқи қирралари тикилади. Бу усул билан қорин оқ чизигини иккиланиши кузатилади.

Операциядан кейинги ва травматик чурралар

Операциядан кейинги чурралар умумий чурраларнинг 2,4 % ни ташкил этади (Н. З. Монаков) ва қорин деворининг турли жойларида операция кесмасига мос равишда жойлашиши мумкин. Эркакларда кўпинча ошқозон операциясидан кейин аёлларда эса чаноқ аъзолари операцияларидан кейин ривожланади.



А

В

Уларнинг пайдо бўлиш сабаблари тикилган апоневроз қирраларининг узоқлашиши ёки апоневрозда дефект қолдирилиши (тампон), жароҳат йиринглаши, операциядан кейинги даврда кучли физик юкламалар.

Операциядан кейинги чурралар тери чандиғи остида, ёнида ёки чандикдан унча узок бўлмаган масофада жойлашиши мумкин. Улар деярли кўринмас (А) ёки жуда катта хажмли бўлиши мумкин, бу қорин девори дефектига боғлиқ. Катта хажмли чурралар чандикни чўзиши натижасида ёрилишлар ёки тўлиқ йиртилишлар кузатилади.

Операциядан кейинги чурраларни 3 шакли фарқланади: 1) яримшарсимон — кенг асосли ва кенг чурра дарвозали, 2) чандиклар, чурра қопи ва чурра махсулоти ёпишиши ҳисобига олдиндан орқага чўзилган, ва 3) типик, қисқа бўйинли ва кенг тубли.

Даволаш. Хирургик даволаш қўлланилади. Унча катта бўлмаган чурраларда нуқсон маҳаллий тўқималар билан ёпилади. Катта хажмли чурраларда чурра махсулотини чурра қопи билан бирикиши ва қорин деворини катта дефектларини бўлиши операцияга қийинчилик туғдиради. Бундай ҳолатларда аутопластика, аллопластика ва комбинирланган пластика усуллари қўлланилади (агар нуқсонни маҳаллий тўқималар билан қоплаш имкони бўлмаса).

Рецидив чурралар. Чуррани бартараф қилиш операциясидан кейин маълум вақт ўтгандан сўнг қайта кўп маротаба пайдо бўлувчи чурраларга рецидив чурралар дейилади. Бу чурраларнинг оғир шакли ҳисобланади, буни даволаш учун хирургдан катта маҳорат талаб қилинади.

Рецидив чурраларнинг асосий қисми операциядан кейинги дастлабки 3 йил ичида пайдо бўлади. Чурра рецидивининг асосий сабаби бўлиб хирургнинг чурра патогенезига тўғри келмайдиган операция усулини танлаши ва операция ўзининг қийинчиликлари ҳисобланади. Машхур рус хирурги С.П. Фёдоров шундай ёзган: “бизларда чуррани бартараф қилиш энгил операция ҳисобланади, лекин аслида бу операция тўғри ва яхши қилиниши жиҳатидан қийин операция ҳисобланади.”

Травматик чурралар тери ости, мушак, фасция ва апоневроз жароҳатланиши билан кечувчи қорин травмаси натижасида юзага келади. Қорин ички босими натижасида париетал қорин парда ички аъзолар билан жароҳат соҳасидан чиқади ва чурра пайдо бўлади. Травматик чурралар дархол ёки бир неча кун ичида, яқка ёки кўплаб пайдо бўлади. Чурранинг бўртиб чиқиши қорин ички босимининг бироз ошишида кузатилади. Хирургик даволаш ички органлар зарарланиши бўлган ўткир даврда ёки жароҳатдан узок вақт ўтиб чурра пайдо бўлгандан сўнг амалга оширилади.

Кам учрайдиган қорин чурралари.

Ханжарсимон ўсиқ чурралари шу соҳада дефект бўлганда юзага келади. Ханжарсимон ўсиқ соҳасидан қорин олд липомаси ёки чин чурра бўртиб чиқади. Ташҳис ханжарсимон ўсиқ соҳасидаги қаттиқлашиш, ундаги нуқсон ва рентген текшируви орқали қўйилади.

Даволаш. Ханжарсимон ўсиқ резецирланади, қорин тўғри мускули қини қирраси тикилади.

Ёнбош чурра (ўрта қўлтиқ ости чизиғи чурраси) шу сохадаги қорин девори апоневрози нуқсонни қисмидан чиқади, яъни ўрта қўлтиқ ости чизиғи (қорин кўндаланг мушаги пай ва мушак чегараси) ва қорин тўғри мушаги ташқи қиррасида жойлашади. Чурра кўндаланг ва ички қийшиқ мушак апоневрозидан ўтиб қорин ташқи қийшиқ мушак апоневрози остига интерстициал чурра кўринишида жойлашади (қорин девори мушаклари орасига). Тез тез қисилиш билан асоратланиб туради.

Диагностика қийин, чунки ички органлар касаликлари ва ўсмалар билан таққослама ташҳис ўтказишни талаб қилади.

Даволаш. Хирургик. Бел чурралари кам учрайди. Уларнинг чиқиш жойи бўлиб юқориги ва пастки бел учбурчаклари ХИИ қовурға ва ёнбош суяги қирраси орасида белнинг кенг мушаги (м. латиссимус дорси) ҳисобланади. Чурралар туғма ва орттирилган бўлади, қисилишга мойил бўлади. Уларни абсцесс ва ўсмалардан фарқлаш керак бўлади.

Даволаш. Чурра дарвозаси операция пайтида юқоридан бел фасцияси ёки пастдан думба фасцияси билан ёпилади.

Ёпқич чурра (ёпқич тешиги чурраси) қон томир, нерв тутами билан бирга (васа обтураториа, н. обтураториус) ёпқич тешиги орқали тароқсимон мускул (м. пестинеус) остидан ва соннинг ички юзасини юқори қисмидан чиқади. Кўпинча ёши катта аёлларда чанок туби мушаклари кучсизланиши натижасида юзага келади. Чурра ўлчамлари одатда кичик ўлчамларда бўлади, кўпинча сон чурраси сифатида қаралади.

Белгилари. Унчалик сезиларли бўлмаган бўртиб чиқиш, кучли оғриқ, соннинг юқори қисмида сонни узоклаштириш ва ротациясида кучаювчи парестезия. Ташҳис кўпинча чурра қисилиши ва ичак тутилиши ривожланганда аниқланади.

Даволаш. Лапаротомия амалга оширилади. Чурра дарвозасини ўтиргич суяги остидан кидириш керак. Чурра қопчаси ва унинг махсулотига умумий қоидаларга мувофиқ ишлов берилади. Чурра дарвозаси махаллий тўқималар ҳисобига ёпилади ёки лиофилизирланган қаттиқ мия пардаси ёки суний материаллар билан пластика қилинади.

Оралик чурралари (олдинги ва орқа). Олдинги оралик чурраси қоринни сийдик қопи ва бачадон чуқурлиги (ехсавафло весисоутерина) да , катта жинсий лаблар марказидан чиқади. Орқа оралик чурраси тўғри ичак ва бачадон чуқурлиги (ехсаватфо рестоутерина)дан чиқиб, орқа чиқарув тешиги олд ёки орқасида жойлашади. Оралик чурралари кўпинча аёлларда жойлашади. Чурра қопи махсулоти сийдик пуфаги, жинсий органлар бўлади. Аёлларда олдинги оралик чуррасини чов чурралари билан таққослаш керак, чунки улар ҳам катта жинсий лаблар соҳасида жойлашиши мумкин. Ташҳислашда қин орқали бармоқ билан текширишда оралик чурралари қин ва ўтиргич суяги орасидан бўртиб чиқишини аниқлашимиз мумкин. Аёлларда олдинги оралик чуррасининг чов чурраси билан таққослама ташҳис қилиш керак, чунки улар ҳам катта жинсий лаблардан чиқиб туради. Қин орқали палпация ташҳислаш учун ёрдам беради: оралик чурра чиқишини қин орқали ва ўтиргич суяклар орқали сесиш мумкин.

Даволаш. Трансперитониал ёки оралик орқали кириб боориш чурралар дарозасини ёпиш амалёти бажарилади. Катта ва кичик тешиқ орқали ўтиргич чурра чиқади. Чурра чиқиши асосан катта думба мушаги остида кам ҳолида ёнидан чиқади. Чурра ҳосиласи ўтиргич нерв билан зич қисилиб туради. Шунинг учун нерв бўйлаб ирадиация қилади. Ўтиргич чура кўпинча аёлларда булади. Катта чарва ва ингичка чурра махсулоти бўлиши мумкин.

Ички қорин чурраси.

Қорин соҳасидаги ёки кўкрак соҳасидаги чўнтаклар, тирқишлар ва тешиқларнинг кўчиши қориннинг ички чурраси дейилади. Эмбрионал даврда бирламчи ичакни юқори чарви артериаси атрофидан айланиб, юқори дуоденал чуқурча ҳосил бўлади (ресессус дуоденалис супериор — чўнтак Трейца). Бу чуқурланиш чурра дарвозасини ҳосил қилиши мумкин ички чурра қисилиши билан.

Пастки дуоденал чуқурланиш чурраси.

Туткич чурраси деб. Ингичка ичак қовузлоқи бу чуқурликданчамбар ичак чап ва ўнг қовузлоқ пластинкаларларидан ўтади. Одатда ички чурра дарвозасини қорин чунтақларига тушган ёнбош ичак, кўр ичак. Чурра дарвозаси ҳосил бўлишига операция тирқишларидан катта чарвилаб билан яхши тикилмаслиги бу касаллик. Бу касаллик симптомлари билан бир хил. Шунинг учун операция қилинади.

Даволаш. Ўткир ичак тутилишнинг умумий тамойиллари. Операция пайтида яхшилаб текширилади. Катта қон томирларда пулсация йўқлиги (юқориги ва пастки қорин артериялар). Чурра дарозаси қон томирсиз сохага очилади. Ехтиёткорлик билан очилиб, чурра қопчси ичак тутгичи билан тикиб қўйилади.

Клиник кўриниши ва таъхислаш. Асосий касалликнинг белгилари бўртиб туриш ва чурра сохасидаги тортишиш, юриш, йўтал, жисмоний зўриқишда ўғриқ, бўртиб чиқиш



аста секин катталашда. Овал ва думалок шаклигач каттлашади. Горизонтал ҳолатда ва қўл билан босганда ёқолади. Чуррада ўткир босим ҳосил бўлиши оғриққа ва атрофига қон қўйилишига олиб келади.

Касаллар вертикал ва горизонтал текширилади. Беморларни бертикал кўрган, чурралар олдинги ўлчамидан катталашганини кўриш мумкин.

Чиқиб турган чурра перкуссиясида темпаник товуш эшитилади. Агар чиқиб турган чуррада ичак булса темпаник, газ ва катта чарви булса тумтоқ перкутор товуш эшитилади.

Палпацияда чурра консистенциясини сезиш мумкин. Беморни горизонтал ҳолатда чурра ҳалтасини тўғриланишини кузатиш мумкин. Катта чуррани тўғрилашда ичакларни ғулдирашини эшитиш мумкин. Чурра таркибини тўғрилагандан кейин билиш мумкин, шакли ва ўлчамини ҳам. Йўталдан текширувчининг қўлига қорин пардонинг урилишини сезиш мумкин- бу йўтал турткиси симптоми ҳисобланади. Бу белгилар ташқи қорин чуррасига хос. Катта чурраларни текширишда МИТ ва сийдик пуфағи ренген текшируву ўтказилади.

Қорин чурраларининг даволашнинг умумий тамойиллари.

Болаларда киндик чурраларида консерватив даво қилинади бунда белбоғ билан боғлаш ички аъзолар чиқишига тўсқинлик қилади. Катталарда ҳар хил бандашлар ишлатилади. Бандаж операция қарши кўрсатма бўлган беморларга тақилади (суринкали ўпка, юрак, жигарнинг декомпрессия даврларида) бандажни тақиб юриш чурра қопчасига ички аъзоларнинг чиқиб қолишига вақтинчалик тўсқинлик қилади. Бандажни фақат тўғрилаб буладиган чурраларга тақилади. Узоқ вақт уни тақиб юриш қорин девори тўқимасининг атрофиясига олиб келиши мумкин, ички аъзолар билан чурра қопчасининг ўсиб кетиш қийшиқ чурраларни ҳосил қилиши мумкин. Асоратланган чурралар (қисилган, яллиғланган) асосий даво тури жаррохлик усулидир. Ҳар бир чурра учун алоҳида индивидуал жаррохлик амалётини олиб боориш керак. Бу учун чурранинг ҳажмини, шаклини, унинг патогенизини, қорин девоир тўқимасининг ҳолатига еътибор қилиш керак. Асоратланмаган журраларни бўртиб турган сохасини кесиб, чурра қопчасини топиб олиб очилади. Чурра қопчасини қорин бўшлиғига тикиб, чурра ҳалтасини боғлаб тикилади. Қопчани ажратиб олиб қорин бўшлиғига аллопластика материали билан қотирилиб қойилади. Чурраларни маҳаллий ёки умумий наркоз остида қилинади. Чурра операцияларида уларни тўғрилаш ҳақида 5 та асосий герниопластика турлари бор:

- 1) фасеиал-апоневротик
- 2) мушак- апоневротик
- 3) мушак
- 4) қўшимча биологик ва синтетик материаллар билан (аллопластика, ксенопластика, эксплантация)

5) аралаш (ауто тўқималар ва бегона тўқималар).

Юқоридаги учтасини- аутопластик, қолган иккитасини аллопластик усул дейилади. Ҳар бир усул алохида-алохида ўрганилган. Улар учун кўпгина операция йўллари қўлланилган. Операци усулини бемор учун ишончли усуллари танланади.

Апоневротик пластика ютуғи, бир хил бўлган бириктирувч тўқималарнинг тикишдир. Бунда уларнинг бир-бирига ўчиб кириб кетиш осонлашди. Бунга мисол қилиб Мартинов ва Ру-Оппеля чов чурраси, Меё киндик чурраси, Напалкова, Вишневского ва Мартинов чуррадан кейинг операциялари. Операция фациал-апоневротик дубликатураси жаррохатлидир. Кўпинча бу операция қайталаниши мумкин. Асосий даво усули мушак-апоневротик пластика ҳисобланади. Бу усулда апоневроз ва мушак қавати билан қорин парда нуқсонини ёпилади. Бу усулнинг кўп жаррохлик даво турлари бор. Чов чуррасида Жиррар, Спасокукского, Бассин, Постемского, Киршнера; киндик чурраси- Меё; Сапежко усули ва унинг кўгина модификасиялари.

Бу билан бирга биологик ва синтетик материаллар билан пластика кенг қўлланади. Трансплантатлар улар келиб чиқишига қараб бўлинади:

а) аутологик(битта организмдан олинган)

б) аллоген(бошқа организмдан олинган)

в) ксеноген(бошқа типдаги организмдан олинган)

г) трансплантати(биологик бўлмаган)

д) аралаш трансплантат (биологик, биологик бўлмаган ва аутологик усуллари аралаш олиш)

Ички чурраларда пластик материаллар ишлатишига кўрсатмалар:

1) қайталанувчи чурралар

2) бирламчи катта ўлчамли чурра

3) операциядан кейинг чурралар кўп чурралар дарвозаларни маҳаллий тўқима билан тикиш яхши натижа бермайди. 4) гигант чурралар нуқсон ўлчами

5) мураккаб чов чурраси-каттатўғри, қийшиқ тўғри канали, сирпанувч ва аралаш мушак атрофияси билан, апоневрознинг титилиши, боғламларни гипоплазияси

Биологик тўғималардан чурра операцияси кўпинча: терининг аутологик трансплантати, мия пардасининг қаттиқ аллоген трансплантати ва қориннинг ксеноген трансплантатлари. Кўпгина экспериментал текширўв кўрсатдики ҳар қандай биологик трансплантат имплантациядан кейин яллиғланиш жараёнини олиб келиши мумкин.

Қорин девори нуқсони бартараф этиш учун энг яхши пластис усул аутологик усулдир. Бу биологик усул трансплантат билан яхши боғланиб кетади. Бу усулда ҳам структур ўзгаришлар ҳам булади, яллиғланиш жараёнлари билан атрофиягача ҳам боради. Аллоген, хаттоки ксеноген трансплантатлар тўқималарда иммун реакция ҳосил бўлади ва бегона тўқималарни ўлимига олиб келади. Бу ҳолатларда пластис тўқималар антегенлик хусусияти баланд емас, шунинг учун бузилиш секин кечади ва шу билан бирга регенерация ривожланади. Охир оқибат трансплантат ресипент билан боғланиб кетади. Агар пластис тўқима юқори антигенликка ега булса, бузилиш тезлик билан кетади. Пластик тўқима тезлик билан некрозлашиб ажралиб тушади. Ҳамма пластик материаллар ютуқ ва камчиликлари бор. Текшириш натижасида кўра трансплантация ёрдамида резидивлар сони кескин камайган. Бу операциянинг жаррохатлигини ва мустаҳкамлиги тامينлайди.

Профилактика. Ёш болалар чурраларнинг ривожланишига емизакли болаларда уларнинг киндикларини парвариш, рационал овқатланиш, ичак регуляциясини меёрлаштириш. Катталарда касалликни ерта аниқлаш, жисмоний тарбия билан шуқулканиш, мушакларни ва бутун организми мустаҳкамлашга қаратилади. Операцияларни чурра асоратлар чиққунча қиллиниши керак. Бу учун аҳолини, мактаб болаларини ўсмирларни профилактик кўриклар ўтказиш керак.

Ташқи қорин чурралари асорати.

Чурраларнинг қисилиши энг кўп ва хавфли асоратлардан ҳисобланиб, тезкор жаррохлик давосини талаб қилади. Қисилиш - чурра қопчаси ичидаги аъзоларнинг эзилишига олиб келади

(куп холларда чурра дарвозасида чурра қопчасининг бўйин қисмида). Аъзолар чурра қопчасининг ичида сиқилса унда қопча ичидаги бирор бир камера ҳисобига бўлди. Аъзолар бир-бирлари билан ва чурра қопчаси билан битишган бўлиб у чандирли тортишма билан ҳам эзилиши мумкин (тўғирланмас чурраларда).

Сиқилиш кўп холларда ўрта ва кекса ёшдаги одамларда пайдо бўлади. Бўйин қисми тор ва чандирли ўзгарган унча катта бўлмаган чурралар, катта тўғирланадиган чурраларга нисбатан кўпроқ сиқилади. Қисилиш фақатгина узоқ вақтлардан бери мавжуд бўлган чурраларда пайдо бўлавермай, баъзан чурра илк пайдо бўлишиданок ўзини қисилиш билан билдириши ҳам мумкин. Бунда барча аъзолар қисилиши мумкин, кўпинча ингичка ичак ва катта чарви қисиладилар.

Этиология и патогенези. Пайдо бўлиш механизмига қараб :

- эластик,
- нажасли,
- аралаш
- комбинирлашган

қисилишлар тафавутланади.

Эластик қисилиш қориничи босимининг бирдан жисмоний зўриқишда, йўталишда ва кучанишидан келиб чиқади. Бунда чурра дарвозасининг кескин йирилиб кетиши кузатилиб, натижада чурра қопчаси ички аъзолари одатдагидан кўпроқ чиқиб кетади. Чурра дарвозасининг аввалги холига қайтиши чурра ичидаги аъзоларининг қисилишига олиб келади Эластик қисилишда чурра қопчаси ичига чиққан аъзолар ташқаридан эзилади.

Нажасли қисилиш кўпроқ кекса ёшдаги одамларда кузатилади. Чурра қопчасидаги олиб келувчи ичак қовузлоғида ичак ҳосиласининг кўплаб йиғилиб кетиши туфайли, шу ичакнинг олиб кетувчи қисмининг эзати, ўз ўрнида чурра дарвозаси чурра ҳосилаларини янада эзишини кучайтиради, натижада нажасли қисилишга эластик қисилиш қўшилиб кетади. Шундай қилиб қисилишнинг аралаш тури пайдо бўлади

Патологоанатомик манзараси. Қисилган аъзода қон- ва лимфаайланишлари бузилади, веноз стаз оқибатида ичак деворига, ичига ва чурра қопчаси бўшлиғига трансудация кузатилади (чурра суви). Ичак ционатик ранг олади, чурра суви шаффовлигича қолади. Ичак деворидаги некротик ўзгаришлар унинг шиллик қаватидан бошланади. Энг кўп жароҳат странгуляцион чизик соҳасида, яъни, ичакни қисган халқа ерида ҳосил бўлади. Вақт ўтиши билан патоморфологик ўзгаришлар прогрессивлашади ва қисилган ичак гангеранаси юзага келади, ичак кўк-қора рангига айланади, кўплаб субсероз конкқуйилишлари ҳосил бўлади. Ичак бўшашган, перистальтикаланмайди, ичак тутқичи томирлари пулсайияси кузатилмайди. Чурра суви хиралашади, геморагиклашиб нажас хидли тус олабошлайди. Ичак девори перфирацияга учраши ва нажасли флегмонанинг ривожланишига ва перитонитга олиб келиши мумкин.

Ретроград қисилиш (hernia Maydl) кам учрайди. Бу турдаги қисилишда фақат чурра қопчаси ичидаги ичак қовузлоғи эмас балки қорин бўшлиғида жойлашган ичак қовузлоғи ҳам қисилган бўлади. (W–симон қисилиш) Ретроград қисилишнинг пайдо бўлиши, қачонки чурра қопчасида бир неча ичак қовузлоғи бўлиб, уларни ўзаро боғлайдиган ораликдаги ичак қовузлоғи эса қорин бўшлиғида жойлашган бўлади. қисилишга кўпроқ ораликдаги ичак қовузлоғи дучор бўлиб, яъни у қисувчи халқадан юқорида жойлашиб ва уларда эрта некроз бошланади. Бу пайтда чурра қопчаси ичида жойлашган ичак қовузлоғларининг хаётийлиги сақланган бўлиши мумкин.

Рихтер қисилиш бу, қорин чуррасининг қисилишидир. Деворий қисилишда чурра қопи ичига ичак қовузлоғининг ҳамма қисми тушмай балки ичак девори тутқичининг қарама қарши томонининг бир қисмигина тушиб қисилади. Ташҳис қўйишнинг қийинчилиги шундан иборатки бунда ичак тутилиши клиникаси бўлмайди, унча катта бўлмаган чурра қопчаси бўлади ва уни топиш, айниқса тўла аёлларда осон эмас.

Қисилган чурраларни хирургик даволашда ҳеч қандай қарши кўрсатмалар бўлиши мумкин эмас. қисилган чурраларни ўтган муддатига қарамасдан, тури ва жойлашишига қарамасдан, шошилиш равишида операция қилиниши зарур. Некрозга учраган қисилган аъзо беморни халокатга олиб келиши мумкин. Бунда операция хажми турлича бўлиши мумкин: қисувчи чурра халқасининг кесишдан тортиб то, чурра дарвозасини пластик ёпилишили классик чурра кесиш операцияси билан тугаши мумкин.

Қисилган чуррани оператив даволашни босқичлари:

Биринчи босқич – апоневрозгача бўлган тўқималарни қаватма қават кесиш ва чурра қопчасини ажратиш (яланғочлаш).

Иккинчи босқич – чурра қопчасини очиш ва ундаги “чурра суви”ни олиб ташлаш
Учинчи босқич - қисувчи халқани кесиш (сон чурраларида - чурра қопчининг бўйинчасига нисбатан медиал, киндик чурраларида эса - кўндаланг йўналишда).

Тўртинчи босқич - қисилган аъзонинг ҳаётлигини аниқлаш. Бу энг масъулятли босқичдир.

Бешинчи босқич – ҳаётлигини йўқотган аъзонинг резекцияси (иничка ичакнинг некрозга учраган қисмидан 30-40 см.га проксимал ва 15-20см.га дистал юналишларда; катта чарвини алохида бўлақлар билан катта чўлтоқ ҳосил қилмасдан резекция қилинади; кўричак некрозида эса ўрта лапоротомиядан йўғон ичакнинг ўнг қисми резекция қилиниб илиотрансверзоанастомоз билан тугалланади; сийдик пуфаги некрозида эса уни резекция қилиниб эпицистостома кўйиш билан тугалланади).

Олтинчи босқич – чурра дарвозаси пластикаси усулларини танлашда, энг оддийсига кўпроқ тавсия берилади.

Чурра қопчасини хирургик ишловида қисилган ва қисилмаган чурралардаги фарқ – агар асоратланмаган чурраларда аввал чов халқаси кесилиб ва ундан кейин чурра қопчаси ажратилиб ва унга ишлов берилса, қисилган чурраларда эса, аввал чурра қопчаси очилиб ундаги қисилган аъзоларни кўздан кечирилади ва шундан кейингина қисувчи халқани кесилади.

Ўз – ўзидан туғирланган қисилган чуррада хирургнинг тактикаси: стационар шароитда беморни диққат билан кузатиб борилади. Бундай беморларни қисилишдан кейин асоратлар пайдо бўлса операция қилинади. Агар беморда асоратдан кейинги биринчи иккинчи кунларда тана харорати кўтарилса, тахикардия ривожланса, қоринда оғриқлар сақланиб қолса, қорин парда таъсирланиши пайдо бўлса ва интоксикация белгилари ривожланса бундай ҳолда тезкор равишда операция ўтказилиш лозим, яъни, бунда ўрта лапоротомия қилинади ва қисилган аъзо резекция қилинади. Йўлдош чурра кесиш амалиёти бундай ҳолларда бажарилмайди. Агар асоратлар кузатилмаса бундай ҳолда бир неча кундан сўнг “““совуқ давр да операция қилиш мақсадга мувофиқдир.

Чурра ихтиёрий тўғирланганидан кейинги узоқ даврида сурункали ичак тугилишига хос бўлган белгилар билан характерланган асоратлар вужудга келиши мумкин. Бунда ичак қовузлоқлариаро битишмалар, бошқа аъзолар ва париетал қорин парда билан битишмалар ҳосил бўлиши ва ичак бўшлиғини торайтирувчи чандикли стриктуралар ривожланиши мумим. Ичакнинг чандикли стриктуралари, уни некрозга учраган шиллик қаватининг кўчган ерида пайдо бўлиб кейинчалик бу ерда боғловчи тўқималар ривожланиб ва у чандикқа айланишидан юзага келади

Қисилган сон чуррасини липوما, сон чурраси лимфаденити, қисилган чов чурраси ва сон каналининг ташқи тешиги соҳасидаги варикоз тугунларнинг ўткир тромбофлебити билан диффереинцияланади.

- сон соҳасидаги липوما яхши сифатли юмшоқ ўсма бўлиб, бириктирувчи тўқима клетчаткаларидан чиқиб ўзида ёғ тўқималарини ушлайди. Липома устидаги тери

ҳаракатчан, оғриқсиз, юмшоқ-эластик консистенцияли, чегараси аниқ эмас, йўтал турткиси манфийдир. Даволаш оператив, режали равишда ўтказилади.

Лимфаденит - сон лимфа тугунларининг ўткир яллиғланиши бўлиб улар кескин катталашган, пайпастлаганда оғриқли, аввал ҳаракатчанг, тери билан ёпишмаган бўлади. Кейинчалик атроф тўкима шишиши ва инфильтрацияси натижасида улар ҳаракатсиз халталарни ҳосил қилади. Тери бир оз гипермиялашади, кейинчалик инфильтрат юмшайди ва марказида флюктуация ўчоғи пайдо бўлади. Тананинг умумий ҳарорати кўтарилади, баъзан қалтираш ва интоксикацилар кузатилади.

Қиёслашнинг асосий моменти анамнез ҳисобланиб, унда оёқ-қўллардаги ёки тананинг бошқа қисимларида бирламчи яллиғланиш ўчоғи мавжуд бўлади.

Тўғирланмайдиган чурра (hernia inguonobilis) чурра қопчаси ва унинг ичидаги аъзоларнинг бир бири билан битишишидан ҳосил бўлади. қорин ташқи чурраларининг тўғирланмайдиган сақламалари тўлиқ ёки қисман, вақтинчалик ёки доимий бўлиши мумкин. Чурра қопчасига тушган ичак қовузлоғлари ва чарвининг жароҳатланиши улардаги қон айланиши ва лимфа айланишининг бузулишига олиб келади бунда фибриноз ажралма ҳосил бўлиб, кейинчалик қаттиқ ва кўламли битишмага олиб келади. Тўғирланмайдиган чурраларни объектив кўрганда шу жойида турли консистентцияга эга бўлган ўсмасимон ўсила аниқланади. Бунда беморни ёттизганда ҳам, қорин преси бўшашганида ҳам, чурра қорин бўшлиғига туғирланмайди. Баъзан эса чурра қисман тўғирланиши, кучайган пайтда эса бироз катталашиши ҳам мумкин, аммо бу ерда чурра дарвозаси аниқланмайди. Перкуссия қилинганда тимпанит ёки буғиқлик, босиб кўрилганда эса оғриқ аниқланади.

Беморлар тўғирланмайдиган чурраларда асосан чурра соҳасидаги оғриққа, ошқозон-ичак тизимидаги бузулишларга давомий қабзиятга иш фаолиятининг сусайишига шикоят қиладилар. Оғриқ, қусиш ва ичнинг дам бўлиши баъзи ҳолларда хуружсимон кечади. Кам ҳолларда тўғирланмайдиган чурралар белгиларсиз кечади.

Тўғирланмайдиган киндик чуррасини ураҳус, киндик кистаси, киндик ўсмаси, липома, аститик суюқликнинг йиғилиши киндик терисининг яллиғланишлари билан дифференция қилинади.

Ураҳус (киндик-сийдик пуфаги оқмаси) – нуқсон булиб, бу сийдик пуфаги найчаси орасининг ёпилмай қолишидир. Меёнда эса бу найча бола туғилган пайтида облитерацияга учраган бўлади. Бунда сийдик хиди келиши ва сийдикнинг киндикдан ажралиши кузатилади. Кўп ҳолларда ураҳус орасидаги яллиғланиши унинг ўтказувчанлигини бузулишига олиб келади ва ундан йиринг ажрала бошлайди, киндик атрофидаги тери қизаради ва шилинади.

Киндик ўсмаси –кўп ҳолларда киндикнинг метостатик ўсмалари кузатилади. Киндик териси кўк кулранг тусда бўлади, инфильтрацияланган, кам оғриқли, думалоқ шаклда, ғадир будир юзали, зич-эластик консистенцияли, қорин бўшлиғига тўғирланмайди кучанганда эса хажми ўзгармайди.

Киндик липомаси кам учрайди юмалоқ бўлади, пайпаслаганда ва жисмонан зуриққанда оғриқсиз, силлиқ юзали, юмшоқ эластик консистенцияли, тери ранги ўзгармаган, қорин бўшлиғига тўғирланимайди. Ўсиланинг хажми липома хажмига боғлиқдир динамикада эса ўсиб борувчидир.

Киндикка аститик суюқликнинг йиғилиши жигар циррозида, юрак- қон томири тизими фаолиятининг етишмовчилигида, қорин парданинг специфик яллиғланишида кузатилади. Бунда катталашган киндик оғриқсиз, тери ранги ўзгармаган, бунда флюктуация аниқланади, киндик халқаси эса кенгаймаган бўлади.

Копростаз — йўғон ичакда нажаснинг димланиши. Чурранинг бу асорати чурра ҳосиласи бўлиб кўпинча йўғон ичак ташкил этади. Копростаз ичак мотор функциясининг бузилишининг ривожланишидан келиб чиқади. Унинг ривожланишига чурранинг тўғирланмаслиги, кам ҳаракат ҳаёт фаолияти, кўп миқдорда овқат ейиш. Копростаз кўп ҳолларда тўла кекса ёшдаги беморларда учраб, эркаларда чов чурраларида, аёлларда эса - киндик чурраларида.

Асосий белгилари бўлиб қаттиқ қабзият, қориндаги оғриқлар, кўнгил айнаши, кам холларда қусиш. Чурра бўртмаси секин аста йўғон ичакни тўлишига қараб катталашиб боради, у салкам оғриқсиз, суёт зўриққан, ҳамирсимон консистенцияда, йўтал турткиси мусбат. Беморнинг умумий ахволи ўртача оғирликда.

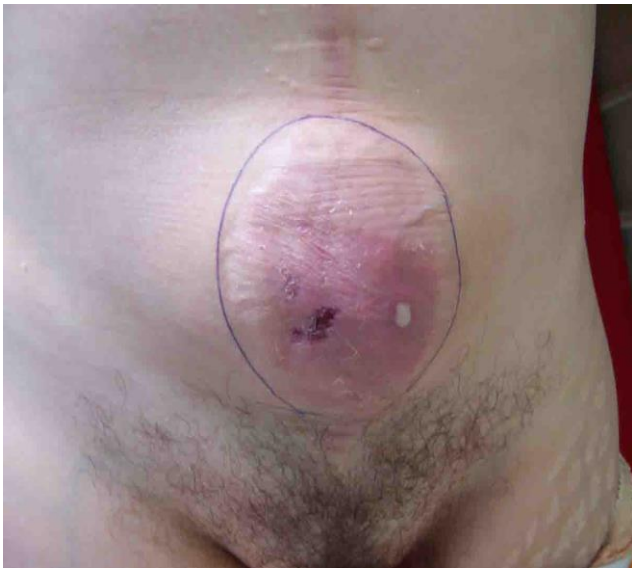
Даволаш. Йўғон ичакни унинг сақласмасидан халос этиш керак. Тўғирланувчи чурраларда имкон қадар ичакни тўғирланган ҳолатда ушлаб туриш керак, негаки, бундай ҳолатда ичак перистальтикасини тиклаш осонроқ кечади. Натрий хлоридни гипертоник эритмасини кичик хукнада глицерин билан, ёки такрорий сифон хукна билан бажарилади. Сусайтирувчи дориларни тавсияси манъетилинади!

Чурранинг яллиғланиши чурра қопчаси ичидаги аъзоларининг ўткир яллиғланиши натижасида унинг ички деворини инфекцияланиши оқибатида келиб чиқади. қорин бўшлиғи аъзолари томонидан инфекцияланиши натижасида чурранинг яллиғланишида беморнинг умумий ахволи ёмонлашади. Бунда беморнинг тана хароратини кўтарилиши, безгак, қусиш, ахлат ва ел келишининг тугилиши кузатилади. Тўқималарнинг шишиши ва инфитларацияланиши натижасида чурра хажмига катталашади, тери гиперемияси пайдо бўлади. Чурранинг инфекцияланиши манбаи бўлиб теридаги яллиғланиш жараёнлари бўлиши мумкин (фурункул), терининг жароҳати (тирналиш, шилиниш ва бошқалар). Бундай холларда чурра кесиш операцияси теридаги яллиғланиш жараёнини йўқотгандан кейин бажарилади.

Чурра қопи флегмонасида хирург тактикаси қуйидагилардан иборат: Умумий оғриқсизлантириш остида ўрта лапаротомиядан бошланади. Бунда қисилган аъзо чурра дарвозалари билан зич бириккан ва унинг қорин бўшлиғига сирғалиб тушиб кетиш хавфи кам бўлади. қисилган аъзога ичкаридан борилади. Агар ичак қисилган бўлса, уни қабул қилинган қоида бўйича мобилизация ва резекция қилинади. қисилган ичакнинг охирлари аппарат ёрдамида тикилади ёки боғланади ва олиб келувчи ва олиб кетувчи қисимлари орасига анастомоз қўйилади (бундай холларда ён-ёнга анастомоз услуби маъқулроқдир).

Операциянинг бу босқичида чурра қопи бўшлиғи қорин бўшлиғидан изоляция қилиниши лозим. Бунинг учун қопча оғзи атрофидаги париетал қорин парда очилади ва атрофга 2 см ораликда препарат қилинади. Ичак қовузлоқлари тикилади ва кесиб ташланади. Ишлов берилган қорин парда тикилади. Шундай қилиб қорин бўшлиғи, чурра қопи бўшлиғидан изоляция қилинади. Қорин деворидаги жароҳат қаватма-қават буткул тикилади. Чурра бўртмаси соҳасига ўтилади. Тери ва унинг остидаги клетчатка кесилади ва чурра қопи ажратилади.

Сўнгра чурра дарвозаси кесилади. Бунда қисилган аъзо ва унинг қорин бўшлиғидаги кўр охирлари сиғадиган бўлиши лозим. Кейин чурра қопини атроф-тўқималардан ажратмасдан чурра бўйинчасига қисетли чок қўйилади ва қопча тампонида қилинади. Шу билан амалиёт тугатилади. Чурра дарвозасини пластика қилиш йирингли инфекцияларда қарши кўрсатма ҳисобланади. Бу фақатгина уни олдиндан самарасиз тугаши билан эмас балки, Қорин деворининг оғир флегмонасига олиб келиши мумкинлигидандир. Киндик чурраси йирингли яллиғланишида Греков услубидаги циркуляр, тикиб ўтувчи чурра кесиш усулини қўллаши мумкин.





Операциядан кейинги пайдо бўладиган чурраларга қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

Операциядан кейин ҳосил бўладиган чурралар кўпинча жароҳатнинг йирингли ялиғланиши натижасида вужудга келади – жароҳатдаги инфекция, операцияни тампонада ёки қорин бўшлиғини дренажлаш билан тугатилганида. Операциядан кейинги ичак парези, тўқималар регенерациясининг пасайиши, операция пайтида нерв стволларини жароҳатланиши, операция Вақтида жароҳатни нотугри услубда тикиш, бир хил бўлмаган тўқималар чоки, ёғ тўқимасининг интерпозицияси, нораціонал хирургик ёндошиш, операция характериға мос келмайдиган тез сўрилувчан иплардан фойдаланиш операциядан кейинги вентрал чурраларни пайдо бўлишига ёрдам беради.

Травматик чурралар – қорин жароҳати натижасида юзага келадиган тери ости мушакларнинг, фасция ва апоневрознинг йиртилиши билан кечади. Бунда қорин ички босими таъсирида париетал қоринпарда ички аъзолар билан бирга йиртилган жойдан бўртиб чиқади ва чурра ҳосил бўлади. Травматик чурралар дархол ёки яқин кунлар ичида пайдо бўлади, улар бита ёки кўплаб бўлиши мумкин. Бундаги чурра бўртмаси қорин бўшлиғида кам босим ошганда ҳам чиқиб келади. Даволаш хирургик бўлиб, у қорин ички аъзолари жароҳати юзасидан қилинаётган операция пайтида ёки жароҳатдан кейинги узок даврида пайдо бўлган чурра пайтида қилинади.

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Қоникарли	Қоник арсиз	Ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100-86%	85-71%	70-55%	54-37%	36% ва ундан паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17,0-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

**3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:
Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.**

3.1 Ўқитиш технологияси модели

<i>№ 5 мавзу 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони 8-10</i>
<i>Мавзу</i>	Асоратланган чурралар: сиқилиш, яллиғланиш, копростаз, тўғирланмаслик. Клиника, ташҳис, қорин олд девори юмшоқ тўқималарининг бошқа хажимли ҳосилаларидан дифференциал ташҳиси, консерватив ва оператив даво чоралари. ВОП тактикаси. Операцияга кўрсатмалар, операциядан кейинги олиб бориш. Реабилитация, иш билан таъминлаш, чурра асоратларини олдини олиш
<i>Амалий машғулот режаси</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кейс мақсади ва кириш. 2. Блиц сўров ўтказиш, талаба фикрлашиги шакллантириш. 3. масала ечими учун муаммони мақсадини аниқ ва шаклини аниқ куйиш. 4. Гуруҳда кейс стади ечими 5. Натижалар муҳокамаси ва уни баён этиш 6. Т -схема бўйича муаммони интерпретацияси 7. Хулоса. Талаба у қуйилган муаммонинг ечимини тугри топиши ва қуллашига асосланиб баҳоланади.
Ўқитиш мақсади:	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил текширишни ўргатиш. - Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тулдиришни ўргатиш. - Куп таркалган ва кам учровчи касалликларни ташҳислаш даволаш алгоритмининг, текшириш, профилактикасининг усуллари ўргатиш. - Шошилиш шароитида даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташҳис куйишни мустақил ўргатиш. - Ўтказилган киёсий ташҳислашдан сунг дастлабки ташҳисни куйиш. - Беморни куриб, инструментал ва лаборатор текширишлар интерпретациясига асосланиб ташҳис куйиш. - Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш - Анатомиа, ОХТА, жароҳат инфекцияси фағлариги мустаҳкамлаш ва такомиллаштириш 	
Педагогик топшириқлар:	Ўқитувчи фаолиятининг натижаси
<ul style="list-style-type: none"> • Беморни мустақил текширишни ўргатиш. • Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тулдиришни ўргатиш. • Куп таркалган ва кам учровчи касалликларни ташҳислаш даволаш 	<ul style="list-style-type: none"> • Чурралар билан хасталанган беморларни клиник текширувларини ўтказа олиш. • Чурралар клиник шакллари аниқлай олиш. • Асоратланмаган чурралар билан

<p>алгоритмини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Шошилиш шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташхис куйишни мустақил ўрганиш. • Ўтказилган киёсий ташхислашдан сунг дастлабки ташхисни куйиш. • Беморни куриб, инструментал ва лаборатор текширишлар интерпритациясига асосланиб ташхис куйиш. • Тери ва тери ости ёг кавати йирингли касалликлари давосини ўргатиш (фрункул, хасмол). • Хирургик касалликларни даволашга ўргатиш • Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш • Анатомия, ОХТА, жароҳат инфекцияси фағлариги мустахкамлаш ва такомиллаштириш 	<p>хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. • Аҳоли орасида даволаш-профилактика тадбирларини ташкиллаштириш • Қорин, чурра дарвозаси ва копини пальпациясини бажара олиш. • Шошилиш Жарроҳликда тез ердам кўрсата олиш. • Ошкозонни зондлаш ва ювиш; • Турли хил ҳукналарни кила олиш. • Рентген, УТД суратларини ўқий олиш. • Моякни флюороценция орқли кўра олиш • Клиник тафтишда иштирок этиш. • Диспансер кузатув картасини юрита олиш. • Хавф омилларини, ташхислашни, уз Вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ўргатиш.
Ўқитиш усули ва техникаси	мия штурми, уч босқичли интервью, «ургимчак тури» усули, ўргатувчи уйин, кейс-стади.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма материаллар, визиуаль материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
Ўқитиш шакли	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташкарида.
Ўқитиш шароити	<ol style="list-style-type: none"> 1. УАШ Жарроҳлик кафедраси, 1-ШКК ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари, клиник лабораторияси; 2. Жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм; 3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.
Баҳолаш	Сўров, баҳолаш, рейтинг бўйича баҳолаш.

3.2 Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба

Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диктатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўлларини эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.

	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташҳиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

Блиц-савол:

1. Қорин олд девори анатомияси.
2. Чуррани замонавий класификацияси.
3. Қорин олд девори асоратланмаган чурраси.
4. Клиник кўриниши ва дифф диагнози.
5. Чурра билан касалланган беморларни обектив ва инструментал текшириш.
6. Асоратланмаган чурраларни замонавий кансерватив ва хирургик давоси.

1 – топширик

Эксперт варағи

1-гурӯҳ.

1. чов чуррасини деворини кетма-кетлиги.
2. қорин олд деворини чуррасини таснифи.
3. чов чуррасини этиалогияси.

Муаммоли вазият ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гурӯҳ.

1. тўғри ва қийшиқ чов чурраларни ўзаро фарқи.
2. сон каналини тузилиши.

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

--	--	--

2-вазифа.**«Т-схема» жадвални тулдириш.**

Чов кийшик ва тугри чуррасини белгилари	Чов тугри чуррасини белгилари

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони**Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони**

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	маълумот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 балл аъло, 46-38 балл яхши, 34-36 балл коникарли, 34-32 коникарсиз, 31 ва ундан паст ёмон.

Ушбу машғулотда қуйидаги янги педогогик технологиялар қўлланилади:

- **айланма стол** усули ва **академик полемика** усули:

2. Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

1. Асоратланмаган киндик чурраси билан бемор ташҳиси
2. Тўғирланмайдиган киндик чурраси бўлган бемор ташҳиси
3. ураҳус билан бемор ташҳиси.

“Асоратланмаган киндик чурраси бўлган бемор диагностикаси”.

1. Беморни сўров қилинади (шикоятлари, анамнез). Бемор киндик соҳасидаги бўртмага ва унинг жисмоний зўриққанда, кўп юрганда ва йўтал пайтида катталашига шикоят қилади. Анамнезида ҳар доим қабзияти бузилган, бухгалтер бўлиб ишлаши, ўтироқ иш, ундан ташқари 1 йил олдин йирик, чаноқ билан келган ҳомила туғишини ўтказган.

2. Киндик соҳасидаги бўртмага эътибор берилади: бўртма шарсимон шакилда, юмшоқ эластик консистенцияли.

3. Шу соҳа пайпасланади: ҳосила юмшоқ эластик консистенцияда, оғриқсиз, ётган ҳолатда қорин бўшлиғига енгил тўғирланади, иккита бармоқни ўтказувчи кенгайган чурра дарвозаси аниқланади, “”йўтал турткиси” мусбат.

4. Қуйдаги лаборатор текширувлар тавсия этилади: қон ва сийдик умумий таҳлили, кўкрак қафаси рентген-скопияси, ЭКГ, қорин бўшлиғи аъзолари УЗИси, гинеколог ва терапевт хулосаси.

Тўғирланмайдиган кидик чуррали бемор диагностикаси.

Тўғирланмайдиган чурра (hernia irreponibilis) чурра қопчаси ва унинг ичидаги аъзоларнинг бир бири билан битишишидан ҳосил бўлади. қорин ташқи чурраларининг тўғирланмайдиган сақламалари тўлиқ ёки қисман, вақтинчалик ёки доимий бўлиши мумкин. Чурра қопчасига тушган ичак қовузлоғлари ва чарвининг жароҳатланиши

улардаги қон айланиши ва лимфа айланишининг бузулишига олиб келади бунда фибриноз ажралма ҳосил бўлиб, кейинчалик қаттиқ ва қўламли битишмага олиб келади.

Беморлар тўғирланмайдган чурраларда асосан чурра соҳасидаги оғриққа, ошқозон-ичак тизимидаги бузулишларга давомий қабзиятни бузилишига, иш фаолиятининг сусайишига шикоят қиладилар. Оғриқ, қусиш ва ичнинг дам бўлиши баъзи холларда хуружсимон кечади. Кам холларда тўғирланмайдиган чурралар белгиларсиз кечади.

1. Беморни сўраб суриштирилари (шикоят, анамниз) : бемор киндик соҳасида чуррала шишга, шу соҳада жисмоний зўриққандан кейинги доимий оғриқларга, тез-тез қабзиятга, иш қобилятини пасайишга, вақти-вақти қусиш билан кечувчи хурурсимон оғриқларга, чуррала шишни динамикада катталашшига шикоят қилади.

2. Киндик соҳасидаги шишга эътибор берилади: чурра соҳасида зич эластик консистенцияли ўсмасимон ҳосила аниқланади, ётган холда қорин бўшлиғига тўғирланмайди, кучанганда ўлчамлар бир-оз катталашади, чурра дарвозаси аниқланмайди, перкуссияда тўмтоқлик аниқланади, босиб кўрганда оғриқли, аускультацияда ичак перистальтикаси шовқини эшитилмайди, йўтал турткиси белгиси манфий.

3. Кўрганда қоринда бир-оз шиш кузатилади, нафас актида эса барча соҳалари симметрик иштирок этади.

4. Пайпаствлаганда қорини қолган қисимлари оғриқсиз. Қорин парда таъсирланиш белгилари манфий.

5. Перкуссияда қоринни ҳамма бўлимларида тимпанит аниқланади.

6. Аускультацияда ичак перистальтикаси меёрда эшитилади.

7. Умумий тана харорати ўлчанади. Бошланғич даврда тана харорати меёрда.

8. Лаборатор текширувлар тавсия этилади: умумий қон, сийдик таҳлили айтарли ўзгаришсиз. Инструментал текширувлардан қорин бўшлиғи ва гепиталия аъзолари УЗИ си тавсия этилади, кўкрак қафаси ва зарур бўлганда қорин бўшлиғини R-скопияси қилинади, бунда барийни ОИТ бўйича транзитини кўрилади.

Урахусли беморни диагностикаси.

1. Беморни сўраб суриштиришади (шикоятлар, анамнез): бемор киндик соҳасидаги оғриққа ва терининг қизаришга шикоят қилади, шу ердан сомон-сарик рангли суюқлик ажралишига ва ундан сийдик хидининг келишига, айрим холда йирингли аралашмага шикоят қилади.

2. Киндик териси рангига эътибор берилади: унда киндик терисининг кескин чегараланган қизариши ва шишганлиги кузатилади, у ерда турли ўлчамдаги оқма тешиги мавжудлиги ва ундан сийдик ёки йиринг ажралиши аниқланади.

3. Шу соҳада оғриқ ёки маҳаллий харорат борлигини билиш учун пайпасланади: патологик жараёнинг ҳолатидан келиб чиқан холда турли интенсивдаги оғриқлар ва маҳаллий хароратнинг ошиши аниқланади.

4. Умумий тана харорати ўлчанади: киндикдаги оқма тўсиқсиз ажралиб турганида харорат меёрда. Оқма тешиги тикилиб қолганида ёки бошқа асоратларда тана харорати юқори баъзан эса гектик кўрсаткичларгача кўтарилади, ва интоксикация белгилари кузатилади.

5. Лаборатор текширувлар тавсия этилади: қон ва сийдик таҳлили асосан меёрда. Асоратланган ураҳусда - лейкоцитоз, ЭЧТни ошиши кузатилади. Сийдик таҳлилида лейкоцитлар, эпителиал хужайралар борлиги аниқланади. Бактериологик экилганда асосан стафилококк, кам холларда стрептококк ўсади.

2. Академик полемика усулини қўллаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консултациялар (шифокор-бемор) берилади. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консултациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Кейс стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масала ва тестлар

Вазиятли масала . 1. Поликлиника хирургии қабулига бемор чап чов бойламидан пастда жойлашган ҳосила борлигига, каттик юталгандан сунг оғрик кучайганлигига шикоят килиб келди.

1. дастлабки ташҳис.
2. юкоридаги шикоятларга олиб келувчи сабаблар.
3. қандай даво тавсия қилган булардингиз.
4. операция усуллари
5. хаётга хавфли интраоперацион асорат

№	Жавоб	Макс балл	Тўлик жавоб	Нотўлик жавоб
1	Қисилган чап томон сон чурраси	5	5	0
2	Қабзият Оғир жисмоний меҳнат Чекиш Йўтал	4	1 1 1 1	0 0 0 0
3	Шошилинич равишда оператив даво Олиб келувчи омилларни ҳисобга олиш	4	2 2	0 0
4	Бассини усули	5	5	0
5	Қон кетиш	5	5	0

Вазиятли масала 2. Поликлиника хирургии қабулига бемор чап чов соҳасида ҳосила борлигига, ҳосиланинг Қорин бушлигига тугриланмаслигига, жисмоний юкламадан сунг пайдо булганлигига шикоят килиб келди.

1. дастлабки ташҳис.
2. Кийшик чов чуррасига олиб келувчи сабаблар.
3. Кийшик чов чуррасида операция принципи.
4. Кийшик чов чуррасида чов канали йўли
5. Бемор шикояти чурраларнинг қайси турига мансуб

№	Жавоб	Макс балл	Тўлик жавоб	Нотўлик жавоб
1	Қисилган чов чурраси	5	5	0
2	Олд девор сустрлашиши	5	5	0
3	Олд девор мустаҳкамланади	5	5	0
4	Юкоридан пастга Ортдан олдинга Ташқаридан ичкарига	3	1 1 1	0 0 0
5	Асоратланган	5	5	0

Вазиятли масала 3. Операция пайтида чурра қопи очилганда 50 мл атрофида шаффоф сарғимтир тусда сийдик хиди келувчи суюқлик ажралди. Ревизия қилинганда сийдик қопи кесилганлиги маълум бўлди.

1. Нега бу содир булди?
2. Операцияни қандай тугатиш керак?
3. Бу асоратдан қандай сақланиш керак?
4. Бу чурраларнинг қайси турига мансуб?
5. Операциядан кейин қачон дренаж найча олинади?

№	Жавоб	Макс балл	Тўлик жавоб	Нотўлик жавоб
1	Хирург сийдик қопи деворини кесиб юборган. Сийдик қопи чурра қопи девори сифатида қабул қилган	5	5	0
2	Сийдик қопи деворига 2 қатор чок қуйиш Сийдик қопини катетеризацияси Чурра кесиш билан операцияни тугаллаш	5	2 2 1	0 0 0
3	Чурра қопи девори аниқ дифференцияси Шундан сўнг чурра қопини кесиш	4	2 2	0 0
4	Сирпанувчи	5	5	0
5	3 сутка	5	5	0

1. Чурра тушунчаси:

- ички аъзоларнинг қорин парда билан ўралган ҳолда таъбiiй ёки бирор бир бўшликка чиқиши

- Қорин бушлигидан ички аъзоларнинг чиқиши

- ички аъзоларнинг табиий ёки сунъий йўллар орқали тери ости клетчаткасига чиқиши

- ички аъзоларнинг сунъий юллар орқали тери ости клетчаткасига чиқиши

2. Бемор чов соҳасидаги чуррага шикоят килади, униинг тез-тез қисилишини сезади.

Қисилган вақтда қов усти соҳасида тортувчи оҳриқ сезади, тез-тез сийгиси келади.

Беморнинг эҳтимолга яқин ташҳиси:

- сирпанувчи чурра

- for. Obturatorius чурраси

- тўғри чов чурраси

- қийшиқ чов чурраси

3. Чурранинг туғирланмаслиги нимага боғлиқ:

- чурра халтаси ва униинг элементлари орасидаги битишмага

- чурра халтасининг атроф туқима билан битишма ҳосил қилишига

- чурра дарвозасининг торайишига

- чурра халтасига қур ичакнинг чиқиши

4. Қисилган чурра бирданига ҳзи туғирланса, жарроҳ тактикаси:

- хирургик бўлимга ётқизилади ва кузатилади

- хирургик бўлимга ётқизилади

- амбулатор кузатув

- шошилинич операция қилинади

5. Ретроград қисилишига ҳос белгилар:

- чурра халтасидаги ичак сиртмоғи ўзгаришга учрайди

- чурра қопи флегмонаси бўлади

- чарви ўзгаришга учрайди

- Қорин бўшлигидаги ичак сиртмоғи ўзгаришга учрайди

6. Чурраларнинг қисилишини оператив даволашга қарши кўрсатмани кўрсатиш:

- қарши кўрсатма йўқ
- миокарднинг ўткир инфаркти
- ўпкадаги силли каверналар
- ўпканинг ўткир етишмовчилиги

7. Эластик қисилишнинг патогенетик механизмини кўрсатинг:

- чурра қопадаги келтирувчи ичак сиртмоғининг бирдан тўлиб кетиши
- чурра қопа билан ичидаги аъзо ўртасида битишмаларнинг бўлиши
- ички аъзоларнинг тор чурра дарвозасидан бирданига чиқиши
- ички аъзоларнинг бирданига чиқиши ва қисилиши

9. Ахлатли қисилишнинг патогенетик механизмини кўрсатинг:

- чурра қопа билан ичидаги аъзо ўртасида битишмаларнинг бўлиши
- чурра қопадаги келтирувчи ичак сиртмоғининг бирдан тўлиб кетиши
- ички аъзоларнинг тор чурра дарвозасидан бирданига чиқиши
- ички аъзоларнинг бирданига чиқиши ва қисилиши

10. Қизилунгач деворининг чегараланган бўртиши – бу:

- қизилунгач чурраси
- Меллори-Вейс синдроми
- Такаюсу синдроми
- Қизилунгач дивертикули

№	Баҳо	аъло	яқши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм.

Қисилган чов чурраси белгиларини ва ўткир ичак тутилиши белгиларини аниқлаш.
бўйича амалий кўникмалар билмини аниқлаш.

1. Қисилган чов чурраси белгиларини аниқлаш.

Тадбир	Бажарил-маган баллар(0 балл)	Тўғри бажарилган (10 балл)
1. Анамнездан бир неча йил мобайнида чов чурраси борлиги аниқланади. Оғир жисмоний зўриқишда сўнг оғриқлар пайдо бўлади	0	15
2. Қоринни кўриш: чов соҳасида чурра бўртмаси борлиги кўрилади	0	10
3.Пайпаслаш: ҳосила каттиқ-эластик консистенцияда, оғриқли.	0	15
6. Йўтал турткиси аниқланмайди	0	15

5. Ҳосила қорин бўшлиғига тўғирланмайди	0	15
6. Чурра дарвозаси аниқланмайди	0	15
7. Қоринни пайпаслаганда (кеч холларда) Шеткин-Блюмберг белгисини аниқланиши мумкин, ичак қовузлоғлари кенгайган (Валь белгиси)	0	15
Жами:	0	100

2. Ўткир ичак тутилиши белгиларини аниқлаш.

Тадбир	Бажарилмаган баллар (0 балл)	Тўғри бажарилган (10 балл)
1. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади.	0	10
2. Қорин кўздан кечириш: асимметрия, шиш борлиги, нафас актида иштирок этиши.	0	10
3. Қоринни пайпаслаш, мушаклар таранглашувини, катталашган ичак қовузлоқларини аниқлаш.	0	15
4. Склярв белгисини («чайқалиш шовқини белгиси») аниқлаш.	0	15
5. Аускултацияд ичак перистальтикасининг ўзгарганлигини аниқлайди.	0	15
6. Шеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	0	10
7. Вал белгисини аниқлаш: колбасасимон катталашган ичак қовузлоғини аниқланиши, унинг устида тимпаник товуш эшитилиш ва ичак перистальтикасининг кўриниб туриши.	0	15
8. Обухов шифохонаси белгисини аниқлаш: ректил текширувда бўш ва кенг ампула аниқланади.	0	10
Жами:	0	100

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Амалий қсми	100-86 балларп	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

6. Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар;
- амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

7. Жорий кунда баҳолашнинг назрат қилиш мезони

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	Ёмон
	Ўзлаштириш	100-	85-71%	70-55%	54-37%	36% ва

	% да	86%				ундан паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17,0-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масала ва тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисм	15-17,2 балл	17,0-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллар интерпретациясида битта хатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис

			алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Ситуацион масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради, асоратланган чурра пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволашдаги савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, ситуацион масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар таснифини билади, лекин дифф. ташҳисни тўлиқ санаб беролмайди, асоратланган чурралар сабабларини, ташҳисини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда хатоликларга йўл қўяди, ситуацион масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин беморларни текшириш усуллари ва асоратланган чурра дифф.диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар моҳиятини билади,

			асоратланган чурралар таснифида ва асоратланган чурралар сабабларида адашади. Чурраларни ташҳис қилишда, дифф. ташҳисида ва беморларни даволаш алгоритмини ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга аммо ишончсиз гапиради. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Ситуацион масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қониқарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, асоратланган чурраларни таърифлашда, ташҳисида, дифф.ташҳисида ва асоратланган чурраларни даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни хато ечади.
10	54% дан паст	Қониқарсиз ”2”	Талаба асоратланган чурралар тўғрисида тушунчаларга эга эмас, таснифини, ташҳис қўйишни, дифф. ташҳислашни, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик картаси.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳга топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш.	65 дақиқа	15 дақиқа

		Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш		
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйга вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар

- асоратланган қорин чурраларининг замонавий таснифлари
- қорин чурраларини асоратланган турларининг этиопатогенези
- Асоратланган қорин чурраларини жойлашганлигига, асорат турларига кўра клиник кўриниши, диагностика усуллари ва дифференциал диагностикаси.
- Чурра асоратини турига, асорат бошланишидан ўтган вақтига кўра, бошқа асоратларни тараққий этганлигига кўра, беморнинг ёши ва ҳолатига кўра Жарроҳлик тактикасини ва оптимал Жарроҳлик услубини танлаш
- асоратланган қорин чуррала беморларни объектив ва инструментал текшириш усуллари
- беморларни операциядан кейинги даврда олиб бориш тамойиллари, бандаж тақиш, оғир жисмоний меҳнатдан ҳолос этиш ва операциядан кейинги даврда диспансеризация олиб бориш.

11. Тавсия этилувчи адабиётлар

Асосий:

1. Каримов Ш.И «Хирургик касалликлар» Т. 2005
2. Каримов Ш.И «Хирургические болезни» Т. 2005
3. Конден Р. И Найхус «Клиническая хирургия» М 1995
4. Лопухин Ю.М. Савельев В.С. «Хирургия» М. 1998
5. Наврузов С.Н. «Хирургические болезни» Т. 2004
6. Дж. Мёрта «Справочник врача общей практики» М. 1998
7. Назиров Ф.Г. Гадаев А.Г. «руководства для врачей общей практики»
8. Савельев В.С. «Хирургические болезни» (2х томах) М. 2006
9. Аталиев А.Е. «Учебное пособия по проведению практических навыков хирургического профиля» Т. 2003
10. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. ТМА. 2006

Қўшимча:

11. Ахмедов Р.М. Клиникагача бўлган хирургия. Т. 2001й.
12. Бородин И.Ф. и другие - Хирургия послеоперационных грыж живота. Минск, "Белорус", 1986.
13. Буланов Г.А. Основы топографической анатомии живота и абдоминальной хирургии. Н.-Новгород, 2003
14. Кузин Н.Н. и др., - Хирургические болезни. Москва, "Медицина", 1987.
15. Нурмухамедов Р.М. - Методические указания по факультетской хирургии. Часть - 1, Ташкент, 1992.
16. Тоскин К.Д. Жебровский В.В. - Грыжи живота, Москва, Медицина, 1983.
17. Шевченко. - Клиническая хирургия, Часть - 1. Москва, 2000.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Ичак диспепсияси синдроми.

Орқа чиқарув тешик соҳасида оғрик, ўсмасимон ҳосила бўлиши, қичиши. Тўғри ичакдан қон кетиши. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси. УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси:

**Мавзуси бўйича амалий машғулот
ўқитиш технологияси**

**Амалий дарс №7
Бухоро – 2014**

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №7: Орқа чиқарув тешиқ соҳасида оғриқ, ўсмасимон ҳосила бўлиши, қичиши. Тўғри ичакдан қон кетиши. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси. УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси.

<i>Вақт: 327 дақ</i>	<i>Талабалар сони: 8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Дарсларни тузилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисми 3. қисми: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-босқичи - Вазиятли масалалар ва тестлар 4. Амалий қисми

<i>Дарснинг мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойиллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш; - Экстремал ҳолатларга мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида); - Дастлабки ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Анал соҳа тери ва тери ости ёғ клеткаси йирингли касалликларининг даволаш усуллари ўрганиш (флегмона, чипқон, ҳасмол ва бошқалар); - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилиш усуллари ўрганиш.
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • - Йўғон ва тўғри ичакни анатомияси ва физиологиясини; • - Орқа чиқарув тешиги соҳасидаги шишларни этиопатогенези ва клиник белгиларини, оғриқ, қичишиш, тўғри ичакдан қон кетиши синдромларини билиши; • - Анал соҳасида шиш, оғриқ, қичишиш ва тўғри ичакда қон кетганда текширув ишлари олиб бориши; • - Диагностика усуллари ва дифференциал диагностикани билиши; • - Касалхонага ётқизишга кўрсатмаларини билиши; • - Текшириш усуллари ҳагдақи билиши; • - Клиник ташхис қўйиш ва уни асослашни билиши;

	<ul style="list-style-type: none"> • -Беморни даволаш тактикасини билиши; • -Хавфи юқори касалликларни ривожланишини олдини олиш тадбирлари билиш.
Талаба бажариши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • Беморни кўриш, касаллик тарихини аниқлаш; • Беморни қорнини ва йўғон ичагини пайпаслаш; • Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш; • Ректороманоскопия қилиш; • Лаборатория таҳлилларини, рентгенологик ва инструментал текширишларни натижаларини таҳлил қилиш; • Сфинктерометрия текширишни бажариш; • Йўғон ичакда жойлашган патологик жараённи оғирлигини, шаклини аниқлаш ва қабзият ва диарея асоратли синдродақи аниқлаш; • Лозим топганда шошилиш жарроҳлик ёрдам кўрсатиш; • Диспансер кўзатувини олиб бориш.
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнатсеварликга, этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўргатиш. Жароҳат, инфекция, БЖЁ га ёрдам кўрсатишни ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабаларнинг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларни ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - Анал соҳасида оғриқ, қичиш, ҳосилани пайдо бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишдаги синдромларни тушуниш ва моҳиятини билиш; оғриқ, қичиш, ўсмасимон ҳосилани пайдо бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишдаги асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш; -беморларда анал соҳасидаги касалликларни клиник текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш; - о - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йи билиш ва таҳлил қилиш; - дастлабки ташҳисни қўйиш ва дифференциал ташҳис ўтказиш; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; - оғриқ, қичиш, ўсмасимон ҳосилани бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишда УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси</p>
<i>Ўқитиш усуллари</i>	Маъруза, мия штурми, тарих, кўрсатма, демонстрация, видео усул, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатадига ўйин, Кейс-стади.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Гуруҳли, гуруҳда ишлаш битталиқ ўйинлар
<i>Ўқитиш манбалари</i>	Ўқув материалларини тарқатиш, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.
<i>Ўқитиш жойи ва шароити</i>	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғлам ва операция хонасида. Мавзу бўйича беморларни амбулатор шароитдаги касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш;

	Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
<i>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</i>	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси

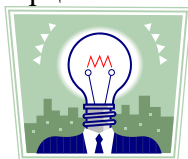
Мавзу: Орқа чиқарув тешик соҳасида оғриқ, ўсмасимон ҳосила бўлиши, қичиши. Тўғри ичакдан қон кетиши. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси. УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	2.16. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	2.17. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20дақиқа	2.18. Ўрганиладиган қўйидаги машғулотга мияга хужуми, машғулотга тегишли бўлган қизиқтирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.	Саволларга жавоб беради.
5дақиқа	2.19. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.	Эшитади.
5дақиқа	2.20. Танаффус.	
2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа 25дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
15дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, кўрсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
45дақиқа	Танаффус.	
5дақиқа	2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият ҳақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари ҳақида сўралади.

45дақиқа	Танаффус. Хар бир гурухни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.
5дақиқа		Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
65дақиқа	Танаффус. 2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	
5дақиқа		Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.
40дақиқа	Танаффус. 2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	
15дақиқа		Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида хисобот.
25дақиқа	Танаффус. Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор ҳақида хисоботни эшитиш.	
3- қисм Якуний қисм 27дақиқа	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол бўлган талабани баҳолаш, хар бир гурухни баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади, саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.

1. Ўқитиш шароити ва жойи

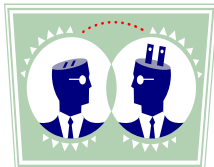
1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шахар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивацияси

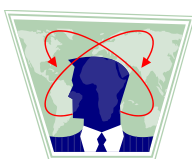
Орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон ҳосила бўлиши, оғриқ ва қичиш синдроми, тўғри ичакдан қон кетиши кенг тарқалган патологик ҳолати билан УАШ ўзининг

амалиётида учратиши мумкин. Бундай пайти тўғри ташхис ва дифференциал ташхис қила олиши керак бўлади. Мисол учун бавосир, анал ёрмаси, полип, тўғри ичак ўсмаси, ярали колит ва ҳ.к. Буларни ҳар бирига алоҳида ёндошиб даволаш керак бўлади. Ўз вақтида тўғри ташхис қўйиб ва тактик жиҳатидан тўғри даволамаса турли хил асоратлар ривожланиши мумкин. Шунинг учун бундай хатоликларни ва асоратларни олдини олиш учун ўз вақтида ташхис қўйиб, режали ёки шошилиш холда касалхонага ётқизишни аниқлаш керак.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, патанатомия, патофизиология, клиник фармакология, гастроэнтерология, юқумли касалликлар, эндокринология, жарроҳлик, онкология, анестезиология ва реаниматология.

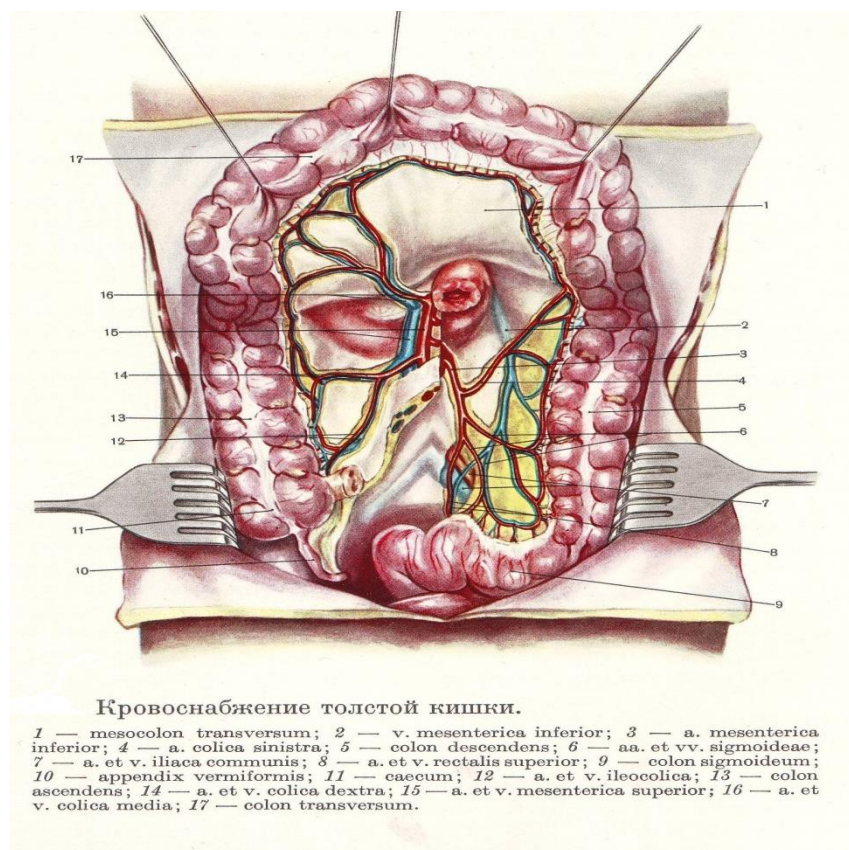


2. Машғулотлар мазмуни

2.1. Назарий қисми

Йўғон ичак – ҳазм каналининг ингичка ичакдан кейин давом этувчи қисми бўлиб, яъни кўр ичак бўлимидан то орқа чиқариш тешиги билан тугайди. Йўғон ичакнинг умумий узунлиги 1,75 – 2 м. Йўғон ичак иккита асоий бўлимга бўлинади: чамбар(узунлиги 1,5 – 1,75м) ва тўғри ичак(узунлиги 15 -20 см)

Йўғон
жуда кўп
ўхшаш



ичакда
пуфакка

Кровоснабжение толстой кишки.

1 — mesocolon transversum; 2 — v. mesenterica inferior; 3 — a. mesenterica inferior; 4 — a. colica sinistra; 5 — colon descendens; 6 — aa. et vv. sigmoideae; 7 — a. et v. iliaca communis; 8 — a. et v. rectalis superior; 9 — colon sigmoideum; 10 — appendix vermiformis; 11 — caecum; 12 — a. et v. ileocolica; 13 — colon ascendens; 14 — a. et v. colica dextra; 15 — a. et v. mesenterica superior; 16 — a. et v. colica media; 17 — colon transversum.

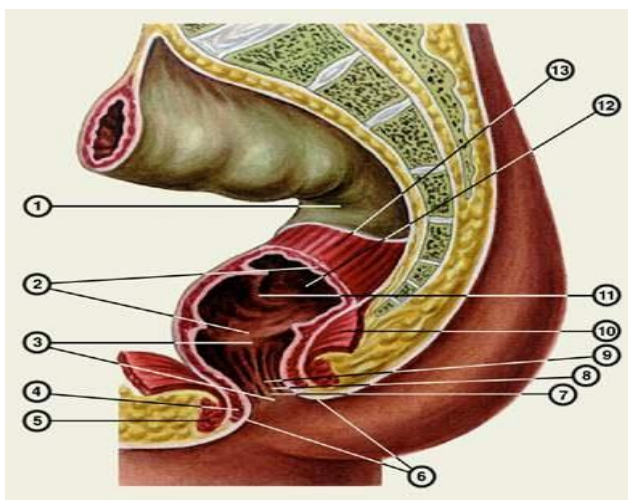
(қабариклар)гаустралар бўлади. Бўлар эса ингичка ичакларда бўлмайди. Бу қабариклар ичакнинг шиллиқ қаватида сурилиш ва секрет ишлаб чиқришни фаоллаштиради, ичакдаги айланма мушак толалари қаватининг ҳар битта қабариклар олдида бўлиши ичак моддасини чамабар ичакдаги ҳаракатини кучайтиради. Йўғон ичакдаги қабарикларни йўқолиши, масалан яллиғланиш жараёнида, ичакни эвакуация фаолиятини, секретор ва экскретор функциясини бўзилишига олиб келади.

Чамбар ичакни рентгенологик и эндоскопик текширганда физиологик торайиш (сфинктерлар) аниқланади. Йўғон ичак сфинктерлари патологик қисқариши кузатилса беморлар қорнида кучли оғриқ сезади.

Чамбар ичакнинг ҳамма бўлимлари органдан ташқари артериал ва веноз анастомозлар тури юқори ва пастки тугунлар орасида яхши ривожланган. Улар паралел ёки томир ёнида бир неча нарирокда чамбар ичак тутқич чеккасида ҳосил бўлади. Чеккадаги томирларни звеноларини жамламаси томирлар аркадаларини 1 тартиби бўлади. Бундан тўғри томирлар чиқиб чамбар ичаклар деворини қон билан таъдақлайди.

Тўғри ичак. Тўғри ичак ҳазм каналининг охирги қисми бўлиб, кичик чанок бўшлиғида ва думғаза суягининг олди юзасида жойлашади. Сигмасимон ичакни тўғри ичакка ўтиш жойи ректосигмоид бўлими деб аталади. Бу жойда сигма ичакнинг тутқичи ҳам тугайди ва узунасига кетган мушак толалари тўғри ичакни ҳамма жойини ўраб олади.

Тўғри ичак иккита асосий бўлимга бўлинади: каттароқ қисдаки ампуляр бўлими ташкил қилади. Тўғри ичакнинг дистал қисдаки орқа тешик канали деб ҳам атаиди. Тўғри ичакни 3/5 қисми ампуляр, 1/5 қисми – ампуляр ости ва шунча орқа тешик канали ташкил қилади. Тўғри ичакда фронтал ва сагитал букилмалар бор. Амалиётда, ректороманоскопия қилишда бу бурмаларни аҳамияти катта.



Расм. Тўғри ичак анатомияси:

1. Сероз қават (қорин парда); 2. Тўғри ичак ампуласи; 3. Орқа чиқарув тешик канали; 4. Орқа чиқарув тешикни ички сфинктери; 5. Орқа чиқарув тешик ташқи сфинктери; 6. Анал канал; 7. Орқа чиқарув тешик қирраси; 8. Орқа чиқарув тешик шиллиқ қаватини устунлари; 9. Шиллиқ қават устулароро чуқурчалари (криптлар); 10. Орқа чиқарув тешикни кутарувчи мушак; 11. Тўғри ичак шиллиқ қаватини кундаланг бурмаси; 12. Шиллиқ қават; 13. Мушак қават.

Тўғри ичакни юқори ампуляр қисми уч томондан қорин пардаси билан ўралган. Аста-секинлик билан парда билан қопланиши камайиб боради. IV думғаза пағонасига бориб фақат тўғри ичакни олди томони қорин пардаси билан қопланади. Бу жойда тўғри ичак билан яқин жойлашган органлар жумладан эркакларда сийдик қопи, аёлларда баччадон. Шундай қилиб тўғри ичак ампуласи қорин парда остида жойлашган. Тўғри ичакдан ташқи ён томони ва дум суяги девори орасида чуқурлик бор. Бу чуқурликдан сийдик йўли ва ички ёнбош томирлар ўтади. Чуқурликни юқорисидан ингичка ичак халқаси

тушади. Тўғри ичак олд томонидан эркакларда эркаклик уруғи йўли ампуласи ва уруғ пуфаги, бир қанча пастроқда простата безининг юзаси, аёлларда баччадонни орқа девори жойлашаган.

Орқа чиқарув тешик канали орқа чиқарув тешик ва тўғри ичак орасидаги зона ҳисобланади. Унинг узунлиги 2-4 см теридан то аноректал (тишли) чизикқача. Канал ўтиб турувчи эпителий билан қопланган бўлиб, тер беги ва фолликулалари бор. Бу эпителийлар тишли чизикда тамом бўлади. Орқа чиқарув тешик канали фаолсиз ҳолатда мушакларни тоник қисқариши натижасида ёпиқ ҳолатда бўлади (ички сфинктер).

Орқа чиқарув тешик каналида (ички сфинктер) айланма мушак толаси кучли ривожланган, унинг узунлиги 3-4 см, қалинлиги 1 см. Ташқи сфинктер ҳамма мушакларни ташқи юзасида жойлашган. Бу тўғри ичакни дистал қисдақи кенг мушаклар халқаси ўралган бўлиб, баландлиги, кенглиги 2,5- 3 см ни ташкил қилади. Ташқи сфинктер уч хил мушаклардан тузилган. Мушак толаларинини юза қатлами орқа чиқарув тешик олдида кесишади ва терига ёпишади ва уни ўраб олади. Иккинчиси, оралик пай марказидан бошлаб яна чуқурроқ жойлашиб боради. Мушакни бу тури тўғри ичакни бутунлай ўрайди. Қисман терига, қисман думғазани қопловчи суяк устига ёпишади. Ташқи сфинктернинг учинчи тури жуда чуқур жойлашган бўлиб, цилиндр шаклидаги айланма мушак толаларидан тузилган ва ички сфинктерни ўраб туради.

Орқа чиқарув тешикнинг ташқи сфинктери оралик тармоғи бўлган уятли нерв толалари билан бошқарилади. Ички сфинктер асосан уятли невнинг симпатик толаларидан бошқарилади. Булар постганглионар толалар бўлиб, думғаза симпатик тугунларидан чиқади.

Ички сфинктер орқа чиқарув тешикни тоник ёпиб туради. Орқа чиқарув тешикда бу ҳолатни бузилиши ички сфинктер мушакларини кучсиз қисқаришига сабаб бўлади. Ташқи сфинктер ҳаракатли нервлардан иннервация олгани учун эркин қисқариш хусусиятига эга. Булар орасидаги ўзаро таъсир қилишлар нерв ганглиялари ҳолатига боғлиқ бўлади.

Тўғри ичакни қон билан таъдақланиши битта тоқ-юқори тўғри ичак ва иккита жуфт-ўрта тўғри ичак(ички ёнбош артерияси тармоғи) ва пастки тўғри ичак(ички жинсий артерия тармоғи).). Юқори тўғри ичак артерияси пастки тутқич артериянинг давоми - тўғри ичакни асосий артерияси ҳисобланади.

Тўғри ичакнинг вена томирларида қон кетиши иккита веноз тизим билан амалга ошади, яъни пастки кавак ва дарвоза венаси орқали. Шу сабабли тўғри ичакда вена томирлари портаковал анастомозларини ташил қилади.

Тўғри ичак симпатик ва парасимпатик толалари орқали иннервация олади. Тўғри ичакни оралик бўлими уятли асабдан олади. Бунда сезувчи ва ҳаракатга келтирадиган толари мавжуд.

Тўғри ичакдан лимфани йўналиши тўрт томонли бўлади. Орқа чиқарув тешик каналидан соҳасидан лимфа чов соҳасидаги ёки тўғри ичак шахсий фасцияси остидаги лимфатик тугунларга кетади(Герота тугунлари). Тўғри ичакнинг юқори бўлимдан лимфа юқори тўғри ичак артерияси ёнида жойлашган думғаза лимфа тугунларига тушади. Шундай қилиб, лимфалар йўналиши - чов лимфатик тугунлари(пастки тўғри ичак бўлими), иккинчи - юқори тўғри ичак, учинчи - думғаза лимфатик тугунлари ва тўртинчи йўналиш - пастки ёнбош артериялар коллекторлари.

Орқа чиқарув тешик соҳасидаги оғриқ ва ўсмасимон ҳосила перианал соҳада ёки тўғри ичакни ўзидан тушиш мумкин. Тўғри ичакни ўзидан: ички бавосир тугунчалар 1, 2 ва 3 босқичда, анал полиплари ва орқа чиқарув тешик сўрғичларини гипертрофиясида, тўғри ичак деворини тушушида кузатилиши мумкин. Перианал соҳадаги ўсмасимон ҳосилаларга: перианал баҳромкалар, ўткир учли кондилломалар ва ташқи ва ички бавосир тугунчалар, тератоид кисталар ва бошқалар киради. Прианал баҳромкалар

гематомаларни сурил ишидан кейин ҳосил бўлади. Жуда кўп беморлар ўзида ўсма борлигидан шубҳа қилади ва бунга жуда эътибор бериш керак бўлади. Орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлганда ва қон кетганда, ҳатто бавосир бўлса ҳам йўғон ичак ва тўғри ичакда саратон борлигига шубҳа қилиш керак. Бундан ташқари, аноректал соҳада: тўғри ичакда оғриқ бўлса, ўсмасимон хосила бўлса, орқа чиқарув тешикдан суюқлик чиқиши, қичиши ва қон кетиши кузатилади. Тўғри ичакдаги оғриқ кўпинча дефекация вақтида пайдо бўлади. Айрим ўсмасимон хосилаларда оғриқ бўлмаслиги ҳам мумкин.

Оғриқ орқа чиқарув тешик соҳасида гематома туфайли шиш ҳосил бўлганда, ички бавосир тугунлари ташқарига сиқиб қисилганда, ўткир парапроктитда ва хавфли ўсма ривожланганда кузатилади. Бу атама ҳатто Гиппократнинг илмий ишларида учрайди.

Бавосирни грек тилидан таржима қилганда қон кетиш тушунилади. Замонавий нозологик нуқтаи назарда қараганда бавосир тугунларида турли-туман белгилар кузатилади(қон кетиши, ички бавосирни тушуши, ташқи тугунни тромбози ва шиши, некрозга учраши, йиринглиши, мацерацияга учраши ва қичиши ва ҳ.к.) Бавосир билан 10 - 11%дан кўпроқ аҳоли касалланади. Бавосирни энг кўп сабаби қабзият ҳисобланади.

Бавосир – ўхшамас патологик жараён бўлиб, тўғри ичак коваксимон таначаларини кенгайиши тушунилади. Артерио-венноз анастомозлар каверноз тугунлар билан тўғидан-тўғри алоқаси бўлганлиги учун бавосир тугунларидан артериал қон кетишини билдиради. Бавосир тугунчаларининг кўпроқ уч вариантда: соат милини 3,7 и 11да жойлашиши кузатилади(орқа билан ётганда).

Таснифи ва клиник белгилари. Бавосирни таснифи жуда кўп. Анатомия бўйича ички ва ташқи, клиник кечишига қараб ўткир ва сурункали, даражасига қараб эса 1-4 босқич.

Ташқи бавосир тугунлари орқа чиқарув тешигининг тишсимон чизикни дистал қисмида қаттиқ эпителийлар билан қопланган бўлади. Ташқи бавосир тугунларида тромб ҳосил бўлиши ва қон билан тўлиши мумкин.

Ички бавосир. Бавосир тугунлари тишли чизикни проксимал томонида жойлашган бўлади. Ўтувчи цилиндрли эпителий билан қопланган. Бавосирнинг I даражасида шиш ва тугунларда қон кетиши кузатилади. II даражасида бавосир тугунлари тушади ва ўзи ичкарига қайтарилади. III даражасидаги бавосир тугунларини қўл билан жойига қўйилади. IV даражасида бавосир тугунларини тўғрилаб бўлмайди.

Ўткир бавосир. Синонимлари: бавосирнинг қисилиши, тугунларининг ўткир тромбози. Патогенетик жараёнлар, бунинг асосида бавосир тугунларининг тромбози микроциркуляция бузилишига, чиғаноқ артериянинг ва қайтувчи венанинг дисфункцияси қон айланишини сусайишига олиб келади. Натижада коваксимон венани бирданига кенгайиши ва эндотелияни шикастланишига олиб келади.

Ўткир бавосир клиник жиҳатдан 4 даражага бўлинади.

I даража. Катта бўлмаган тери ости ўсмани оғриши ва қизириши кузатилади. Орқа чиқарув тешик соҳаси куйиши ва қичишидан шикоят қилади. Асосан кўп спирт ичганда ва ўткир овқат истемол қилганда.

II даража. Орқа чиқарув тешик соҳасида кучли оғриқ ва қизариш кузатилади. *Бармоқ билан текшириб бўлмайди. Керак ҳам эмас. Асбоб-ускуналар билан текшириш лозим эмас.* Тушган ва қисилган тугунчаларни тўғирлаш мумкин эмас. Фақат ўткир парапроктит билан дифференциал диагностика қилиш керак бўлади. Ўткир бавосир яллиғланиш ва қизариш катта хажмда бўлиб, орқа чиқарув тешик айланасини қоплаб олган бўлади. Ўткир парапроктитда орқа чиқарув тешик канали деворини бир қисдаки зараланган бўлади. Бармоқ билан текшириш мумкин. Бу текшириш яллиғланишни қаерда жойлашганини аниқлаш мумкин.

Бавосирни III даражасида орқа чиқарув тешик соҳасини ҳамма жойида оғриқли инфилтрат борлиги кузатилади. Қисилган тугун кўк-қорамтир рангга киради ва тўғри ичакка қайтиб кирмайди. Эркакларда дизурия ёки анурия кузатилиши мумкин. Бундай беморларда доимий оғриқ кузатилади. Беморнинг умумий аҳволи ўрта оғирликда, тана

харорати кўтарилмаслиги мумкин. Қон таҳлилларда ўзгириш йўқ. Агар бемор ўз вақтида интенсив даволанмаса чириш жараёни, кейинроқ сепсис ривожланади (**IV босқичда**).

Қон кетиш бавосир касалликнинг асосий белгиси ҳисобланади. Бошқа белгилар: тугунчаларни тушуши, шилиқ чиқиши, қичиш, ич қотиши, оғриқ. Бавосир касаллигини куйидаги касалликлар билан дифференциал диагностикасини ўтқизиш керак бўлади. Орқа чиқрув тешик ёриғи, полиплар, парапроктит, прокталгия, меланома, ўсмалар, тўғри ичак саратони, жигар циррозининг асоратлари ва яна бошқа касалликлар, яъни бир қанча юрак касалликлари билан солиштириш мумкин.

Иккиламчи бавосир клиникасида тўғри ичак, тос, қорин олд девори, кўл-оёқ веналари кенгайиши кузатилади.

Ўткир орқа тешик ёриғи ва прокталгиялар сурункали бавосирдан кейин кам ривожланади. Ўткир бавосир ва кўрсатиб ўтилган касалликларда умумий белгиси – анал соҳасида оғриқ бўлиши. Орқа чиқарув тешик ёрмасида оғриқ дефекацияга боғлиқ бўлади. Бундай ҳолатларда туғри ичакни бармоқ билан текшириш муҳим ахамиятга эга. Прокталгиядаги оғриқ ёзилишга боғлиқ эмас, бармоқ билан текширганда тўғри ичак шилиқ қавати соғлом ва оғриқ сезилмайди. Орқа чиқарув тешик соҳасидаги кўтарувчи мушакларда ва анал сфинктериде спазм ҳолати кузатилади.

Ўткир парапроктитни ривожланиши бавосирга боғлиқ эмас. Жараён орқа чиқарув тешикдан бир оз ташқарида жойлашган бўлади. Тери қизарган, шишган, пайпаслаганда кучли оғриқ сезади.

Сурункали бавосир. Клиник белгилари: орқа чиқарув тешик соҳасида дефекация вақтида ва ундан кейин оғриқ, қон кетиши, ички тугунчаларни тушуши, перианал сохани қичиши ёки хўлланиши кузатилади.

Тўғри ичакдан қон кетиши кўпинча бавосир касаллигида кузатилади. Бундай ҳолат узок вақт давом этиб бир тўхтаб ва яна кетиб туради. Қон кетишини фақат консерватив даволаш ёки оператив даволашдан кейин тўхташи мумкин. Гохан кучли профуз қон кетиши тезда анемияга олиб келади. Бундай ҳолатда зудлик билан теббий ёрдам кўрсатиш лозим.

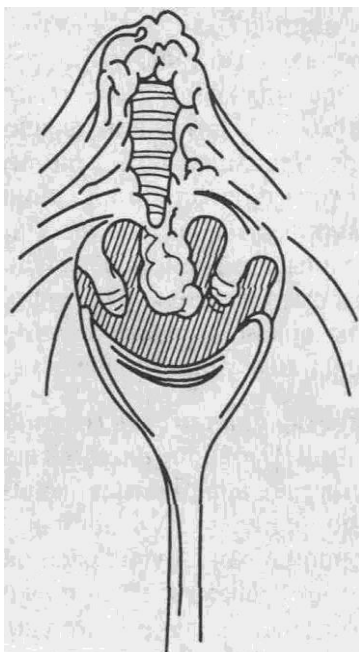
Тўғри ичакдан қон кетганда маъсулят билан ёндошиш керак. Бу ҳолат кекса беморларда юрак-томир, ўпка тизимида оғир патологик ўзгириш кузатилса операция қилишга шошилмас керак. Кўрсатмаси ва қарши кўрсатмасини аниқлаб олиш лозим. Тўғри ичакдан кучли қон кетиши ёзилишга боғлиқ бўлмаса, онкологик хавфини назорат олган ҳолда диққат билан бармоқ билан текшириш, керак бўлганда аноскоп, ректоскоп ва ирригоскопия билан тугатиш керак бўлади.

Даволаш. Бавосирни 4 хил усул билан даволайди: склеротерапия, тугунни боғлаш, криотерапия ва бавосир тугунини кесиб олиш. Бавосирни олдини олиш куроли - профилактика. Ич қотишдан сақланиш, клечаткага бой овқатларни истеъмол қилиш, буғдайдан тайёрлаган овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилади. Дефекацияни узок вақт давом этмаслиги ва уни бир неча дақдан ошмаслиги керак.

Орқа чиқарув тешик соҳасини қичиши. Шундай патологик жараённи, орқа чиқарув тешик соҳасида кучли қичиш билан тавсифланади. Бу тўғрисида махсус текшириш илмий ишлари олиб борилмаган. Анал соҳаси қичишини бирламчи (ҳақиқий, криптоген, идеопатик, нейроген, эссенциал) ва иккиламчи – яъни, асосий клиник белгилар бошқа касалликларда ҳам кузатилади. Булар: бавосир, анал ёрмаси, ичак қурти, проктосигмоидитлар, орқа чиқарув тешик сфинктери етишмаслиги, қабзият, айёллар жинсий аъзоларини яллиғланиши, эндо-экзоген моддаларни таъсири, терини зумбуруғлар билан зарарланиши.

Орқа чиқарув тешик соҳасини қичиши яширинчи диабетни эрта белгиси бўлиши мумкин. Қичиш купинча тунда кучаяди Шу билан бирга кучли терлашда, асабийлашганда ва физик оғир меҳнат қилганда кузатилиши мумкин.

Таъхиси. Биринчи навбатда қуйидагиларни аниқлаш лозим: 1) қичишиш дефикацияга боғлиқми; 2) қичишиш спирт ичимликлар ичганда ва ўткир ёки тузли овқатларни истеъмол қилгандами? Бу белгилар ўткир ёки сурункали проктосигмоидитдан гувоҳлик беради; 3) беморда иш фаолияти ёмон таъсир қиладиган химик моддалар, нурланиш, юқори ҳарорат ва х.к боғлиқ эмасми? 4) уй ҳайвонлари билан контакт йўқми(ичак курти); 5) беморнинг қориндошларида диабет касаллиги, замбуруғ касаллиги, қабзият, ич кетиш касалликлари йўқми?



Анал ёрмаси – жуда кўп учрайдиган касаллик ҳисобланади. Алоҳида нозологик шаклга эга. Орқа тешик ёриғини анатомик субстрати тери ва шилиқ қават чегарасига ўтаётган жойдаги ярада кучли оғриқни борлиги билан тавсифланади. Орқа чиқарув тешик ёриғи ўткир ва сурункали холда кечади. Орқа чиқарув тешик соҳасидаги ёриғига асосан қабзият ва диарея сабаб бўлади. Анал ёрмасининг клиник белгиси: бу дефекация вақтида сфинктер спазм узок чўзилганда кучли оғриқ кузатилади. Бу оғриқ бир неча дақдан тосоатлаб давом этиши мумкин. Қон кетиш тиниқ қизил қон бўлиб, кўп эмас. Типик триада белгиси кузатилади: оғриқ, сфинктер спазми, ёзилиш пайти қон кетиши.

Текшириш: орқа чиқарув тешик деворини кўрганда ёйсимон шаклдаги яра ўрта чизикқа жойлашган бўлади(соат милини 6 ёки 12да). Соат милини бошқа соҳаларида бўлса у холда Крон касаллигига шубҳа қилиш керак. Сурункали анал ёрмасида. ички қиррасида “қўриқловчи буртма” (строжевой бугорок) чандиқли тўқима, ва орқа чиқарув тешик стенози кузатилади.

Давоси: Ўткир анал ёрмасини даволаш консерватив молажалар ёрдамида даволанадилар(қабзиятни олдини олиш, клечаткаларга бой овқатларни истемол қилиш). Сурункали анал ёрмаларни фақат оператив усулда даволанади.

Анодумғазанинг оғриқли синдроми – кокцигодиния ва орқа чиқарув тешик канали ва тўғри ичак – прокталгияси амалий жиҳатдан бир бирига қўшиб қуйидаги атамани келтириб чиқариш мумкин - «**Анодумғазанинг оғриқли синдроми**». Травматик кокцигодиния суяк патологияси бўлиб, умуртқанинг ўтиргич-думғаза бўлими патологияси алоҳида номга эга. Асосий клиник белгилари – кўпинча қисқа давом этувчи ўткир оғриқ. Оғриқ дефикацияга боғлиқ эмас. Оғриқ думбага, сонга ва ораликқа узатади. Бунда оғриқ симптом бўлмасдан диагноз деб ҳисобланади ва функционал характерга эга деб ҳисобланади. Бундай холларда тугри ичакда, тос соҳа суякларида (думғаза-ўтиргич), аёлларни гинекологик аъзоларида, буйрак ва сийдик йўлларида органик ўзгаришлар аниқланмайди. Бу асосан катта ёшда эркакларда кўп учрайди. Хуружи асосан тунда бўлиб, уйқу бермайди. Оғриқни сабаби ҳозиргача яхши ўрганилмаган, лекин мутахасисларни таҳдақи бўйича бундай оғриқлар думғаза-ўтиргич нерв чигалларини таъсирланишига боғлиқ. Бу пайтда беморни тўғри ичагини бармоқ билан текшириш, ректоскопия, ўтиргич-думғаза суякларини рентгенография қилиш, сфинктерометрия, баллаонография, ичак моддасини флорасини аниқлаш ва копрологик текширишлар ўтқзилиши керак. Кўшимча шикоятлар бўлса уролог, гинеколог, невропатолог, травматологдан маслаҳат олинади.

Даволаш. Даволашда қўимча ва асосан проктологик касалликларни бирга даволаш керак. Агар оғриқни сабабини аниқлай олса этиотроп давони ўтказиш лозим. Оғриққа қарши терапия қилиш талаб этилади.

Тўғри ичакдан қон кетиши. Тўғри ичакдан қон кетишининг сабабалари жуда кўп. Бу: орқа чиқарув тешик соҳасидаги ёрик, бавосир, йўғон ичак яраси, тўғри ичак саратони, ярали колитлар, полип ва полипозлар, йўғон ичак дивертикулёзи, ёнбош ичак саратони, йўғон ичак ангиодиспалазияси ва бошқалар. Қоннинг ранги қизил, қора, тўқ қора бўлиши мумкин. Қон кетиш тавсифи томчи, ахлат юзасида бўлиши, ахлат билан аралашиб, кучли қон кетиши уни ўчоғини аниқлашда ёрдам беради. Бавосирда қон кетганда қизил қон чиқади. Қон шиллиқ билан аралашиб чиқиши тўғри ичак саратонда кузатилади. Тўғри ичакдан қон кетганда қўшимча белгиларга аниқлик киритади: оғрик, ич кетиши, ич қотиши, ўсмасимон хосила бўлиши, сохта ёзилиш, ёзилиш тўлиқ бўлмагандай сезилиши. Бундай пайти тўғри ичакдан қон кетганда қуйидаги текшириш усуллар қўлланилади: орқа тешик соҳасини кўздан кечириш, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, колоноскопия, ирригография ва бошқалар.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқрсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%- 37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17- 14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3.
Анал
итик

қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№ 8 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Мавзу</i>	Орқа чиқарув тешик соҳасида оғрик, ўсмасимон хосила, қичишиш.Тўғри ичакдан қон кетиши. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси.УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси.
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	24. Кейсни фикрга киритиш. 25. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 26. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш. 27. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 28. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 29. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 30. Хулоса.Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш.
Ўқиш мақсади:	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш; - Экстремал ҳолатларға мустақил ташҳис қўйиш ва шошинч ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш); - Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлилари интерпретациясини ўрганиш; - Тўғри ичакни жарроҳлик касалликларни даволаш тамойилларни ўрганиш; 	

- Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш.	
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - оғриқ, қичиш, ўсмани ҳосил бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишдаги синдромларни тушуниш ва моҳиятини билиш; - оғриқ, қичиш, ўсмани ҳосил бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишдаги асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш; - беморларда перианал касалликларни клиник текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш. - лаборатор ва инструментал текширув усуларини йиғиш ва таҳлил қилиш; - бирламчи ташҳисни қўйиш ва дифференциал ташҳис ўтқизиш; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; - оғриқ, қичиш, ўсмани ҳосил бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишда УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси;</p>
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2 Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба

<p>Тайёргарлик (30 дақиқа)</p>	<p>Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.</p>	<p>Эшитади.</p>
<p>I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)</p>	<p>1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.</p>	<p>Эшитади.</p>
	<p>1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блици сўров ўтказилади. (1-илова)</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p>
	<p>1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.</p>	<p>Муҳокама қилади, савол беради.</p>
<p>II - қисм. Асосий 80 дақиқа</p> <p>40 дақиқа</p> <p>80 дақиқа</p>	<p>2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади</p>	<p>Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.</p>
	<p>2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўлларини эшитишни таклиф қилади.</p>	<p>Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.</p>
	<p>2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)</p>	<p>Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.</p>
	<p>2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтирилади. (илова №3.1).</p>	<p>Фаол иштирок этади.</p>
	<p>2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).</p>	<p>Масала ва тестларни муҳокама қилади.</p>

	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташҳиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-илова

Блиц-савол:

1. Бавосир тушунчаси.
2. Бавосирни олиб келувчи омиллар.
3. Клиник тавсифи.
4. Орқа чиқарув тешик ўсмаси, оғриғи, қичиши ва тўғри ичакда қон кетиш синдромига ташҳис қўйиш усуллари.
5. Бавосир асоратлари.

Саволларга жавоблар:

1. Бавосир – грекчадан олинган бўлиб, қон кетиш маъносини билдиради. Бу пайтда тўғри ичак деворида жойлашган венулалар ва форсимон тугунларда қон айланиши бузилади. Форсимон тугунлар шикастланган пайти қон кетиши кузатилади.
2. Механик омил (ич қотиш), кам ҳаракатланган одамларда, ҳомиладорлик пайти, спиртли ичимликларни кўп истемол қилганда, аччиқ овқатларни истемол қилганда, инфекцион омил, криптоген инфекция, аллергик омил.
3. орқа чиқарув тешик соҳасида энгил қичишни сезиш, ёзилишда қийналиш, қон кетиши, тугунчаларни тушуши. Тугунчалар яллиғланганда уларни катталшуви, кучли оғриқ.
4. Орқа чиқарув тешик соҳасини кўздан кечириш, бормоқ билан текшириш ректоскопия.
5. Қон кетиши, тугунчалар тромбози ва тугунчалар тушиши .

Ўқитувчи орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлиши, оғриқ, қичиш, тўғри ичакдан қон кетиши синдроми билан оғриган беморнинг қандай кузатишни ва даволашини муҳокама қилишни тавсия қилади.

Ўқитувчи гуруҳни 2-та гуруҳчага бўлади. Ҳисоб 1, 2.

Жребия бўйича топшириқни тартади 1. Диспансер кузатувидаги беморда анал соҳасида усмасимон хосила пайдо бўлиши, оғриқ, қичиш, тўғри ичакдан қон кетиши синдроми.

Талабаларга тайёрланиб дафтарга ёзиб олиш учун вақт берилади. Кейин қатнашчилардан бири гуруҳчага ўқиб эшиттиради. Бу пайти ўқитувчи билан баҳслашаётган гуруҳ эксперт бўлади.

Инструктаж – 3 дақ, гуруҳлар бўлиниши 2 дақ, тайёрланишга – 10 дақ, гуруҳни чиқиши учун 10дақдан (30 дақ).

2-ИЛОВА

1 – топширик**Эксперт варағи****1-гурӯҳ.**

1. Бавосир нима?
2. Бавосир таснифини гапириб беринг.
3. Бавосирни сабабини айтиб беринг.

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдилинг

3.1. Машғулот технологиясининг модели	3.1. Машғулот технологиясининг модели	3.1. Машғулот технологиясининг модели

2- гурӯҳ

1. Бавосирни қандай белгиларини биласиз?
2. Қандай консерватив даволаш усулларини биласиз?
3. Бавосир тугунлари тромбозда даволаш тактикаси?

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

3-ИЛОВА**2 - топширик****“Т-чизма” жадвал тўлдилинг**

3.1. Машғулот технологиясининг модели	3.1. Машғулот технологиясининг модели

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони**Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони**

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46 - 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 3-1 ва пасти – ёмон.

Талабалар қура ташлаш асосида саволларни танлайди, кейин 3 дақ тайёрланади ва ҳар бир талаба ўзи танлаган саволга жавоб беради. Имконият туғилса бир-бирини тўлдиради ёки жавобларни ўқитувчи текширади.

Карточка №1. Тўғри ичак касалликларига учраган беморларни диспансер ҳисобида кўзатиш.

1. Беморни клиник кўриш:

- Орқа чиқарув тешик соҳасида оғрик;
- Дефекацияда қон кетиши;
- Тери рангини оқариши – анемия белгиси.

2. Касаллик тарихини ўрганиш:

- Касалликнинг сабаби;
- Касалликнинг вақти;
- Илгари қабул қилган даво турлари;
- Давонинг самараси;
- Қайталаш сони.

3. Лаборатория текшируви:

- Умумий қон, сийдик таҳлили;
- Текширув усулларини қўллаш:
- Орқа чиқарув тешик ва орқа чиқарув тешик соҳасини кўздан кечириш;
- Тери-анал рефлексини аниқлаш;
- Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш;
- Сфинктерометрия;
- Ректоскопия.

Касалликни шакли ва асоратига қараб шифокорнинг тактикаси.

- Бавосир тугунлари шишганда асорати бўлмаса оддий профилактик тавсиялар берилади.
- Бавосирни асорати: қон кетиши, тромбоз, тўғри ичак тушганда ихтисослаштирилган муассасага юборилади.
- Орқа чиқарув тешик деворида ўткир ёрилиш ҳосил бўлганда консерватив даво тавсия этилади.
- Сурункали ёрилишда, асорат ривожланганда - пектеноз, “кўриқловчи бўртма” (сторожевой бугорок) ўсмасимон хосила пайдо бўлиши, қичишиш, дефекация қийинлашганда ихтисослаштирилган муассасага юборилади.

Интерактив ўйин «саволли тўп». Кичгина қоғоз бўлагига мавзуга тааллуқли саволларни тўпга ёпиштиради ва саволларга жавоб бергандан кейин қоғозни олиб ташланади. Тўпни талабаларни бирига отилади. Тўпни олган талаба қоғозга ёзилган саволлардан бирини олиб жавоб беради. Агар саволларни ҳаммасига тўғри жавоб берса кейин тўпни бошқа талабага беради. Шундай қилиб, саволларга тўлиқ жавоб бергунча давом этади.

Саволлар ва жавоблар:

I. Бавосирни олиб келувчи сабаблар:

Орқа чиқарув тешик соҳаси венотизидики туғма етишмаслиги, механик сабаблар, организмда эндоген ва экзоген интоксикация, инфекция, асаб томирлини патологияси.

II. Бавосир тугунларини тушиш босқичлари:

Учта тушиш босқичи бор: 1-босқичда – тугунлар дефекацияда тушади ва ўзи тўғриланади;

2-босқичда– тушган тугунни бумор ўзи тўғрилаши керак;

3-босқичда бемор йўталси ёки енгил меҳнат қилса ҳам тугунчалар ташқарига чиқади.

III. Бавосир тугунлари тромбозини даражаси?

1-даражаси - тугунни унча катта шишмаслиги, терини қизариши,

2-даражаси - кучли оғриқ, сезирарли шиш, қизариш.

3-даражаси - кучли оғриқли ўсмани пайдо бўлиши, кўкимтир рангли ички тугунни тушуши ва унинг некроз бўлиши.

IV. Орқа чиқарув тешик деворининг ёрилишининг сабаблари:

- қабзият, диарея, ёт жисм билан шикастланиши, колитлар, энтероколитлар, бавосир ҳ.к.

V. Клиник белгилари:

- орқа чиқарув тешик соҳасини қичиши; сфинктерни спазм холати, дефекацияда кучли оғриқни пайдо бўлиши, дизурия.

VI. Шиш ва орқа чиқарув тешик соҳаси оғриқ синдромадаки асосий ташхис қўйиш усуллари:

- орқа чиқарув тешик соҳасин кўздан кечириш, бармоқ билан текшириш, сфинктерометрия, ректоскопия.

6. Орқа тешик соҳаси сурункали ёрилишига қандай операция муолажалари қўлланилади? ёриқни кесиб олиш (ульцерэктомия), очик ёки ёпиқ ёнбош ички ўлчанган сфинктеротомия

№	Баҳо	аъло	яхши	ққониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш%	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Кейс-усул	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

3.3 Вазиятли масалалар ва тестлар

Тестлар :

1. “Бавосир” сўзининг маъноси нима ?

- A. Тўғри ичакнинг ғоваксимон таначаларидан қон кетиши.*
- B. Тўғри ичакни венотомияларнинг туғма нуқсонлари.
- C. Тўғри ичакни вена томирларидан қон айланишини бузилиши.
- D. Тўғри ичакни вена томирларида қоннинг димланиши.
- E. Тўғри ичакнинг веналарини варикоз кенгайиши.

2. Бемор дефекация вақтида ва дефекациядан кейин тўғри ичакдан қон томчилаб кетишига, қабзиятга шикоят қилади. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

- A. Бавосир*
- B. Тўғри ичак саратони
- C. Анал ёрмаси
- D. Ўткир тери ости парапроктити
- E. Тўғри ичак оқмаси

3. Ёш аёл дефекация вақтида ва ундан кейин анал соҳасида кучли оғриқларга, оз миқдорда қон кетишига шикоят қилади. Бу шикоятлари 6 ой давомида безовта қилади. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

- A. Тўғри ичакни сурункали анал ёрмаси*
- B. Бавосир
- C. Тўғри ичак оқмаси
- D. Тўғри ичакни усма касаллиги
- E. Ўткир парапроктит

4. Анал ёрмасини келиб чиқиш сабабларидан бири:

- A. Қабзият*
- B. Сурункали парапроктит
- C. Анал сфинктерини етишмовчилиги
- D. Криптит
- E. Папиллит

5. Анал ёрмасини кўпинча хосил бўладиган соха:

- A. Анал каналини орқа деворида *
- B. Олдинги деворида
- C. Олдинги ва орқа деворида
- D. Ўнг ёнбош деворида
- E. Хамма деворларида бир хил

7. Сурункали анал ёрмаларида энг эффектив даволаниш:

- A. Хирургик*
- B. Пресакрал сохасини новокаин билан блокада қилиш
- C. Ёрма остига новокаин-спирт блокада қилиш
- D. Анал сфинктерини кенгайтириш
- E. Анал ёрмасини кесиш

7. Келиб чиқишига асосланган холда бавосир бўлиши мумкин:

- A. Бирламчи*
- B. Иккиламчи*
- C. Специфик
- D. Носпецифик
- E. Каверноз таначаларининг гиперплазияси

8. Бавосирнинг асосий асоратлари:

- A. Қон кетиши*
- B. Тушиши*
- C. Яллиғланиши*
- D. Диарея
- E. Дизурия

9. Бавосил ташхисини аниқлаш учун қандай специфик текширишлар ўтқазилар керак?

- A. Перианал сохани кўриш*
- B. Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш*
- C. Анускоп билан текшириш*
- D. Колоноскопия
- E. УЗИ

10. Бавосил туганчаларини кесиш мумкин эмас:

- A. Ички бавосил туганчалари ташқарига чиққанда
- B. Проктосигмоидитда*
- C. Туганчаларда эрозия ва яралар бўлганда

- Д. Қайта қон кетганда
- Е. Портал гипертензия асоратларида*

11. Дефекациядан кейин туғри ичакдан қон кетганда, перианал соха қичишганда, тугунчалар пайдо бўлса қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

- А. Туғри ичак оқмаси
- В. Бавосир *
- С. Тўғри ичак саратони
- Д. Тўғри ичак полипи
- Е. Анал ёрмаси

12. Геморроидэктомия операциясидан кейин қандай асоратар бўлиши мумкин?

- А. Бавосир тугунчаларининг ўрнидан қон кетиши*
- В. Сийдикни реффлектор тутилиши*
- С. Диарея
- Д. Сфинктер етишмовчилиги
- Е. Тўғри ичак тушиши

13. Анал ёрмасининг хосил бўлиш теориялари:

- А. Механик*
- В. Инфекцион*
- С. Нервно-рефлектор*
- Д. Эндокрин
- Е. Иммунологик

14. Бавосир касаллигини 1-2 даражасида консерватив даволаш усуллари:

- А. Пархез*
- В. Шахсий гигиенага риоя қилиш*
- С. Қўшимча касалликларини даволаш
- Д. Қабзиятни олдини олиш*
- Е. Дефекацияни нормаллаштириш

15. Сурункали анал ёрмаларининг хирургик даволашга кўрсатма:

- А. 3 ой давомида консерватив даволашдан наф бўлмаса*
- В. Ёрма қирғоқларида каллеоз чандиқлар пайдо бўлса*
- С. Қон кетиш тўхтаса
- Д. Анал каналини ёнбош деворларида ҳам ёрма пайдо бўлса
- Е. Анал қирғоғида “қўриқловчи” шиш пайдо бўлмаса

16. Бавосли тугунчаларни ўткир трамбозидида қандай диагностик усулларни қўллаш мумкин?

- А. Перианал сохани кўриш*
- В. Перианал сохани пайпаслаш*
- С. Фистулография
- Д. Сфинктерометрия
- Е. Зонд орқали текшириш.

17. Бавосир тугунчаларини ўткир трамбозидида қандай даволаш усулларини қўллаш мумкин?

- А. Антибиотикотерапия*
- В. УВЧ
- С. Бавосил тугунчаларини пункция қилиш
- Д. Гемостатик терапия

Е. Антикогулянтларни белгилаш*

18. Анал ёрмасини асосий консерватив даволаш усулларини кўрсатинг:

- А. Ромашка ёки перманганат калий эритмалари билан ўтирувчи ванна*
- В. Даволовчи микроклизмалар*
- С. Оғриқсизлантирувчи ва яллиғланишга қарши шағамчалар қўйиш*
- Д. Гипертоник эритмалар билан ўтирувчи ванна
- Е. Сифон хукна

19. Бавосир касаллигининг белгиларига кирмайди:

- А. Қора ичак моддасини келиши*
- В. Тўғри ичакдан қон келиши
- С. Анал соҳасидаги тугунчалар пайдо бўлиши
- Д. Анал соҳасида ноҳўшлик
- Е. Анал соҳасининг қичишиши

20. Бавосил касаллигига олиб келмайди:

- А. Анал каналини сурункали яллиғланиши
- В. Анал соҳасини туғма касалликлари
- С. Оғир жисмоний меҳнат билан шуғулланиш
- Д. Икки моментли дефекация *
- Е. Каверноз таначаларини кенгайиши

Вазиятли масала № 1. Қабул бўлимига 25 ёшли бемор мурожат қилди. Беморнинг шикоятлари анал соҳасида майда ўсимталар пайдо бўлганига, қичишига. Касаллик тарихи бўйича 3 ой давомида бу ўсимталар пайдо бўлиб, кўпаябошлаган. Обьектив кўрганда: беморни умумий ахволи қониқарли. Анал соҳасини кўрганда анал тешиги атрофида кўплаб хажми 1,0x0,2; 0,5x0,2; 0,2x0,3 см келадиган, оғриқсиз, юмшоқ хосилалар аниқланади. Хосилалар соҳасидаги тери бир оз кизарган ва шишган. Ректоскопия қилинганда анал каналида ҳам юқорида кўрсатилган хосилалар аниқланади. Саволлар:

- 1) Сизнинг дастлабки ташхисингиз
- 2) Текшириш режаси
- 3) Дифференциал ташхис
- 4) УАШнинг даволаш тактикаси

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Беморда анал соҳасида ўткир учли кондиломалар аниқланади	5	5	0
2	Қон ва сийдикнинг умумий анализ, ЭКГ, ректоскопия, қоннинг специфик анализи(реакция Вассермана)	5	5	0
3	Дифференциал диагностикани бавосир, анал полиплари, сурункали анал ёрмаси сифилис ва ВИЧ инфекцияси билан ўтқазиш керак	5	5	0
4	Беморни текширишлардан ўтқазгандан кейин проктология бўлимига оператив даволаш учун юбориш керак.	5	5	0

Вазиятли масала №2. 39 ёшли бемор орқа чиқарув тешиги соҳасида оғриқли тугунчалар борлигига, дефекациядан кейин қон келишига, тўғри ичакдан тугунчалар чиқишига ва уни ўзи тўғрилашига, холсизликга, бошини айланишига шикоят бўйича муружат қилди. Касаллик тарихи бўйича ўзини 3 йилдан бери касал деб ҳисоблайди. Объектив кўрганда: умумий ахволи қониқарли. Тери қоплами ва шиллиқ қаватлари оқарган. Анал соҳасида соат милини 3, 7, 11 да хажми 2х2; 2,5х3; 3х3 см келадиган эластик консистенцияли, кўкимтир тугунчалар аниқланади. Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда ҳам шунга ўхшаш кучсиз оғриқли тугунчалар борлиги аниқланади.

Саволлар:

- 1) Сизнинг таҳдақий ташхисингиз
- 2) Қандай қўшимча текширишлар ўтқазिश керак?
- 3) Дифференциал ташхис
- 4) УАШ ни даволашдаги тактикаси
- 5)

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Беморда ташқи ва ички бавосир касаллиги қон кетиш ва ички тугунчаларни тушиш асорати	5	5	0
2	Умумий қон ва сийдик анализи, Вассерман анализи, ректоскопия, ЭКГ	5	5	0
3	Дифференциал ташхисни анал полипи, сурункали анал ёрмаси, сифилис, тўғри ичак саратони, ярали проктит, ўткир учли кондилломалар	5	5	0
4	Беморни режали хирургик даволаш учун стационарга юбориш.	5	5	0

Вазиятли масала №3. 30 ёшли бемор анал соҳасида оғриқли тугунчалар пайдо бўлганига, хожатга борганда оғриқ кучайишига шикоятлари бўйича муружат қилди. Касаллик тарихи бўйича бу ўзгаришлар 5 кун давомида безовта қилади. Беморнинг умумий ахволи қониқарли. Маҳаллий кўрганда: анал соҳасида соат милини 7, 11 да хажми 2х2см; 2,5х3см келадиган кўкимтир рангли ўсмасимон тугунча аниқланади. Тугунчаларни пайпаслаганда у эластик консистенцияда, кучли оғриқ сезади.

Саволлар:

1. Сизнинг таҳдақий ташхисингиз
2. Қандай текширишлар ўтқазिश керак
3. Дифференциал ташхис
4. УАШни даволаш тактикаси
- 5.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Беморда ташқи ва ички бавосир тромбоз асорати 2 даври	5	5	0
2	Қон ва сийдикни умумий анализи, ЭКГ, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, оғриқ камайгандан кейин ректоскопия	5	5	0
3	Дифференциал ташхисни анал	5	5	0

	полиплари, ўткир парапроктит, сурункали анал ёрмаси, сифилис, тўғри ичак ўсмаси, ўткир учли кондилома			
4	Беморни консерватив даволаш учун проктология бўлимига юбориш	5	5	0

Вазиятли масала №4. 35 ёшли бемор анал соҳасида ўсмасимон хосила борлигига, оғриқларга, дефекация вақтида оғриқларни кучайишига шикоятлари бўйича мурожат қилди. Касаллик тарихи бўйича бундай шикоятлари уч кун давомида пайдо бўлган. Кўрганда: беморнинг умумий ахволи қониқарли. Анал соҳасини текширганда соат милини 3 да ҳажми 3x2 см келадиган куқимтир рангли, бир оз қаттиқ-эластик консистенцияли хосила аниқланади, пайпаслаганда оғриқ кучаяди. Анал соҳасида кучли оғриқ бўлгани учун тўғри ичакни бармоқ билан текширишни имкони бўлмади.

Саволлар:

1. Дастлабки ташҳисингиз нима?
2. Қандай текшириш усулларни қўллаш мумкин?
3. Қайси касалликлардан дифференциал диагностикаси қилиш керак?
4. УАШ тактикаси қандай?

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқсиз жавоб
1	Беморда ташқи бавосир тугунининг тромбоз асорати.	5	5	0
2	Анал соҳасини оғриқсизлантириб тўғри ичакни бармоқ билан текшириш керак, ЭКГ, ректоскопия	5	5	0
3	Ўткир парапроктит, ўткир учли кондилома, эпителиал думғаза йўли яллиғланиши, тератоид кистанинг йиринглаш асорати, анал ёрмаси билан дифференциал ташҳис қилиш.	5	5	0
4	Беморга консерватив даволашни бошлаш ва яллиғланишни бартараф қилиб оператив даволаш.	5	5	0

Вазиятли масала №5. Бемор 40 ёшда орқа чиқарув тешиқ соҳасида хожатга борганда кучли оғриқ бўлишига ва бир оз қон кетишига шикоят қилади. Касаллик тарихи бўйича 3 йил давомида ўзини касал деб ҳисоблайди. Кўрганда: умумий ҳолати қониқарли. Орқа чиқарув тешиги соҳасида соат милини 6 да 2,5x1,0x0,5 см ҳажмда, қирғоқлари чандиқли яра борлиги аниқланади. Яранинг ташқи қирғоғида тери тўқимасини бўртиб турганлиги аниқланади.

Саволлар:

1. Сизнинг дастлабки ташҳисингиз қандай?
2. Қандай текшириш режаси туздингиз ?
3. Қайси касалликлар билан дифференциал диагностикаси ўтқазасиз?
4. УАШ даволаш тактикаси.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқсиз жавоб
1	Беморда сурункали орқа чиқарув тешиқ ёрмаси оғриқ асорати билан.	5	5	0

2	Маҳаллий оғрикислангириш ёрдамида тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ЭКГ ва ректороманоскопия қилиш.	5	5	0
3	Ўткир парапроктит, ўткир учли кондилома, эпителиал думғаза йўли йиринглаши ва ташқи ва ички бавосир тромбоз асорати, тўғри ичак саратон касаллиги, тўғри ичак ўсмалари, тератоид киста яллиғланиши, кокцигодения билан дифференциал диагностика ўтказиш керак.	5	5	0
4	Беморга оператив даволаш тавсия этилади – ёрмани кесиш, ўлчанган орқа сфинктеротомия.	5	5	0

№	Баҳо	аъло	яхши	ққониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4. Амалий қисм

Орқа чиқарув тешиқ соҳасидаги касаллик белгиларини аниқлаш

№	Қадам	Бажарилмаган (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарилган (10 балл)
1	Беморни гинекологик креслога ётқизиш ёки тиза-тирсак ҳолатида кўриш	0	10
2	Диққат билан орқа чиқарув тешиқ соҳасини кўздан кечириш	0	10
3	Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш	0	10
4	Ташқи сфинктер тонусини аниқлаш(сфинктерометрия)	0	10
5	Орқа чиқарув тешиқ атрофи тери ва тери ости клетчатқасини, оралик, чов соҳа лимфа тугунларини ҳолатини аниқлаш	0	15
6	Аноскопия	0	15

7	Ректороманоскопия	0	15
8	Колоноскопия	0	15
	Жами:	0	100

Ректороманоскопия

Кўрсатма: Тўғри ва чамбар ичакни фаолиятини бузилиши

Керакли асбоб-ускуналар: ректоскоп, трансформатор, глицерин ёки вазелин , резина кўлқоп. Беморни ҳолати: тизза - тирсак.

Талабага топширик: ректороманоскопия қилишга кўрсатма, керакли асбоб-ускуналарни таёрлаш. Ректороманоскопия қилиш усулларини ва унга беморларни тайёрлаш усулларини тушунтириб бериш.

Ўқитувчининг ахбороти: Талабани билидақи ва кўникмасини қадамма- қадам баҳолаш.

№	Қадамлар	Бажарилмаган(балл)	Тўлиқ бажарилган (10 балл)
1	Беморни тозаловчи хукна ёки фортранс билан текширувига тайёрлаш.	0	10
2	Ректоскопни тубосини глицерин ёки вазелин суртиш.	0	10
3	Ректоскопни орқа чиқарув тешик каналининг 4-5 см чуқурлигига киритгандан кейин обтуратор олинади ва окулят тақилади.	0	10
4	Тубусни кўз назорати остида 20-30 см чуқурликгача ҳаракатлантириб борилади.	0	10
5	Ичак девори тушганда, тубусни периферик қисми ёпиқ ҳолатда ичак резина баллон билан шиширилади ва ректоскопни аста-секин охиригача олиб борилади.	0	10
6	Тубусни куч билан итармаслик керак, чунки шиллик қаватга тиралиб ичакни шикастлаши мумкин. Шифокор доимо ичак бўшлиғини кўриши керак.	0	10
7	Йўғон ичак шиллик қавати катарал проктосигмоидитда тўқ- қизил рангда, шишган, қон тўпланиши ва шилиқ билан қопланган бўлади. Йирингли проктосигмоидитда шилиқ қаватига учокли йиринг тўпланиши кузатилади Геморрагик проктосигмоидитда шилиқ қават ёйилган қизариш қон кетиши билан кечади. Ичак бўшлиғида шилиқ, қон моддаси бўлиши мумкин.Шиллик қаватига текканда қон кетиши кузатилади. Ярали проктосигмоидитда нотўғри шаклли яра қиррасини йиртилиши, ўртаси фибриноз қоплама билан қопланган бўлади.	0	10
8	Полипозда, полипли ўсмалар орасида шилиқ қаватида меъерий ўзгариш бўлиши мумкин.Ичак ичида шилиқ, йиринг, қон массаси бўлиши мумкин.	0	10

9	Крона касаллигида шиллик қаватида полипта ўхшаш шишлар (“бульжная мостовая” симптоми) кузатилади.	0	
10	Ректороманоскопия текшириш давомида лозим булса суртма, биопсия олинади ва тахлил қилинади.	0	10
	Бекат бўйича жами баллар	0	100

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

5. Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар;
- амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

8. Шу кунда баҳолашни назрат қилиш мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
3	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
4	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
5	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

Жорий баҳолаш мезонини назорат қилиш

№	%	Баҳо	Мезонлар
1	96-100	Аъло «5»	Орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлиш, тўғри ичак соҳасида оғрик, қичиш, қон кетиш синдроми тўғрисида тасаввурга эга бўлиши керак. Таснифи, ташхиси, тўғрисида дифференциал ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукамал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тақикасини танлашда фаол қатнашади. Интерфаол ўйинларда фаол қатнашади. Вазиятли масалаларни ечишда ўзгача далиллар билан изоҳлайди ва ёндошади.
2	91-95	Аъло «5»	Орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлиш, тўғри ичак соҳасида оғрик, қичиш, қон кетиш синдроми тўғрисида тасаввурга эга бўлиши керак. Таснифи, ташхиси, дифференциал ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Ўсмасимон хосила пайдо бўлиш синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиши керак. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукамал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тақикасини танлашда фаол қатнашади. Интерфаол ўйинларда фаол қатнашади. Вазиятли масалаларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади. Био-кимёвий таҳлилларни изоҳлашда битта хатога йўл қўйган бўлиши мумкин.
3	86-94	Аъло «5»	Орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлиш, тўғри ичак соҳасида оғрик, қичиш, қон кетиш синдроми тўғрисида тасаввурга эга бўлиши керак. Таснифи, ташхиси, дифференциал ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукамал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тақикасини танлашда фаол қатнашади. Интерфаол ўйинларда фаол қатнашади. Ситуацион топшириқларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади. Вазиятли масалаларни ечишда бир қанча хатоларга йўл қўйган.
4	81-85%	«яхши»	Талаба орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон

			<p>хосила пайдо бўлиш, тўғри ичак соҳасида оғрик, қичиш, қон кетиш синдроми тўғрисида тасаввурга эга бўлиши керак Таснифи, ташхиси, дифференциал. ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Ўсмасимон хосила пайдо бўлиш синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиши керак. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Беморлар билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни қўллаш олади. Клиник-инструмантал текширув усуллари тўғрисида мукамал билмайди. Айрим маълумотларни қандай аҳамиятга эга эканлигини билмайди. Интерфаол ўйинларда фаол қатнашади. Вазиятли масалаларни ечишда далиллар билан ёндошади лекин ечишда бир қанча хатоларга йўл қўяди.</p>
5	76-80%	«яхши»	<p>Орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлиш, тўғри ичак соҳасида оғрик, қичиш, қон кетиш синдроми тўғрисида таснифи, ташхиси, дифференциал ташхиси ва даволаш тўғрисида тўлиқ тушунтириб беролмайди. Саволларга тўғри жавоб беради. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан мустақил ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда хато қилади. Вазиятли масаларни, бажараётганда 2-3 саволига тўлиқ жавоб бера олмайди.</p>
6	71-75%	яхши“4”	<p>Талаба орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлиш, тўғри ичак соҳасида оғрик, қичиш, қон кетиш синдроми тўғрисида тасаввурга эга эмас. Таснифи, ташхиси, дифференциал ташхиси ва даволаш усуллари билади. Саволларга тўғри жавоб беради. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда қўпол хато қилади. Вазиятли масалари тўлиқ бажаролмайди.</p>
7	66-70%	Қониқарли”3”	<p>Талаба орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила пайдо бўлиш, тўғри ичак соҳасида оғрик, қичиш, қон кетиш синдроми тўғрисида чала тасаввурга эга. Саволларга тўлиқ жавоб бермайди. Саволларга ишонмай жавоб беради. Айрим саволларни жавобини билади аммо ўз фикрини изоҳлаб беролмайди.</p>
8	61-65%	қониқарли”3”	<p>Орқа чиқарув тешик соҳасида ўсмасимон хосила, оғрик, қичишиш тўғри ичакдан қон</p>

			кетиши синдродаки, таснифи, ташхиси, дифференциал ташхисини яхши билмайди. Саволларни бир қисмига тўғри жавоб беради. Айрим саволларга жавоб беради, лекин ўз фикрини изоҳлаб беролмайди.
9	55-60%	қониқарли”3”	Саволларни тулиқ жавоб бера олмайди. Синдромни ташхиси, дифференциал ташхисни ва даволаш алгоритдаки изоҳлашда хатоликка йўл қўяди. Муаммони ечишни ишонмай изоҳлайди. Амалий кўникмаларни қийнчилик билан бажаради. Вазиятли масалаларни бажаришда хатоликларга йўл қўяди.
10	54% паст	қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида маълумотга эга эмас. Таснифи, ташхиси, дифференциал ташхисни ва даволаш тактикасини билмайди. Амалий кўникмаларни бажара олмайди.

9. Дарсинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника	65 дақиқа	15 дақиқа

		қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш		
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйғуриштириш вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

8. Назрат совоплар

1. Бавосир дегани нима?
2. Бавосирни таснифини айтинг.
3. Бавосирни сабабини айтинг.
4. Бавосирни қандай белгиларини биласиз?
5. Бавосирни қандай консерватив даволаш усуллари бор?
6. Бавосир тугунларининг тромбозиди даволаш тактикаси қандай?
7. Анал ёрмаларида қандай клиник белгилар кузатилади?
8. Орқа чиқарув тешикни ён девори ёрилганда қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
9. Орқа чиқарув тешик соҳасини қичишиш сабаблари нималар?
10. Тўғри ичакдан қан кетганда қандай касаллик тўғрисида шифокор ўйлаш керак?

9. Адабиётлар:

Асосий:

1. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2004
2. Каримов Ш.И. Хирургические болезни Т.2004
3. Наврузов С.Н. Хирургик касалликлар Т.2006
4. Кузин М.И. с соавт. Хирургические болезни М.1987
5. Р.Кондена и Л.Найхуса. Клиническая хирургия. М.1998
6. Орипов У.О., Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир остиғич жаррохлиги. Т.1991
7. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М. 1998.
8. 2000 касаллик Адан Хгача Амалиёт шифокорлари учун қўлланма. М.2000.
9. Нурмухамедов Р.М. Қорин бўшлиғи аъзоларини ўткир жаррохлик хасталиклари. Т.1991. Методик қўлланма.
10. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М. 1984.
10. Вазиятли масалалар.
11. Стандарт протоколлар.
12. Тест саволлари.
13. Алгоритм диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Ташкент. 2003г. Под ред. Акад. Каримов Ш.И.
14. Учебное пособие по освоению практических навыков хирургического профиля. Ташкент. 2003г. Под редакцией проф. Аталиева А.Е.

Қўшимча адабиётлар:

1. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. Триада – М.2004
2. Клинические рекомендации для практических врачей, основанные на доказательной медицине. М. 2002.
3. Брискин Б.С., Верткин А.Л., Вовк Е.И. и др. Догоспитальная помощь при хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Острая абдокальная боль. Лечащий врач. №6, 2002, срт. 72-77.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Ичак диспепсияси синдроми

Перианал соҳасидаги оғрик, шиш, оқмалар ва ундан йиринг оқиши. Таснифи, клиникаси, диагностикаси и дифференциал ташхиси. УАШ нинг шошилич тиббий ёрдам кўсатиш тактикаси. Операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №8

Бухоро – 2014

Амалий дарс

Мавзу: №8 Перианал соҳада оғрик, шиш, оқмалар ва ундан йиринг оқиши. Таснифи, клиникаси, диагностикаси и дифференциал ташхиси. УАШ нинг шошилич тиббий ёрдам кўсатиш тактикаси. Операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси .

<i>Вақт: 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Дарсларни тузлиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисми 3. Аналитик қисми: <ul style="list-style-type: none"> -Кейс-босқичи -вазиятли масалалар ва тестлар 4. Амалий қисми
<i>Дарснинг мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилич ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташҳис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Перианал соҳадаги тери ва тери ости ёғ клеткаси йирингли касалликларининг даволаш усуллари ўрганиш (парапроктит, флегмона, чипқон, ҳасмол ва бошқалар);

	<p>-Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш;</p> <p>- Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.</p>
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • -Йўғон ва тўғри ичакни анатомияси ва физиологияси; • -Перианал соҳасидаги шиш ва оғриқларни, оқмаларни этиопатогенези ва клиник белгилари; • -Перианал соҳасидаги шиш ва оғриқларни, оқмаларни текширув усулларини билиш; • -Текшириш усулларини ҳаждақи билиш; • -Диагностика ва дифференциал диагностика усулларини билиш; • -Клиник ташҳисни аниқлаш ва асослаш; • -Касалхонага ётқизишга кўрсатмани билиш; • -Беморни даволаш тактикасини билиш; • Хавфи юқори касалликларни ривожланишини олдини олиш тадбирларини билиш.
Талаба бажариши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • 1. Беморни шикоятларини, касаллик тарихини аниқлаш, объектив куриқдан ўтқизиш; • -Қорин бушлиғи аъзоларини пайпаслаш; • -Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш; • - ректоскопия қилиш; • - сфинктерометрия қилиш; • -лаборатория таҳлили, рентгенологик ва бошқа инструментал текширишларни натижаларини таҳлил қилиш; • -лозим бўлса шошилиш жарроҳлик ёрдам кўрсатиш; • -диспансер кўзатуви олиб бориш.
<p>Педагогик топшириқлар:</p> <p>Талабаларни меҳнат қилишга ва этика ва деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, аъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш.Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёкарашини ўргатиш. Жароҳат, инфекция, БЖЁ га ёрдам кўрсатишни ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <p>- шиш пайдо бўлиш, оғриқ ва оқма ҳосил бўлишидаги синдромларни тушуниш ва моҳиятини билиш;</p> <p>- шиш пайдо бўлиш, оғриқ ва оқма ҳосил бўлишидаги асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш;</p> <p>-беморларда тўғри ичак касалликларни клиник текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш.</p> <p>- о - лаборатор ва инструментал текширувларини та таҳлил қилиш;</p> <p>-бирламчи ташҳисни қўйиш ва дифференциал диагностикани бажариш;</p> <p>- беморларни курация қилиш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш;</p> <p>оғриқ, шиш ва оқмаларни ҳосил бўлишида ва тўғри ичак реабилитацияси.</p>
<i>Ўқитиш усуллари</i>	Маъруза, мия штурми, тарих, кўрсатма, демонстрация, видео усул, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўратадига ўйин, Кейс-стади.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Гуруҳли, гуруҳчада ишлаш, якка ўйинлар

<i>Ўқитиш манбалари</i>	Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.
<i>Ўқитиш жойи ва шароити</i>	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видиолар.
<i>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</i>	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Дарснинг технологик харитаси

Перианал соҳада оғриқ, шиш ва оқмалар ва ундан йиринг оқиши. Таснифи, клиникаси, диагностикаси и дифференциал ташхиси. УАШ нинг шошилинич тиббий ёрдам кўсатиш тактикаси. Операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси .

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	2.21. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва концепт сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	2.22. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва концепт сифатида ёзиб олишади.
20дақиқа	2.23. Урганиладиган куйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниклаш.	Саволларга жавоб беради.
5дақиқа	2.24. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 2.25. Танаффус.	Эшитади.

5дақиқа		
2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
25дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
15дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
5дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.
5дақиқа	Танаффус.	
65дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
5дақиқа	Танаффус.	
40дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа	Танаффус.	
25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва таъхисни асослаш хақида ҳисобот.

3- қисм Яқуний қисм 27дақиқа.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади.саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.
---	--	---

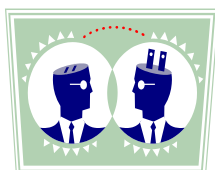
1. Ўқитиш шароити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Поликлиника, беморнинг амбулатор ҳаритаси, таҳлиллар натижаси, материалларни тарқатиш, назорат саволлар, вазиятли масалалар.



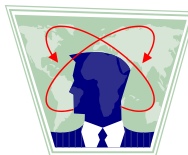
1.1. Мотивацияси

Йўғон ичак касаллиги (тўғри ва чамбар), орқа чиқарув тешик, параректал ва тос-думаза соҳаси - колопротология кейинги ўн йил ичида жуда кўп мутахассисларни ўзига жалб қилмоқда. Умумий амалиёт шифокори тиббий ёрдам кўрсатишнинг бирламчи звеноси бўлиб, бу ерга беморлар аноректал соҳаси касалликлари бўйича мурожаат қилади: тўғри ичак соҳасини оғриши, шиш ва оқма ҳосил бўлиши, оқмадан йиригли суюқлик чиқиши. Шунинг учун УАШ тўғри ва чамбар ичак касалликларини дифференциал диагностика қилиш ва беморни керакли даволаш муассаларига юбориш лозим.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, патанатомия, патофизиология, клиник фармакология, гастроэнтерология, юқумли касалликлар, эндокринология, жарроҳлик, онкология, анестезиология и реаниматология.

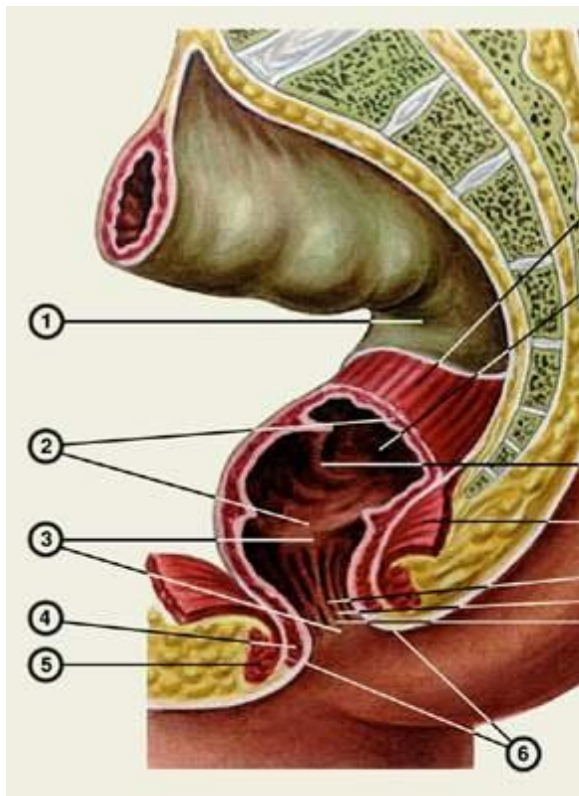


2. Дарсинг мазмуни

2.1. Назарий қисми.

Тўғри ичак. Тўғри ичак меъда ва ичак тизида кинг охирги қисми бўлиб, кичик чанок бўшлиғида ва думғаза суягининг олд юзасида жойлашади. Сигмасимон ичакни тўғри ичакка ўтиш жойи ректосигмоид бўлими деб аталади. Бу жойда сигмасимон ичакнинг тутқичи ҳам тугайди ва узунасига кетган мушак толалари тўғри ичакни ҳамма жойини ураб олади.

Тўғри ичак иккита асосий бўлимга бўлинади: каттароқ қисдақи ампуляр бўлими ташкил қилади. Тўғри ичакнинг дистал қисдақи орқа чиқарув канали деб ҳам атайди. Тўғри ичакни 3/5қисми ампуляр, 1/5 қисми – ампуляр ости ва шунча орқа чиқарув канали ташкил қилади. Тўғри ичакда фронтал ва сагитал букилмалар бор. Амалиётда, ректороманоскопия қилишда бу букилмаларни аҳамияти катта.



Тўғри

ичак

анатомияси:

1. Сероз қават (қорин парда); 2. Тўғри ичак ампуласи; 3. Орқа чиқарув тешик канали; 4. Орқа чиқарув тешикни ички сфинктери; 5. Орқа чиқарув тешик ташқи сфинктери; 6. Анал канал; 7. Орқа чиқарув тешик кирраси; 8. Орқа чиқарув тешик шиллик қаватини устунлари; 9. Шиллик қават устунлароро чуқурчалари (криптлар); 10. Орқа чиқарув тешикни кутарувчи мушак; 11. Тўғри ичак шиллик қаватини кундаланг бурмаси; 12. Шиллик қават; 13. Мушак қават.

Тўғри ичакни юқори ампуляр қисми уч томондан қорин пардаси билан ўралган. Аста-секинлик билан парда билан қопланиши камайиб боради. IV думғаза пағонасига бориб фақат тўғри ичакни олди томони қорин пардаси билан қопланади. Бу жойда тўғри ичак билан яқин жойлашган органлар жумладан эркакларда сийдик қопи, аёлларда бачадон. Шундай қилиб тўғри ичак ампуласи қорин парда остида жойлашган. Тўғри ичакдан ташқи, ён томони ва дум суяги девори орасида чуқурлик бор. Бу чуқурликдан сийдик йўли ва ички ёнбош томирлар ўтади. Чуқурликни юқорисидан ингичка ичак халқаси ҳам тушиши мумкин. Тўғри ичак олд томонидан эркакларда эркаклик уруғи йўли ампуласи ва уруғ пуфаги, бир қанча пастроқда простата безининг юзаси, аёлларда бачадонни орқа девори жойлашаган.

Орқа чиқарув тешик канали орқа чиқарув тешик ва тўғри ичак орасидаги зона ҳисобланади. Унинг узунлиги 2-4 см, теридан то аноректал (тишли) чизикқача. Канал ўтиб турувчи эпителий билан қопланган бўлиб, тер бези ва фолликулалар бор. Бу эпителийлар тишли чизикда тамом бўлади. Орқа чиқарув тешик канали фаолсиз ҳолатда мушакларни тоник қисқариши натижасида ёпиқ ҳолатда бўлади (ички сфинктер).

Орқа чиқарув тешик каналида (ички сфинктер) айланма мушак толаси кучли ривожланган, унинг узунлиги 3-4 см, қалинлиги 1 см. Ташқи сфинктер ҳамма мушакларни ташқи юзасида жойлашган. Бу тўғри ичакни дистал қисдақи кенг мушаклар халқаси уралган бўлиб, баландлиги, кенглиги 2,5-3 см ни ташкил қилади. Ташқи сфинктер уч хил мушаклардан тузилган. Мушак толаларинини юза қатлами орқа чиқарув тешик олдида кесишади ва терига ёпишади ва уни ўраб олади. Иккинчиси, оралик пай марказидан бошлаб яна чуқурроқ жойлашиб боради. Мушакни бу тури тўғри ичакни бутунлай ўрайди. Қисман терига, қисман думғазани қопловчи суяк устига ёпишади.

Ташқи сфинктернинг учинчи тури жуда чуқур жойлашган бўлиб, цилиндр шаклидаги айланма мушак толаларидан тузилган ва ички сфинктерни ўраб туради.

Орқа чиқарув тешикнинг ташқи сфинктери оралиқ тармоғи бўлган уятли нерв толалари билан бошқарилади. Ички сфинктер асосан уятли невнинг симпатик толаларидан бошқарилади. Булар постганглионар толалар бўлиб, думғаза симпатик тугунларидан чиқади.

Ички сфинктер орқа чиқарув тешикни тоник ёпиб туради. Орқа чиқарув тешикда бу ҳолатни бузилиши ички сфинктер мушакларини қисқаришини сустигидан келиб чиқади. Ташқи сфинктер ҳаракатли нервлардан иннервация олгани учун эркин қисқариш хусусиятига эга. Булар орасидаги ўзаро таъсир қилишлар нерв ганглиялари ҳолатига боғлиқ бўлади.

Тўғри ичак битта тоқ -юқори тўғри ичак ва иккита жуфт -ўрта тўғри ичак(ички ёнбош артерияси тармоғи) ва пастки тўғри ичак(ички жинсий артерия тармоғи). артериялари орқали қон билан тадақланади. Юқори тўғри ичак артерияси пастки тутқич артериянинг давоми бўлиб тўғри ичакни асосий артерияси бўлиб ҳисобланади.

Тўғри ичакнинг вена томирларида қон кетиши иккита веноз тизим билан амалга ошади, яъни пастки кавак ва дарвоза венаси орқали. Шу сабабли тўғри ичакда вена томирлари портаковал анастомозларини ташил қилади.

Тўғри ичак симпатик ва парасимпатик нерв толалари орқали иннервация қилинади. Тўғри ичакни оралиқ бўлими уятли нерв билан иннервация қилинади. Бунда сезувчи ва ҳаракатга келтирадиган толари мавжуд.

Тўғри ичакдан лимфани йўналиши тўрт томонли бўлади. Орқа чиқарув тешик каналидаги лимфа чов соҳасидан ёки тўғри ичак шахсий фасцияси остидаги лимфатик тугунлардан кетади(Герота тугунлари). Тўғри ичакнинг юқори бўлимига юқори тўғри ичак артерияси ёнида жойлашган думғаза лимфа тугунларидан тушади. Шундай қилиб, лимфалар йўналиши - чов лимфатик тугунлари(пастки тўғри ичак бўлими), иккинчи - юқори тўғри ичак, учинчи -думғаза лимфатик тугунлари ва тўртинчи йўналиш - пастки ёнбош артериялар коллекторлари.

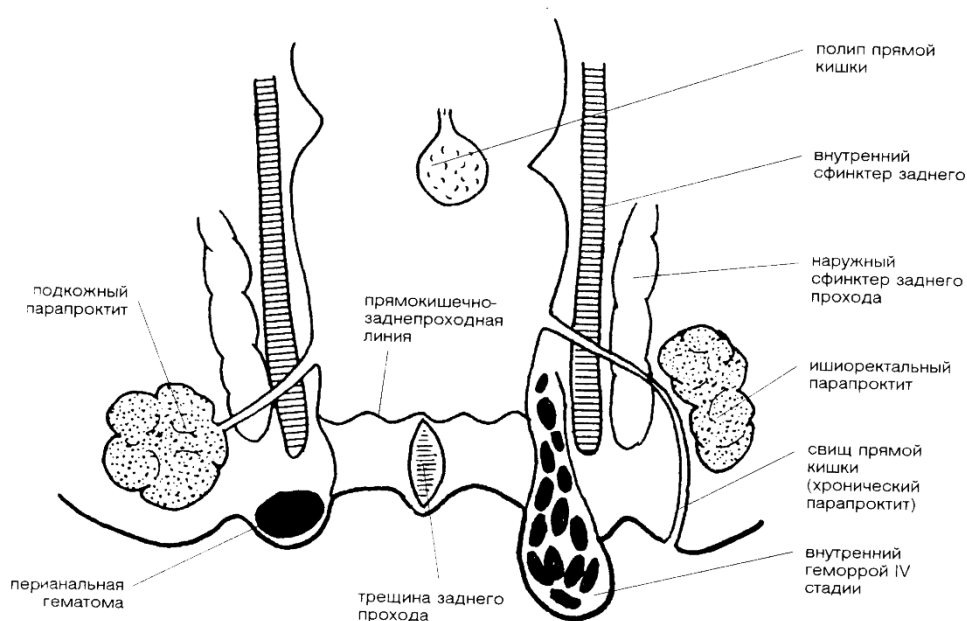
6.1. Назарий қисми

Орқа чиқарув тешик соҳасида оғриқ, шиш, оқма ва ундан йиринг чиқиши билан кузатилса ўтқир ва суранкали парапроктит ривожланганлигидан дарак беради. Парапроктит – бу кўп учрайдиган проктологик касалликлардан бири. Бу касаллик тўғри ичак касалликларини 20-40% ташкил қилади. 80-85% фоиз ўтқир парапроктит сурункали парапроктит шаклига ўтади.

Перианал соҳа ва тўғри ичак касалликлари

Ҳозиргача унинг ташхиси, таснифи ва даволаш тактикаси охиригача тўлиқ ўрганилгани йўқ ва жуда кўп мунозараларда ўзгариб туради.

Ҳақиқий парапроктит – бу одатдаги параректал клетчаткани яллиғланиши бўлмасдан (масалан, чипқон ёки хўппозлар, перианал соҳани ташқаридан инфекция тушиши ва хоқозо) инфекция тўғри ичак атрофига ичак бўшлиғидан, яъни орқа чиқарув тешик (морганиев)крипталар тубидаги анал безларининг яллиғлашидан тарқалади.



Натижада криптогландуляр абсцесс, ўзи ташқарига ёки ичак бўшлиғига ёрилади. Бошқа бирида эса жарроҳлик йўли билан абсцессни кесишга тўғри келади. Бундан кейин купинча оқма(сурункали парапроктит) ҳосил бўлади ёки абсцесс яна қайталаши мумкин. Бу безларнинг яллиғланиш сабаблари кўп: бавосир касаллиги, сурункали анал ёрмаси ва бошқалар. Гохан ёш соғлом одамларда анал безлар ҳеч сабабсиз ҳам яллиғланиши мумкиин.

Аммо беморни сўраб-суриштирганда беморда катта бўлмаган дискомфорт, орқа чиқарув тешик соҳасида қичишиш, перианал терисини намланиши, хожатга борганда кучли бўлмаган оғриқ бўлгани тўғрисида ахборот берадилар. Бундан ташқари беморлардаги қабзият ёки диареялар ҳам анал безларини яллиғланишига ва бирламчи парапроктитни пайдо бўлишига сабаб бўлади. Шунинг учун параректал абсцессни оддий очиш билан тозалаганда (абсцессни ички тешигини баргараф қилмаган тақдирда) тўлиқ соғайишга олиб келмайди. Агар абсцесс ёки оқма ички тешиги тишли чизикдан юқорида жойлашган бўлса оддий носпецифик яллиғланиш тўғрисида эмас, балки ичакнинг шикасланиши, Крона касаллиги, носпецифик ярали колит ва кам учрайдиган ичак сили тўғрисида фикр юритиш мумкин. Оқманинг ички тешиги аниқланмаса параректал клетчаткани яллиғланиши ташқаридан (чипқон, карбункул, флегмона, актиномикоз, таносил лимфогранулома) инфекция кирган булиши мумкин.

ЎТКИР ПАРАПРОКТИТ. АСОСАН АНАЛ БЕЗЛАРИНИ ЯЛЛИҒЛАНИШИ НАТИЖАСИДА ПАРАРЕКТАЛ КЛЕТЧАТКА СОҲСИГА ИНФЕКЦИЯ ТУШАДИ ВА ЎТКИР ПАРАПРОКТИТГА ОЛИБ КЕЛАДИ.

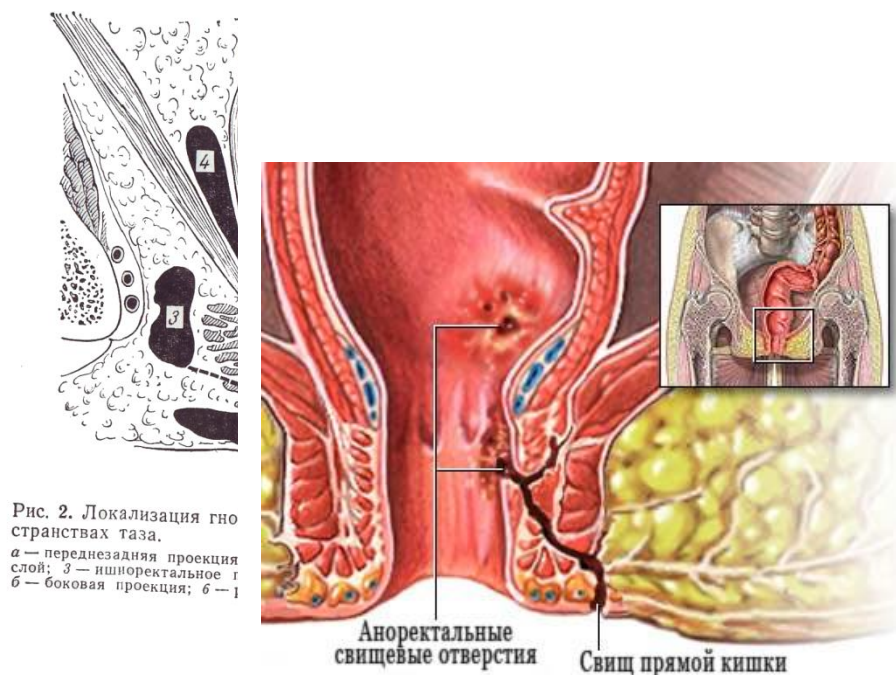


Рис. 2. Локализация гно-
странства таза.
а — переднезадняя проекция
слоя; 3 — ишиоректальное
б — боковая проекция; 6 — 1

Ўткир парапроктит жойлашига қараб қуйидаги шаклларга бўлинади: тери ости, шиллик қават ости, ишиоректал, пелвиоректал(тос - тўғри ичак), ретроректал. Йирингли бушлиқни ички тешиги асосан битта бўлса, ташқи тешиқлари иккита ва ундан кўп билиши мумкин.

Ўткир парапроктит клиникаси: перианал сохада шиш, доимий оғриқ, тана хароратини кўтарилиши. Оғриқ юрганда, ўтирганда йўталганда, гоҳан хожатга борганда кучайиши кузатилади. Умумий ҳолати ёмонлашади, тана харорати кўтарилади. Бу ҳолат йирингли бўшлиқни қўймич-тўғри ичак, чаноқ-тўғри ичак соҳасида жойлашганда беморнинг умумий аҳволи тез ёмонлашади. Бундай парапроктитларда перианал соха тери ранги ўзгариши, флюктуация сезилмайди, чуқур пайпаслаганда ҳам зарарланган томонда оғриқни аниқ локализацисини билиш қийин. Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда ҳам касалликни аниқлаш қийин.

Ўткир парапроктитни ташхиси. Ўткир яллиғланиш даврида хар доим ҳам ички тешиқни аниқлаб бўлмайди. Ички тешиқни аниқлаш учун метилен кўки эритмаси қўллаганда аниқлаш мумкин. Абсцессни пункция қилиб, йирингдан холос қилинади ва шу пайти игнани чиқармасдан йиринг бўшлиғига метилен кўки эритмаси юборилади. Ўткир парапроктитни радикал давоси - перианал абсцессини кенг очиш ва ички тешиқни бартарф қилиш.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИС. ЎТКИР ПАРПРОКТИТЛАРНИ ДУМБА СОҲАСИ ЧИПҚОНИ, КАРБУНКУЛ, САРАМАС, ФЛЕГМОНА, ПРОСТАТИТ, АДНЕКСИТ, ЎТКИР АППЕНДИЦИТ, ЧАНОҚ СУЯГИ ОСТЕОМИЕЛИТИ, БАРТОЛАНИТ, ЭПИТЕЛИАЛ-ДУМҒАЗА ЙЎЛИ ВА КИСТАЛАРИ БИЛАН ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА ЎТҚАЗИШ КЕРАК. ЎТИР ПЕЛВИОРЕКТАЛ ПАРАПРОКТИТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАР ГОҲАН ГРИПП, ЗОТИЛЖАМ, ҚОРИН ТИФИ КАСАЛЛИГИ ДИАГНОЗИ БИЛАН ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР, ЮҚИМЛИ КАСАЛЛИКЛАР БЎЛИМЛАРИГА ЁТҚИЗИЛАДИ.

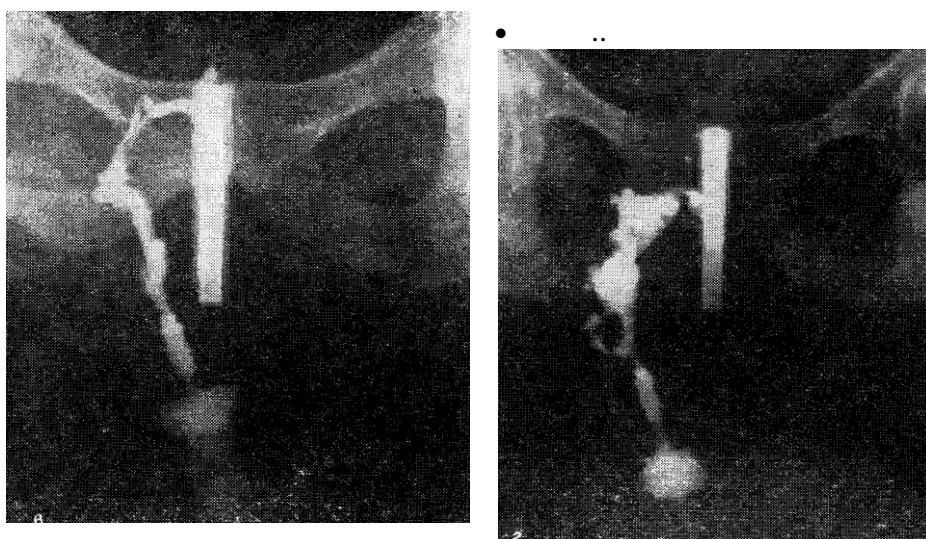
ДАВОЛАШ. БЕМОРЛАР БИРЛАМЧИ ПАРПРОКТИТ ДИАГНОЗИ БИЛАН КЛИНИКАГА КАМ ТУШАДИ. КЎПИНЧА АБСЦЕССЛАР УЙИДА ИССИҚ ҲАММОМ, КОМПРЕНС ЁКИ ВИШНЕВСКИЙ МАЗИ ҚЎЙГАНДАН КЕЙИН ЎЗ-ЎЗИДАН ЁРИЛАДИ. БУ ПАЙТДА ПЕРИАНАЛ СОҲАНИ КЎРГАНДА ОРҚА ЧИҚАРУВ ТЕШИК ЯҚИНИДА ЙИРИНГЛИ ЯРА АНИҚЛАНАДИ, БАРМОҚ БИЛАН ТЎҒРИ ИЧАКНИ ТЕКШИРГАНДА ИЧКИ ТЕШИКНИ ЖОЙЛАШГАН СОҲА АНИҚЛАНИШИ МУМКИН. АБСЦЕССНИ ЎЗ-ЎЗИДАН ЁРИЛИШИ ЁКИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ОЧИЛСА, ЛЕКИН ИЧКИ ТЕШИГИНИ БАРТАРАФ ҚИЛИНМАСА БЕМОР ТЎЛИҚ ТУЗАЛИБ КЕТМАСЛИГИ МУМКИН. ШУНИНГ УЧУН ПАРПРОКТИТНИ ТЎЛИҚ ДАВОЛАШ УЧУН НАРКОЗ ОСТИДА ОПЕРАЦИЯ ҚИЛИШ ВА ИЧКИ ТЕШИГИНИ БАРТАРАФ ҚИЛИШ МАҚСАДГА МУВОФИҚ БЎЛАДИ. БУНДАЙ БЕМОРЛАР УМУМИЙ ЖАРРОҲЛИК КАСАЛХОНАСИГА ЁТҚИЗИЛСА АБСЦЕССНИ КЕНГ ОЧИБ ВА ДРЕНАЖЛАШ КЕРАК. БЕМОРГА АБСЦЕССНИ ҚАЙТАЛАШИ ТЎҒРИСИДА ОГОҲЛАНТИРИЛАДИ ВА КОЛОПРОКТОЛОГИЯ БЎЛИМИДА ДАВОЛАНИШ ТАВСИЯ ЭТИЛАДИ.

СУРУНКАЛИ ПАРАПРОКТИТ(ТЎҒРИ ИЧАК ОҚМАСИ) ЎТКИР ПАРАПРОКТИТНИ ЎЗИ ЁРИЛИШИ ЁКИ ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ОЧГАНДАН КЕЙИН ИЧКИ ТЕШИК АНАЛ КАНАЛИДА ҚИЛИНМАГАНЛИГИДАН КЕЙИН ПАЙДО БЎЛАДИ. БУ ХОЛДА ИЧКИ ТЕШИК БЕКИЛМАЙДИ ВА ШУ СОҲАДА ЧАНДИҚ ҲОСИЛ БЎЛИБ ҚОЛАДИ. АЙРИМ ПАЙТЛАРДА ҚАБЗИЯТДА, ВЕЛОСЕПИД, МОТОЦИКЛ ҲАЙДАГАНДА ШИКАСТЛАНАДИ ВА КЕЙИН ЯНА ҚАЙТАЛАШИ МУМКИН. АБСЦЕССНИ ИЧКИ ТЕШИГИ ЁПИЛМАСА ХАР ДОИМ БИТТА ЁКИ БИР НЕЧА ЖОЙДА, ЭСКИ ЧАНДИҚ СОҲАСИДА, ҲАТТО ҚАРАМА-ҚАРШИ ТОМОНДА АБСЦЕСС БЎЛИШИ МУМКИН. ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ БИРЛАМЧИ ПАРАПРОКТИТНИ ТАКТИКАСИДАН СИРА ФАРҚ ҚИЛМАЙДИ. 2/3 ҚИСМ БЕМОРНИНГ ОРАЛИҚ СОҲАСИДА ПАРАРЕКТАЛ АБСЦЕССИ ОДДИЙ КЕСИШДАН КЕЙИН ТУЗАЛМАЙДИ. НАТИЖАДА ТЎҒРИ ИЧАК ОҚМАСИ(СУРУНКАЛИ ПАРАПРОКТИТ) РИВОЖЛАНАДИ.

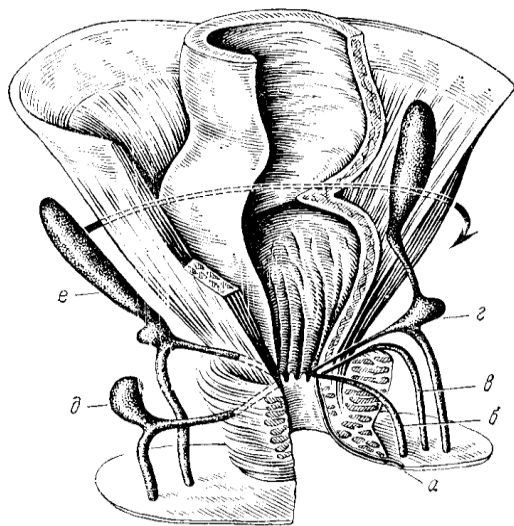
Тўғри ичак оқмасининг клиникаси. Тўғри ичак оқмасининг клиникаси доимий равишда орқа чиқарув тешик соҳасини қичиши, оғриши, оқма тешигидан қон, йиринг оқиши, перианал соҳанинг терисида мацерация. Тўғри ичак оқмасига ташхис қўйиш унча қийин

эмас. Бармоқ билан текширганда кўпроқ нуктали оғрик, орқа чиқарув тешик соҳасидаги тўқималарни қаттиқлашиши аниқланади. Ректоскоп билан анал каналини кўрганда катта бўлмаган чандикни, варонкасимон чуқурчани, ундан йиринг чиқиб туришини кўриш мумкин. Оқмани ички тешиги (носпецифик яллиғланишда) тишли чизик тўғрисида жойлашган бўлади. (бир ёки иккита морганиев крипларида). Оқманинг ички тешиги тишсимон чизикдан юқорида жойлашган бўлса, бу пайти НЯК, Крона касаллиги асорати бўлиши мумкин.

Оқмани шаклини, узунлигини ва аниқ жойлашувини билиш учун тугунчали зонд, метилен кўк бўёғи жуда яхши ёрдам беради. Мураккаб оқмаларда фистулография қилиш лозим. Оқмани ички тешигини аниқлашга қараб, жаррохлик тактикани танлаш керак. Кейинги пайтларда буни ечидаки топиш учун ультратовуш усули қўлланилмоқда. Шу мақсадда МРТ текшириш ҳам жуда яхши натижалар беради. Ҳар бир янгилик ташхис қўйишда ва даволашда ўзининг самарасини бермасдан қолмайди. Аммо тажрибали проктолог бармоқ билан текшириб, зонд ва метилен кўк бўёғи қўллаб ҳам аниқ ташхис қўйиши мумкин, яъни оқманинг ички тешик жойлашувини аниқлай олади.



ТЎҒРИ ИЧАК ОҚМАСИНИНГ ТУРИ.ЎТКИР ПАРАПРОКТИТ СИНГАРИ ТУҒРИ ИЧАК ОҚМАЛАРНИ МУРАККАБЛИК ДАРАЖАСИНИ ИЧАККА ЎТИШ ЙЎЛИ ВА АНАЛ СФИНКТЕРИГА НИСБАТАН АНИҚЛАНАДИ. БУ: ТЕРИШИЛЛИҚ ОСТИ –ИНТРАСФИНКТЕР, ТРАНССФИНКТЕР ВА МУРАККАБ ЭКСТРАСФИНКТЕР ОҚМАЛАР. ОҚМАНИ ЖОЙЛАШУВИГА ҚАРАБ, ТУРЛИ ХИЛ ОПЕРАЦИЯЛАР ТААВИЯ ҚИЛИНАДИ. ТЎҒРИ ИЧАКНИ ОҚМАСИНИНГ ТАШҚИ ТЕШИГИ АСОСАН ГОРИЗОНТАЛ ЧИЗИҚНИ УСТИДА ЁКИ ПАСТИДА ЖОЙЛАШАДИ. ИЧКИ ТЕШИК ОРҚА ТОМОНДА ЖОЙЛАШСА, ОҚМА ЙЎЛИ ВА ТАШҚИ ТЕШИК ШУ ЧИЗИҚНИ ТАГИДА БЎЛАДИ. АГАР ИЧКИ ТЕШИК ОЛДИДА БЎЛСА, ОҚМА ЙЎЛИ ВА ТАШҚИ ТЕШИК ГОРИЗОНТАЛ ЧИЗИҚНИ УСТИДАН ЎТАДИ.(ГУДЗАЛА ҚОИДАСИ) ОҚМАНИНГ ТАШҚИ ТЕШИГИ АСОСАН БИТА ЁКИ (ТАҚАСИМОН ОҚМАДА) БИР НЕЧТА БЎЛИШИ МУМКИН. ЙЎҒОН ИЧАК ЗАРАРЛАНИШИ (НОСПЕЦИФИК ЯРАЛИ КОЛИТ, КРОН КАСАЛЛИГИ) ЁКИ ОРАЛИҚ СОҲАСИДА(АКТИНОМИКОЗ, ТАНАСИЛ ЛИМФОГРАНУЛОМА,ОИТС, МАЛИГНИЗАЦИЯ) ОҚМА БУТУНЛАЙ БОШҚА ШАКЛДА ВА ТАВСИФГА ЭГА БЎЛАДИ. ТЎҒРИ ИЧАК ОҚМАСИГА ШУБҲА ҚИЛГАНДА ТЎҚИМАДАН БИОПСИЯ ОЛИШ ЛОЗИМ.



Дифференциал ташхис. Тўғри ичак оқмаси ташхиси унчалик қийинчилик туғдирмайди. Шунга қарамай оралиқ соҳасида бошқа касалликлар бўлишини ҳам эсдан чиқармаслик керак. Буларга: эпителиал-думғаза йўли, йиринглаган тератоид кистаси, чанок суяги остеомиелити, парауретрит, простатит, актиномикоз, ярали колит, Крон ва сил касалликларидир.

Эпителиал-думғаза йўли. Тўғри ичак ва оралиқ касалликларини 4-5 % ташкил қилади. Думғаза йўлини асратсиз шаклига ташхис қўйин унча қийин эмас. Димғаза соҳасини курганда эпителиал қуймич йўлини ташқи тешикларига эътибор бериш керак. Бирламчи оқма тешиклари думбалараро ўрта чизикда бўйлаб жойлашади. Бундай ҳоллар сурункали парапроктитда кузатилмайди. Оқма йўли тўғри ичак билан ҳечқандай алоқаси бўлмайди.

Параректал соҳа тератоид кисталари. Кўпгина муаллифлар фикрига кўра ҳамма чанок бўшлиғи тўғма касалликлари эмбриогенезни нотўғри ривожланишига боғлиқ деб ҳисоблайдилар.. Бу касллиikka ташхис қўйиш етарли даражада қийинчиликлар туғдириш мумкин. Клиник белгилари камлиги ва асоратлар ривожланиши билан тавсифланади. Иккинчи томондан парапроктитга ўхшаш клиник белгилар тератоид кисталарда ҳам кузатилиши мумкин. Параректал клетчаткадаги тератоид кистанинг бошқа касалликлардан фарқи, оралиқдаги оғриқ, думба, тўғри ичак, қин, ўтиргич-думғаза соҳасида жойлашиши билан тавсифланади.

Оғриқли синдром оралиқ соҳасидаги оқма билан кечиши кузатилади. Сурункали парапроктитга оғриқ характерли эмас. Чунки яллиғланиш жараёни кучайса, шунда оғриқ пайдо бўлади. Кистадан чиқаётган суюқлик кам, болчиққ ўхшаш хира рангли, айрим пайтларда замаскага ўхшайди. Чанокни соҳани рентгенограмма қилганда киста айлана юмшоқ тўқималар сояси билан кўринади. Сурункали парапроктитда йирингга ўхшаш сариқ суюқлик чиқади. Тўғри ичакни контраст билан текширилганда кистоз ўсма билан ичак девори қўшилиб кетганга ўхшайди.

Чанок суяги остеомиелитида оралиқ соҳаси оқмаси. Бу касллик билан ҳам нотўғри ташхис қўйилади. Сурункали парапроктит асосан орқа чиқарув тешик атрофи ва оралиқ соҳасида учрайди. Чанок суяги остеомиелити думба, ўтиргич-думғаза ва сонни юқори қисмида кузатилади. Оқманинг тешиги кенг, айлана грануляцион тўқималар ҳосил бўлади.

Чанок суяги остеомиелитида иккиламчи йирингли оқма тўғри ичак билан жуда кам ҳолатда боғлиқ бўлади. Оқмани зонд билан текширганда оқма йўли зарарланган суяк томон йўналган бўлади. Сурункали парапроктитда зонд 75% тўғри ичакка боради. Оқманинг ташқи тешигидан контраст модда билан рентгенограмма қилинганда контраст ичак бўшлиғига тушмайди. Чанок суягини рентгенограмма қилганда остеомиелит белгилари аниқланади.

Параректал соҳа актиномикози. Кам учрайдиган касаллик бўлиб, параректал клечаткадаги яллиғланиш жараёнини асорати ҳисобланади. Оралиқ соҳасини кўздан кечирганда параректал клечатка соҳасида яллиғланиш жараёни деформацияли чандиқ ҳисобига кенгайди. Ташқи оқма тешиги кенг, атрофини грануляцион тўқималар билан ўралган бўлади. Булар сонини санаб бўлмайди. Параректал соҳаси териси асалари уясига ўхшайди. Бу ҳоллар сурункали парапроктитда кузатилмайди. Бармоқ билан тўғри ичакни текширганда параректал соҳада 30% тўғри ичакни айланма инфилтрат ураб олган бўлади. Микроскопик актиномикоз оқмаси ва абсцессдаги йирингни текширганда 21% нурли қўзиқорин ўртоқлари, 47% аэробли актиномицет, 14% актиномицет ўртоқлари ва аэробли актиномицет ва 18% аэробли ва анаэробли актиномицетлар аниқланган.

Крона касаллигида маҳаллий асоратлардан бири сурункали парапроктит оғир клиник кечиш билан ўтади. Кўп адабиётларда Крон касаллиги билан НЯК анаректал асоратни ривожланиши билан фарқ қилади. Бу касалликларда оқма сўлгин кечади ва яллиғланиш жараёни доимий қайталаб туради. Бундан ташқари, оқма тешиклари кўп бўлиб, қаттиқлашмайди ва чандиқ ҳосил бўлмайди.

Тўғри ичакда сил оқмаси. Бу касаллик 0,5-5% беморларда учрайди. Сил касллигида тўғри ичак оқмасини 2 вариантда кечади: белгисиз ва силни фаол фони (кўпроқ ўпка тўқимаси ва ошқазон - ичак тракти). Сил оқмаси кечиши сўлгин бўлади. Клиник белгилари аниқ бўлмайди. Ёрилгандан кейин эса типик оқмага ўхшайди. Йўғон ичакни эндоскопик текширганда катарал проктит ёки проктосигмоидит, Крон касаллиги ва НЯК белгилари яъни ичакда қўплаб эрозия ва яралар аниқланади. Сил касаллигига ташхис қўйиш учун специфик қўзатма ва гистологик текширув усулари қўлланилганда оқмадан лимпоид, эпителиоид ва катта хўжайрали клетка Лангхерганса аниқланади.

Тўғри ичак оқмасининг даволаш. Тўғри ичак оқмаларини фақат оператив даволаш йўли билан тузатиш мумкин. Узоқ вақт давом этган мураккаб оқмаларни оператив даволаш натижасини аниқ айтиш қийин. Буни операция қилгандан кейин қайталамаслиги мумкин, аммо анал сфинктерни қисман етишмаслиги натижасида ичак моддасини яхши ушламасликка олиб келиши мумкин. Мураккаб тўғри ичак оқмаларини мутахасислар – колопроктологларда даволаниш тавсия этилади. Болаларда ҳам ўткир ва сурункали парапроктитни жарроҳлик йўли билан даволашни фарқи йўқ.

Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқсиз	ёмон
Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%- 37%	36% ва пасти
Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3.

Аналитик қисм. Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши: Амалий дарсларда муаммо ҳолатини ўқитувчи технологияси ёрдамида ечиш.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 8 мавзу, 327 дақиқа	Талабалар сони :8-10
Мавзу	Перианал соҳадаги оғриқ, шиш ва оқмадан йирингни чиқиши. Таснифи, клиникаси, диагностикаси и дифференциал ташхиси ҳақида тушунча. УАШ нинг шошилинич тиббий ёрдам қўсатиш тактикаси. Операцияга қўрсатмалар. Беморлар

	реабилитацияси.
<i>Амалий маиғулотларни режаси</i>	<p>Кейсни фикрга киритиш.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 2. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш. 3. Гуруҳларда“Кейс – усулда” ечиш. 4. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 5. Т- чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 6. Хулоса. Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш.
<p>Ўқиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳис ва даволашни ўрганиш. - Экстремал ҳолатларға мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш). - олдиндан ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Жарроҳлик касалликларни даволаш тамойилларни ўрганиш; - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 	

<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга меҳнатсеварликга, чидамли маъсулияти бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришга ўргатиш Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартиш ва жароҳат, инфекция, БЖЁ га ёрдам кўрсатишда МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларининг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - анал соҳасида оғриқ. шиш, оқма ва ундан йиринг оқиш синдромларни тушуниш ва моҳиятини билиш; анал соҳасида оғриқ. шиш, оқма ва ундан йиринг оқиш синдромларни асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш; -беморларда перианал касалликларни клиник текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш. - о - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш; - бирламчи ташҳисни қўйиш ва дифференциал ташҳис ўтқазиш; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; - анал соҳасида оғриқ. шиш, оқма ва ундан йиринг оқиш синдромларни УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси;</p>
<p>Усуллар ва техникани ўрганиш</p>	<p>“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”</p>
<p>Воситани ўрганиш:</p>	<p>Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий крта мажмуаси , жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Алоҳида ва гуруҳларда</p>

Ўқитиш шароити:	1. УАШ кафедрасида; 1 РКШ жарроҳлик бўлимида ва клиник лабораториясида; 2 жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3 Поликлиника, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назрат саволлар, вазиятли масалалар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Дарснинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўллари эшитишни таклиф қилади.	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама	Фаол иштирок этади.

40 дақиқа 80 дақиқа	қилишни ташкиллаштиради.Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдандан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтииради. (илова №3.1).	
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташхиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-илова

Блиц-саволлар:

1. Ўткир парапроктитга олиб келувчи сабаблар.
2. Ўткир парапроктит классификацияси.
3. Ўткир парапроктитни қандай клиник белгиларини биласиз?
- 4.Ўткир парапроктитда қандай даволар қўлланади?
- 5.Сурункали парапроктит деганда нимани тушунасиз?

2-илова

1 – топширик

Эксперт варағи

1-гуруҳ.

1. Сурункали парапроктитни клиникаси қандай кечади?
2. Қандай касалликлар билан дифференциал диагностика қилиш керак?

“Муаммоли ҳолат” жадвал тўлдириш

Муаммо тури	Муаммо ҳолатини ҳосил бўлиш сабаблари	Муаммони ечиш йўли

2- гуруҳ.

1. Параректал оқмани клиник белгилари, ташҳиси ва даволаш усуллари.
2. Тўғри ичак экстрасфинктер оқмасини даволаш тактикаси қандай?

“Муаммоли ҳолат” жадвал тўлдириш

Муаммо тури	Муаммо ҳолатини ҳосил бўлиш сабаблари	Муаммони ечиш йўли

3-ИЛОВА**2 - топшириқ****“Т-чизма” жадвалини тўлдириш**

Ўткир парапроктит таснифи	Параректал оқма таснифи

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони**Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони**

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстрацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46- 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – кониқарли 34-32 кониқарсиз,31 ва пасти – ёмон.

Ўқитувчи ўткир ва сурункали парапроктит билан оғриган беморни олиб боришни таҳлил қилиш.

Ўқитувчи гуруҳни 3та гуруҳчага 1, 2, 3, 1, 2, 3 ҳисобга олиб, бўлади. Ҳамма 1 рақам 1 гуруҳча аудиторияни чап томонида ўтиради. 2рақам 2 гуруҳча ҳаммаси ўнг томонда, ҳамма 3 гуруҳча 3 рақам аудиторияни ўртасида ўтиради.

Жребия бўйича топшириқлар тортилади:

1. Шифохонагача бўлган вақтда ўткир парапроктит билан касалланган беморга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш;
2. Шифохонада ётқизилган беморга биринчи тиббий ёрдам кўрсатиш;
3. Шифохонада ётган беморга тўлиқ тиббий ёрдам кўрсатиш.

Кейин тайёрланиш учун вақт берилади ва дафтарга ёзади. Гуруҳларда қатнашганлар ичидан навбатма – навбат жавоб беради. Рақиб гуруҳ ва ўқитувчи эксперт ҳисобланади.

3 дақиқа инструктаж ўтилади. Гуруҳларга бўлиниш 2 дақиқа. Тайёрланиш учун 10 дақиқа. Ҳар бир гуруҳни чиқиши учун 10 дақиқадан(30 дақиқа).Тўғри жавоб берган гуруҳ эълон қилинади ва мукофотланади.

«Ручка стол ўртасида» усули. Ҳамма гуруҳларга топшириқ берилади(масалан: ўткир парапроктитнинг белгиларини сананг, ташҳиси ва даволаш тактикаси). Ҳар бир талаба 1вараққа битта вариантни жавобини ёзиб қўшнисига узатади ва ўзини ручкасини столни ўртасига қўяди. Ўқитувчи гуруҳларда қатнашган ҳар бирини назорат қилади ва дафтарига ёзиб олади.

Аналитик қисм.

Ишга алоқадор ўйинларни ўтказиш услуби: «Галерея тури бўйича» амалий топширик мавзуси: «Перианал соҳасдаги шиши, оғриқ ва оқмадан йиринг чиқиши».

Иш учун керак:

1. Саволларни ва вазиятли масалаларни алоҳида варақда йиғиш.
2. Тоза қоғоз варақлар.
3. Ручканинг ранглари(кўк, қизил, қора)
4. Гуруҳлардаги талабаларни сон билан белгилаш.

Ишлар йўли:

1. Гуруҳ 3 гуруҳчага 3-4 одамдан бўлинади.
2. Ҳар бир гуруҳча алоҳида столга ўтиради, тоза варақни тайёрлайди ва битти рангли ручкани олади.
3. Вараққа кунни, гуруҳ рақами, алоқадор ўйинни мавзуси ва талабани исми шарифи ёзади.
4. Қатнашганлар ичидан биттаси конвертдаги саволни олади ёки ўқитувчи танлайди. Ҳар бир гуруҳга алоҳида савол ва топшириқлар берилади. Ҳамма гуруҳ учун бир хил.
6. 10 дақиқа ажратилади.
7. Ҳар бир гуруҳчалар саволларни 10 дақиқада муҳокама қилади. Вақти тугагандан кейин варақларни бошқа гуруҳлар билан алмаштиради.
8. Кейинги гуруҳча талабалари олдингиларни жавобларини баҳолайди. Агар жавоб тўлиқ бўлмаса тўлдирди ёки ўзининг вариантыни тақдим қилади. Бу босқичга 10 дақиқа вақт берилади.
9. Иш тугагандан кейин(30 дақиқа) варақларда 3 хил рангли ёзувлар пайдо бўлади.
10. Ишни ўқитувчига топширадилар.
11. Ҳамма қатнашчилар натижаларни муҳокама қилади ва ким кўп тўғри жавоб берган бўлса шу юқори балл тўплайди.
12. Муҳокама қилиш учун 15 дақиқа вақт берилади.
13. Гуруҳлардан энг кўп тўғри жавоб бергани максимал балл-100%, 2 ўрин-85,9%, 3 гуруҳости 70, 9% рейтингга эга бўлди.
14. Талаба олган балл кунда олган баҳога қўшиб борилади ва ҳисобга олинади.
15. Талабалар иши ўқитувчида сақланади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқрсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Кейс- босқичи	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

3.3 Вазиятли масалалар ва тестлар**Тестлар****1.Тўғри ичакни анатомик тузилиши:**

- А. Ампуладан юқори қисми*
- В. Ампула қисми*
- С. Анал қисми*
- Д. Сигмоидал қисми
- Е. Юқори қисми

2.Тўғри ичакни қайси томирлар қон билан таъдақлайди?

- А. Тўғри ичакни юқори артерияси*
- В. Тўғри ичакни ўрта артериялари*
- С. Тўғри ичакни пастки артериялари*
- Д. Қўш сигмоидал артериялар

Е. Юқори мезетериал артерия

3. Парапроктитлар сабабларига кўра қуйидагиларга бўлинади:

- А. Носпецифик*
- В. Специфик*
- С. Жароҳатдан кейинги*
- Д. Сифилитик
- Е. Криптоген

4. Ўткир парапроктитлар локализациси бўйича қуйидаги классификацияга бўлинмайди:

- А. Бачадон ва тўғри ичак орасида*
- В. Тери остида
- С. Шиллиқ қават остида
- Д. Ишеоректал сохада
- Е. Пелвиоректал сохада

5. Тўғри ичак оқмалари йўналиши бўйича қуйидагиларга бўлинади:

- А. Тўлиқ*
- В. Ички тўлиқмас*
- С. Ташқи тўлиқмас
- Д. Комбинициялашган
- Е. Қисман тўлиқ

6. Тўғри ичак оқмаларининг ички тешиги қаерларда аниқланади?

- А. Тўғри ичакни орқа криптида*
- В. Тўғри ичакни олдинги криптида*
- С. Тўғри ичакни ёнбош криптиларида*
- Д. Тўғри ичакни ампуляр қисмида
- Е. Тўғри ичакни ампула усти қисмида

7. Тўғри ичакни ташқи сфинктерига муносибати бўйича оқмалар бўлинади:

- А. Интрасфинктер*
- В. Транссфинктер*
- С. Экстрасфинктер*
- Д. Медиальсфинктер
- Е. Латеральсфинктер

8.	Ўткир	парапроктининг	сабаблари:
А.	Оралиқ сохасини терисидаги яллиғланиш		
В.	Сийдик	йўллари	яллиғланиши
С.	Кичик	тос	бўшлиғини яллиғланиши
Д.	Пирианал	сохадаги	чипқонлар
Е.	Анал безларини яллиғланиши*		

9. Ўткир парапроктитни асосий клиник белгилари:

- А. Ўткир бошланиши
- В. Анал сохасида оғриқлар, дефекацияда кучайиши
- С. Тана хароратини 38-39 градусгача кўтарилиши
- Д. Параректал сохада шиш ва оғриқ
- Е. Хамма кўрсатилганлар*

10. Тўғри ичак оқмаларининг асосий клиник белгилари:

- A. Оқмадан йиринг оқиши*
- B. Оқма атрофида терининг мацерация бўлиши, қичиши*
- C. Перианал сохани бармоқ билан текширганда шнурсимон қаттиқлик*
- D. Дефекацияда кучли оғрик
- E. Тўғри ичакдан қон кетиши

11. Тўғри ичакни оқмаларини диагностикасида қўлланмайдиган текшириш:

- A. Ирригография.*
- B. Кўриш ва бармоқ билан текшириш
- C. Зонд билан текшириш
- D. Фистулография.
- E. Ректороманоскопия.

12. Ўткир парапроктитнинг энг оғир тури:

- A. Ишиоректал
- B. Ректроректал
- C. Шиллиқ қават ости
- D. Пельвиоректал *
- E. Тери ости

13. Тўғри ичакни қайси бир касаллиги фақат оператив йўли билан даволанади?

- A. Сурункали проктосигмоидит
- B. Сурункали сфинктерит
- C. Тўғри ичак оқмалари*
- D. Ўткир проктит
- E. Анал қичиғи

14. Ўткир ишеоректал парапроктитда қандай даволаниш усуллари қўлланилади?

- A. Йирингли бўшлиқни пункция қилиш ва антибиотиклар юбориш
- B. Тўғри ичак орқали йирингли бўшлиқни очиш
- C. Йирингли бўшлиқни оралик сохадан очиш ва дренажлаш *
- D. Фақат консерватив даволаш
- E. Физиотерапевтик даволарни ўтказиш

15. Тўғри ичакни оқма йўлига метилен кўки эритмасни юборишни мақсади нима?

- A. Оқма йўлини ювиш
- B. Оқма йўлини ва йирингли бўшлиқларни аниқлаш *
- C. Қон кетишини олдини олиш
- D. Яллиғланишни олдини олиш
- E. Ташқи сфинктерни аниқлаш

16. Ўткир парапроктитни энг эффектив даволаш усули:

- A. Физиотерапия (УВЧ)
- B. Ўтирувчи ванна
- C. Йирингли бўшлиқни пункция қилиш
- D. Антибиотикотерапия *
- E. Йирингли бўшлиқни очиш ва дренажлаш *

17. Тўғри ичакни экстрасфинктер оқмаларин операциядан кейинги асоратлари:

- A. Анал сфинктерини етишмовчилиги*
- B. Жарохатдан қон кетиши*
- C. Тўғри ичак тушиши
- D. Анал каналини торайиши
- E. Анал сфинктерини гипертонуси

18. Тўғри ичакни экстрасфинктер оқмаларида лигатура қўйиш усули қандай турларида қўлланилади?

- А. Интрасфинктер оқмаларда
- В. Транссфинктер оқмаларда
- С. Экстрасфинктер оқмаларнинг I даражали мураккаблигида
- Д. Қайталанган экстрасфинктер оқмаларда*
- Е. Экстрасфинктер оқмаларининг 4 даражали мураккаблигида*

19. Тўғри ичак оқмаларини қайси касалликлардан дифференциал диагностика қилиш керак?

- А. Тос суякларини сил касаллиги оқмалари*
- В. Эпителиал копчик йўли*
- С. Перианал сохадаги тератоид кисталари
- Д. Варикоцелле
- Е. Оралиқ соха чурраси

Вазиятли масала №1 Бемор 37 ёшда, орқа чиқрув тешик соҳасидаги кучли оғриқга, дефекация вақтида оғриқни кучайишига ва тана хароратини 38,3 кутарилишига шикоят қилади. Касаллик тарихи бўйича 4 кундан давомида юқоридаги шикоятлари безовта қилади. Кўрганда беморнинг умумий ахволи қониқарли. Тери ва шиллик қаватларининг ранги оддий, томир уриши 92 маротиба бир дақиқада. Артериал қон босими 130/80 мм.сим. уст. Орқа чиқарув тешиги соҳасини кўрганда перанал сохада соат милини 7 да анал қирғоғидан 4-5см ташқарида хажми 3x4 см келадиган шиш бор. Перианал соха териси қизарган ва пайпаслаганда кучли оғриқ сезади.

Саволлар:

1. Бирламчи ташхисингиз нима?
2. Қандай қўшимча текширув усуллар қўлланилади?
3. Қандай касалликлар билан дифференциал ташхис қилинади?
4. УАШ даво учун қандай тактика қўллайди?

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Беморда тери ости ўткир парапроктит	5	5	0
2	Умумий қон васийдик анализи, ЭКГ, тўғри ичакни бармоқ билан текшиш, ректоскопия	5	5	0
3	Бавосир, ўткир учли кандилома, эпителиал думғаза йўли, йиринглаган тератоид кисталар билан дифференциал ташхис қилиш керак.	5	5	0
4	Беморга операция қилиш тавсия қилинади. Парапроктитни кесиш ички тешигини ёпиш.	5	5	0

Вазиятли масала № 2. 35 ёшли бемор анал соҳасида ва оралиқда оғриқ бўлишига, дефекацияда оғриқ кучайишига, тана хароратини кўтарилишига шикоят қилади. Касаллик тарихи бўйича ўзини 5 кун давомида касал деб ҳисоблайди. Умумий ахволи қониқарли. Маҳаллий кўрганда перианал сохада патологик ўзгариш йўқ. Тўғри ичакни

бармоқ билан текширганда ўнг ёнбош деворида хажми 3x5 см, келадиган кучли оғриқли, эластик консистенцияли хосила сезилади.

Саволлар:

- 1) Сизнинг дастлабки ташхисингиз.
- 2) Аниқ диагноз қўйиш учун қандай қўшимча текширишлар ўтказиш керак
- 3) Дифференциал ташхис
- 4) УАШни даволашдаги тактикаси.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўткир шиллиқости парапроктит	5	5	0
2	Умумий қон ва сийдик анализи, тўғри ичакни бармоқ билан текшириш, ректоскопия, керак бўлса инфилтратни пункция қилиш	5	5	0
3	Бавосир тугунчаларнин ўткир тробози, анал ёрмаси, тўғри ичак усмаси	5	5	0
4	Йирингли жаррохлик бўлимга юбориш	5	5	0

Вазиятли масала № 3 Бемор, 39 ёш, орқа чиқарув тешикдан йиринг чиқишидан, дефекация вақтида оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилади. Касаллик тарихи бўйича 2 йил давомида ўзини бемор деб ҳисоблайди. Маҳаллий кўрганда орқа чиқарув тешигида соат миля бўйича 6 да, анал қирғоғидан 3см ташқарида оқманинг ташқи тешиги аниқланади ва ундан йиринг чақади. Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда орқа криптда хажми 0,5x0,5 см чандиқли дефект аниқланади. Анал сфинктери спазм ҳолатида..

Саволлар:

1. Дастлабки ташхис
2. Ташхисни тасдиқлаш учун қндай текширув усуллари ўтказиш керак?
3. Дифференциальная диагностика.
4. УАШ нинг даволаш тактикаси.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Тўғри ичакни орқа транссфинктер оқмаси.	5	5	0
2	Умумий қон ва сийдик анализи ЭКГ, Ректоскопия, фистулография	5	5	0
3	Сурункали анал ёрмаси, ўткир парапроктит, экстрасфинктер оқма, тўғри ичак ўсмаси, эпителиал думғаза йўли, тератоид кисталар	5	5	0
4	Тўғри ичакдаги оқмани кесиб олиш ва жароҳатланган сфинктер толаларини тиклаш.	5	5	0

Вазиятли масала № 4 Бемор 37 ёш, орқа чиқарув тешик соҳасидаги кучли оғриқга, дефекация вақтида оғриқни кучайишига ва тана хароратини 38,3⁰ кутарилишига шикоят қилади. Касаллик тарихи бўйича 4 кундан давомида юқоридаги шикоятлари безовта қилади. Кўрганда беморнинг умумий аҳоли қониқарли. Тери ва шиллик қаватларининг ранги оддий, томир уриши 92 маротиба бир дақиқада. Артериал қон босими 130/80 мм.сим. уст. Орқа чиқарув тешиги соҳасини кўрганда перианал соҳада

соат милини 7 да анал қирғоғидан 4-5см ташқарида хажми 3x4 см келадиган шиш бор. Перианал соха териси қизарган ва пайпаслаганда кучли оғриқ сезади.

Саволлар:

1. Бирламчи ташҳисингиз нима?
2. Қандай қўшимча текширув усуллар қўлланилади?
3. Қандай касалликлар билан дифференциал ташҳис қилинади?
4. УАШ даво учун қандай тактика қўллайди?

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Беморда тери ости ўткир парапроктит	5	5	0
2	Умумий қон ва сийдик анлаизи, тўғри ичакни бармоқ билан текшиш, ЭКГ, ректоскопия	5	5	0
3	Бавосир, ўткир учли кандилома, эпителиал думғаза йўли, йиринлаган тератоид кисталар билан дифференциал ташҳис қилиш керак.	5	5	0
4	Беморга операция қилиш тавсия этилади. Парапроктитни кесиш, ички тешигини бартараф қилиш.	5	5	0

Вазиятли масала №5 39 ёшли бемор анал соҳасида оқма борлигига ва ундан йирингли суяқли оқишига, дефекация вақтида кучсиз оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилади. Касаллик тарихи бўйича бир йил олдин беморда ўткир парапроктит бўйича операция қилинган. Кўрганда: беморнинг умумий ахволи қониқарли. Анал соҳасини кўрганда соат милини 6 да анал тешиги қирғоғидан 8см ташқарида хажми 0,3x0.4см келадиган оқманинг ташқи тешиги аниқланади. Тўғри ичакни бармоқ билан текширганда анал каналини орқа криптида чандиқ ва оқмани ички тешиги аниқланади. Оқма йўлини зонд билан текширганда зонд орқа криптга йўналган.

Саволлар:

1. Дастлабки ташҳисингиз нима?
2. Якуний ташҳисни тасдиқлаш учун қандай текширув ишлари қилиш керак?
3. Қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтқазил керак?
4. УАШ даволаш тактикаси.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Тўғри ичакни орқа экстрасфинктер оқмаси 2 даражали мураккабликда	5	5	0
2	Умумий қон ва сийдик анализи, ЭКГ, ректоскопия, фистулография	5	5	0
3	Анал ёрмаси, ўткир парапроктит, Тўғри ичак саратони, эпителиал думғаза йўли, тератоид кистани йиринглаши ва оқма хосил бўлиши, Крон касалининг асорати	5	5	0
4	Оқмани кесиш ва шикастланган сфинктер толаларини тикиш.	5	5	0

№	Баҳолар	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4. Амалий қисм

Орқа чиқарув тешик соҳасида касаллик белгиларини аниқлаш

№	Қадам	Бажарилмаган (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарилган (10 балл)
1	Беморни гинекологик креслодаа ёки тиза-тирсак ҳолатида ётқизиб кўриш	0	10
2	Диққат билан орқа чиқарув соҳасини кўздан кечириш	0	10
3	Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш	0	10
4	Сфинктера тонусини анқлаш (сфинктерометрия)	0	10
5	Орқа чиқарув тешик атрофи клечаткаси ва оралик, чов сохадаги лимфа тугунларини ҳолатини аниқлаш	0	15
6	Аноскопия	0	15
7	Ректорومانоскопия	0	15
8	Колоноскопия (керак бўлса)	0	15
	Жами:	0	100

Ректорومانоскопия

Кўрсатма: Тўғри ичак ва чамбар ичакни фаолиятини бузилиши, яллиғланиши, йўғон ва тўғри ичак ўсмакасаликларига гумон қилинганда.

Керакли асбоб-ускуналар: ректоскоп, трансформатор, глицерин ёки вазелин, резина кўлқоплар. Бемор тиза – тирсак ҳолатида.

Талабага топширик: ректорومانоскопия қилишга кўрсатмани, керакли асбоб-ускуналарни тайёрлаш ва уни бажаришни тушунтириб бериш. Касалликни белгиларини айтиб беринг ва қандай қўшимча текширувлар қилиш мумкин.

Ўқитувчининг ахбороти: Талабани билидақи ва кўникмасини қадамма- қадам баҳолаш.

№	Қадамлар	Бажарилмаган (балл)	Тўлиқ нотўғри бажарилган (10 балл)
1	Беморни тозаловчи клизмага ёки фортранс сургиси билан текширувга тайёрлаш.	0	10
2	Ректорومانоскопни тубосига глицерин ёки вазелин суртиш.	0	10

3	Ректоскопни обтуратор қўйилган холда тўғри ичакни 4-5 см чуқурлигига киритилади ва ундан кейин обтуратор олинади.	0	10
4	Тубусни кўз назорати остида 30 см узунлигигача ҳаракатлантириб борилади.	0	10
5	Ичак девори қисилганда, тубусни периферик қисми ёпиқ ҳолатда ичакни резина баллон билан шиширилади ва ректоскопни аста-секин охиригача олиб борилади.	0	10
6	Тубусни куч билан итармаслик керак, чунки шиллик қаватга тиралиб ичакни шикастлаши мумкин. Шифокор ичак бўшлиғини кўриши керак.	0	10
7	Тўғри ва сигмасимон ичакни шиллик қавати катарал проктосигмоидитда тўқ - қизил рангда, шишган бўлади. Эрозив ва ярали проктосигмоидитда шилиқ қаватига учоқли йирингни тўпланиши кузатилади. Геморрагик проктосигмоидитда шилиқ қават ёйилган, қизариш, қон кетиши билан кечади. Ичак бўшлиғида шилиқ модда ва қонли эритма йиғилади, контактда шиллик қаватидан қон кетиши кузатилади. Ярали проктосигмоидитда нотўғри шаклли яра, қиррасини йиртилиши ўртаси фибриноз қоплама билан қопланган бўлади.	0	10
8	Полипоз, ярали проктитда полипли ўсмалар орасида шилиқ қавати ўзгармаган бўлади. Ичак бўшлиғида шилиқ, йиринг, қонли суюқлик аниқланади.	0	10
9	Крон касаллигида ичакни шиллик қаватида полипларгага ўхшаш (“тошли йўл” симптоми) шишлар кўринади .	0	
10	Ректороманоскопия вақтида ташхис қўйиш учун кўрсатма бўлса шиллик қаватидан биопсия, суртма олиш мумкин.	0	10
	Бекат бўйича жами баллар	0	100

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қсми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

5. Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар;
- амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

6. Шу кунда баҳолашни назрат қилиш мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
---	------	------	------	-----------	------------	------

	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
1	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

7. Амалий қисм.

Тўғри ичакни бармоқ билан текшириш.

Мақсад: Тўғри ичак ва орқа чиқарув тешик соҳаси касалликларини ташҳиси.

№	Тадбирлар	Бажаралмаслик (0 баллов)	Тўлиқ жавоб бериш (20 баллов)
1	Қўлқоп кийиш	0	5
2	Беморга умуий ёндошиш. Беморни гинекологик креслога ёки тиза-тирсак ҳолатида ётқизиб кўриш	0	20
3	Орқа чиқарув тешикни ташқаридан кўрганда ҳажмли ўсма, оқма тешиги ва анал ёрма ва бошқалар борми ёки йўқлигини аниқланади	0	20
4	Ўнг қўлига қўлқопни кийиб, вазелин суртиб аста-секин орқа чиқарув тешигига киргизилади ва беморга аста кучанишни тавсия қилади.	0	20
5	Аста-секин тўғри ичакни айланасига текширилади. Унда ичакда қандай патологик ўзгаришлар борлигини (оғрик, ўсма, ички бавосир тугунчалар, полиплар борлигини, ташқи сфинктер, простата безининг ҳолатини) аниқлайди.	0	25
6	Муолажа қилингандан кейин бармоқда йиринг, қон, шиллиқ моддалари бор ёки йўқлигини кўриш керак.	0	10
	Жами:	0	100

8. Жорий баҳолаш мезонини назорат қилиш

№	%	Баҳо	Мезонлар
1	96-100	Аъло «5»	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга. Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукаммал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Вазиятли масалаларни ечишда ўзгача далиллар билан изоҳлайди ва ёндошади.
2	91-95	Аъло «5»	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиши керак. Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Шиш ҳосил бўлиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиши керак. Бемор билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукаммал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Вазиятли масалаларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади. Биокимёвий таҳлилларни изоҳлашда битта хато йўл қўйади.
3	86-94	Аъло «5»	Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукаммал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Вазиятли масалаларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади, лекин унда бир - икки хатоларга йўл қўйади.
4	81-85%	«яхши»	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга. Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш усуллари тўғрисида мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан мустақил ишлайди ва амалий кўникмаларни қўллай олади. Клиник-инструментал текширув усуллари тўғрисида мукаммал билмайди. Айрим маълумотларни қандай аҳамиятга эга эканлигини билмаса ҳам интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Вазиятли масалаларни ечишда далиллар билан ёндошади лекин унда бир нечта хатоликларга йўл қўйади.
5	76-80%	«яхши»	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга. Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш тўғрисида тўлиқ тушунтириб бера олмайди. Саволларга тўғри жавоб беради. Мустақил фикрлайди

			ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда хато қилади. Вазиятли масалаларни бажараётганда тулик жавоб бераолмайди.
6	71-75%	яхши “4”	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга, Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш усуллари яхши билади. Саволларга тўғри жавоб беради. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Бемор билан ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда хато қилади. Вазиятли масалаларни тўла бажараолмайди.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга эмас. Саволларга тўлиқ жавоб бераолмайди - ишонмай жавоб беради. Айрим саволларни жавобини билади лекин ўз фикрини изоҳлаб бераолмайди. Вазиятли масалаларни тўлиқ бажармайди.
8	61-65%	қониқарли “3”	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиши керак. Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ёмон билади Саволларни кўп қисмига тўғри жавоб беради. Айрим саволларга жавоб беради лекин ўз фикрини изоҳлаб бераолмайди.
9	55-60%	қониқарли “3”	Перианал соҳадаги оғрик, шиш ва йиринг чиқиши синдроми тўғрисида тўла тасаввурга эга бўлиши керак. Ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш алгоритдаки изоҳлашда хатоликка йўл қўяди. Муаммони ечишда ишонмай изоҳлайди. Амалий кўникмаларни қийнчилик билан бажаради. Вазиятлим масалалани бажаришда хатоликларга йўл қўяди.
10	54% паст	қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида маълумотга эга эмас. Таснифни, ташхисни, дифференциал ташхисни ва даволаш тактикасини билмайди. Амалий кўникмаларни бажараолмайди.

9. Дарснинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга	Дафтарни текшириш	20 дақиқа	

	тайёргарлигини текшириш.	талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш		
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топширишни бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйғун вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар.

1. Ўткир парапроктитни сабаблари.
2. Ўткир парапроктитни таснифи.
3. Ўткир парапроктитни қандай клиник белгиларини биласиз?
4. Ўткир парапроктитда қандай даволаш усуллари қўлланилади?
5. Сурункали парапроктит нима?
6. Сурункали парапроктитни клиник кечиши қандай?
7. Қандай касалликлар билан сурункали парапроктитни дифференциал ташхис қилинади?
8. Параректал оқманинг клиникаси, ташхиси ва даволаш усуллари.
9. Тўғри ичак оқмаларини даволаш тактикаси.
10. Пелвиоректал парапроктитларни клиник кечиши қандай?

11.Адабиёт:

Асосий:

1. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2005
2. Каримов Ш.И. Хирургические болезни Т.2005
3. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. Т. 2004
4. Наврузов С.Н. Хирургик касалликлар Т.2006
5. Кузин М.И. с соавт. Хирургические болезни М.1987

Кўшимча:

1. Р.Кондена и Л.Найхуса. Клиническая хирургия. М.1998
2. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М. 1998.
3. 2000 касаллик Адан Хгача Амалиет шифокорлари учун кўлланма. М.2000.
4. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М. 1984.
5. Дульцев Ю.В., Саламов К.Н. Парапроктит М. 1981.
6. Вазиятли масалалар.
7. Стандарт протоколлар.
8. Тест саволлари
9. Алгоритм диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Ташкент. 2003г. Под ред. Акад. Каримов Ш.И.
10. Учебное пособие по освоению практических навыков хирургического профиля. Ташкент. 2003г. Под редакцией проф. Аталиева А.Е.
11. Федоров В.Д. «Руководство по оперативной колопроктологии». Москва 1994.
12. Ривкин В.Л., Бронштейн А.С., Файн С.Н. «Руководство по колопроктологии» Москва. 2001.
13. Богданов А.В. Свищи пищевого тракта в практике общего хирурга. 2001, - Москва, 200 стр.
14. Генри М.М., Свош М. «Колопроктология и тазовое дно». Москва, 1988, 460 стр.
- 15. Даценко Б.М., Рахимов Р.Ш. Подготовка толстой кишки к операции и эндоскопии. Ташкент, 1996, 150 стр.**
- 16. Дробни Ш. Хирургия кишечника. Будапешт, Венгрия, 1986г.**
17. Заремба А.А. Оперативная проктология. Рига, 1982, 216 бет.
18. Канделис Б.Л. Неотложное проктология. Ленинград, 1981, 260 бет.
- 19. Рыжих А.Н. Хирургия прямой кишки. Москва, 1956, 235 бет.**
- 20. Рыжих А.Н. Атлас операций на прямой кишки. Москва, 1968, 205 бет.**
- 11. Татьяначенко В.К. «Клиническая анатомия и оперативная хирургия». Ростов-на-Дону, 2000, 306-365 стр.**

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Артерия томирлари касаликлариди шиш-огрик синдроми

Кўл ва оёқларда ишемик симптомокомплекси, таснифи. Лериш синдроми. Ўткир артериал етишмаслигининг этиологияси, клиникаси, таъхис алгоритми ва дифференциал таъхиси, текширув усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Беморларнинг реабилитацияси ва диспансеризацияси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

ўқитиш технологияси

Амалий дарс №9

Бухоро – 2014

Мавзу№10: Кўл ва оёқларда ишемик симптомокомплекси, таснифи. Лериш синдроми. Ўткир артериал етишмаслигининг этиологияси, клиникаси, ташхис алгоритми ва дифференциал ташхиси, текширув усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Беморларнинг реабилитацияси ва диспансеризацияси.

<i>Вақт: 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Топшириқлар тури, шакли</i>	Практическое занятие
<i>Дарсларни тузилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисми 3. Аналитик қисми: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-босқичи - Ситуацион топшириқ ва тестлар 4. Амалий қисми

<i>Дарсинг мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойиллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш; - Экстремал ҳолатларга мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида); - Олдиндан ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Артерия томирлар патологиясининг аниқлашни била олиш ва даволаш усуллари ўрганиш. (тромбоз ва эмболиялар, Лериш синдроми ва бошқалар) - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилиш усуллари ўрганиш.
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> - ишемик симптомокомплексни этиологияси ва патогенезни билиш. - ишемик симптомокомплексда даволаш усуллари - касалликни ривожланишида бевосита ва билвосита омилларни роли. - облитерик атеросклерозни ташхиси ва диф.

	<p>ташхиси.</p> <p>-диабетик ангиопатияни асосий даволаш тамойиллари.</p> <p>-ахоли ўртасида оптимал даволаш, профилактик тадбирларни ташкил этиш.</p>
Талаба бажариши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • - Беморни кўриш, касаллик тарихини аниқлаш; • -Беморни қон томир тизимини пайпаслаш; • -Пульсацияни аниқлаш; • -Қон томирларни аусқўльтациясини утказиш; • -Лаборатория таҳлилларини, рентгенологик ва инструментал текширишларни натижаларини таҳлил қилиш; <p>- функционал кузатмаларни бажара олиш.</p> <p>- касалхонага ётишни ва оператив даволаш аниқлик киритиш.</p> <p>- клиник ташхисни қўйиш ва ифодалаш.</p> <p>-диспансер кўзатиш учун карта очиш.</p>
<p>Педагогик топшириқлар:</p> <p>Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш.</p> <p>Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўргатиш.</p> <p>МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабаларнинг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <p>- кўл ва оёқларда ишемик симптомокомплекси тушуниш ва моҳиятини билиш;</p> <p>-Ишемик симптомокомплексида асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш;</p> <p>-Ишемик симптомокомплекс билан хасталанган беморларда текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш.</p> <p>- о - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш;</p> <p>- олдинга ташхисни қўйиш ва дифференциал ташхис;</p> <p>- беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш;</p> <p>- Ишемик симптомокомплекс билан хасталанган беморларда УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси ;</p>
<i>Ўқитиш усуллари</i>	Маъруза, мия штурми, тарих, кўрсатма, демонстрация, видео усул, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатадига ўйин, Кейс-стади.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, биттилик ўйин
<i>Ўқитиш манбалари</i>	Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.
<i>Ўқитиш жойи ва шароити</i>	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғлам ва ташмирхонада. Мавзу бўйича беморларни амбулатор шароитдаги беморларни касаллик

	<p>тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш;</p> <p>Ситуацион топшириқ, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV-видеолар.</p>
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	<p>Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини ташмири қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.</p>

Дарсни хронологик ҳаритаси

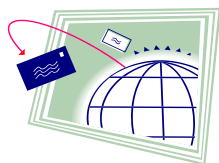
Амалий дарс №9

Мавзу: кўл ва оёқларда ишемик симптомокомплекси, таснифи. Лериш синдроми. Ўткир артериал етишмаслигининг этиологияси, клиникаси, ташхис алгоритми ва дифференциал ташхиси, текширув усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Беморларнинг реабилитацияси ва диспансеризацияси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p>	<p>2.26. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p>
<p>10 дақиқа</p>	<p>2.27. Адабиётлар рўйхати.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p>
<p>20 дақиқа</p>	<p>2.28. Урганиладиган куйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p>
<p>5 дақиқа</p>	<p>2.29. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 2.30. Танаффус.</p>	<p>Эшитади.</p>
<p>5 дақиқа</p>		
<p>2-босқич. Асосий қисм</p>		

<p>20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилади.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони ҳал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва ташхисни асослаш хақида ҳисобот.</p>
<p>3- қисм</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27дақиқа.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб</p>

	учун саволлар ва вазифалар.	олишади.
--	-----------------------------	----------



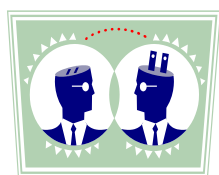
1. Ўқитиш жойи ва шароити

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокўляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шаҳар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор ҳаритаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.



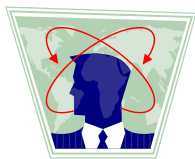
1.1. Мотивацияси

Қоннинг реологик таркиби ва гемостаз тизими бузилиши томир касалликлари, жумладан, оёқ артерияларининг сурункали облитерацияловчи касалликлари патогенезида муҳим ўрин тутади (ОАСОК). Улар ҳамма юрак- қон томир касалликларининг 20 фоизини ташкил этади, яъни умумий аҳоли сонининг 2-3 фоизига тўғри келади. Бу беморларнинг сони 60-70 ёшли одамлар орасида 5-7 фоиздан ошади. Бу касалликлар тез ривожланиб бориши, ногиронлик, ампутациялар ва ўлим ҳолатларининг сонининг юқорилиги билан эътиборга лойиқдир. Сўнгги йиллардаги адабиётлар маълумотларига кўра, ОАСОК билан касалланган беморлар, асосий нозология бўйича куйидагича бўлинади: облитерацияловчи атеросклероз – 81,6%, носпецифик аортоартериитнинг периферик шакли – 9%, диабетик ангиопатия – 6%, облитерацияловчи тромбангиит – 1,4%, Рейно касаллиги – 1,4%, ва бошқа касалликлар - 0,6%. Облитерацияловчи атеросклероз 55-65 ёшли эркеклар ва 60-80 ёшли аёллар ичида кўпчиликни ташкил этади. Аортоартериитнинг периферик шакли 45-50 ёшда кўпроқ учрайди, ёшлари каттароқ бўлган гуруҳда бу диагноз сони кескин камаяди, бу ҳол томирлар зарарланишининг облитерацияловчи атеросклерозга трансформацияланиши билан боғлиқдир. Облитерацияловчи тромбангиит, асосан 25-30 ёшли беморларда кўпроқ учрайди. 45-50 ёшли беморларда ҳам бу касаллик тез-тез аниқланади, яъни аортоартериитнинг ҳам максимал сонига тўғри келади, бу нарса иккала касалликни белгиларини бир-биридан ажратиш қийинлиги туфайлидир. Умумий амалиёт шифокорини вазифаларига ишемик синдром билан хасталанган беморларни уз вақтида диагноз куйиб касалликни бошлангич даврида керакли муолажалар қилса, асоратларни олдини олган бўлади.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, патанатомия, патофизиология, клиник фармакология, гастроэнтерология, юқумли касалликлар, эндокринология, жарроҳлик, онкология, анестезиология ва реаниматология.

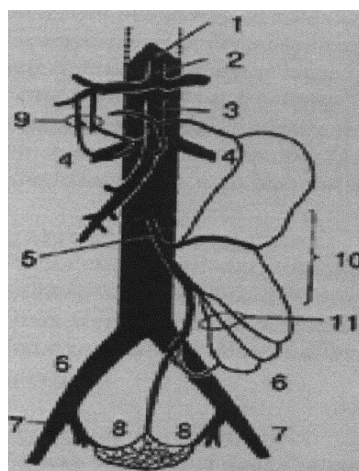
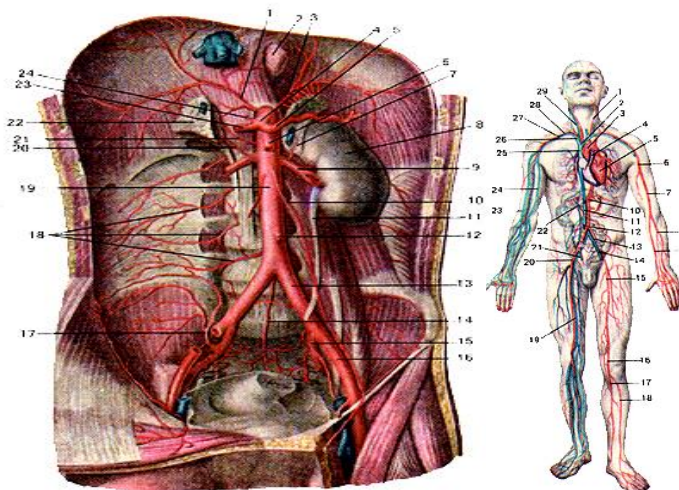


2. Машғулотлар мазмуни

Н

азарий қисми

Анатомия



1. Брюшная аорта
2. Чревной ствол
3. A. mesenterica sup.
4. Почечные артерии
5. A. mesenterica inf.
6. A. iliaca commun.
7. A. iliaca exter.
8. A. iliaca inter.
9. Гастродуоденальны е а.
10. Дуга Риолана
11. A. sigmoidea

Ўткир ишемия синдромининг патогенези

Магистрал артерияларнинг ўткир тусилиши натижасида периферик томирлар спазми ривожланади. Артерия спазми механизмининг ривожланиши хали тўлиқ аниқланмаган. Патологик артериоспазм коллатерал қон айланишни қийинлаштиради ва бунинг натижасида тўқималарда қайтмас ўзгаришлар ривожланади, яъни коллатерал қон айланиши магистрал қон айланиши бузилишини ўз вақтида компенсация қила олмайди.

Тўқималар оғир ишемияси узоқ давом этган холларда метаболит ацидоз юзага келади ва майда томирлар спазми паралитик вазодилатация билан алмашинади. Гемодинамика бузилиши (қон стази), гипоксия ва аноксия натижасида томирлар деворининг патологик ўзгариши ва қоннинг ивиш тизимининг ўзгариши оқибатида проксимал (кўтарилиувчи) ва дистал (тушувчи) йўналишларда тромбоз тарқалиши ривожланади. Тромбозни давомийлиги одатда йирик тармоқларнинг бошланиш жойларигача бўлади, чунки уларда қон оқимининг катта тезлиги нисбатан сақланади. Жараённинг бошланғич босқичида тромб артериал девор билан бирикмаган, тебраниб турувчи (флотирующий) бўлади ва

нисбатан енгил кўчиши мумкин. Кейинчалик эса тромб катталашади, томир девори билан бирикади, мушак артерияларининг ён шохларига тарқалади. Томир деворида яллиғланиш жараёни ривожланади. Туқималардаги метаболик узгаришлар натижасида қоннинг шаклли элементларида микро- ва макроагрегатлар ҳосил бўлади, яъни микроэмболлар, мушак ва хатто магистрал веналар тромбозлари (5-6% беморларда) пайдо бўлади. Вена тромбози белгилари юзага келиши оёқда қон айланишнинг бутунлай бузилганлиги кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Тромботик жараённинг микроцирқўлар ва веналар оқимига тарқалиши – бу жуда ёмон прогностик белгисидир, яъни касалликнинг оғир кечишидан дарак беради. Бундай ҳолатларда окклюзия сабабларини йўқотиш натижа бермаслиги мумкин, бунда магистрал томирлар ўтказувчанлиги тиклангандан сўнг туқималарда меъёрий қон айланиш кузатилмайди, юқори периферик қаршилик ҳамда оқимнинг қийинлашиши натижасида магистрал томирларнинг иккиламчи тромбози руй беради. Магистрал артериялар ўтказувчанлигининг ўткир бузилиши ўткир апоксиа (гипоксия) ривожланишига ва туқималарда барча алмашинувлар бузилишига олиб келади.

Метаболик ацидоз ривожланиши муҳим аҳамиятга эга, яъни бунда аэроб оксидланиш анаэроб оксидланишга ўтади, оксидланиб улгурмаган моддалар миқдори тўпланади. Ишемия бўлган туқималарда катта миқдорда актив ферментлар пайдо бўлади, масалан кинин. Аноксия ва метаболик ацидоз хужайра мембранасининг ўтказувчанлигини бузилишига ва мушак туқималарининг нобуд бўлишига олиб келади. Бунинг натижасида хужайра ичидаги калий ва миоглобин туқималар ораси суюқлигида тўпланади, умумий қон айланишига қўшилади ва гиперкалиемиа ҳамда миоглобинурик нефроз ривожланади. Оёқ-қўлларнинг оғир ва давом этувчи ишемиясида мушакларнинг субфасциал шиши вужудга келади. Уларнинг зич фасциялар орасида эзилиши туқималарда қон айланиши бузилишини кучайтиради. Бу нарса бутун гуруҳ мушакларнинг некрозига олиб келиши мумкин, айниқса магистрал артерияларда қон айланиш оператив тиклангандан сўнг, чунки ишемияга учраган мушакларда шиш операциядан кейин жуда тез ривожланади. Метаболик бузилишлар, (ацидоз, актив ферментлар), қон стази, макроагрегантлар пайдо бўлиши майда томирларда, капиллярларда, тромб ҳосил бўлишига шароит яратади, натижада оёқ-қўлларнинг туқималарида қайтмас ўзгаришлар ривожланади. Умумий гемодинамиканинг бузилиши маҳаллий қон айланиш бузилишига ҳам сабабчи бўлади. Аноксияга сезгирлик ҳамма туқималарда ҳар хил. Нерв ва мушак туқималарида 10-12 соатдан кейин, терида эса 24 соатдан сўнг қайтмас патологик ўзгаришлар бошланади.



Фармакотерапия

ОАСОК билан оғриган беморларни даволашнинг асосий шарти бутун умр ва узлуксиз даволашдир. Бунда даволаш касалликнинг нозологик формасига, касаллик босқичига дифференциал ёндошган, мужассамланган (фармакотерапия, санатор-курорт, физиотерапия, пархез сақлаш, даволовчи жисмоний тарбия) холда олиб борилади. ОАСОК ни даволаш тарихида 3 босқични кузатсак бўлади. Холбуки, илгари касаллик хақидаги тушунчаларга кўра уни спазмолитиклар билан даволанган, кейинчалик кузатишларда спазмолитиклар нафақат кам таъсир кўрсатиши, балки кўп холларда айниқса, артериал етишмовчиликнинг охириги босқичларида салбий таъсир кўрсатиб зарарланган оёқ холатининг ёмонлашишига олиб келиши аниқланган. Кейинчалик

даволашнинг асосий йўналиши бўлиб қон реологик хусусиятини яхшилаш, айниқса эритроцитлар ва тромбоцитларнинг ёпишқоқлигини камайтириш йўллари қидирила бошланди. Хозирги вақтда юқоридагилар билан биргаликда касалликнинг метаболик жараёналарига катта аҳамият берилмоқда.

Бунда асосий йўналишлар: 1) микроциркуляцияни яхшилаш; 2) цитокинлар гиперпродукцияси ва эркин радикалларнинг кўпайиб ишлаб чиқарилишини тўхтатиш; 3) қоннинг антиоксидант фаолиятини кўпайтириш; 4) иммунокоррекция; 5) липид алмашинуви миёёлаштириш; 6) коллатерал қон айланишини яхшилаш.

Охириги 2 та пунктдан ташқари келтирилган тавсиялар режалар даволаш жараёнида тез ва муқим клиник натижа берибгина қолмай, балки керак бўлган ҳолда интенсив даволаш жараёнида асосий манба бўлиб қолади. Микроциркуляцияни яхшилаш эритроцитлар ва тромбоцитлар ёпишқоқлигини камайтириш, эритроцитлар ва лейкоцитларнинг пластик хусусиятларини кўпайтириш, шу билан бирга гематокрит кўрсаткичини ва қон ёпишқоқлигини пасайтириш орқали амалга оширилади. Артериал етишмовчиликни охириги босқичларида, эндотелийни зарарлантириб артерияларда маҳаллий тромб ҳосил бўлиши атерогенез жараёнига олиб келувчи, нейтрофил лейкоцитлар, тромбоцитлар ва ҳар хил биологик фаол субстанциялар гиперпродукциясини камайтиришга интилиш зарур. Бу эркин радикаллар фаолиятини пасайтириш ва қоннинг антиоксидант таркибининг ошишига ҳам тааллуқлидир.

Кўрсатилган барча йўналишларни амалга ошириш ҳозирги вақтда таркиб топган янги самардор кўп қиррали таъсир килувчи воситалар фармакологик воситалар мавжудлиги туфайли мумкин бўлиб қолди. Уларнинг айримлари ҳақида тўхталиб ўтаемиз.

Пентоксифиллин. Ушбу препарат мана 25 йилдирки, периферик томир касалликларини даволанишда қўлланилмоқда. Тромбоцитлар гемостазга таъсир этибгина қолмай эритроцитлар агрегациясини камайтириш, пластик хусусиятларини кўпайтириш, тўқималарда циклик-АМФни кўпайтириш, ҳамда простоциклинни фаоллаштириш хусусиятига эгадир. У турли цитокинларнинг (IL1, TNF) яллиғлантириш эффеќтинини ва супероксид моддалар ишлаб чиқарилишини пасайтиради, бу ҳол айниқса, артериал етишмовчиликларнинг оғир босқичларида муҳим аҳамият касб этади. Пентоксифиллин 1200 мг/сут миқдорида кўпроқ самара беради. Катта миқдорда берилишига қарамай, беморларга зарар етказмайди, чунки ошқозон-ичак йўлларида бир маромда аста-секин сўрилганлиги туфайли қонда бирданига концентрацияси ошиб кетмайди. Шунингдек бир неча йил мобайнида ҳам ишлатилса ҳам зарар етказмайди, бунда у эритроцитларнинг эластик хусусиятини оширганлиги, тромбоцитлар ва қон ёпишқоқлигини камайтирганлиги сабабли, бутун даволаш мобайнида терапевтик хусусиятини сақлаб қолади. Бунинг натижасида оқсоқланиб юрувчи беморларнинг оғриқсиз пиёда юриш ваќти ва масофаси кўпаяди.

Ҳозирги кунда майда қон томирларнинг касалликларини даволашда перспектив масала бу энзим воситаларини – перорал қўллашдир. Булардан вобэнзим ва флогэнзим кўпайиб қўлланиб келинган. Уларнинг периферик артериялар хасталикларини даволашдаги кучли таъсири фибринолизнинг кучайиши, ҳосил бўлган фибриннинг парчланиши, тромбоцитлар агрегацияси, эритроцитлар пластик хусусиятининг тикланиши, оғриқ қолдирувчи хусусияти, яллиғланиш жараёнининг оптималлашуви, иммун тизимини кучайиши билан боғлиқдир. Бунда яллиғланиш жараёнининг пасайиши яллиғланиш медиаторлари – серотонин, гистамин, брадикининларнинг ингибицияси билан, иммунитет фаолиятининг оптималлашуви эса «хавфли» цитокинларга тўсиқ қўйиш ва уларни энзимлар таъсирида инактивациялаш, хатто иммун комплексларни парчланиши, фагоцитоз фаоллашуви, дислиппротеидемия пасайиши билан боғлиқ бўлади. Бошқача

қилиб айтганда барча физиологик химоя кучлари мужассамланади. Мухими бу препаратларнинг тўлиқ безарарлигидир. Кўрсатилган энзим воситаларининг таъсири фақат артериялар патологияси эмас, балки бизнинг фикримизча, веналар тромбофлебити ва постромбофлебитик синдромда ҳам қўл келади.

ОАСОК ни даволашда яна бир восита танақандир. Унинг бошловчи таъсир манбаи - Гинкго билоба экстракти. Унинг даволовчи хусусияти терпен кислотасининг хосилалари – проантоцианидлар ва гликозидфлавиноидлар таъсири билан боғлиқ. Воситанинг таъсир механизми қуйидагича:

- 1) эритроцитлар ёпишқоқлигини пасайиши;
- 2) ёпишқоқликнинг тромбоциттар омилига қарама-қарши таъсир қилиш;
- 3) эркин радикалларнинг ингибицияси («тўхтатиб турувчи самара»);
- 4) асаб ўтказувчанлигини яхшиланиши;
- 5) шишга қарши таъсири;
- 6) энергетик моддалар алмашинувининг кучайиши (глюкоза ва кислород ўзлаштирилишини, АТФ синтезини ошиши ва метаболит - лактатнинг бартараф қилиниши).

Тромбоциттар ёпишқоқликни камайтирувчи восита сифатида ацетил-салицил кислота кунига 100-325 мг дозада ишлатилади. Унинг манфий томони, бошқа ностероид яллиғланишга қарши воситалардан фарқли ўлароқ, микдорига қараб табиий антиагрегант простаглицин синтезини пасайтириш билан боғлиқ. Аспириннинг катта дозаси тромбоцитлар циклооксигеназасининг фаоллигини камайтирибгина қолмай, балки томирлардаги простаглицин синтезини пасайтиради. Шу сабабли ацетилсалицил кислота кичик, яъни қон томир деворида простаглицин хосил бўлишини камайтирмайдиган дозада ишлатилади.

Кўрсатилган салбий томонлар тиклопидин воситасида йўқ, у кучли антиагрегант бўлиб коллаген билан чақирилган ҳамда АДФ билан кучайтирилган тромбоциттар агрегацияни сусайтиради (айниқса, атеросклеротик пиллачка соҳасида), эритроцитлар эгилювчанлигини меъёрлаштиради. Тиклопидиннинг ульцероген таъсири аспиринга қараганда камроқ ривожланган. Восита монотерапия сифатида қўлланилиши мумкин. ОАСОК касаллиги билан бирга бу восита оқсоқланувчи ва қўшимча мия қон томир етишмовчилиги, миокард инфаркти билан хасталанган беморларни даволашда айниқса қўл келади. Тиклопидин диабетик ангиопатияларда ҳам яхши самара беради.

Алпростадил воситаси критик ишемия ҳолатини даволашда муҳим ўрин тутади. Унинг бошланғич таъсир кўрсатувчи моддаси - бу простаглицин Е-1дир. Алпростадил - тромбоцитларнинг фаоллигини пасайтирувчи, уларнинг томирлар эндотелийсига ёпишиш хусусиятини камайтирувчи, ҳамда қон хужайраларининг цитокинлар ишлаб чиқариш фаолиятини тўхтатиб турувчи воситадир. Бу ҳолат тўқималар шикастини камайтириб, эндотелийда тромб хосил бўлишини муҳофаза қилади. Тромболитис фаоллашади, микроциркуляция яхшиланиб, уларнинг ёпишқоқлиги ва қоннинг қуюлиши камаяди. Восита атерогенезга қарши томир деворидаги силлиқ мушак хужайраларининг пролиферацияси ва митотик фаоллигини камайтириш йўли билан, ёғлар алмашинувида кичик зичликдаги липопротеидлар микдорини камайиши хисобига ижобий таъсир кўрсатади. Бундан ташқари оқсиллар микдори мушакларда кўпаяди, уларнинг

парчаланиш жараёни камаяди, инсулинга таъсирчанлик ошади, аминокислоталарнинг метаболизми яхшиланади, глюкоза оксидланиш жараёни фаоллашади. Яна бир мухим томони шундаки, ушбу препарат узок вақт - 6-9 ой мобайнида таъсир кўрсатади.

Кўрсатилган воситалардан ташқари, яқин вақтларда пайдо бўлган, умумвазоактив хусусиятга эга бўлган ксантинол никотинат, дипиридамомл, буфломедил, нафтидрофурил, ошқозон ости беши препаратлари, добесилат кальций, ницерголин, детралекс кенг миқёсда ишлатилиб келинмоқда.

ОАСОКда булардан ташқари актовегин, солкосерил, АТФ, фосфоден хам қўлланилади. Метаболик воситалардан С, В1, В6 гуруҳ витаминлари, антиоксидантлар (витамин Е, пробукол), турли хил атеросклерозга қарши моддалар (холестерин синтези ингибиторлари, ўт кислоталарининг секвестрантлари, ГМГ КоА-редуктаза ингибиторлари, фибратлар, кальций антогонистлари, таркибида ёғ кислоталари мавжуд моддалар, саримсоқ пиёз моддалари), хамда иммуномодуляторлардан фойдаланилади.

Хозирги кунда фармакотерапиядан ташқари турли хил физик усуллар қўлланилиб, булар интенсив терапиянинг бир қисми хисобланади. Шулардан кўплаб адабиётларда самарадор хисобланиб келаётган, аммо таъсир доираси хали тўлиқ ўрганилмаган *фотогемотерапия* (қонни ультрабинафша нурлари билан, лазер билан нурлантириш), *гемосорбция*, *плазмозферез* кенг қўлланилиб келмоқда. Бошқача қилиб айтганда, шифокор умумий даволаш дастурида аниқ бир клиник ҳолатдан келиб чиқиб, препаратлар ва бошқа таъсир воситаларини қўллаш кетма-кетлиги, уларнинг таъсир этиш вақти, бир-бирига монандлигини аниқ ишлаб чиқиши зарур. Аммо лекин хозирги кунда бу муаммога қаратилган бирон бир тиббий қўлланма йўқ. Шунга қарамай тиббиёт ходимининг малакаси, айниқса, фармакотерапия буюриш жараёнида, амбулатор практикада ОАСОК билан хасталанган беморларни даво муваффақиятини ва касаллик кечиш жараёнини белгилайди. Агар бемор ўз вақтидаги диспансер назоратига олинса, даволаш вақтида ва малакали бошланса, бу хасталикнинг кечишини енгилаштириш мумкин. Ўз-ўзидан маълумки, юқорида кўрсатилган вазият оператив даво натижаларига тўғридан-тўғри таъсир кўрсатади. ОАСОКни даволаш самарадор бўлишининг Яна бир мухим томони бу поликлиника фаолият кўрсатаётган врач-ангиологларнинг дипломдан сўнгги клиник терапевтик ангиологиядан малакасини оширишдир.

ОАСОК билан хасталанган беморларни даволашнинг асосий омилларидан бири - бу касалликка артериал етишмовчиликка қараб дифференциал ёндошувдир. Маълумки, бу сурункали артериал ишемиянинг турли босқичларининг патогенетик хусусияти билан боғлиқдир. Бунинг учун аниқ тасниф бўлиши шарт. Агар оксоқланиш даври учун тасниф етарли ишлаб чиқилган ва у бемор оғриқсиз пиёда юра оладиган масофага боғлиқ бўлса, тинч ҳолатдаги оғриқ пайдо бўлиши билан (Фонтейн бўйича III даражадаги ишемия) баҳолаш кўрсаткичлари хам ўзгаради. Европа мамлакатлари етакчи ангиологларининг фикрига кўра (Берлин, 1989) III даражали ишемияни IIIА даража ва IIIБ даража, яъни «критик ишемияга» бўлиш мумкин. Бизнинг фикримизча, бу даражаларнинг асосий клиник белгилари бўлиб болдирда ишемик шишнинг бўлиши ёки бўлмаслиги, ва унинг кучайиши зарарланган оёқни тунда кроватдан тушириб ётишлар сони билан монанд бўлади. Бизнинг тахлилларимиз шуни кўрсатдики, IIIА даража учун зарарланган оёқнинг кроватдан бир кечада 3-4 марта тушириш, критик ишемияда эса оёқ тушириш сонининг ундан хам кўпроқ бўлиши хосдир. Кўп муаллифлар томонидан ишемия босқичлари регионар артериал босим кўрсакичларига нисбатан (50 мм.смм.уст. дан баланд ёки паст бўлиши) бўлинган. Биз бунинг хар хил омиллар таъсири билан боғлиқ бўлган кўп ноаниқликлар бўлганлиги сабабли нотўғри деб хисоблаймиз.

Кўп хар хил патогенетик механизмларни бирлаштирувчи ҳолатлар касаллик клиникасини намоён қила олади.

Критик ишемия қуйидагилар билан характерланади: 1) артериал ва веноз томирлар тонусининг кескин камайиши; 2) қон реологик хусусиятининг кескин ёмонлашуви; 3) дистал томирларда қоннинг «ўғирланишига» (обкрадывание) олиб келувчи артериовеноз шунтланиш; 4) болдирнинг ишемик шиши; 5) гуморал регулятор тизимнинг дисбаланси; 6) қон хужайраларининг томир деворларига ёпишқоқлиги ошиши натижасида биологик актив субстанцияларнинг (цитокинлар) гиперпродукцияси. Бунда шу нарса аниқ бўлдики, патогенетик жихатдан ишемиянинг ПБ босқичга яқин бўлган ША босқичдан «критик ишемия» анча фарқланар экан.

Хулоса қилиб шуни айтиш мумкинки, ангиология фанига коагулология соҳасининг охирги қўлга киритилган илмий ютуқларини татбиқ қилиш клиник амалиёт учун қуйидаги долзарб масалаларни ечишга имкон беради. Бу масалалар:

1) критик ишемияда қон реологиясининг бузилиш сабабларини аниқлаш; 2) ОАСОК ривожланишида гемостаз тизими ва қон реологиясидаги ўзгаришларни аниқлаш ва қўллаш; 3) томир деворининг аутоиммун ва атеросклеротик зарарланиши орасидаги патогенетик фарқни аниқлаш; 4) анатомик мойиллиги йўқ бўлган беморларда веноз тромб ҳосил бўлишининг сабабларини аниқлаш; 5) ОАСОК билан хасталанган беморлар бутун умри давомида риоя қилинадиган даволаш концепцияларини ишлаб чиқиш, жумладан, реологик препаратлар билан бирга жисмоний ва бальнеологик таъсир кўрсатувчи воситаларни қўллаш.

Артериал ўтказувчанликнинг ўткир бузилиш сабаблари

Эмболиялар сингари ўткир тромбозларни ҳам мустақил касаллик деб ҳисоблаб бўлмайди. Улар хар доим асосий касалликнинг, яъни эмбол ёки тромбоген касалликлар оқибатида келиб чиқади. Бу касалликларни яъни, ўткир артериал окклюзия чақириши мумкин бўлган патологиялар қуйидагилардир.

Асосий эмбологен касалликлар.

1. Атеросклеротик кардиопатия: диффуз кардиосклероз, инфарктдан кейинги кардиосклероз, ўткир инфаркт миокарди, юракнинг ўткир аневризмаси, юракнинг сурункали аневризмаси.
2. Ревматик митрал порок.
3. Юракнинг туғма пороги.
4. Септик эндокардит.
5. Аорта ва унинг йирик шохлари аневризмалари.
6. Пневмония.
7. Ўпка ўсмалари, катта қон айланиш доираси веналарининг тромбози (юрак тусиғининг дефектлари бўлганда), қўшимча бўйин коворғаси.

8. Эмболиянинг ноаниқ манбаи.

Шуни таъкидлаш лозимки, эмбологен касалликлари бўлган кўпчилик беморларда юракда титрок (мерцал) аритмия кузатилади.

Ўткир артерия тромбозининг этиологияси.

Томир ичида тромб ҳосил бўлиш сабаблари 1856 йилдаёқ Вирхов Г. томонидан аниқланган ва у буларни битта триадага бирлаштирган, яъни: *томир деворининг зарарланиши, қон таркибининг ўзгариши ва қон айланиш бузилиши*. Тромб ҳосил бўлишида бу триада факторларидан қайси бири етакчи бўлса ҳам, ўткир артериал тромбоз сабабларини қуйидаги тартибда системалаштириш мумкин.

Томир деворининг зарарланиши.

I. Облитерацияловчи атеросклероз 10%.

II. Артериитлар.

1. Системали аллергиялик васкулитлар.

а) Облитерацияловчи тромбангиит,

б) носпецифик аортоартериит,

в) тугунли периартериит.

2. Инфекцион артериитлар.

III. Травма.

IV. Томирларнинг ятроген зарарланиши.

V. Бошқа омиллар (совук олдириши, электр токи таъсири ва х.к.).

Қон таркибининг ўзгариши.

1. Қон касалликлари:

а) чин полицитомия (Вакез касаллиги),

б) лейкозлар.

2. Ички аъзолар касалликлари (атеросклероз, гипертония касаллиги, хавфли ўсмалар ва бошқалар).

3. Дори препаратлари.

Қон айланиш бузилиши.

1. Экстравазал компрессия.

2. Аневризмалар.
3. Спазм.
4. Қон айланишининг ўткир бузилиши, коллапс.
5. Артерияларда бажарилган операциялар.

Тромбоз ва эмболияларнинг клиникаси ва диагностикаси

Артериялар ўтказувчанлиги ўткир бузилишининг клиник кўриниши хар хил бўлиши мумкин. Баъзи вақтларда касаллик санокли дақиқаларда ўткир бошланади, оёқ-қўлларнинг гангренага олиб келувчи оғир ишемия ривожланади, баъзи вақтларда эса қон айланиш бузилиши секин ривожланади, клиникаси секин намоён бўлади. Касаллик диагностикасида асосий хатолардан бири шуки, бундай беморлар дастлаб госпитализациягача бўлган даврда тез ёрдам ва поликлиника врачларига мурожаат қилишади, улар эса касалликнинг яққол симптоматикасини кутиб, ишемиянинг «кичик» белгиларига ахамият беришмайди ва натижада ўткир тромбоз ёки эмболия диагнозлари ўрнига «радикулит», «невралгия», «периостит» диагнозларини қўядилар.

Диагнозни аниқлашда биринчи навбатда нимага эътиборни қаратиш керак? Қайси симптом ёки симптомокомплекс ўша патологияга хос хисобланади? Оёқ-қўлларнинг ўткир ишемияси синдроми деб нимани хисоблаш мумкин? Бу синдром ҳамма, жумладан, ўткир артериал ўтказувчанлик бузилишида ҳам кузатилади ва қуйидаги симптомлардан иборат:

I. Субъектив белгилар:

3. Зарарланган қўл ёки оёқда оғриқ
4. Уюшиш сезгиси ва музлаш

II. Объектив белгилар:

1. Зарарланган жой рангининг ўзгариши
2. Тери хароратининг пасайиши
3. Сезувчанликнинг бузилиши
4. Бўғимларда фаол харакатнинг бузилиши
5. Ишемияга учраган мушакларни пайпаслаганда оғриқ сезиши
6. Болдир мушагининг (ёки биллакнинг) субфасциал шиши
7. Мушакнинг ишемик контрактураси.

Даволаш тактикасини, муддатини ва хажмини тўғри хал қилиш учун қўл-оёқлар тўқималари ишемиясининг таснифи ишлаб чиқилган (В.С. Савельев).

Таснифда ишемиянинг уч даражаси (уларнинг хар бири ўз навбатида гурухларга бўлинади), шунинг билан бирга «зўриқиш ишемияси»га ҳам бўлинади (ишемия тинч холатда кузатилмайди, зўриқишларда юзага келади).

Ишемиянинг I даражасида зарарланган қўл ёки оёқда сезувчанлик ва харакатнинг бузилиши бўлмайди. IA даражаси - уюшиш, музлаш, парестезиялар бўлиши билан характерланади. PA даражасида - дистал қисмларда оғрик пайдо бўлади.

Ишемиянинг II даражаси учун сезгининг бузилиши, шу билан бирга бўғимлар фаол харакатининг бузилиши парездан (PA даража) плегиягача (PB даража) холатлари кузатилади.

Ишемиянинг III даражаси некробиотик ўзгаришлар бошланиши билан характерланади, бунда ишемия клиникаси субфасциал шиш (PIA даража), қисман (PIB) ёки тотал (PIV даража) контрактура бўлиши билан характерланади. Гангрена ишемиянинг охириги натижаси бўлиб хисобланади.

Дистал артерияларда пульсациянинг йўқлиги ва окклюзияси эмбол ёки тромб локализациясини аниқлашда ёрдам берадиган ягона клиник белги бўлиб хисобланади. Артерия пульсациясини аниқлаш методикаси хаммага маълум ва уни алохида тушунтириб ўтиришнинг хожати йўқ. Лекин, бир нечта айрим жуда зарур жихатларга эътиборни қаратиш лозим. Хар бир беморда кўрсатилган хамма нуқталарда пульсацияни эътибор билан аниқлаш лозим, бунда қўл ёки оёқ артерияларида латент кечувчи окклюзияни аниқлаш мумкин, яъни бемор оғриққа шикоят қилмайди.

6. Контралатерал оёқларнинг артериялари симметрик нуқталарида пульс тўлиқлиги ва таранглигини таққослаб аниқлаш лозим, яъни бунда окклюзиядан проксимал артерияларда пульсациянинг кучайиши дифференциал – диагностик тестлардан бири бўлиб хисобланади.

7. Томирнинг эмбол билан тўлиқ окклюзияси рўй берганда, кўпинча, томирнинг зарарланган қисмида, узатилувчи пульсация (иккиламчи) аниқланади, бунда давом этувчи проксимал тромбоз бўлса, у тўлиқ намоён бўлмайди. Узатилувчи пульсацияда артерия бўйлама ўқ бўйича тебранади, чин пульсацияда эса кўндаланг йуналишда тебранади.

8. Кучли спазм ёки қўтарилувчи тромбоз холатларида артерия пульсацияси эмболдан проксимал томонда аниқланмайди, бу диагноз қўйишда хатога олиб келиши мумкин.

9. Окклюзиянинг проксимал жойлашишида дистал артериялар пульсацияси жуда кам холларда сақланган бўлиши мумкин, бу нарса артериялар бўшлиғи нотўлиқ окклюзияланганлиги ёки коллатераллар бўйича дистал артерияларга яхши қон бораётганлиги хисобига бўлади.

10. Бирламчи артериал спазм бартараф қилиниши туфайли эмбол дистал йўналишда кўчиши мумкин.

Бу қоидаларнинг хаммасига қатъий риоя қилиш, кўпчилик холларда хеч қандай инструментал текширувларсиз ўткир артерияларнинг проксимал окклюзия сатхини анча аниқлик билан ташхислаш имконини беради.

Йирик магистрал артерияларни пальпация қилиш ва аусқўльтация қилишга катта эътибор бериш керак. Бунда систолик шовқин эшитилса проксимал жойлашган томирлар стенозига гумон қилиш мумкин ва ундан кейин кўшимча текшириш усуллари қўлланилади. Махсус текширув усулларида асосийлари ангиография, ультратовушли доплерография ва радионуклеидли усуллар хисобланади.

Даволаш

Даволашнинг асосий усули оператив усул бўлиб ҳисобланади: эмболияларда – эмболэктомия, тромбозларда – тромбэктомия+рентгеноструктив операция.

Консерватив даволашга кўрсатма йўқ, лекин хирургик даволашга қарши кўрсатмалар мавжуд.

Абсолют қарши кўрсатмалар:

- 1) беморларнинг агонал холати
- 2) қўл ёки оёқларнинг тотал ишемик контрактураси (ШВ босқич)
- 3) ишемиянинг енгил даражаларида беморлар холатининг ўта оғирлиги.

Нисбий қарши кўрсатмалар – ўткир инфаркт миокарди, инсульт, операция қилинмайдиган ўсмалар ва хоказо, прогрессланиб бормайдиган енгил ишемия (IA-IB даража).

Қолган ҳамма холатларда, эмболияларда ва тромбозларда шошилиш операция бажариш лозим.

Артериал ўтказувчанликнинг ўткир бузилишида хирургик тактика

Эмболияларда:

«Зўриқиш» ишемиясида ва IA даражали ишемияда - эмболэктомия – операцияни 24 соатгача кечиктириш мумкин;

IB, PA ва PB даражаларда – шошилиш эмболэктомия.

PIA ва PIIB даражада – шошилиш эмболэктомия+фасциотомия.

PIII даражали ишемияда – бирламчи ампутация.

Фасциотомия фақат оёқлар ишемиясида бажарилади.

Ўткир тромбозда:

«Зўриқиш» ишемиясида ва IA даражали ишемияда - тромбэктомия + реконструктив операция, операцияни 7 суткагача кечиктириш мумкин.

IB даражада – юқорида кўрсатилгандек, операцияни 48 соатгача кечиктириш мумкин.

PA даражада - юқоридагидек тактика, фақат операцияни 24соатгача қолдириш мумкин.

PIB да – шошилиш операция.

PIA ва PIIB да шошилиш операция ва фасциотомия.

PIII даражали ишемияда – бирламчи ампутация бажариш лозим.

Операция кечиктирилган хамма холларда, шунингдек, операциядан олдинги тайёргарлик мақсадида комплекс консерватив даволаш қуйидаги принципларга асосан ўтказилади:

1. Тромбнинг катталашиши ва тарқалишининг олдини олиш:
 - а) антикоагулянтлар - гепарин, неодикумарин, фенилин, пелентан;
 - б) фибринолиз активаторлари - никотин кислота;
 - в) антиагрегантлар - реополиглюкин, трентал, пентиллин, агапурин, ацетилсалицил кислота.
2. Тромб лизиси: тромболитиклар - стрептаза, стрептодеказа, авелизин.
3. Ишемияга учраган қўл ёки оёқда қон айланишини яхшилаш:
 - а) диадинамик тоқлар;
 - б) магнитотерапия;
 - в) баротерапия;
 - г) гравитацион хирургия усуллари.
4. Ўткир ишемия соҳасида тўқима метаболизмини яхшилаш - витамин А, В1, В6, С, Е, преднизолон, гордокс.
5. Хаёт учун зарур бўлган аъзоларнинг функциясини яхшилаш – юрак, жигар, буйрак, ўпкалар функцияларини яхшиловчи препаратлар.
6. Атеросклерозни олдини олиш – йод препаратлари, линетол, продектин, липостабил.

Бу терапия операциядан кейинги даврда ҳам давом эттирилади. Шунингдек, лозимки, медикаментоз терапия ёрдам бермаган вақтда, ишемия ривожланса, оператив давлани кечиктириб бўлмади, бу ҳолатда пассив тактика нафақат зарарланган аъзони йўқотиш, балки беморни ривожланиб борувчи ишемик интоксикациядан халок бўлишига олиб келиши мумкин.

Хулоса сифатида яна бир ташкилий масалани айтиш мумкин: тромбоз ва эмболияга гумон қилинган хамма ҳолатларда ангиохирург консултацияси бўлиши шарт.

Лериш синдроми

Бу қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артериялар зарарланишини англатувчи умумлаштирилган терминдир. Лекин бунда на касалликнинг этиологияси, на унинг локализацияси, на бошқа касалликларнинг белгилари тушунилади. Биринчилар қаторида 1818 йилда Goodison аорта бифуркациясининг атеросклеротик окклюзияси ҳақида ёзган. Аорта бифуркацияси окклюзиясида намоён бўладиган клиник белгиларни биринчи бўлиб 1923 йилда Лериш анча тўлақонли ёритган.

Этиология. Туғма ёки орттирилган касалликлар натижасида юзага келиши мумкин. Туғма: қон томирнинг гипоплазияси ёки аплазияси, ёнбош артерияларининг фибромушак дисплазияси. Орттирилган: атеросклероз (94%), носпецифик аортоартериит (20%), постэмболик окклюзия (1%), травматик тромбоз (1%) ва бошқалар.

Классификация (А.В.Покровский, 1979 й.)

I. Этиологияси бўйича: туғма ва орттирилган.

II. Зарарланиш турига кўра: окклюзия ва стеноз.

III. Локализацияси бўйича:

4. Паст окклюзия (пастки тутқич артериясидан дисталроқ);
5. Ўрта окклюзия (пастки тутқич артериясидан проксималроқ);
6. Юқори окклюзия (бўйрак артериялари сатхида ёки улардан 2 см дисталроқ).

Атеросклеротик зарарланиш кўп ҳолларда бўйрак артерияларидан дисталроқ жойлашади; атеросклерознинг сеvimли жойи - аорта бифуркацияси. Гемодинамик ўзгаришлар асосан қон томирининг ўтказувчанлиги 60-70 фоизгача торайганда кузатилади.

Патологик физиология. Окклюзиядан дистал сегментларда перфузион артериал босим пасайиб кетади ва тўқималарда ишемик ўзгаришлар юзага келади. Масалан: ишемиянинг тўртинчи босқичида АБ 30 мм.с.у.га тенг бўлади. Артериал ва веноз капиллярлардаги босим градиенти йўқолгандан кейин веноз турғунлик юзага келиб, микроциркуляция ва тўқималардаги модда алмашинуви бузилади. Булар ярали-трофик ўзгаришларни келтириб чиқаради.

Қон билан таъминланиш компенсацияси қуйидаги анастомозлар орқали амалга ошади:

1. Ўмров ости артерияси - юқори ва пастки эпигастрал артериялар (баъзида кўкрак ён артериялари) - сон артерияси;
2. Бел артериялари тизими - эпигастрал артериялар - ташқи ёнбош артерия - сон артерияси;
3. Ёнбош ва сон артериялари орасидаги анастомозлар (думба, ёпқич артериялари ва чуқур сон артерияси шохлари);
4. Юқори тутқич артерияси - Риолан ёйи - пастки тутқич артерияси - юқори тўғри ичак артерияси - ички ёнбош артерия - чуқур сон артерияси.

Зарарланиш биртомонлама бўлганда иккала ички ёнбош артериялари ўртасидаги анастомозлар муҳим ўрин тутади.

Клиникаси - жараённинг локализациясига, давомийлигига, коллатерал қон айланишининг ривожланишига ва касаллик бошланишидан бери қанча вақт ўтганлигига боғлиқ. Асосий симптом - оғриқ. Пиёда юрганда икраоёқли мушакда ўз-ўзидан оғриқ пайдо бўлади ва бемортўхтаб дам олишга мажбур бўлади. Бу пиёда юрганда кузатиладиган (А) даврий оксоқланиш бўлиб, 90 фоизгача беморларда учрайди. Баъзи беморларда тос мушакларининг артериал етишмовчилиги симптомлари кузатилади (анал

сфинктери етишмовчилиги). Бошқа белгилар - оёқлар увишиши, совқотиши, тукларнинг тўкилиб кетиши, тирноқларнинг секин ўсиши.

Иккинчи классик симптом - (Б) импотенция деярли 54 фоиз беморларда кузатилади. Бунга сабаб фақатгина тос аъзоларининг ишемияси эмас, балки сурункали спинал етишмовчилик ҳам муҳим ўрин тутди. Баъзи беморлар жисмоний зўриқишда пайдо бўладиган қориндаги оғриқларга шикоят қилади. Бу нарса "мезентериал ўғирланиш" синдроми билан боғлиқ.

Кўп беморларда *пальпация ва аускултация* ёрдамида тўғри ташхис қўйиш мумкин. Товоннинг иккала артериясида ҳам (a.tib.posterior, a.dors.pedis) пульсация аниқланмайди. Тақим ва сон артериясида ҳам, кўпроқ зарарланган томонда пульсация аниқланмайди. Яна бир муҳим симптомлардан бири - зарарланган артериялар устида эшитиладиган (В) систолик шовқиндир (кўпинча сон артерияларида эшитилади).

Инструментал текширув усуллари.

1. Ультратовуш доплерографияси;
2. Реовазография;
3. Плетизмография;
4. Хажмли сфигмография;
5. Радиоизотоп усуллар;
6. Тўқималарда кислородни транскутан таранглигини аниқлаш ($TcPO_2$);
7. Фонография;
8. Рентгенконтраст ангиография - топиқ диагностиканинг асосий усули.

Лериш синдромида транслюмбал аортография бажарган маъқулроқ: бифуркация зарарланганда - II бел умуртқа поғонаси юқори қирраси сатхида пункция қилинади, қорин аортаси окклюзиясида - XII кўкрак умуртқа поғонаси сатхида пункция қилинади, Сельдингер усулида аортография фақат ёнбош артерияларнинг бир томонлама зарарланганида қўлланиши мумкин.

Дифференциал ташхис. Асосан облитерацияловчи эндартериит билан ўтказиш лозим. Бунда қуйидагилар эътиборга олинади: эндартериит билан кўпроқ 20-30 ёшли эркаклар оғрийди, асосан болдир артериялари (ўрта ва кичик калибрли артериялар) зарарланади, сон артерияси пульсацияси аниқ ва систолик шовқин эшитилмайди. Аортографияда аорта, ёнбош артериялар ва сон артериялари ўтказувчанлиги сақланган, деворлар текис; тақим ва болдир артериялари одатда окклюзияланган бўлади.

Облитерацияловчи эндартериит

Бу оёқлар (кўп холларда) артерияларининг ички қаватини яллиғланиши, артериялар торайиши, тромбози, ва периферик қон айланиши бузилиши ҳамда кўп холларда ишемик некроз ривожланиши билан кечувчи касалликдир. Кўпроқ 20-40 ёшли одамларда ва деярли фақат эркакларда учрайди. Юқорида айтилганидек, ўрта ва кичик калибрдаги, яъни дистал артериялар зарарланади ва қоида бўйича жараён симметрик бўлади.

Этиология. Охиригача аниқ эмас. Бир неча хил назариялар мавжуд: аллергик, невроген, эндокрин, гормонал. Кашандалик, узоқ вақт совуқ, нам шароитда бўлиш ҳам касаллик ривожига муҳим ўрин тутаяди.

Патогенези. Оёқларда артериал қон босими пасаяди, томир интимаси ўсиб кетади, тромбоз юзага келади ва проксимал йўналишда ўсиб боради. Баъзида артериялар хамрохлигидаги веналарда тромбоз юзага келади (Бюржер касаллиги). Иккиламчи ишемик неврит кузатилади.

Оёқлар артерияларининг етишмовчилиги босқичларининг таснифи

Сурункали артериал етишмовчиликнинг бемор қанчалик узоқ масофага оқсоқланмасдан юра олишига асосланган касаллик оғирлик даражасини кўрсатувчи Фонтейн таснифи, бироз бизнинг ўзгартиришлар билан қуйида келтирилган.

I босқич - оёқларда оғриқлар анча узоқ, 1 километрча масофага пиёда юрганда пайдо бўлади.

IIА босқич - бемор 200 метр масофага юргандан кейин оғриқ пайдо бўлади.

IIБ босқич - бемор 200 метрдан кам масофага юрганда пайдо булади.

IIIА босқич бемор оёқлари горизонтал холатда бўлганда «тинч оғриқлар» пайдо бўлади, бемор туни билан 3-4 марта оёқларини пастга туширишга мажбур бўлади.

IIIБ босқич (критик ишемия) – болдир ва оёқ панжасининг ишемик шиши пайдо бўлади, бемор туни билан 3-4 мартадан кўпроқ оёқларини тушириб ётишга мажбур бўлади.

IVА босқич (критик ишемия) – товон бармоқларида некротик ўзгаришлар ривожланади, лекин оёқ таянч фаолиятини сақланиб қолади.

IVБ босқич - юқори ампутация талаб қиладиган панжа ва болдир гангренази.

Даволаш

Бундай беморларни даволаш ҳозирги вақтда ангиологиянинг вазифаси бўлиб хисобланади, шу билан бирга ҳар хил соҳа мутахассисларини ҳам ўзига жалб қилиб келмоқда. Чунки кўпинча бу касаллик билан бирга қўллар, чанок, аортанинг кўкрак ва қорин бўлимларининг, экстракраниал томирларнинг, ковак вена ва ўпка артерияси зарарланиши аниқланади. Бу касалликни анъанавий даволашни стационар шароитда ҳам, амбулатор шароитда ҳам биринчи навбатда хирурглар бажарадилар. Микровасқўлитлар билан оғрийдиган беморлар кўпроқ улар эътиборидан четда қолиб кетишади, чунки бу беморларни кўпинча ревматологлар ва гематологлар даволашади.

ОАСОКни даволашда терапевтларнинг ҳам ўз ўрни бор. Ҳар қандай давони биринчи навбатда хавф омилларини аниқлаш ва уни тузатишдан бошлаш керак. Бу нарса касалликнинг тез ривожланишини олдини олиши мумкин. Бундай хавф омилларига қуйидагиларни киритилади: 1) ёшнинг 50дан катта бўлиши; 2) эркак жинси; 3) нораціонал овқатланиш; 4) липид алмашинувининг бузилиши (масалан, Москвада, профилактик медицина ГНИЦ маълумотларига кўра, 10% 40 ёшдан юқори бўлган

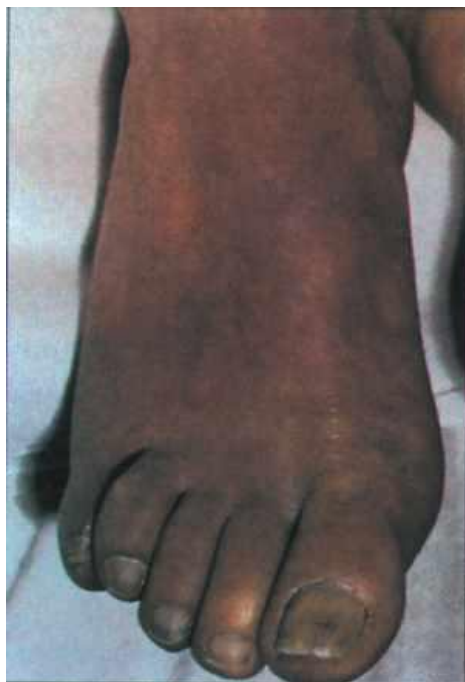
эркакларда ва 20% шу ёшдаги аёлларда гиперхолестеринэмия бўлиши аникланди. Бошқача қилиб айтганда, Москванинг 400–600 минг ахолиси липид алмашинув бузилишини коррекция қилишга қаратилган махсус даво олишга мухтож); 5) қандли диабет; 6) чекиш, бунинг натижасида эркин ёғ кислоталари концентрацияси ошиши, в-холестерин ошиши ва б-холестеринни камайиши, бижғиш модификацияси туфайли кичик зичликдаги липопротеидлар атерогенлиги ошиши, эндотелий токсик таъсир туфайли простациклин синтезининг камайиши ва тромбоксан А₂нинг ошиши, томир деворида атерогенез жараёнининг кучайиши (силлиқ мусқўл хужайраларининг пролиферацияси кучайиши ва бириктирувчи тўқима синтезининг ошиши), қоннинг фибринолитик активлигини пасайиши, фибриноген даражасининг ошиши, томирлар деворининг ўтказувчанлигининг фибриногенга нисбатан



1-расм ОАСОК. Теридаги типик ўзгаришлар: атрофия, рангпарлик, соч қопламнинг йўқолиши, тирноқларнинг трофик ўзгаришлари. 3-бармоқ фалангасининг устки юзасида яралар кўриниб турибди. A.dorsalis pedis да пульсация сустлашган ёки умуман бўлмаслиги мумкин.



2-расм. ОАСОК. Иккита бармоқда қуруқ гангрена кўриниши.



3-расм. ОАСОК. “Критик” ишемия: оғриқ, совуқ қотиш ва сезувчанликнинг пасайиши.

ошиши, тромбоцитлар агрегациясининг ошиши ва х.к.лар, юзага келади; 7) жисмоний фаоллик етишмовчилиги (айниқса, олдин спорт билан шуғулланиб юрган кишиларда жисмоний фаолликнинг кескин пасайиши салбий оқибатларга олиб келади); 8) ташқи мухитнинг салбий омиллари кўпинча нисбатан ёш одамларда томир касалликлари ривожланишига олиб келади; 9) фибриноген даражасининг ошиши; 10) юқори гематокрит; 11) иммун системанинг бузилиши; 12) стресс; 13) қоннинг реологик таркиби ва гемостаз системасининг бузилиши; 14) ирсий боғлиқлик. Юқорида санаб ўтилган омиллар хаммаси эмас ва улар жаҳон адабиётларида тобора кўпайиб бормоқда.

ОАСОК билан оғриган беморларни даволашнинг асосий ёки базис усуллари амбулатор шароитда олиб борилади. Бунга қўшимча равишда вақти-вақти билан стационар шароитида интенсив ёки хирургик муолажалар қўлланилиши мумкин.

№	Баҳо	аълю	яхши	қониқарли	қониқсиз	ёмон
	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
1	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши: Амалий дарсларда муаммо ҳолатини ўқитувчи технологияси ёрдамида ечиш.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 10 мавзу, 327 дақиқа	Талабалар сонив:8-10
Мавзу	Кўл ва оёқларда ишемик симптомокомплекси, таснифи. Лериш синдроми. Ўткир артериал етишмаслигининг этиологияси, клиникаси, ташхис алгоритми ва дифференциал ташхиси, текширув усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Беморларнинг реабилитацияси ва диспансеризацияси.
Амалий машғулотларни	8. Кейсни фикрга киритиш.

<i>режаси</i>	<p>9. блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш.</p> <p>10. Муаммо ва мақсадни аниқ олдига қўйиш ва ечиш.</p> <p>11. Гуруҳларда “Кейс – усулда” ечиш.</p> <p>12. Муҳокама натижалари.</p> <p>13. Т чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси.</p> <p>14. Хулоса. Талабалар олдига қўйилган муаммо ва мақсадни ечишига қараб баҳолаш.</p>
<p>Ўқиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил қўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳис ва даволашни ўрганиш. - Экстремал ҳолатларга мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш). - олдиндан ташҳис қўйиш ва диф. ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Жарроҳлик касалликларни даволаш тамойилларни ўрганиш. - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 	
<p>Педагогик топшириқлар:</p> <p>Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради.</p> <p>Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартиш. Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабаларнинг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - қўл ва оёқларда ишемик симптомокомплекси тушуниш ва моҳиятини билиш; -Ишемик симптомокомплексида асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш; -Ишемик симптомокомплекс билан хасталанган беморларда текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш. - о - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш; - олдинга ташҳисни қўйиш ва дифференциал ташҳис; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; - Ишемик симптомокомплекс билан хасталанган беморларда УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси ;
<p>Усуллар ва техникани ўрганиш</p>	<p>“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”</p>
<p>Воситани ўрганиш:</p>	<p>Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Алоҳида ва гуруҳларда</p>
<p>Ўқитиш шароити:</p>	<p>1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;</p> <p>2 жадваллар мажмуасик, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокўляр микроскоп, видеофильмлар;</p> <p>3 Поликлиника, бемор амбулатор ҳаритаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар,</p>

	назрат саволлар, ситуацион топшириклар.
Баҳолаш	Сўраш, топширикларз, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Дарсинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириклар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказидади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топширикларини аниқлайди. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўлларини эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазия учун тайёрланган топширикларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топширикларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.

	<p>2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4)</p> <p>2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.).</p> <p>Масала ва тестларни муҳокама Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси қилади.</p>	
<p>III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)</p>	<p>3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.</p>	<p>Эшитади</p>
	<p>3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)</p>	<p>Эшитади</p>

1-илова

Блиц-савол:

- 1 Критик ишемияни сабабларини курсатинг
- 2 Артериал утказувчилини уткир бузилиш сабабларини.
- 3 Асосий эмбологен касалликларга нималар киради
- 4 Вирхов учлиги
- 5 Лериш синдроми классификацияси

Саволларга жавоблар:

1. 1) артериал ва веноз томирлар тонусининг кескин камайиши; 2) қон реологик хусусиятининг кескин ёмонлашуви; 3) дистал томирларда қоннинг «ўғирланишига» (обкрадывание) олиб келувчи артериовеноз шунтланиш; 4) болдирнинг ишемик шиши; 5) гуморал регулятор тизимнинг дисбаланси; 6) қон хужайраларининг томир деворларига ёпишқоқлиги ошиши натижасида биологик актив субстанцияларнинг (цитокинлар) гиперпродукцияси.

2. Эмболиялар сингари ўткир тромбозларни ҳам мустақил касаллик деб ҳисоблаб бўлмайди. Улар ҳар доим асосий касалликнинг, яъни эмбол ёки тромбоген касалликлар оқибатида келиб чиқади. Бу касалликларни яъни, ўткир артериал окклюзия чақириши мумкин бўлган патологиялар қуйидагилардир.

1. Атеросклеротик кардиопатия: диффуз кардиосклероз, инфарктдан кейинги кардиосклероз, ўткир инфаркт миокарди, юракнинг ўткир аневризмаси, юракнинг сурункали аневризмаси.

2. Ревматик митрал порок.

3. Юракнинг туғма пороги.

4. Септик эндокардит.

5. Аорта ва унинг йирик шохлари аневризмалари.
 6. Пневмония.
 7. Ўпка ўсмалари, катта қон айланиш доираси веналарининг тромбози (юррак тусиғининг дефектлари бўлганда), қўшимча бўйин ковурағаси.
 8. Эмболиянинг ноаниқ манбаи.
4. Томир ичида тромб хосил бўлиш сабаблари 1856 йилдаёқ Вирхов Г. томонидан аниқланган ва у буларни битта триадага бирлаштирган, яъни: *томир деворининг зарарланиши, қон таркибининг ўзгариши ва қон айланиш бузилиши*.

5. Бу қорин аортаси бифуркацияси ва ёнбош артериялар зарарланишини англатувчи умумлаштирилган терминдир. Лекин бунда на касалликнинг этиологияси, на унинг локализацияси, на бошқа касалликларнинг белгилари тушунилади. Биринчилар қаторида 1818 йилда Goodison аорта бифуркациясининг атеросклеротик окклюзияси ҳақида ёзган. Аорта бифуркацияси окклюзиясида намоён бўладиган клиник белгиларни биринчи бўлиб 1923 йилда Лериш анча тўлақонли ёритган

Этиология.

Туғма ёки орттирилган касалликлар натижасида юзага келиши мумкин. Туғма: қон томирнинг гипоплазияси ёки аплазияси, ёнбош артерияларининг фибромушак дисплазияси. Орттирилган: атеросклероз (94%), носпецифик аортоартериит (20%), постэмболик окклюзия (1%), травматик тромбоз (1%) ва бошқалар.

Классификация (А.В.Покровский, 1979 й.)

- I. Этиологияси бўйича: туғма ва орттирилган.
- II. Зарарланиш турига кўра: окклюзия ва стеноз.
- III. Локализацияси бўйича:

1. Паст окклюзия (пастки тутқич артериясидан дисталроқ);
2. Ўрта окклюзия (пастки тутқич артериясидан проксималроқ);
3. Юқори окклюзия (буйрак артериялари сатҳида ёки улардан 2 см дисталроқ).

Атеросклеротик зарарланиш кўп холларда буйрак артерияларидан дисталроқ жойлашади; атеросклерознинг сеvimли жойи - аорта бифуркацияси. Гемодинамик ўзгаришлар асосан қон томирининг ўтказувчанлиги 60-70 фоизгача торайганда кузатилади.

Ўқитувчи, қўл ва оёқ томирлари ишемик синдроми билан оғриган беморнинг қандай олиб боришини муҳокама қилишни тавсия қилади.

Ўқитувчи гуруҳларни 2 гуруҳларга бўлади. Ҳисоб 1, 2.

Қура ташлаш бўйича топшириқни тортади. Диспансер кузатувидаги беморда қўл ва оёқ томирлари ишемик синдроми

Кейин тайёрланиб дафтарга ёзиб олиш учун вақт берилади. Кейин қатнашчилардан бири гуруҳостиға ўқиб эшиттиради. Бу пайти ўқитувчи билан баҳслашаётган гуруҳ эксперт бўлади.

Инструктаж – 3 дақиқа, гуруҳлар бўлиниши 2 дақиқа, тайёрланишга – 10 дақиқа, гуруҳни чиқиши учун 10 дақиқадан (30 дақиқа).

2-ИЛОВА

1 – топшириқ

Эксперт варағи

1-гуруҳ.

1. Қўл ва оёқ ишемик синдроми касаллиги нима?
2. Лериш синдроми таснифини гапириб беринг.
3. Сабабини айтиб беринг.

Ҳолат муаммоси ҳақида жадвал тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони етиш йўллари

2- гуруҳ

1. Уткир ишемик синдроми қандай клиник белгиларини биласиз?
2. Қандай консерватив даволаш усулларини биласиз?
3. Қайси ҳолатларда оператив даволаш утказилади ва тактикаси нимадан иборат.

Ҳолат муаммоси ҳақида жадвал тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони етиш йўллари

3-ИЛОВА

2 - топшириқ

“Т-чизма” жадвал тўлдилинг

Лериш синдромни келиб чиқиш сабаблари?	Шифокор оёқларда шиш ва огриклар пайдо бўлса қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони

Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони

Гуруҳ рўйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммас и мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46- 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва пасти – ёмон

Талабалар жребия асосида саволларни танлайди кейин 3 дақиқа тайёрланади ва ҳар биттаси ўзи танлаган саволга жавоб беради. Имконият туғилса бир-бирини тўлдиради ёки жавобларга ўқитувчи тўлдиради.

Карточка №1. Артерия кон томири касалликларига учраган беморларни диспансер ҳисобида кўзатиш.

Беморни клиник кўриш:

- 1) Оёқларда оғриқ ва шишлар пайдо булиш.
- 2) Оёқларда гиперпигментация пайдо булиш.
- 3) Оёқда трофик узгаришлар аломатлари
- 4) Оқсоқлик.

Анамнез йиғиш:

Касалликнинг сабаблари

Касалликнинг ривожланиш вақти

Олган даволар дориларнинг турлари.

Давонинг самараси.

Қайталаш сони.

Лаборатория текшируви:

Умумий қон ва сийдик таҳлили.

Текширув усулларини қўллаш:

Оёқларни кўздан кечириш.

Пальпация ва томирлар аусқўльтацияси.

Оёқларни хажмини улчаш.

Функционал синамаларни утказиш

Кон томирларини УТТ усуллари

Касалликни шакли ва асоратига қараб шифокорнинг тактикаси.

- Оёқ ва қўл ишемик синдроми касаллиги компенсатор даврида, асорати бўлмаса оддий профилактик тавсиялар берилади..

- Оёқ ва қўл ишемик синдроми касаллигини асоратлари кузатилса махсус ихтисослаштирилган муассасага юборилади..

Интерактив ўйин «саволли тўп»

Кичгина қоғоз бўлагига мавзуга тааллуқли саволларни тўпга ёпиштиради ва саволларга жавоб бергандан кейин қоғозни олиб ташланади.

Тўпни талабаларни бирига отилади. Тўпни олган талаба қоғозга ёзилган саволлардан бирини олиб жавоб беради. Агар саволларни ҳаммасига жавоб тўғри жавоб берса кейин тўпни бошқа талабага беради. Шундай қилиб, саволларга тўлиқ жавоб бергунча давом этади.

- 1 Критик ишемияни сабабларини курсатинг
- 2 Артериал утказувчилини уткир бузилиш сабабларини.
- 3 Асосий эмбологен касалликларга нималар киради
- 4 Вирхов учлиги
- 5 Лериш синдроми классификацияси

№	Баҳо	аъло	яхши	ққоникарли	қоникарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Кейс-усул	50-43 баллар	42,5- 35,5 баллар	35- 27,5 баллар	27-18,5 баллар	18 баллар

Вазиятли масалалар ва тестлар**Топширик №1.**

66 ёшли бемор 50 метр юргандан сунг унг болдир соҳасида огриклар пайдо булди, хатто ез пайтида оёқ музлаб кичик юриш масофасида огриклар кузтилади. Куриқда: унг оёқ кафти ва болдир пастки учлиги унг оёқка караганда окарган ва пайпасланганда совукрок. Унг оёқда пульс факат сон артериясида суст аникланади. Унг ёнбош артериясида яккол систолик шовкин эшитилади. Бемор умумий ахволи қониқарли, хотираси сустлашуви ва зуриқиш вақтида вақти-вақти билан юрак соҳасида огрик хис қилади.

Ташхиси? Текшириш? Тактикаси?

Жавоб эталони:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тулик жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Бемор иккала оёғида облитерацияловчи атеросклероз мавжуд	5	5	0
2	Беморда унг ёнбош артерияси стенози ва унг сон артерияси окклюзияси бор	5	5	0
3	ЮИҚ, зуриқиш стенокардияси ва мия қон томирлари склерози	5	5	0
4	Текширув: УТТ доплерография, ангиография	5	5	0
5	Беморга реконструктив жаррохлик амалиёти (эндартерэктомия, протезлаш ёки шунтлаш)	5	5	0

Топширик №2.

Бемор 69 ёшда, клиникага мурожаат этишдан 2 кун илгари унг оёқда тусатдан қучли огрик пайдо булган. Текширув натижасида беморда ЮИҚ, хилпилловчи аритмия, унг оёқда III-V даражали ишемиянинг клиник қуриниши аникланади.

Сизнинг ташхисингиз, бу ҳолатда ангиография қилиш керакми? Беморга қандай даво чораси қурсатилган?

Жавоб эталони:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тулик жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Унг оёқнинг уткир артериал тутилиши, III-V даражали ишемия	5	5	0
2	ЮИҚ, хилпилловчи аритмия	5	5	0
3	Бу ҳолатда унг оёқдаги узғаришлар орқага қайтмайдиган хусусиятга эга	5	5	0
4	Аортоартериография ва эмболэктомияга курсатма	5	5	0
5	Унг оёқ ампутацияси жаррохлик амалиёти, антикоагулянтлар, юрак препаратлари ва симптоматик даво қурсатилган	5	5	0

Топширик №3

Бемор 68 ёшда клиникага эпигастрал ва киндикдан чапрокдаги огрикларга шикоят килиб тушди. Текширилганда корин бушлигида урта линиядан бир оз чапрокда пульсацияловчи хосила аникланади. Аускўльтация килинганда: сон артерияларига узатилувчи аник систолик шовкин эшитилади. Юрак тонлари бугиклашган, аорта устида II-тон акценти эшитилади. АКБ 160/90, пульси 92.

Сизнинг ташхисингиз, текширув этаплари, даво тактикаси

№	Жавоблар	Макс. балл	Тулик жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Атеросклеротик артериал гипертония	5	5	0
2	Корин аортаси аневризмаси	5	5	0
3	Корин бушлиги обзор рентгенографияси	5	5	0
4	УТТ, аортография	5	5	0
5	Корин аортасини протезлаш амалиёти	5	5	0

Топширик №4

Бемор 26 ёшда клиникага буйин сохасида катталиги 1,5x 2 смли пульсацияланувчи хосила борлигига шикоят килиб келди. Анамнезидан: 2 ой илгари буйин сохасидан уктар куролдан жарохат олган ва шундан сунг буйин сохасида шиш пайдо булган. Аускўльтация килинганда: шиш устидан систолик шовкин эшитилади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз, текширув режаси ва даво тактикаси

№	Жавоблар	Макс. балл	Тулик жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Травматик артериал аневризма	5	5	0
2	Буйин артерияси шикастланишидан кейинги холат	5	5	0
3	УТТ, артериография	5	5	0
4	Клиник - биохимик текширув	5	5	0
5	Буйин артерияси деворини протезлаш	5	5	0

Топширик №5

Бемор тез ёрдам машинасида реанимация булимига бел сохасидаги коургалар буйлаб кучли огрикларга шикоятлар билан олиб келинди. Обьектив холати: бемор кузгалган, яккол ифодаланган хансираш аникланади. Чанкашга шикоят килади. АКБ 170/100 мм.сим.уст. пульс 1 минутда 98 зарба. Беморда огрик колдирилгандан сунг, курак кафаси рентгенографияси ва аортаграфия бажарилди, хулоса аортанинг кутарилувчи кисми аневризмаси аникланади.

Беморда кайси касалликлар билан таккосий ташхислаш уьказиш лозим. Даволаш тактикаси.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тулик жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Кукс оралиги усмаси	5	5	0
2	Спонтан пневмоторакс	5	5	0
3	Корин бушлиги усмалари	5	5	0
4	Симптоматик даволаш	5	5	0
5	Хаётий курсатма буйича жаррохлик усулида даволаш	5	5	0

№	Баҳо	аъло	яхши	ққоникарли	қоникарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Стуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4. Амалий қисм

Оёк ва қўл ишемик синдромини аниқлаш, фуқционал кўзатмаларни бажариш, ангиограммаларни ўқиш.

Кўл ва оёк огрикли ишемия синдромининг белгиларини аниқлаш

№	Қадамлар	Бажармаслик (0 балл)	Бажариш (10 балл)
1	Томирларда пульсацияни аниқлаш	0	15
2	Кўл ва оёқни пайпаслаш	0	15
3	Кўл ва оёқ томирларини аусқўльтация қилиш	0	20
4	Фуқционал кўзатмаларни бажариш	0	20
5	Савельев буйича ишемия даражасини аниқлаш	0	15
6	Ангиограммани ўқиш	0	15
	Жами:	0	100

Троянов- Трендленбург синамаси

Кўрсатма: Вена кон томирларини варикоз касаллигида остиал клапанларни етишмовчилигида кузатилади.

Керакли асбоб-ускуналар: эластик жгут. Беморни ҳолати горизонтал.

Талабага топшириқ: вена кон томир касалликларида фуқционал синамаларни қилишга кўрсатма, керакли асбоб-ускуналар, тайёрлаш усуллари ва тушунтириб бериш. Касалликни белгиларини айтиб беринг ва қандай қўшимча текширувлар қилиш мумкин.

Ўқитувчининг ахбороти: Талабани билимини ва кўникмасини қадамма- қадам, алоҳида. баҳолаш,

№	Қадамлар	Бажарилмаган (балл)	Тўлиқ нотўғри бажарилган (10 балл)
1	Беморни текширувига тайёрлаш.	0	10
2	Беморни горизонтал ҳолатда кушеткага етқишиш.	0	10
3	Касалланган оёқни бемор етган пайтида кутарилади ваюзаки вкналар кон бушатилади.	0	10

4	Сонни юкори кисмига резинали жгут куйилади.	0	10
5	Бемор тургазилади ва бир-икки дакикадан сунг жгут ечилади	0	10
6	Тез орада веналар юкоридан пастка караб кон билан тулишса- бу мусбат натижа, яъни остеал клапан етишмовчилиги бор.	0	10
7	Жгут ечилмасдан вена томирлари пастдан юкорига караб кон билан тулса- бу манфий натижа деб хисобланади.	0	10
8	Ректороманоскопия ташхис кўйиш учун кўрсатма бўлса қилинади. Биопсия, мазок, шилиқда из қолдириш ва таҳлиллар қилинади.	0	10
	Жами:	0	100

тестлар

1.Лериша синдроми - бу

- а) брахиоцефал неспецифик артериит;
- б) қорин аортаси бифуркацион атеросклеротик окклюзияси ;
- в) Қўл-оёқ дистал қисми капиллярпатияси;
- г) юрувчи тромбангиит;
- д) пастки кавак венани окклюзияси.

Лериша синдроми – қорин аортаси бифуркация ва ёнбош атрерияларнинг атеросклеротик зарарланиши натижасида окклюзияга учраши - қўл-оёқларда сурункали ишемия, жинсий майлсизлик, чаноқ органлари ишемияси ҳамда терминал колопатия билан тавсифланади. Тўғри жавоб - б.

2. Облитерик атеросклероз куйидагича изоҳланади:

- а) бўғимларда учиб юрувчи оғрик;
- б) оқсоқланиш;
- в) оёқ панжасини яшин тезлигида некрозга учраши;
- г) тизза бўғими соҳасида трофик ярани пайдо бўлиши;
- д) чуқур веналар тромбофлебитир кўшилиши.

Облитерик атеросклерознинг клиник белгиларидан оқсоқланиш мушакларда қон айланишини етишмаслиги билан тавсифланади. Тўғри жавоб - б.

3. Сурункали артериал етишмаслиги куйидаги ҳолларда ривожланади: 1) облитерик тромбангиит; 2) посттромбофлебитик синдром; 3) ангиоспазм; 4) артериал аневризм; 5) облитерик атеросклероз.Тўғри жавобларни танланг:

- а) 2, 3;
- б) 3, 4;
- в) 1, 5;
- г) 2, 3, 4;
- д) 2, 5.

Тўқималарда қон айланишини бузилиши гангрени ривожланишида томирлардани облитерик атеросклерозга учраши муҳим рол ўйнайди. Посттромбофлебитик синдром қўл-оёқларда сурункали веноз етишмаслигига олиб келади. Ангиоспазм и артериал аневризмлар сезирарли даражада артериал қон бўзилишига олиб келмайди.

Шундай қилиб, тўғри жавоб - в.

4. Сурункали артериал етишмаслигини даволашда қандай дори-дармонлар асосли хисобланади? 1) десенсибилик дорилар; 2) томирни торайтирадиган; 3) томирни кегайтирадиган; 4) дезагрегантлар; 5) антибиотиклар. Тўғри жавобни танланг:

- а) 1, 3, 4;
- б) 1, 3, 5;
- в) 2, 4, 5;
- г) 3, 4, 5;

д) ҳаммаси тўғри.

Сурункали артериал етишмаслигида мажмуавий даволаш: томирни кенгайтирадиган дорилар, дезагрегантлар, реологик хоссага эга дорилар ҳамда десенсибилистик дорилар (асосан облитерик эндартериит и тромбангиит беморларда). Томирни торайтирадиган дориларни қўллаш касалликни ёмонлаштиргани учун мумкин эмас. Антибактериал препаратларни қўллаш асоратларни ривожланишига олиб келади. Шундай қилиб, тўғри жавоб.

5. Магистрал артерияларда эмболэктомияни бажариш учун мукамал асбоб қайси бири ҳисобланади:

- а) Вольмар кольцоси;
- б) вакуумли сургич;
- в) баллонли Фогарти катетери;
- г) Дормиа катетери;
- д) щипцилар.

Баллонли фогарти катетери томир бўшлиғидан эмболни оладиган энг яхши асбоб. Тўғри жавоб - в.

6. Қўл-оёқларда артериал томир эмболиясига тааллуқли эмас:

- а) томир уришини йўқлиги;
- б) парастезия;
- в) трофик яра;
- г) оғрик;
- д) терини оқариши.

Оёқда трофик ярани ҳосил бўлиши бу узоқ пайт тўқималар трофикасини бузилишидан гувоҳлик беради. Эмболия зудлик билан ривожланадиган ҳолат. Трофик ярани ҳосил бўлишида сурункали веноз етишмаслигини кўпроқ таъсири бор. Тўғри жавоб- в.

7. Артериал аневризмдан нимани кўтмаслик мумкин:

- а) йиртилиш;
- б) Қўшни органларни қисилиши;
- в) йиртилганда кучли оғрик;
- г) артериал тромбоэмболия;
- д) спонтан даволаниш.

Артериал аневризмни ҳар хил турига спонтан даволанишига тенденция йўқ. Аневризм ташхисини ўзи операция йўли билан даволашга кўрсатмаси бор-аневризмни резекция қилиш ва протез қўйиш. Тўғри жавоб - д.

8. 11Б даражали ишемияни ривожланиши сон артерияси эмболиясига боғлиқ эмас:

- а) Қўл-оёқда оғрик;
- б) Тери рангини ер рангига ўхшаши;
- в) қўл ва оёқни совиши;
- г) бўғимларда фаолликни йўқолиши;
- д) мушакли контрактура.

Мушакли контрактура – бу белги критик ишемиянинг 11Б даражасида ривожланади. Қолган ҳамма белгилар 11 Б ишемик даражани билдиради. Тўғри жавоб - д.

9. Сурункали артериал етишмаслиги тўқималарда гипоксия бўлганлиги учун қуйидаги муолажалар қўлланилади: 1) томирларни торайтирадиган дорилар; 2) гипербарик оксигенация; 3) қонни ёпишқоқлигини камайиши уменьшение; 4) физиотерапевтик даволаш; 5) гемотрансфузия. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 5;
- б) 1, 4, 5;
- в) 2, 3, 4;

- г) ҳаммаси тўғри;
- д) ҳаммаси нотўғри.

Сурункали артериал етишмаслигида тўқималарни гипоксия учрашини қуйидаги муолажалар камайтиради: реологик таъсирга эга дорилар, гипербарик оксигенация, физиотерапевтик муолажалар, томирни кенгайтирадиган дорилар. Томирни торайтирадиган дорилар артериал етишмаслиги ва ишемияни ёмонлаштиради. Гемотрансфузия қонни ёпишқоқлигини оширади ва сурункали қон етишмаслигини кечишини ёмонлаштиради. Тўғри жавоб - в.

10. Аорта бифуркацияси ва қўл - оёқларда ўткир қон тутилишида ишемиянинг оғир даражасида эмбол ёки тромбэктомия операцияси қуйидаги ҳолатларда қилинмайди:

- а) ўткир миокард инфаркти;
- б) ўткир ишемик инсульт;
- в) хўппозли зотилжам ;
- г) тотал контрактура;
- д) ҳаммаси нотўғри.

Ўткир артериал эмболия ёки тромбда тотал контрактуранинг ривожланиши тўқималарда қайтмайдиган ўзгаришлар бўлиши туфайли тромбэктомия қилиш мумкин эмас. Қолган ўткир артериал етишмаслигида операция қилишга қарши кўрсатма йўқ. Тўғри жавоб - г.

11. Ўткир артериал етишмаслигига ташхис қўйишда энг яхши информатив усуллар қуйидагилар ҳисобланади:

- а) сфигмография;
- б) реовазография;
- в) аорто - артериография;
- г) плетизмография;
- д) термография.

Контрастли рентгенография ўтир артериал етишмаслигида энг информатив усул ҳисобланади, чунки артериал тутилишни аниқ жойини аниқлашда муҳим рол ўйнайди. Тўри жавоб - в.

12. Рейно касаллигида қуйидаги белгилар кузатилади:

- а) қўлни зарарланиши ва оёқни кам зарарланиши;
- б) қўлларда юривчи тромбофлебит ;
- в) тирноқларни некрози;
- г) бирдай зарарланиши;
- д) қўл ва оёқларнинг дистал қисмида оғриқ бўлиши.

Юривчи тромбофлебит белгиси облитерик тромбангиитга (Бюргера касаллиги), қолган клиник белгилар Рейно касаллигига тааллуқли. Тўғри жавоб - б..

13. Облитерик тромбангиитни биринчи босқичида қуйидаги даво усуллари танланади:

- а) консерватив;
- б) бел симпатэктомияси;
- в) периартериал симпатэктомияси;
- г) томирларни тиклаш операцияси;
- д) бирламчи ампутация.

Тромбангиитни даволашда яллиғланишга қарши, десенсибилик, антиагрегант, томирни кенгайтирдиган дорилар ва витаминлар қўлланилади. Ампутация фақат чириш ривожланганда қилинади. Тўғри жавоб - а.

14. Сурункали артериал етишмаслигида қуйидаги белгилар кузатилади: 1) увишиш; 2) совиш ; 3) тери рангини оқариши; 4) оқсаш; 5) мушакларни атрофияга учраши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 3;
- б) 2, 4, 5;
- в) 1, 5;
- г) ҳаммаси тўғри;

д) ҳаммаси нотўғри.

Ҳамма санаб ўтилган клиник белгилар сурункали артериал етишмаслигига тааллуқли. Тўғри жавоб - г.

15. Ўткир қон айланишини бузилишига қуйидаги клиник белгилар киради: 1) бирданига шиш пайдо бўлиши; 2) кутилмаганда оғриқни пайдо бўлиши; 3) қўл ёки оёқни исиши; 4) терини оқариши; 5) қўл ва оёқни совуши. Тўғри жавобларни танланг:

а) 1, 3, 5;

б) 2, 3, 5;

в) 2, 4, 5;

г) 1, 3;

д) 2, 5.

Ўткир артериал етишмаслигига бирданига шиш пайдо бўлиши ва исиш характерли эмас - бу белгилар ўткир тромбоз ривожланганда кузатилади. Тўғри жавоб - в.

16. Сон артерияси эмболиясида ўткир ишемиянинг IIB даражасида қуйидаги белгилар кузатилади: 1) оғриқ; 2) совуш; 3) бўғимларда фаол ҳаракатни йўқолиши; 4) бўғимларни қимирлатганда бирданига оғриқни сезилиши; 5) тотал мушак контрактураси. Тўғри жавобларни танланг:

а) 1, 2, 3;

б) 3, 4, 5;

в) 1, 2, 4;

г) ҳаммаси тўғри;

д) ҳаммаси нотўғри.

Ҳамма санаб ўтилган белгилар критик ишемиянинг IIB босқичига тааллуқли. Тўғри жавоб - г.

17. Ўткир артериал тромбозни ривожланишига қуйидагилар сабаб бўлади:

а) облитерик тромбангиит;

б) облитерик атеросклероз;

в) артерияни пункция қилганда ва катетер қўйганда;

г) артериянинг экстравазал қисилиши;

д) полицитемия.

Ўткир артерия томбози асосан сурункали тромбооблитерик касалликларида (атеросклероз, артериит) бирданига регионар қон айланиши умумий гемодинамикани бузилишидан кейин ривожланади. Бошқа қолган сабаблар ўткир артерия тромбозидида кам учрайди.

Шундай қилиб, тўғри жавоб - б.

18. Тақаясу синдромига тааллуқли белгилар:

а) томир уришини йўқолиши;

б) оёқда томир уришини йўқолиши;

в) спазм;

г) бош айланиши ва оғриши;

д) кўришни ёмонлашиши ва кўр бўлиши.

Тақаясу синдроми аорта равоғи окклюзиясида кузатилади. Бу эса қўл ва бош мияда сурункали ишемияни ривожланишига олиб келади. Оёқдаги ишемик белгилар Тақаясу синдромига тааллуқли эмас. Тўғри жавоб - б.

19. Облитерик тромбангиитда ангиографик белгиларда ҳамма санаб ўтилганлардан ташқари:

а) бирдай артерияни торайиши;

б) диффузли окклюзия;

в) коник шаклига ўхшаш томирда контрастни узилиши;

г) магистрал артериянинг контурини емирилиши;

д) жуда кўп майда коллатерал тармоқларни торайиши.

Облитерик тромбангиитни ангиография қилганда томир деворини торайиши, контурни нотўғрилиги, жуда кўплаб коллатералларни топилиши томирда коник шаклда

контрастни узилиши аниқланади. Шундай қилиб, магистрал томирларда контрастни емирилиши артериал тромбангитга характерли эмас, балки облитерик атеросклерозда кузатилади. Тўғри жавоб - г.

20. Ўткир артериал эмболия ва кўк флегмазиянинг умумий клиник белгилари мавжуд, қуйидагилардан ташқари:

- а) оғриқлар;
- б) томир уришини йўқолиши;
- в) терини оқариши;
- г) парестезия;
- д) терини гипотермияси.

Ўткир артериал эмболия ва кўк флегмазияда оғриқ, терини совуши сезувчанликни ўзгариши ва периферик артерияларда томир уриши аниқланмайди. Ўткир артериал эмболияда тери ранги оқ, кўк флегмазияда цианоз кузатилади (илеофеморал тромбозни тнрминал босқичида). Шунинг учун ҳам, терини оқариши иккала касалликка ҳам характерли. Тўғри жавоб - в.

21. Ўткир регионал артериал қон айланиши бузилишида қуйидаги белгилар кузатилади: 1) бирданига оғриқ бўлиши; 2) қўл ва оёқда терини қизариши; 3) периперик артерияларда томир уришини йўқолиши; 4) бирданига шиш падо бўлиши; 5) совиш. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 2, 3, 4;
- б) 1, 3, 5;
- в) 3, 4, 5;
- г) ҳаммаси тўғри;
- д) ҳаммаси нотўғри.

Ўткир артериал қон айланишининг бузилишида бирданига оғриқ пайдо бўлиши, терини оқариши ва периферик артерияларда томир уришини йўқолиши характерли ҳисобланади. Терини қизариши эса ўткир веноз тромбозда кузатилади. Тўғри жавоб - б.

22. Ўткир артериал қон айланишининг бузилишида қуйидаги белгилар кузатилади: 1) доимий оғриқни кучайиши; 2) кутилмаганда оғриқни пайдо бўлиши; 3) тери рангини кўқариши; 4) тери рангини оқариши; 5) қўл ва оёқни совуши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 3, 5;
- б) 2, 4, 5;
- в) 3, 4;
- г) 4, 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

Ўткир артериал қон айланишининг бўзилишида кутилмаганда ўткир оғриқ, сезирарли даражада оқариш ва совиш кузатилади. Оғриқни доимий равишда зўрайиб бориши ва тери рангини кўқариши ўткир венз қон айланиши бўзилишига тааллуқли. Тўғри жавоб - б.

23. Периферик қон айланишни қуйидаги ҳолатлар кучайтиради:

- а) эластик бинтлик тақиш;
- б) қонни ёпишқоқлигини камайтириш;
- в) оёқ учини кўтариб ётиш;
- г) компрессы;
- д) гемотрансфузия.

Қўл ёки оёқга эластик бинт қўйиш ва оёқ учини кўтариш веноз қон ҳаракатини яхшилайдди. Қон қуйиш қонни ёпишқоқлигини оширади ва артерияда қон юришини ёмонлаштиради. Компреслар периферик артериал қон таъминланишига таъсир қилмайди. Қон ёпишқоқлигини реологик таъсирга эга ва дезагрегантларни қўллаганда периферик артерияларда қон айланиши яхшилайдиганди дориларни қўлланилади.

Демак, тўғри жавоб - б.

24. 35 ёшли беморни текширганда митрал стеноз ташхиси қўйилган. Қанадай усулар билан текширганда митрал стенозда кальциноз борлигини аниқлаш ва қиёфасини баҳолаш мумкин? 1) юракни рентген қилиш; 2) эхокардиография; 3) электрокардиография; 4) фонокардиография; 5) миокардни сцинтиграфия қилиш. Тўғри жавобларни тўри танланг:

- а) ҳаммаси нотўғри;
- б) 1, 3, 5;
- в) 2, 3, 4;
- г) 2, 5;
- д) 1, 2.

Эхокардиография митрал стенозга ташхис қўйишда информатив усул ҳисобланади. Рентгенография ҳам митрал клапанда кальциноз борлигини аниқлашда информатив усул бўлиб саналади. Фонокардиография ва электрокардиография қўлланиши чап бўлинмада ва қоринда гипертрофия даражасини аниқлашда муҳим рол ўйнайди. Сцинтиграфия -миокарда дистрофия даражасини кўрсатади. Шундай қилиб митрал клапандаги кальцинозни аниқлашда информатив усуллар: ЭхоКГ ва рентгенография ҳисобланади. Тўғри жавоб- д.

25. Санаб ўтилган белгилардан қайсилари босиб турадиган перикардитда учрайди: 1) юрак учини уришини йўқолиши 2) юракда шовқинни пайдо бўлиши; 3) жигарни шишиши; 4) асцитни пайдо бўлиши; 5) спленомегалия. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 3, 4;
- б) 2, 4, 5;
- в) 1, 4, 5;
- г) 2, 3, 4;
- д) 1, 2, 3.

Босиб турадиган перикардитда юрак учини уриши аниқланмайди. Венани қисилиш натижасида юракка келадиган қон камаёди. Шундан кейин жигар катталашади ва асцит ривожланади. Талоқ бу пайтда катталашмайди (асосан портал гипертензия синдромида кузатилади). Юракда шавқинни пайдо бўлиши ҳам характерли эмас. Юрак тонлари қар бўлади. Шундай қилиб, тўғри жавоб - а.

26. Бемор тинч тургандаги стенокардияга чалинганига уч ой бўлган. Нитроглицериндан 50 таблеткадан ичган. Сизнинг тактикангиз?

- а) компьютер томография қилиш;
- б) коронарография;
- в) медикаментоз терапияни кучайтириш;
- г) санаторияда даволашга юбориш;
- д) велоэргометрияни бажариш.

Беморни стенокардияга дучор бўлганига уч ой бўлган, шунга қарамай оғриқ туфайли нитроглицерин кўп қабул қилади. Шунинг ҳисобига олиб, тож артериясида стеноз даражасини аниқлаш учун коронарография қилиш керак. Тинч тургандаги стенокардияда велоэргометрия қилин мумкин эмас. Дори-дармонлар ёки санаторияда даволаш самарасиз. Компьютер томография ҳам ҳеч қандай инфомация бермайди. Демак, тўғри жавоб- б.

27. 31 ёшли беморга ревматик қўшма митрал нуқсонни ташхиси қўйилган. Қанақа усуллар билан митрал клапани етишмаслиги даражасини аниқлаш мумкин?

- а) юракни ўнг бўлимини зондлаш;
- б) юракни чап бўлимини зондлаш;
- в) чап томонли рентгеноконтрастли вентриқўлография;
- г) рентгенография;
- д) кўкрак аортография.

Митрал етишмаслиги даражасини аниқлашда энг яхши информатив усуллар эхокардиография и рентгеноконтрастли вентриқўлографиялар билан регургитация

даражасини аниқлайди. Юрак бўлимларини зондлаш, рентгенография, кўкрак аортографияси фақат қисман маълумот беради. Поэтомшундай қилиб, тўғри жавоб - в.

28. Қандай муолажалар суяқликли перикардитда қўлланади:

- а) юракни яхшилайдиган дорилар;
- б) диуретиклар;
- в) антикоагулянтлар;
- г) перикардга пункция қилиш;
- д) субтотал перикардэктомия қилиш.

Перикардит бўшлиғига суяқлик тўпланганда пункция қилиб суяқликни олиб ташлаш керак. Суяқликни олиб ташламаса юракни қисиб тампонадага учратади. Диуретиклар, юракка қўллайдиган дорилар, антикоагулянтлар самараси кам. Перикардэктомия қилиш босиб турган перикардитда бажарилади. Тўғри жавоб - г.

29. 53 ёшли бемор зўриқиш стеенокардияси билан оғриган. Коронаграфияда олдинги қоринлараро артерияда сегментли стеноз борлиги аниқланди(70 % яқин). Ишлаш мумкин, ammo лекин 2-3 марта юрак соҳасида оғриқ бўлиб туради. Сизнинг тактикангиз:

- а) мажбурий ишни ўзгартириш;
- б) медикаментоз терапияни кучайтириш;
- в) санаторияда даволанишни тавсия этиш;
- г) оператив даволашни ҳозир тавсия этиш;
- д) шифохонада даволангандан кейин оператив даволашни тавсия этиш.

Беморни ёшлигини ҳисобга олган ҳолда стенокардияни клиник белгилари аниқ намоён бўлганда, олдинги қоринлараро артериясида сегментар стеноз кузатилса операция қилишга юбориш керак, яъни стенозни стентлаш. Операциядан олдинги тайёрлаш тадбирлари юрак етишмаслиги бўлмаганлиги учун қилинмайди. Тўғри жавоб - г.

30. Клиникага 42 ёшли бемор митрал стенози билан тушган. Эхокардиографическом и рентгеноскопия йўли билан текширганда митрал клапанни ҳаракатини чегараланганлиги ва кальцинозни 111 даражаси борлиги аниқланди. Митрал тешикни ҳажми - 0,5 см, касалликни III функционал синифи. Оператив муолажалар турини аниқ ҳалотларда кўрсатмасини кўрсатинг: 1) очиқ турдаги митрал ташхиси қўйилган комисуротомия; 2) митрал клапанга механик протез қўйиш ; 3) митрал клапанни биологик протез билан алмашлаш; 4) ёпик қоринорқали митрал инструментал комисуротомия; 5) чап митрал тешикни рентгеноэндовасқўляр баллонли дилатация қилиш. Тўғри жавобларни танлан:

- а) 4;
- б) 4, 5;
- в) 5;
- г) 1;
- д) 2, 3.

Стенозни аниқ кўринишини ҳисобга олган ҳолда митрал клапанга механик ёки биологик протез қўйишга кўрсатма бўлади. Бошқа кетирилган усуллар бундай пайтда самарасиз ҳисобланади.

Тўғри жавоб -д.

31. ЮИК жарроҳлик йўли билан даволашга кўрсатмаларни санаб ўтинг: 1) 400 кг мм/мин кам бўлганда физик оғирликка мойиллиги; 2)тож артерияси узанини зарарланиши артерияни 70% ва кўпроқ торайишга олиб келади; 3) чап тож артерия поясини 70% торайиши ; 4) 3 та тож артериясини зарарланиши; 5) кенг трансмурал чандиқ зонасида микардни алмашлаш . Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 4, 5;
- б) 1, 5;
- в) 4, 5;
- г) 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

ЮИК операция қилишга кўрсатма тож артерияларининг зарарланиши натижасида 50% ва ундан кўп стенозга учраши.Шундай қилиб, тўғри жавоб - а.

32. Юрак аневризмида қандай асоратлар бўлиши мумкин? 1)бош мия гипоксияси; 2) миокарда гипоксияси; 3) тромбоземболия; 4) юракни заифлаши; 5) жигар циррози. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 2, 5;
- б) 2, 4;
- в) 3, 4;
- г) 1, 4;
- д) 1, 5.

Юрак аневризми катта трансмурал микард инфарктдан кейин ҳосил бўлади. Бу пайтда юрак уриши сусаяди натижада юрак заифлигига олиб келади. Аневризм туфайли юрак бўшлиғи кенгаяди, тромб ҳосил бўлиб, тромбоземболияни қайталашига олиб келади.Тўғри жавоб - в.

33.Юракни кўк тусли нуқсониди қандай ўзгаришлар кузатилади? 1) ҳамма органларда гипоксия; 2) ўпка артериясида гиперволемиа и гипертензия; 3) юқори нафас йўлидасурункали яллиғланиш; 4) ўсишни тўхташи; 5) кичик қон айланишида гиповолемиа. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 4, 5;
- б) 1, 4, 5;
- в) 2, 3, 4, 5;
- г) 1, 3, 4, 5;
- д) 3, 4, 5.

Кўк тусли юрак нуқсониди (мисол учун, Фалло тетрадаси) ҳамма санаб ўтилган белгилар характерли ҳисобланади. Ўпка артерияси тизимида гиперволемиа и гипертензиясидан ташқари. Бу нуқсонлар ўпка артерияси стенози ва қоринлараро девори нуқсониди билан бирга кечади, қоринчалар ва ўпка артерияси қўшиладиган жойда веноартериал қон қўшилиши кузатилади. Тўғри жавоб - г

34. Хулли чиришни кучайишида(гангренада) нималар қилиш мумки:

- а) оёқ қафтидан кўплаб кесмалар қилиш;
- б) сон соҳасидан тезда ампутация қилиш;
- в)артерияга шунт кўйиш;
- г) хулли чиришни куриқ чиришга ўтказиш учун муолажаларни давом эттириш;
- д) улкан антибиотикотерапиялар қилиш.

Оёқнинг хулли чиришини табора ўсишини битта даволаш усули бор. Бу ҳам бўлса беморни ҳаётини сақлаб қолиш учун соннинг юқори қисмидан ампутация қилиш. Терини лампасли кесиш флегмонада ёки газли чиришда қўлланилади. Антибактериал даво эса операциядан кейин қилинади. Хулли чиришни куриқ чиришга ўтказиш, хулли чириш табора ривожланмаганда уриниб кўриш мумкин.Шунтлаш операцияси фақат чириш йўқ пайти қилинади. Шундай қилиб, тўғри жавоб - б

№	Баҳо	аъло	яқши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қсми	100-86 балларп	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37- баллар	36 баллар

5.

Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;

- тест;
- ситуацион топшириқлар;
- амалий билимларни ўзлаштириш.

11. Шу кунда баҳолашни назрат қилиш мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
1	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс- босқичи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

8. Жорий баҳолаш мезонини назрат қилиш

№	%	Баҳо	Мезонлар
1	96-100	Аъло «5»	Ишемик синдроминг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тўла мукамал билади. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукамал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тақикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Ситуацион топшириқларни ечишда ўзгача далиллар билан изоҳлайди ва ёндошади.
2	91-95	Аъло «5»	Ишемик синдроминг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тўла мукамал билади. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукамал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тақикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Ситуацион

			топшириқларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади.Биокимёвий таҳлилларни изоҳлашда битта хато қўйган.
3	86-94	Аъло «5»	Ишемик синдромининг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида мукамал билади. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструмантал текширувларни мукамал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш такикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади.Ситуацион топшириқларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади. Ситуацион топшириқларни ечишда бир қанча хатоларга йўл қўйган.
4	81-85%	«яхши»	Ишемия синдромининг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тушунчага эга. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни қўллай олади. Клиник-инструмантал текширув усуллари тўғрисида мукамал билмайди. Айрим маълумотларни қандай аҳамиятга эга эканлигини билмай Интрактив ўйинларда фаол қатнашади.Ситуацион топшириқларни ечишда далиллар билан ёндошади. Ситуацион топшириқларни ечишда бир қанча хатоларга йўл қўйган. ди.
5	76-80%	«яхши»	Ишемия синдромининг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тушунчага эга. Саволларга тўғри жавоб беради. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради.Мустақил бемор билан ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда қўпол хато қилади. Ситуацион топшириқларни тўлиқ бажармайди.
6	71-75%	яхши“4”	Ишемия синдромининг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тушунчага эга. Саволларга тўғри жавоб беради. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради.Мустақил бемор билан ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда қўпол хато қилади. Ситуацион топшириқларни тўлиқ бажармайди.
7	66-70%	Қоникарли”3”	Ишемия синдромининг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида

			тушунчага эга. Саволларни яримига жавоб бермайди. Жавобларга ишонмай жавоб беради. Ишемиянинг таснифини ёмон билади. Айрим саволларни жавобини билади ва ўз фикрини изоҳлаб беролмайди.
8	61-65%	қониқарли”3”	Саволларни яримига тўғри жавоб беради. Жавобларга ишонмай жавоб беради. Ишемиянинг таснифини ёмон билади. Айрим саволларга жавоб беради ўз фикрини изоҳлаб беролмайди..
9	55-60%	қониқарли”3”	Саволларни яримига тўғри жавоб беради. Синдромни ташхиси, диф. Ташхиси ва даволаш алгоритминини изоҳлашда хатоликка йўл қўяди. Муаммони ечишда ишонмай изоҳлайди. Амалий кўникмаларни қийнчилик билан бажаради. Ситуцион топшириқларни бажаришда хатоликларга йўл қўяди.
10	54% дан паст	қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида маълумотга эга эмас. Таснифи, ташхиси, диф. Ташхиси ва даволаш тактикасини билмайди. Амалий кўникмаларни бажаришни билмайди.

9. Дарсни хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, аклий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш.	65 дақиқа	15 дақиқа

		Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш		
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйғуриштириш вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар:

1. сурункали артериал касалликларида фактор хавфи.
2. Каковы основные компоненты патогенеза критической ишемии
3. Консерватив даволарни бугунги кундаги йўналиши.
4. облитерик атеросклероз.
5. ишемия таснифи.
6. облитерик эндартериит таснифи
7. ўткир артериал етишмаслиги
8. В.С.Савельев бўйича ўткир ишемиянинг даражаси(2007)

11. Адабиетлар:

Асосий:

1. Гостишев, Общая хирургия. Москва, 2003 г.
2. Мерте Дж. Справочник врача общей практики, 1998 г.
3. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия, С-Петербург, 2000 г.
4. Савельев. Хирургические болезни, Москва 2006 г.
5. Каримов Ш.И. Хирургические болезни, Тошкент 2006

Кушимча:

6. М.И. Лыткин, И.Г. Перегудов. Отдаленные результаты реконструктивных операций на брюшной аорте и подвздошных артериях. Кардиология, 1981;2:55–8.
7. А.В. Покровский. Клиническая ангиология. Москва, изд. “Медицина”, 1979;360.
8. Э.А. Каримов. Результаты реконструктивных операций в бедренно-подколенной зоне при выраженной ишемии нижних конечностей. В сб. “Актуальные вопросы хирургии. Вопросы хирургии сосудов”. Ташкент, 1978;47–9.
9. И.Н. Бокарев, В.К. Великов, Н.М. Зеленчук. Тиклид – новое в лечении и профилактике артериальных тромбозов. Тер. архив, 1992;4:96–100.
10. В.С. Савельев, В.М. Кошкин. Критическая ишемия нижних конечностей. Москва, “Медицина”, 1997;170.

Вена томирлари касаликларида шиш-огрик синдроми

Вена томирларини варикоз кенгайиши. Пастки кавак вена синдроми, флеботромбоз ва тромбофлебитлар. Посттромбофлебитик синдром. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси.УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №10

Бухоро – 2014

Мавзу № 9: Вена томирларини варикоз кенгайиши. Пастки кавак вена синдроми, флеботромбоз ва тромбофлебитлар. Посттромбофлебитик синдром. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси.УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси.

<i>Вақт: 327 дақ</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Топшириқлар тури, шакли</i>	Практическое занятие
<i>Дарсларни тuzилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисми 3. Аналитик қисми: <ul style="list-style-type: none"> -Кейс-босқичи -Ситуацион топшириқ ва тестлар 4. Амалий қисми

<i>Дарсинг мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойиллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш; - Экстремал ҳолатларга мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида); - Олдиндан ташҳис қўйиш, дифференциал ташҳисни бажариш; -Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Вена томирлар патологиясининг аниқлашни била олиш ва даволаш усуллари ўрганиш. (флебитлар, вена томири варикоз касаллиги ва бошқалар) - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилиш усуллари ўрганиш.
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> - ишемик симптомокомплексни этиологияси ва патогенезни билиш. - ишемик симптомокомплексида даволаш усуллари -касалликни ривожланишида бевосита ва

	<p>билвосита омилларни роли. -облитерик атеросклерозни тишхиси ва диф. ташхиси. -диабетик ангиопатияни асосий даволаш тамойиллари. -аҳоли ўртасида оптимал даволаш, профилактик тадбирларни ташкил этиш.</p>
<p>Талаба бажариши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • - Беморни кўриш, касаллик тарихини аниқлаш; • -Беморни қон томир тизидақи пайпаслаш; • -Пульсацияни аниқлаш; • -Қон томирларни аусқўльтациясини утказиш; • -Лаборатория таҳлилларини, рентгенологик ва инструментал текширишларни натижаларини таҳлил қилиш; <p>- функционал кузатмаларни бажара олиш. - касалхонага ётишни ва оператив даволаш аниқлик киритиш. - клиник ташхисни кўйиш ва ифодалаш. -диспансер кўзатиш учун ҳарита очиш.</p>

<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабаларнинг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - Вена кон томир касалликларида шиш-огрик синдромада тушуниш ва моҳиятини билиш; -Вена кон томир касалликларида асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш; -беморларда вена кон томир касалликларида текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш. - о - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш; - олдинга ташхисни қўйиш ва дифференциал ташхис; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; - Вена кон томир касалликлари билан хасталанган беморларда УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси ;</p>
<p><i>Ўқитиш усуллари</i></p>	<p>Маъруза, мия штурми, тарих, кўрсатма, демонстрация, видео усул, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатадига ўйин, Кейс-стади.</p>
<p><i>Ўқитиш шакли</i></p>	<p>Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, биттилик ўйин</p>
<p>Ўқитиш манбалари</p>	<p>Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий ҳариталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.</p>
<p><i>Ўқитиш жойи ва шароити</i></p>	<p>Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғлам ва ташмирхонада. Мавзу бўйича беморларни амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш; Ситуацион топшириқ, тест саволлари, амалий</p>

	билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV-видеолар.
<i>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</i>	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий ҳариталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини ташмир қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Дарсни хронологик ҳаритаси

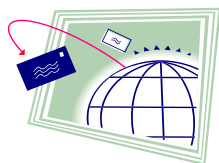
Амалий дарс №9

Мавзу: Вена томирларини варикоз кенгайиши. Пастки кавак вена синдроми, флеботромбоз ва тромбофлебитлар. Посттромбофлебитик синдром. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси. УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талаба
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	2.31. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	2.32. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20 дақиқа	2.33. Урганиладиган куйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.	Саволларга жавоб беради.
5 дақиқа	2.34. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 2.35. Танаффус.	Эшитади.
5 дақиқа		
2-босқич. Асосий қисм		

20дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
25дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, курсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
15дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
5дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.
5дақиқа	Танаффус.	
65дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
5дақиқа	Танаффус.	
40дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа	Танаффус.	
25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва ташхисни асослаш хақида ҳисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27дақиқа.	3.1. Хулоса.	Эшитади.
	3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.	Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади.
	3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш	Вазифаларни ёзиб

	учун саволлар ва вазифалар.	олишади.
--	-----------------------------	----------



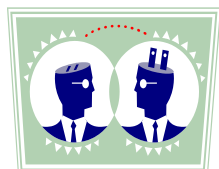
1. Ўқитиш жойи ва шароити

1. УАШ кафедрасида; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимида ва клиник лабораториясида;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шаҳар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор ҳаритаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.



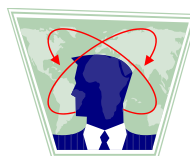
1.1. Мотивацияси

Турли тиббий статистик текширувлар натижасига кўра дунёнинг ривожланган давлатларида (АҚШ, Англия, Япония) 20 фоизгача аҳоли оёқлар веналарининг касалликлари билан оғрийди. Шулар жумласидан 1 фоизгача беморларда веноз етишмовчилигининг асоратланган шакллари ривожланади ва бу ўз навбатида узоқ вақт ногиронликка олиб келади. Чуқур веналар тромбози ва унга хамроқ оғир асорат ҳисобланган “ўпка артерияси тромбоземболия”сига ҳар хил мутахассисликдаги шифокорлар амалиётга дуч келишлари эҳтимолдан холи эмас.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

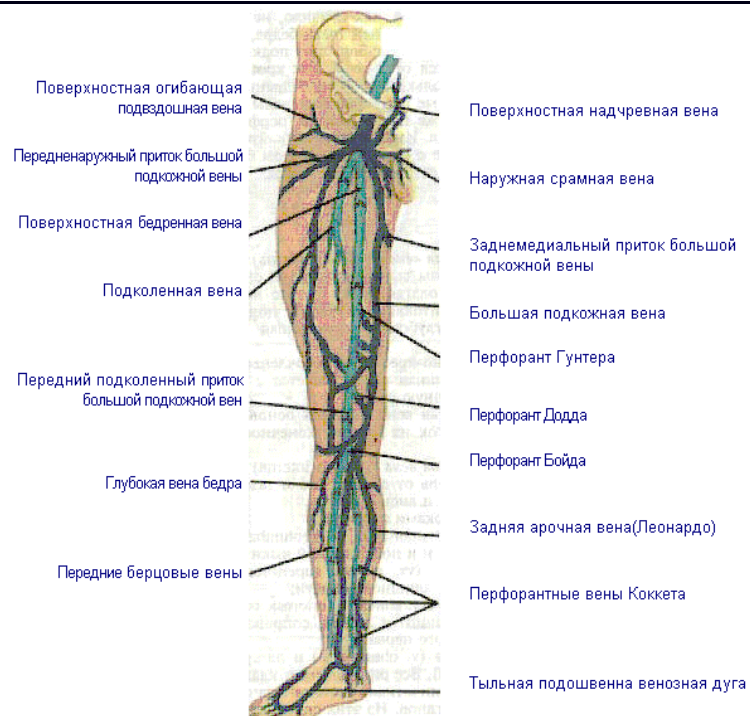
Анатомия, топографик анатомия, патанатомия, патофизиология, клиник фармакология, гастроэнтерология, юқумли касалликлар, эндокринология, жарроҳлик, онкология, анестезиология ва реаниматология.

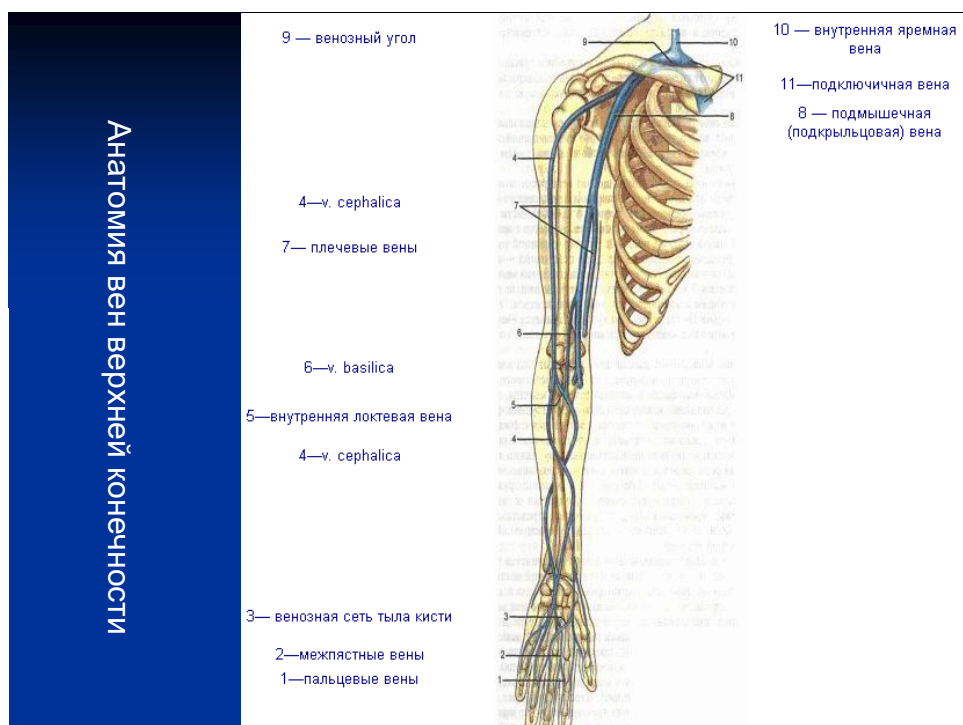


2. Машғулотлар мазмуни

2.1. Назарий қисми

Анатомия





Оёқларда қон оқими 3 хил веналар орқали амалга ошади. Булар: юзаки, чуқур ва перфорант (коммуникант) веналардир.

1. Юзаки (тери ости) веналар қатта ва кичик тери ости веналаридан иборат.

- Қатта тери ости венаси медиал тўпиқ сохасидан бошланиб оёқнинг олдинги - медиал юзасидан ўтади ва овал чуқурча сатҳида сон венасига қуйилади.
- Кичик тери ости венаси латерал тўпиқ ёнидан бошланади ва тизза ости венасига қуйилади.

2. Чуқур веналар – юпқа деворли томирлардир, улар жуфт холда бир хил номли артериялар ва уларнинг йирик шохларига ҳамроқ бўладилар. Чуқур веналар товон, болдир, сон ва ёнбош веналари тизимларидан иборат.

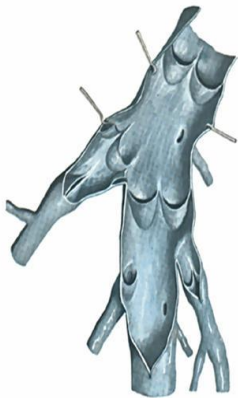
3. Перфорант (коммуникант) веналар юзаки ва чуқур веноз тўрларини бир-бири билан боғлайди. Бу томирлар орқали қон юзаки веналардан чуқур веналарга қуйилади. Одатда

сон соҳасида 1-2та перфорант веналар бўлади, қолганлари (кўпроғи) болдирда жойлашади.

Ҳар хил веналар тизимлари орасида кўплаб алоқалар (шунтлар) бўлади, шу нарса магистрал веналар окклюзиясида коллатерал қон оқидақи таъдақлайди.

ФИЗИОЛОГИЯ

Оёқлардаги барча веналарда икки табақали клапанлар қон оқидақи бир йўналишда бўлишини таъдақлайди: юзақидан-чуқурга, дисталдан-проксималга. Ретроград қон оқими босими таъсирида клапанлар беркилади, бу венула ва капиллярларни кескин босим ошишидан сақлайди. Одам тик турган ҳолда болдир ва сон мушакларининг хар бир қисқариши веналардақи қонни проксимал йўналтиради, веноз клапанлар эса қонни ретроград оқидақи олдини олади. Мана шу механизм мушак-веноз помпа ёки “периферик юрак” деб аталади. Зарарланмаган клапанлар 3 атмосфера босимга дош беради. Клапанлар ковак веналарда, дарвоза венасида, жигар, ўпка веналарида ва церебрал веналарда бўлмайди. Веноз қон оқими қуйидақи омилларга биноан амалга ошади: 1. «Қолдиқ артериал босим»; 2. Болдир ва сондақи «мушак-веноз помпа» ишлаши; 3. Ёндақи артериялар пульсацияси; 4. Юракнинг диастоладақи сўрувчи таъсири; 5. Кўкрак бўшлиғидақи нафас олиш вақтидақи манфий босим. 89-90 фоиз қон оёқ-қўллардан чуқур веналар орқали оқади. Чов боғлампидан юқоридақи веналардақи қон диафрагманинг нафас олишдақи ҳаракатлари, ҳамда қорин бўшлиғидақи ва кўкрак қафасидақи босим фарқи хисобига юракка томон йўналади.



Внутренняя
поверхность вен
конечностей

6. Дарс мазмуни

6.1. Назарий қисми.

Текшириш усуллари

1. **Дуплекс-ультратовуш текшируви.** 4 ва 8 МГц частотали датчиклар ишлатилади. Бу усулда чов боғлампидан пастда жойлашган барча чуқур веналарни текшириш мумкин. Чуқур веналар тромбозини ташхислашда мухим ахамиятга эга. Бу усулнинг ташхис кўйишдақи аниқлиги 95 фоиз, сезгирлиги 94 фоизни ташкил қилади.

2. **Допплер текшируви** веноз қон оқими борлигини, унинг хар хил ҳолатлардақи ўзгаришини аниқлай олади. Усул анча оддий бўлиб, чуқур веналар тромбозини ва веноз клапанлар етишмовчилигини аниқлашда ишлатилади.

3. **Плетизмография** ёрдамида оёқлар ҳаждақи ўзгаришлари аниқланади.

- Импеданс-плетизмография;

- Фотоплетизмография;
- Механик плетизмография.

Бу усуллар ёрдамида магистрал чуқур веналарининг тромбозини ташхислаш мумкин.

4. **Флебтонометрия.** Товон веналаридан бирини катетерлаб тинч ҳолатда ва жисмоний зўриқиш ҳолатида веноз босим ўлчанади. Бу усул веналарда клапан етишмовчилигини аниқлашда муҳим аҳамиятга эга.

5. **Сцинтиграфия.** J^{125} билан нишонланган фибриноген қўлланилади. Радиоактив йод тромб соҳасида тўпланади ва тромбоз сатҳини аниқлашга имкон беради.

6. **Флебография** – вена касалликларини аниқлашда стандарт усул ҳисобланади.

а) кўтарилувчан флебография – дистал веналарга контраст модда юборилиб проксимал веналар расми олинади, тромблар дефект бўлиб кўринади. Агар магистрал веналар кўринмай, кўплаб коллатераллар кўринса - бу ҳам тромбоз белгисидир.

б) тушувчан флебография – контраст модда сон венасига юборилади. Контрастнинг ретроград тарқалиши веноз етишмовчилик даражаларини аниқлайди:

I-даража – Вальсальва синовида бироз рефлюкс;

II даража – рефлюкс соннинг дистал қисмигача боради;

III-даража – рефлюкс тизза ости венаси орқали болдир веналарига боради;

IV даража – барча вена шохлари бўйлаб болдир веналарига рефлюкс.

7. **Функционал синовлар** ёрдамида юзаки ва перфорант веналарнинг клапан етишмовчилигини, чуқур веналар ўтказувчанлигини ва функционал ҳолатини аниқлаш мумкин.

1) **Броди-Троянов-Тределенбург синови** юзаки веналардаги клапан етишмовчилигини аниқлаш учун қўлланилади. Бемор ётган ҳолда оёқ кўтарилади ва юзаки веналар бўшагандан кейин соннинг юқори қисмига резина жгут боғланади. Бемор тургизилади ва бир-икки дақиқадан кейин жгут ечилади. Агар веналар тез орада юқоридан пастга (ретроград) қон билан тўлишса – бу мусбат натижа, яъни клапан етишмовчилиги бор. Манфий натижада жгут ечилмасдан туриб юзаки веналар пастдан юқорига қараб қон билан тўлишади.

2) **Гаккенбрух синови** ёки **йўтал-туртки синови** – Катта тери ости венаси сон венасига қуйилиш жойига қўйилган бармоқ бемор йўталган вақтда туртки сезиши остиал клапан етишмовчилиги борлигидан дарак беради.

3) **Пратт (1) синови** – перфорант веналар етишмовчилигини аниқлаш учун қўлланилади. Бемор ётқизиблиб варикоз веналар бўшагандан сўнг сон юқорги қисмига жгут боғланади, кейин оёқ товондан бошлаб сондаги жгутгача эластик бинт билан ўралади. Бемор ўриндан тургизилади ва эластик бинт юқоридан аста-секин ечила бошлайди. 10-15 см жой бўшатиладигач, жгут ва бинт ўртасига 2- бинт ўралади. Пастдаги бинт ечилган сари юқоридан пастга 2-бинт ўраб тушилади. Қайси жойда иккала бинт ўртасида вена бўртиб тўлиб чиқса, шу жойда перфорант вена етишмовчилиги борлигидан дарак беради.

4) **Барроу-Купер-Шейнис синови** ёки **3 жгутли синов** ҳам Пратт синовига ўхшаб кетади. Бемор ётган ҳолда оёққа 3 та жгут қўйилади: сон юқори қисмига, тизза бўғимидан юқорига ва тизза бўғимидан пастга. Бемор тургизилганда қайси сегментда веналар тўлишса, шу соҳада перфорант веналар етишмовчилиги бўлади.

5) **Мейо-Пратт (2) синови** – чуқур веналар ўтказувчанлигини ва функционал ҳолатини аниқлаш учун қўлланилади. Бемор ётган ҳолатда соннинг юқори қисмига жгут қўйилади ва шу оёқ товондан бошлаб сон юқорисигача эластик маҳкам бинтланади. Бемор тургизилиб, 20-30 дақиқа юргизилади. Агар беморда оғриқ, нохуш сезилар бўлмаса, бу чуқур веналар ҳолати яхшилигидан дарак беради. Аксинча бўлса, чуқур веналарда ўтувчанлик бузилганлигини билдиради.

б) **Дельбе-Пертес синови.** Бемор тик ҳолатда юзаки веналар максимал тўлишганда сон юқори қисмига жгут қўйилади. Кейин бемор 5-10 дақиқа юради. Агар 1-2 дақиқа ичида юзаки веналар бўшалса, бу чуқур веналар ва перфорант веналар ҳолати яхшилигини билдиради. Аксинча, юзаки веналар яна ҳам кучланиб, оёқда оғриқлар пайдо бўлса, чуқур веналар тизимида ўтказувчанлик бузилганлиги ҳақида гувоҳлик беради.

Оёқлар веналарининг касалликлари классификацияси (таснифи)

Ҳозирги кунда яқдил қабул қилинган классификация йўқ. Хар бир таклиф қилинган классификация касалликларга бир томонлама ёндошган холда ишлаб чиқилган. Оёқлар веналарининг сурункали ва ўткир касалликлари, ҳамда уларнинг асоратлари фарқланади.

Сурункали холатларга веноз тизимнинг туғма аномалиялари, тери ости веналарининг варикоз кенгайиши, перфорант веналар етишмовчилиги ва чуқур веналарнинг клапан етишмовчилиги киради. Ўткир касалликлар орасида тери ости ёки чуқур веналарнинг ўткир тромбофлебити ва унинг қолдиқ натижаси сифатида посттромбофлебитик синдром (ПТФС) фарқланади. Бундан ташқари, чуқур веналар тромбози оғир асоратлар – ўпка артерияси тромбоэмболияси ва веноз гангрена (кўк флегмазия) га олиб келиши мумкин.

В.И.Бураковский ва Л.А.Бокерия (1989) умумлаштирилган классификацияни таклиф қилишган. Унга мувофиқ бутун веноз тизими 2 қисмга бўлинган – юқори ковак – вена тизими ва унинг магистрал тармоқлари ва пастки ковак вена тизими.

Хусусан, пастки ковак вена тизими ва унинг магистрал тармоқлари касалликлари ичида кўпроқ учрайдигани оёқлар тери ости веналарининг варикоз кенгайишидир, ва у кўп холларда сурункали веноз етишмовчилигига олиб келади. Бошқа кўп учрайдиган пастки ковак вена тизими касалликларига ўткир тромбозлар киради, улар сурункали даврга, яъни, посттромбофлебитик синдромга трансформацияланишга мойил бўладилар.

Юқоридаги кўрсатилган касалликлардан ташқари, қон томирларнинг туғма касалликлари (ангиодисплазия) ҳам учрайди. Уларга, хусусан веноз шакллари (веналар гемангиомаси, аплазияси ва гипоплазияси, веноз аневризмалар), ҳамда артериовеноз шакллари (гемангиомалар, микро- ва макрофистулалар) киради.

Ҳозирги вақтда юрак қон томир тизидики мураккаб текширув усуллари қўлланилиши, инфузиялар учун веналар узоқ вақт ишлатилиши, техноген катастрофалар кўпайиши муносабати билан веналар жароҳатланиши ҳам кўп учрамоқда.

Оёқлар тери ости веналарининг варикоз кенгайиши

Этиология. Сабаблари охиригача аниқ эмас, лекин касалликнинг келиб чиқиши веноз қон томири девори эластиклигини туғма бузилишига, веноз гипертензия фониди гормонал таъсирларга боғлиқлигини кўп олимлар таъкидлашади. Бу нуқтаи-назарга варикоз кенгайиши кўпроқ аёлларда, ҳомиладорлик ёки туғруқдан кейинги даврда ривожланиши исбот бўла олади.

Кўп одамларнинг веналарида туғма нуқсонлар бўлиши мумкин: девори заифлиги ёки клапанларнинг тўлиқ ёпилмаслиги. Бу омиллар билан биргаликда ўтrock хаёт тарзи, ноқулай оёқ кийими, ортиқча вазн (семизлик), кўп вақт тик холда ишлаш (жарроҳлар, сотувчилар) каби шароитлар касаллик ривожланишига олиб келиши мумкин.

Демак, аёлларда касаллик кўпроқ учрайди. Бу аёл организдакинг анатомик ва функционал тузилиши билан тушунтирилади: масалан, тос суяги кенг бўлганлиги учун оёқ веналари тос веналарига кўпроқ бурчак остида қуйилади, хайз пайтида тос веналари қон билан кўпроқ тўлишади. Бундан ташқари аёлларда веналар девори эркакларга нисбатан юпқароқ бўлади.

Веналар варикоз кенгайишининг патоморфологик ва патофизиологик асослари

Асосан катта тери ости венаси тизимида варикоз кенгайиши ривожланади, камроқ холларда кичик тери ости венаси тизимида бўлади, ва болдир веналаридан бошланади (чап оёқда варикоз кенгайиш кўпроқ учрайди). Оёқ веналарида варикоз кенгайиш ривожланишининг асосий сабаби – бу вена девор таркибида мушак тўқиманинг йўқлигидир. Шунинг учун вена девори тонуси сақланиб турмайди, веналарда қон оқими клапанлар ва оёқ мушаклари қисқариши ҳисобига бир йўналишда бўлади.

Камхаракат, ўтrock хаёт тарзида оёқ мушаклари веналарини тўлиқ эза олмайди ва меъёрий қон оқими амалга ошмайди. Натижада вена девори чўзилади, кенгаяди, шу заиф жойларда қон тўпланиб варикоз тугунлар ҳосил қилади.

Классификацияси

Анатомик шакллари: магистрал, тарқоқ, аралаш.

Тарқалиши бўйича: чегараланган, тарқалган, оралик.

Клиникасига кўра:

- оддий (асоратланмаган) – 40 ёшгача беморларда кўпроқ учрайди;
- асоратланган – кўпинча 50 ёшдан кейин учрайди.

Асоратлари: экзема, пиодермия, трофик яралар, тромбоз, варикоз тугунлардан қон кетиши.

Касалликнинг даврига кўра: компенсация, субкомпенсация ва декомпенсация даврлари.

Клиникаси: А. **Компенсация** даврида беморлар асосан кенгайган веналарга шикоят қиладилар, тикка турган холатда оёқларда бироз оғирлик, тўлиқлик, чарчоқ хис этадилар. Шишлар йўқ ёки кечкурун пайдо бўлиб, озроқ дам олганда йўқолади. Беморлар меҳнат лаёқатини йўқотмайдилар. Б. **Субкомпенсация** даврида оёқларда тез чарчаш, бироз оғирлик, оғирлик ҳисси, болдирларда титроқ, тери қичиши, парестезиялар, болдир ва товонда шишлар кўшилади. Шишлар кечкурун ёки кундузи ҳам кўп тикка тургандан кейин пайдо бўлиб, ухлаб тургандан кейин эрталаб бутунлай йўқолади. Медиал тўпиқ атрофида пигментация пайдо бўлиши мумкин. В. **Декомпенсация** даврида доимий оғирлик, увишиш, тери қичиши кузатилади. Болдир шишиб катталашади, цианотик тус олади. Шишлар тунги дам олишдан кейин ҳам йўқолмайди. Трофик ўзгаришлар, дерматит, склероз, тери ости қатлами индурацияси кўшилади. Шу билан бирга асоратлар юзага келади – трофик яра, тромбоз, қон кетиш, иккиламчи лимфодема, экзема ва б.

Профилактика (касалликнинг олдини олиш). Нормал қон оқимида ҳалақит берадиган омилларни йўқотиш керак, масалан, ноқулай пойафзал. Ҳаёт тарзини фаоллаштириш лозим, кўпроқ ҳаракатда бўлиш керак, ортиқча вазни йўқотиш, кун мобайнида бир неча марта 15 дақиқа оёқни юқорига кўтариб ушлаш лозим. Сувда сузиш ҳам яхши таъсир кўрсатади.

Шуни эсда тутиш лозимки, пайдо бўлган варикоз кенгайган веналарни яна ҳам ривожланишини тўхтатиб қоладиган дори воситалари йўқ. Фақатгина оёқларнинг эластик компрессияси унинг олдини олиши мумкин. Эластик бинтлар оёқ учидан, яъни панжадан бошланиши керак ва эрталаб ўрндан турмасдан бинтни ўраш керак, кун бўйи ечмасдан юриш лозим.

Табиийки, кўп одамлар бу қоидаларга аниқ риоя қила олмайдилар. Шунинг учун веналар варикоз кенгайишининг асосий даво усуллари хирургик ва инъекцион.

Беморга оёқ юзаки веналари варикози бўйича хирургик даво ўтказишдан олдин чуқур веналар ўтказувчанлигини баҳолаш ва иккиламчи варикоз кенгайиши билан таққосий диагностика ўтказиш лозим. Бирламчи варикоз кенгайишдан фарқли равишда юзаки веналарнинг иккиламчи варикоз кенгайишига қуйидагилар сабаб бўлиши мумкин:

- 1) чуқур веналар тромбози ёки клапан етишмовчилиги ва перфорант веналар функционал камчилиги;
- 2) веналарнинг тос аъзолари ўсмалари билан босилиши;
- 3) туғма нуқсонлар, жумладан клапанлар бўлмаслиги;
- 4) орттирилган (посттравматик) артериовеноз оқмалар ривожланиши;
- 5) туғма артериовеноз мальформациялар.

Бемордан муқаддам чуқур веналар тромбози ўтказганми – йўқлиги албатта сўралади. Чуқур веналар ўтказувчанлиги дуплекс-УТТ ва доплер текшируви ёрдамида аниқланади.

Даволаш. Демак, оёқлар тери ости веналарининг варикоз кенгайишини даволаш усуллари 4 гуруҳга бўлиш мумкин:

1. консерватив;
2. склерозлаш (инъекцион);
3. хирургик;
4. комбинациялашган.

Консерватив даволаш – бу, асосан, эластик бинтлар ва чулкилар ёрдамида компрессия яратишдир. Аммо, бунда варикоз кенгайишининг тузалиши кузатилмайди, фақатгина касалликнинг яна ҳам авж олиб кетишини тўхтатади. Шунинг учун консерватив даво операция ёки склеротерапия бажариш мумкин эмас ҳолатларда қўлланилади.

Агар бирламчи варикоз сурункали веноз етишмовчилиги билан бирга келса ёки бошқа асоратлар – экзема, дерматит, яралар, варикоз тугунларининг тромбози пайдо бўлса операция йўли билан даволаш лозим бўлади.

Классик операция – Троянов-Тределенбург, Бэбкокк, Нарат усулида флебэктомия ҳозирги кунда анча ўзгаришларга учраган. Биринчи ўринда операцияга косметик талаблар қўйилади. Булар – кичик кесимлар, травматик инструментлар, атравматик иплар ва чоклар қўллашдир.

Лекин, баъзи ҳолларда касалликнинг қайталаниши (рецидив) кузатилади. Рецидивлар сабабларини 2 та гуруҳга бўлса бўлади. 1-гуруҳ сабаблари – бу хирургик техникадаги камчиликлар ва натижада флебэктомиянинг радикал бажарилмаслиги; 2-гуруҳ сабаблар операциягача бўлган нотўлиқ диагностика билан боғлиқ: беморларда бўлган чуқур веналар ва перфорант веналар етишмовчилиги операциягача аниқланмайди.

Инъекцион даволаш ёки склеротерапияга кўрсатмалар ҳозирги кунда ҳам бахслидир. Бу усулнинг маъноси шундаки, варикоз кенгайган вена ичига махсус склерозловчи дори юборилади ва компрессияловчи боғлам маълум вақтга қўйилади. Замонавий склерозловчи воситалар етарли даражада хавфсиз бўлиб, экстровазал тўқималарга тушганда некроз чақирмайди.

Бир тоифа мутахассислар склеротерапияни варикоз касаллигининг барча шаклларида кенг қўллайдилар, бошқа тоифа шифокорлар эса ушбу усулни бутунлай рад қиладилар.

Қисқаси, бу усулни ўзига хос мусбат ва манфий қирралари мавжуд.

Телеангиоэктазиялар (“қон томир юлдузчалари”) ва майда тери ости веналарининг тўрсимон кенгайиши ҳам варикоз касалликнинг шакли ҳисобланади. Бу ҳолда даволашнинг ягона усули склеротерапиядир.

Оёқлар перфорант веналарининг етишмовчилиги

Касаллик алоҳида ҳолда кам учрайди. Перфорант веналар етишмовчилиги кўпинча тери ости веналарнинг варикоз кенгайиши билан биргаликда келади, ёки посттромбофлебитик синдром билан оғриган беморларда ривожланади.

Клиник кўриниши варикоз кенгайишидагига ўхшайди. Кўриқда оёқда шиш аниқланади, трофик ўзгаришлар нисбатан тезроқ ривожланади ва оғирроқ кечади. Дуплекс-УТТ ёрдамида қайси перфорант венада етишмовчилик борлигини аниқ топиқ диагностика қилиш мумкин.

Даволаш. Кам ривожланган оёқ шишида ва трофик ўзгаришлар ривожланмаган вақтда эластик компрессиянинг ўзи кифоя бўлади. Бошқа ҳолларда оператив даво керак бўлади. Бу хирургиянинг мураккаб соҳаси ҳисобланади, чунки баъзи беморларда чуқур тубли катта трофик яралар (дефектлар) кузатилади. Бу беморларга перфорант веналарни боғлагандан сўнг яраларни пластик йўл билан беркитиш усуллари қўлланилиши керак бўлади. Яна операция вақтида кесимлар трофик ўзгарган жойлар орқали бажарилади, бу эса жароҳатнинг қийин битишига олиб келади. Охириги йилларда перфорант веналарни эндоскопик боғлаш усуллари қўлланилмоқда, бу нарса операциядан кейинги асоратлар сонини анча камайтирди.

Чуқур веналарнинг клапан етишмовчилиги

Веналарнинг бу патологияси ҳам алоҳида ҳолда кам учрайди. Клиник белгилари – жисмоний ҳаракатлардан кейин, кечқурунга бориб, айниқса, иссиқ кунларда оёқларда шиш, чарчоқ ва оғирлик бўлиши. Ташхислашда дуплекс-УТТ муҳим ўрин тутаяди. Шунинг ёрдамида тутиш лозимки, беморни горизонтал ҳолатида клапан етишмовчилиги

аниқланмаслиги мумкин, беморни вертикал позицияга қўйиб текширилганда дуплекс-УТТда аниқ веноз рефлюксни кўриш мумкин.

Даволаш. Кам ривожланган клапан етишмовчилигида эластик бинтлаш қўлланилади. Касалликнинг ривожланган ҳолларида коррекцияловчи ҳар хил операциялар бажарилади. Масалан, тери ости венасининг соғлом қисмидан кўчириб ўтказиш ва ҳ.к.

Тромбофлебит ва флеботромбоз. Флеботромбозда тромб томирнинг ўзгармаган деворида пайдо бўлади, ва кейинчалик яллиғланиш кўшилади. Тромбофлебитда яллиғланган ва ўзгарган вена деворида тромб ривожланади. Умуман тромб пайдо бўлиши қон томир деворининг жароҳатланиши, қон стази ва қон реологиясининг бузилиши биргаликда юзага келганидан бошланади (Вирхов триадаси).

Катта тери ости венасининг ўткир тромбози (тромбофлебити)

Катта тери ости венасининг ва унинг тармоқларини ўткир тромбози оёқ юзаки веналарининг варикоз кенгайишидаги типик асоратлардан биридир. Касалликнинг клиникаси катта тери ости венаси бўйлаб бирдан гиперемия, оғриқлар бўлиши, тромбоз бўлган ва яллиғланган венанинг қаттиқлашиши ва умумий белгилар билан ифодаланади. Чов лимфаденити белгилари бўлиши мумкин, тана ҳарорати баъзан кўтарилади. Жараён одатда болдир юқори қисмида бошланиб, юқорига томон кўтарилиб боради (КТВ бўғзига томон). Баъзи вақтларда жараён юқорига кўтарилмайди, бу ҳолда симптоматик терапия ўтказилади.

Даволаш. Антикоагулянтлар, ностероид яллиғланишга қарши воситалар, реологик препаратлар, маҳаллий мазли компресслар, эластик бинтлаш. Жараён соннинг ўрта қисмигача кўтарилса Троянов-Тределенбург операцияси бажарилади, бу катта тери ости венасини сон венасига қуйилиш жойида боғлаш. Мақсад - ўпка артерияси тромбоземболиясини олдини олиш. Ўткир тромбофлебит вақтида веналарни олиб ташлаш тавсия қилинмайди, бу нарса йирингли асоратларга олиб келиши мумкин. Бу беморларда 2-3 ойдан кейин режали флебэктомия қилинади.

Оёқлар чуқур веналарининг ўткир тромбози

Сабаблари охиригача аниқланмаган. Кўплаб хавфли омиллар сабаб бўлиши мумкин – булар: ёш жувонлар орал контрацептивлар қабул қилиши, кичик тос соҳасидаги ҳосилалар, узоқ вақт ётоқ режимда бўлиш, параплегия, туғруқдан кейинги давр, онкологик касалликлар. Лекин, барибир, кўп ҳолларда булар орасидан бирор бир омилни аниқ кўрсатиш қийин бўлади.

Патогенези. Веноз оқимига тўсатдан тўсиқ пайдо бўлади (тромб) ва қон оқими коллатераллар орқали амалга оша бошлайди. Кейинчалик ёпилган чуқур венада реканализация жараёни бошланади ва бу давр 6 ойгача давом этади. Қайта очилган венада қон оқими илгаригидек тикланмайди, чунки вена диаметри олдингидек бўлмайди ва клапанлар тромбоздан кейин деструкцияга учрайди.

Профилактикаси. Асосий мақсад – тромбоз бўлиб қолишини ва унинг асоратлари - ўпка артерияси тромбоземболияси, посттромбофлебитик синдромни олдини олиш керак. Шунинг учун ҳар хил хирургик операцияларга (бўшлиқларда, ортопедик, гинекологик, урологик ва б.) тайёргарлик даврида тромбознинг хавфли омилларини аниқлаш лозим ва профилактика ишларини олиб бориш керак.

1. Медикаментоз профилактика: гепарин, варфарин, пелентан ва бошқа операциягача;

2. Механик профилактика: оёқларда эластик компрессия яратиш (бинтлар, чулки), товондан сонга томон.

Клиникаси. Ўткир, тўсатдан пайдо бўладиган оғриқ синдроми, оёқларда шиш пайдо бўлади ва тери қоплами кўкимтир ранга киради.

Клиник белгиларнинг локализацияси тромбознинг сатҳига ва давомийлигига боғлиқ бўлади. Жараён пастки ковак венада бўлса, иккала оёқда шиш бўлади. Жараён проксимал йўналишда ёнбош венага ўтса, шиш битта оёқда бўлади. Сон-тизза ости веноз сегмент тромбозидида клиник белгилар болдирда кузатилади. Оғриқ синдромакинг даражаси коллатералларнинг сонига ва ривожланишига боғлиқ. Жуда кам ҳолларда,

магистрал веналар тромбозга учраса ва коллатераллар ёмон ривожланган бўлса, веноз гангрена юзага келади ва бу ҳолатда оёқни ампутация қилишга тўғри келади.

Ташхисни аниқлашда дуплекс-УТТ муҳим ўрин тутди. Бу усул ёрдамида тромботик жараён сатҳини ва давомийлигини аниқлаш мумкин бўлади.

Оёқлар чуқур веналари ўткир тромбозда асосий максимал ёрдам бериш йўли – операциядир. Тромбэктомия қанча эрта бажарилса, қон оқидақинг тикланиши шунча яхши бўлади. Даволаш кеч бошланган шароитларда (10-14 кундан кейин) пастки ковак венага эндоваскуляр қава-фильтр қўйилади – бу ўпка артерияси тромбоземболиясини олдини олиш мақсадида бажарилади.

Тромбэктомия самарасиз бўлганида ёки бажариб бўлмаганда, консерватив даво қилинади.

Гепарин 5000-10000 бирликкача. Бунда тромбопластин вақти меъёридан 1,5-2 баробар ошиқча бўлиши лозим. Гепаринотерапия фониди перорал варфарин тавсия қилинади.

Чуқур веналар тромбозда оёқни эластик бинтлаш мақсадга мувофиқ эмас, чунки юзаки веналар орқали амалга ошаётган қон оқидақи ёмонлаштириш мумкин.

Посттромбофлебитик синдром

ПТФС – бу чуқур веналар тромбози билан оғриб ўтган беморларда бўладиган симптомокомплексдир. Ўткир тромбоздан кейин ПТФС ривожланиши бир неча ҳафтадан бир неча йилгача чўзилиши мумкин.

Клиникасида сурункали веноз етишмовчилиги (чарчоқ ҳисси, шишлар, оёқларда оғирлик сезиш) белгилари билан барча оғир кечувчи трофик ўзгаришлар кузатилади. Кўпинча бундай беморлар чуқур ногиронликка дучор бўладилар.

ПТФС – классификацияси (В.С.Савельев, 1983)

I. Шакли:

- склеротик
- варикоз
- ярали

II. Босқичи: I, II, III.

III. Локализацияси (якка, қўшилган ва тарқалган шикастланиш):

- пастки ковак вена
- ёнбош веналар
- сон веналари
- тизза ости венаси
- болдир веналари

IV. Шикастланиш хусусияти:

- окклюзия
- қисман реканализация
- тўлиқ реканализация

V. Веноз етишмовчилик даражаси:

- компенсация
- субкомпенсация
- декомпенсация

- Оғриқ – энг кўп учрайдиган белги. Беморлар оёқлардаги симилловчи оғриққа, таранглашиши ва оғирлик ҳиссига шикаст қиладилар.

- Шиш – веноз босим ошганда, қон зардоби тўқимларга сизиб чиқиши ҳисобига пайдо бўлади.

- Тери гиперпигментацияси – томир деворидан эритроцитларни тўқимага чиқиб кейинчалик гемосидерин тўпланиши натижасида бўлади.

- Тери ва тери ости ёғининг склерози бириктирувчи тўқиманинг ўсиб кетиши билан боғлиқ бўлади.

- Веналарнинг варикоз кенгайиши.
- Дерматит – экзема ва везикуляр тошма, плазманинг тери юзасига сизиб чиқишидан ҳўл экзема бўлиши мумкин.
- Трофик яралар. Сабаби – озиклантирувчи моддаларни қондан тўқималарга диффузиясининг (фибрин тўпланиши ва тўқима фибринолизи пасайиб кетиши ҳисобига) бузилиши деб ҳисобланади. Яралар кўпинча болдирнинг пастки қисмида, ички юзасида жойлашади (шу ерда перфорант веналарнинг кўпи жойлашган бўлади).

Касалликни 3 та босқичи фарқланади:

I – босқич – оёқларда чарчоқ ҳисси, оғриқ ва енгил шиш, юзаки веналар кенгайиши, қайталанувчи тромбозлар кузатилади.

II – босқич – оёқларда кучли шиш, тери ости ёғ қатлами қаттиқлашиб бориши, болдир пастки қисмида ички юзасида тери гиперпигментацияси кузатилади.

III – босқич – турғун дерматит ва қайталанувчи, узоқ битмайдиган яралар бўлади.

Диагностика. Флебтонометрия (товон веналари катетерланади) – жисмоний кучаниш вақтида веноз босимнинг ошиши клапан етишмовчилиги борлигидан далолат беради. Фотоплетизмография ва доплер текшируви ҳам қўлланилади.

Даволаш. Бундай беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш анча қийин вазифа ҳисобланади. Кам сонли беморларда варикоз кенгайган юзаки веналарни олиб ташлаш ёки перфорант веналарни боғлаш операциялари ёрдам бериши мумкин.

ПТФС билан оғрийдиган беморлар бутун умри давомида қон реологиясини ва веноз оқимни яхшилайдиган дори воситалари қабул қилиб юришга маҳкумдирлар. Вақти-вақти билан уларни ультратовуш текшируви ёрдамида кузатиб туриш лозим бўлади.

“Детралекс” – веноз тонусни лимфа дренажини ва микроциркуляцияни яхшиловчи восита.

Оператив даволаш.

Линтон операцияси – перфорант веналарни боғлаш, бу билан чуқур веналардан юзаки веналарга бўлаётган патологик қон оқими тўхтатилади.

Реконструктив операциялар – соғлом клапанли вена қисдақи кўчириб ўтказиш ва б. (Пальм, Введенский, Уоррен операциялари).

Склерохирургия – катта ёки кичик тери ости венаси ўзагига интероперацион катетер ёрдамида склерозловчи воситаларни юбориш (флебэкстракция ўрнига) ва операциядан кейинги даврда бу веналар тармоқларига пункцион склеротерапия қилиш. Операция яхши косметик самарага эга.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқрсиз	ёмон
	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
1	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий дарсларда муаммо ҳолатини ўқитувчи технологияси ёрдамида ечиш.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 9 мавзу, 327 дақ	Талабалар сонив:8-10
Мавзу	Вена томирларини варикоз кенгайиши. Пастки қавак вена синдроми, флеботромбоз ва тромбофлебитлар. Посттромбофлебитик синдром. Ташхиси, дифференциал ташхиси. Текширув усуллари. Даволаш тактикаси.УАШ вазифалари. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Амалий машғулотларни режаси	<p>15. Кейсни фикрга киритиш.</p> <p>16. блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш.</p> <p>17. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш.</p> <p>18. Гуруҳларда “Кейс – усулда” ечиш.</p> <p>19. Муҳокама натижалари.</p> <p>20. Т чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси.</p> <p>21. Хулоса. Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш.</p>
<p>Ўқиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳис ва даволашни ўрганиш. - Экстремал ҳолатларға мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш). - олдиндан ташҳис қўйиш ва диф. ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Жарроҳлик касалликларни даволаш тамойилларни ўрганиш. - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 	
<p>Педагогик топшириқлар:</p> <p>Талабаларни иш қилишға ва этика и деонтологияни сақлашға ўргатиш, меҳнатни севишға, чидамли бўлишға, масъулятли, интилиши ва мақсадға эришиши инсонларға ва давлатға пайдо келтиради.</p> <p>Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартиш ва жароҳат, инфекция, БЖЁ га ёрдам кўрсатишда МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабаларнинг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Вена кон томир касалликларида шиш-огрик синдромади тушуниш ва моҳиятини билиш; - Вена кон томир касалликларида асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш; - беморларда вена кон томир касалликларида текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш. - о - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш; - олдинға ташҳисни қўйиш ва дифференциал ташҳис; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; - Вена кон томир касалликлари билан хасталанган беморларда УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси ;
<p>Усуллар ва техникани ўрганиш</p>	<p>“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”</p>
<p>Воситани ўрганиш:</p>	<p>Тарқатилган ўқув материаллари, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий ҳарита мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Алоҳида ва гуруҳларда</p>
<p>Ўқитиш шароити:</p>	<p>1. УАШ кафедрасикафедраси; 1 ШКШ жарроҳлик бўлимида ва клиник лабораториясида;</p> <p>2 жадваллар мажмуасик, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;</p> <p>3 Поликлиника, бемор амбулатор ҳаритаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар,</p>

	назрат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқларз, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Дарсинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўллари эшитишни таклиф қилади.	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.

	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташҳиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-илова

Блиц-савол:

9. КТТ дуплексини вена касалликларига ташҳис кўйишдаги аҳамияти

10. Веналар нуксонларини ривожланиши.

11. Чуқур вена тромбози

12. кўл ва оёқдаги веналар кенгайишининг даволаш усуллари

13. Тромбофлебит профилактикаси

Саволларга жавоблар:

1. Датчикдаги нурланиши частотаси 4 ва 8 МГц, доплеров текшируви билан кўшилиб, томирларни куради. Ёнбош суякни пастидаги барча жойлашган чуқур веналарни текширишга курби етади. Чуқур веналар тромбози ташҳисда асосий текширув усули бўлиб, флебографиядан олдинга ўтмоқда. Тромб белгилари: вена девори чидамсиз, кон харакатига нисбатан эхогенни кўтарилиши, зарарланган жойда конни йўклиги. КТТ дуплекси янги ривожланаётган тромб билан эски тромбни фарқини аниқлайди. Ёнбош веналарнинг ичакда газ тўпланиши туфайли текшириш бир канча кийинчиликларга дуч келади. Ташҳисни тўғри чиқиши - 95%, сезувчанлиги — 94%.

2. . Венани нуксон билан ривожланиши — нисбатан кам ва бир-бирига ўхшамайдиган касалликларни ичига олади: аплазия, гипоплазия, венани кўпайиши ва рудиментар веналар Тугма вена касалликлари артериовеноз мальформациялар билан бирга пайдо бўлиши мумкин.

3. Касалланиш. Чуқур веналар тромбози кўп холларда белгисиз ўтади ва билиб бўлмайди. Шунинг учун ҳам умумий сони маълум эмас. Синтиграфиянинг кўрсатишича 125I-фибриногеном, чуқур веналар тромбози билан операциядан кейин 30% бемор 40 ёшдан катталарда учрайди. Чуқур венлар тромбозининг яримидан кўпи оёқ паралич бўлганда ва узок пайт тушакда ётиб колганда аниқланади..

Сабаби ва патогенези. Чуқур веналар тромбозининг асосий сабаблари патогенетик тромб хосил бўлиш омил(Вирхов учлиги):

1) эндотелияни шикастланиши;

2) кон харакатини сусайиши;

3) кон ивишини кўтарилиши.

Омиллар хавфига юрак етишмаслиги, ката ёш, хавфли ўсмалар, шикастлар, семизлик, узок вақт оёк ва кўлни иммобилизацияда туриш, узок еток режим, перорал контрацептлар кабул қилиш, эритремия, тромбоцитоз.

4. 1. Консерватив: оёк кўтарилган ҳолатда; эластик бинтни тақиш; оёк учидан сонга қараб босим юбориш керак. Бу усуллар постфлебик синдром ва веналар кенгайганда, тугма артериовеноз мальфармациясида энг самарали ҳисобланади.

2. Склеротерапия кичгина варикоз тугунларда ва операциядан кейин қолган варикозларда кўлланилади.

3. Жаррохлик. Энг кўп операцияга кўрсатма оёк дефектини косметик тиклаш. Бошқа кўрсатмалар: консерватив даवони самарасизлиги, доимий оғрик, асоратлар (кон кетиши, трофик яралар, юза веналар тромбфлебети). Ортирилган артериовеноз окмалар ҳам жаррохлик амалиётини талаб қилади.

5. Тромбфлебит профилактикасида чуқур веналар тромбозидан, ўпка артерияси эмболияси, посттромбфлебитик синдромлардан тугилиш катта аҳамиятга эга. Тромбозни олдини олиш тадбирлари асосан катта ёшдаги одамларга пайдоси катта бўлади. Асосан операциядан кейинги юрак-томир тизимидаги касалликлари аҳамияти яхши бўлади. Кўрсатиб ўтилган беморларда қонни реологик хоссасини ва микроциркуляциясини, тромбоцитларни адгезив-агрегацион функциясига ингибитор таъсирга эга, қонни коагуляцион потенциални пасайтирадиган ва яхшилайдиган дорилар тавсия этилиши лозим.. Тромбозларни носпецифик профилактикаси: бинт тақиш, болдир мушагини электр токи ёрдамида стимуляция қилиш, машқлар бажариш, веноз кон харакатини яхшилаш, операциядан кейин эрта юриш, анемияни тиклаш, сув-электролит етишмаслигини ўз вақтида тиклаш, юрак-томир ва нафас бўзилишларини олдини олиш билан курашиш..

Ўқитувчи, Вена кон томир касалликларида шиш-оғрик синдром билан оғриган беморнинг қандай олиб боришини муҳокама қилишни тавсия қилади.

Ўқитувчи гуруҳларни 2 гуруҳларга бўлади. Ҳисоб 1, 2.

Қура ташлаш бўйича топшириқни тартади 1. «Диспансер кузатувидаги беморда “вена кон томир касаллиги ҳисобига ривожланган шиш-оғрик” синдроми. Кейин тайёрланиб дафтарга ёзиб олиш учун вақт берилади. Кейин қатнашчилардан бири гуруҳостига ўқиб эшиттиради. Бу пайти ўқитувчи билан баҳслашаётган гуруҳ эксперт бўлади.

Инструктаж – 3 дақ, гуруҳлар бўлиниши 2 дақ, тайёрланишга – 10 дақ, гуруҳни чиқиши учун 10 дақдан (30 дақ).

2-ИЛОВА

1 – топшириқ

Эксперт варағи

1-гуруҳ.

1. Вена томирлари варикоз касаллиги нима?

2. Вена кон томирларини варикоз кенгайиши таснифини гапириб беринг.

3. Сабабини айтиб беринг.

Ҳолат муаммоси ҳақида жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини тугилиш сабаблари	Муаммони етиш йўллари

2- гуруҳ

1. Варикоз касаллигини қандай клиник белгиларини биласиз?

2. Қандай консерватив даволаш усулларини биласиз?

3. Вена кон томирларини уткир тромбофлебетида даволаш тактикаси.

Ҳолат муаммоси ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони етиш йўллари

3-ИЛОВА

2 - топшириқ

“Т-чизма” жадвални тўлдилинг

Постромбофлебитик синдромни келиб чиқиш сабаблари?	Шифокор оёқларда шиш ва оғриқлар пайдо бўлса қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони.

Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони.

Гуруҳнинг руйхат	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46- 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва пасти – ёмон

Талабалар жребия асосида саволларни танлайди кейин 3 дақ тайёрланади ва ҳар биттаси ўзи танлаган саволга жавоб беради. Имконият туғилса бир-бирини тўлдиради ёки жавобларга ўқитувчи тўлдиради.

Карточка №1. Вена кон томири касалликларига учраган беморларни диспансер ҳисобида кўзатиш.

Беморни клиник кўриш:

- 1) Оёқларда оғриқ ва шишлар пайдо бўлиш.
- 2) Оёқларда гиперпигментация пайдо бўлиш.
- 3) Оёқда гиперстезия аломатлари
- 4) Вена кон томирларини варикоз кенгайиши.

Анамнез йиғиш:

Касалликнинг сабаблари

Касалликнинг ривожланиш вақти

Олган даволар дориларнинг турлари.

Давонинг самараси.

Қайталаш сони.

Лаборатория текшируви:

Умумий қон ва сийдик таҳлили.

Текширув усулларини қўллаш:

Оёқларни кўздан кечириш.

Пальпация ва томирлар аускультацияси.

Оёқларни хаждақи улчаш.

Функционал синамаларни утказиш

Кон томирларини УТТ усуллари

Касалликни шакли ва асоратига қараб шифокорнинг тактикаси.

- Оёқ веналарини варикоз касаллиги компенсатор даврида, асорати бўлмаса оддий профилактик тавсиялар берилади..
- Оёқ веналар варикоз касаллигини асоратлари кузатилса махсус ихтисослаштирилган муассасага юборилади..

Интерактив ўйин «саволли тўп»

Кичгина қоғоз бўлагига мавзуга тааллуқли саволларни тўпга ёпиштиради ва саволларга жавоб бергандан кейин қоғозни олиб ташланади.

Тўпни талабаларни бирига отилади. Тўпни олган талаба қоғозга ёзилган саволлардан бирини олиб жавоб беради. Агар саволларни ҳаммасига жавоб тўғри жавоб берса кейин тўпни бошқа талабага беради. Шундай қилиб, саволларга тўлиқ жавоб бергунча давом этади..

1. – УТТ дуплексини вена касалликларига ташхис қўйишдаги ахамияти..

Датчикдаги нурланиши частотаси 4 ва 8 МГц, доплеров текшируви билан қўшилиб, томирларни куради. Ёнбош суякни пастидаги барча жойлашган чукур веналарни текширишга курби етади. Чукур веналар тромбози ташхисда асосий текширув усули бўлиб, флебографиядан олдинга ўтмоқда. Тромб белгилари: вена девори чидамсиз, кон харакатига нисбатан эхогенни кўтарилиши, зарарланган жойда конни йўқлиги. УТТ дуплекси янги ривожланаётган тромб билан эски тромбни фарқини аниқлайди. Ёнбош веналарнинг ичакда газ тўпланиши туфайли текшириш бир канча кийинчиликларга дуч келади. Ташхисни тўғри чиқиши - 95%, сезувчанлиги — 94%.

2. Веналар нуксонларини ривожланиши

А. Венани нуксон билан ривожланиши — нисбатан кам ва бир-бирига ўхшамайдиган касалликларни ичига олади: аплазия, гипоплазия, венани қўпайиши ва рудиментар веналар Тугма вена касалликлари артериовеноз мальформациялар билан бирга пайдо бўлиши мумкин..

Б. Клиппеля—Тренон синдроми — тугма вена касалликларининг энг асосийси хисобланади. Бунга триада белгилар тавсифли: томир невузи, тугма томир варикози, юмшок тўкималарни гипертрофияси. Бундан ташкари, чукур веналарни тўлиқ ривожланмаслиги ёки ёки бутунлай бўлмаслиги, иккиламчи веноз босидаки кўтарилиши. Венани бўлмаган жойда коллатерал турлари ўраб олиб, катта девори ингичка варикоз тугунлар чаноқ веналарида пайдо бўлади. Бу эса тўғри ичак ва киндан кон кетишига олиб келади. Артериовеноз мальформация борлигини билиш учун ангиография қилиш керак. Консерватив даво: оёқни кўтариб ётиш, эластик бинт тақиш.

3. Ўпка артерияси тромбоэмболияси .

Бирданига кўкракда кучли оғрик, нафас етишмаслиги ва кўкариш (юз, буйин, кўкракни юкори кисми), кон босидаки тушиб кетиши. Бу пайтда ўпка инфаркти кон тупириш ва юкори тана харорати кузатилади.

Ката дозада гепарин (30-50 тыс. ед.), селектив ўпка артериясига ёки вена ичига стрептаза (500 тыс- 1млн. ЕД), авелизин (250 тыс – 1,5 млн. ЕД сут). Кам холларда шошилиш операция – ўпка артериясида эмболэктомия қилинади. .

4. Чукур вена тромбози

Касалланиш. Чукур веналар тромбози кўп холларда белгисиз ўтади ва билиб бўлмайди. Шунинг учун ҳам умумий сони маълум эмас. Синтиграфиянинг кўрсатишича 125I-фибриногеном, чукур веналар тромбози билан операциядан кейин 30% бемор 40 ёшдан катталарда учрайди. Чукур венлар тромбозининг яримидан кўпи оёқ паралич бўлганда ва узок пайт тушакда ётиб колганда аниқланади..

Сабаби ва патогенези. Чукур веналар тромбозининг асосий сабаблари патогенитик тромб хосил бўлиш омил(Вирхов учлиги):

1) эндотелияни шикастланиши;

2) кон харакатини сусайиши;

3) кон ивишини кўтарилиши.

Омиллар хавфига юрак етишмаслиги, ката ёш, хавфли ўсмалар, шикастлар, семизлик, узок вақт оёқ ва кўлни иммобилизацияда туриш, узок еток режим, перорал контрацептлар кабул килиш, эритремия, тромбоцитоз.

4. 1. Консерватив: оёқ кўтарилган ҳолатда; эластик бинтни тақиш; оёқ учидан сонга қараб босим юбориш керак. Бу усуллар постфлебик синдром ва веналар кенгайганда, тугма артериовеноз мальфармациясида энг самарали ҳисобланади.

2. Склеротерапия кичгина варикоз тугунларда ва операциядан кейин қолган варикозларда қўлланилади.

3. Жаррохлик. Энг кўп операцияга кўрсатма оёқ дефектини космик тиклаш. Бошқа кўрсатмалар: консерватив давони самарасизлиги, доимий оғрик, асоратлар (кон кетиши, трофик яралар, юза веналар тромбофлебети). Ортирилган артериовеноз окмалар ҳам жаррохлик амалиётини талаб қилади.

58. Тромбофлебит профилактикаси

Тромбофлебит профилактикасида чуқур веналар тромбозидан, ўпка артерияси эмболияси, посттромбофлебитик синдромлардан тугилиш катта аҳамиятга эга. Тромбозни олдини олиш тадбирлари асосан катта ёшдаги одамларга пайдоси катта бўлади. Асосан операциядан кейинги юрак-томир тизимидаги касалликлари аҳамияти яхши бўлади. Кўрсатиб ўтилган беморларда конни реологик хоссасини ва микроциркуляциясини, тромбоцитларни адгезив-агрегацион функциясига ингибитор таъсирга эга, қонни коагуляцион потенциалини пасайтирадиган ва яхшилайдиган дорилар тавсия этилиши лозим. Тромбозларни носпецифик профилактикаси: бинт тақиш, болдир мушагини электр токи ёрдамида стимуляция қилиш, машқлар бажариш, веноз кон харакатини яхшилаш, операциядан кейин эрта юриш, анемияни тиклаш, сув-электролит етишмаслигини ўз вақтида тиклаш, юрак-томир ва нафас бўзилишларини олдини олиш билан курашиш..

№	Баҳо	аъло	яхши	ққониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Кейс-усул	50-43 баллар	42,5- 35,5 баллар	35- 27,5 баллар	27-18,5 баллар	18 баллар

3.3 Ситуацион топшириқлар ва тестлар

Топшириқ №1.

Бемор 65 ёш, кўп йилдан бери оёқ веналари варикоз кенгайиши билан оғрийди. 3 кун олдин чап болдир орқа медиал кенгайган вена бўйлаб оғрик борлиги кузатилади. Оғрик кучайиши билан ҳаракати қийинлашиб истмаси 37,8*С гача етди. Кўрганда: вена бўйлаб тери қизариши кузатилди. Вена катталашган, шнурга ўхшаган шишни пайпаслаганда кучли оғрик бор. Тери бир қанча қаттиқлашган, қизарган, оғриқли. Панжа ва болдир соҳа сида шиш йўқ.

Ташхиси? Текшириш? Тактикаси?

Эталон жавоб:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавобП	Қониқарсиз жавоб
1	Ката тери ости веналари ўткир	5	5	0

	тромбофлебити			
2	Венани ҚТТ доплер қилиш	5	5	0
3	Қаттиқ постел режим	5	5	0
4	Оёқни кўтариб ётиш	5	5	0
5	Антикоагулянтлар,мазли боғлам , антибиотиклар	5	5	0

Топширик №2.

Бемор 70 ёш, иккиламчи сон ва болдир веналари варикоз кенгайиши 10 йил олдин чуқур веналар тромбофлебитидан кейин ривожланган. Бундан ташқари болдирин медиал юзасида 10x5 см трофик яра борлиги кузатилади. Бу ярани битишига мойиллиги йўқ. Флебографияда сон ва болдир чуқур веналари реканализацияси ва жуда кўп коммуникант веналар борлиги аниқланди.

Ташхиси? Тактикаси?

Жавоблар эталонни:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	ПТФС, қўзшма шакли	5	5	0
2	Жарроҳлик бўлимига ётқизиш	5	5	0
3	Трофик ярани даволаш	5	5	0
4	Қон таъдақланишини яхшилайдиган дорилар ва антибиотиклар	5	5	0
5	Бэбкок бўйича флебэктомия ва коммуникант венани Линтон бўйича боғлаш	5	5	0

Топширик №3

Бемор 62 ёш, баччадон экстирпациясидан 8 кун кейин беморда бирданига нафас қисилиши, кўкракда оғриқ, хушини юқатиш пайдо бўлди. Реанимацион муложалар самарали: хуши ўзига келди. Беморнинг умумий аҳволи жуда оғир. Кўқарган юзи ва юқори танада аниқланди. Ўпкада икки томонлама нафас эшитилади.. Ps-120 та 1 дақда. А/Б - 80/50 мм рт ст. Ўнг оёқда унча катта бўлмаган шиш, чов соҳасида томир чизмасини кучайиши, сон томири бўйлаб оғриқ борлиги кузатилди. Ангиография қилганда “чўлтоқ” белгиси ўпка артерияси чап тармоғида аниқланди.

Қандай касаллик операциядан кейин асорати ривожланди? Нима сабаб бўлди ? Шифокор тактикаси?

Жавоблар эталонни:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Операциядан кейин сон веналари флеботромбози	5	5	0
2	Ўпка артерияси чап тармоғи тромбоемболияси	5	5	0
3	Тромболитиклар ва антикоагулянтларни қава фильтр қўйгандан кейин тавсия қилиш	5	5	0

4	Маҳаллий мазли боғлам қилиш	5	5	0
5	Давони пойдаси бўлмаганда операция қилиш	5	5	0

Топширик №4

Бемор 53 ёш, ўнг оёқда бирданига оғриқ, бижирлаш, қичиш ва истма 37,8. Кўрганда: болдир шишган, кўкарган, шишган. Ўнг оёқ юза веналари қизарган шнурга ўхшаб қаттиқлашган. Бу венларда оғиқ кузатилади.

Беморни ташхиси. Бу вазиятда қандай асоратлар ривожланиши мумкин?

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг оёқ веналарининг варикоз кенгайиши декомпенсация босқичи	5	5	0
2	Ўнг оёқ тери ости веналари ўткир тромбофлебити	5	5	0
3	Ўпка артерияси тромбоэмболияси	5	5	0
4	Кўтарилувчи тромбоз	5	5	0
5	Веноз гангрена	5	5	0

Топширик №5

Бемор 27 ёш, чап оёқни тез чарчаши, катталашини, оғирлаши, қалтираши, терини қичиши. Болдир ва панжада шиш кузатилади. Шиш кеч пайти пайдо бўлади ва эрталабга йўқолади. Охирги ҳафтадан бери ички тўриқ соҳасида кўкариш ва пигментация падо бўлди. Кўрганда: чап оёқ ката тери ости веналари кенгайган, ётганда аниқ илон шаклида кўринади.

Бемор ташхиси. қандай касалликлар билан дифф. Ташхис қилинади. Даволаш тактикаси

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Ўнг оёқ веналарининг варикоз кенгайиши субкомпенсация босқичи	5	5	0
2	Постромбофлебитик синдроми	5	5	0
3	Паркс-Вебер-Рубашов синдроми	5	5	0
4	Клиппнеля-Тренонасиндроми	5	5	0
5	Оператив даво	5	5	0

№	Баҳо	аъло	яхши	ққониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100% - 86%	85% - 71%	70-55%	54% - 37%	36% ва паст
3	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4. Амалий қисм

Оёк веналари касаллигида огрикли-шиш синдромларини аниқлаш, функционал кўзатмаларни бажариш, флебограммани ўқиш.

Кўл ва оёк огрикли шиш синдромада қинг белгиларини аниқлаш

№	Илмлар	Бажармаслик (0 балл)	Бажариш (10 балл)
1	Томирларда пульсацияни аниқлаш	0	15
2	Кўл ва оёқни пайпаслаш	0	15
3	Кўл ва оёқ томирларини аускультация қилиш	0	20
4	Чуқур веналар тромбофлебитда Функционал кўзатмаларни бажариш	0	20
5	Функционал кўзатмаларни бажариш	0	15
6	Флебограммани ўқиш	0	15
	Жами:	0	100

Троянов-Тренденбург синамаси

Кўрсатма: Вена кон томирларини варикоз касаллигида остиал клапанларни етишмовчилигида кузатилади.

Керакли асбоб-усқуналар: эластик жгут. Беморни ҳолати горизонтал.

Талабага топшириқ: вена кон томир касалликларида функционал синамаларни қилишга кўрсатма, керакли асбоб-усқуналар, тайёрлаш усуллари ва тушунтириб бериш. Касалликни белгиларини айтиб беринг ва қандай кўшимча текширувлар қилиш мумкин.

Ўқитувчининг ахбороти: Талабани билидақи ва кўникмасини қадамма- қадам, алоҳида баҳолаш,

Броди-Троянов-Треденбург синови юзаки веналардаги клапан етишмовчилигини аниқлаш учун қўлланилади. Бемор ётган ҳолда оёқ кўтарилади ва юзаки веналар бўшагандан кейин соннинг юқори қисмига резина жгут боғланади. Бемор тургизилади ва бир-икки дақиқадан кейин жгут ечилади. Агар веналар тез орада юқоридан пастга (ретроград) қон билан тўлишса – бу мусбат натижа, яъни клапан етишмовчилиги бор. Манфий натижада жгут ечилмасдан туриб юзаки веналар пастдан юқорига қараб қон билан тўлишади.

№	Қадамлар	Бажарилмаган (балл)	Тўлиқ нотўғри бажарилган (10 балл)
1	Беморни текширувига тайёрлаш.	0	10
2	Беморни горизонтал ҳолатда кушеткага етқишиш.	0	10
3	Касалланган оёқни бемор ётган пайтида кутарилади ва юзаки веналар кон бушатилади.	0	10
4	Сонни юқори қисмига резинали жгут куйилади.	0	10

5	Бемор тургазилади ва бир-икки дакикадан сунг жгут ечилади	0	10
6	Тез орада веналар юкоридан пастка караб кон билан тулишса- бу мусбат натижа, яъни остеал клапан етишмовчилиги бор.	0	10
7	Жгут ечилмасдан вена томирлари пастдан юкорига караб кон билан тулса- бу манфий натижа деб хисобланади.	0	10
8	Ректороманоскопия ташхис қўйиш учун кўрсатма бўлса қилинади. Биопсия, мазок, шилиқда из қолдириш ва таҳлиллар қилинади.	0	10
	Бекат бўйича жами баллар	0	100

Тестлар

1. Қўл ва оёқларнинг чуқур веналари тромбозда қандай хавфли асоратлар ривожланишини кўрсатинг:

- а) болдир соҳасида трфик яра;
- б) ўпка артерияси эмболияси;
- в)варикоз тугунларни флебит;
- г) чуқур веналарни облитерацияси;
- д) филоёқ.

Ўпка артерияси тромбоэмболияси қўл ва оёқларнинг чуқур веналари тромбози асоратидан кейинги энг хафли асорат хисобланади.Тўғри жавоб - б.

2.Операциядан кейин веноз қон айланишини яхшилашга олиб келмайдиган омилларни кўрсатинг:

- а) эрта туриш;
- б) болдирни эластик бинт қисилиши;
- в) оёқ учини кўтариб ётиш;
- г) узоқ ва чўзилган ётиш режими;
- д) болдир мушакларини қисилиши.

Ўзоқ ётганда қўл ва оёқларда қонни тўпланишига олиб келади. Натижада болдирни чуқур веналарида ва ўпка артериясида тромбоэмболияни ривожланишига олиб келувчи омил хисобланади. Бошқа қолган омиллар веноз қонни ҳаракатини яхшилади ва қонни тўпланишини олидини олади. Тўғри жавоб - г.

3. Ёш аёл ҳамиладор бўлгандан кейин ўнг оёғида томирни варикоз кенгайиши пайдо бўлган. Жарроҳ томонидан болдирни чуқур венаси утувчан, фақат перфорант веналарда етишмаслик борлиги кузатилди. Веналарни пальпация қилиб кўрганда юмшоқ, оғриқсиз ва терида ўзгариш йўқ. Шундан келиб чиқиб, беморга қандай тавсиялар берасиз?

- а) тукқанча режали операция қилиш
- б) эластик бинт тақиш, тукқандан кейин радикал флебэктомия қилиш
- в) тукқанча ва туғриқдан кейин склеротерапия қилиш
- г) тукқанча Троянова - Тренделенбурга бўйича, туғриқдан кейин радикал флебэктомия қилиш
- д) носпецифик яллиғланишга қарши дорилари билан даволаш (бутадион, троксевазин, эскузан)

Ҳомиладорлик қўл ва ооёқлардаги томирларни варикоз кенгайишига олиб келувчи омил хисобланади.Беременность является фактором риска в развитии варикозного расширения вен нижних конечностей.Шунинг учун хомиладаорлик пайтида веналарни доимий эластик қисади ва тукқандан кейин радикал операция қилинади. Тўғри жавоб - б.

4. Битта оқўл ёки оёқда шиш пайдо бўлиши қандай ҳолатларда кузатилади:

- а) варикоз касаллиги;
- б) қўл ва оёқ чуқур веналарини тромбози;
- в) облитерик атеросклероз;
- г) артериал тромбози;
- д) юрак етишмаслиги.

Катта шиш пайдо бўлиши чуқур венани тромбозида кузатилади. Тўғри жавоб - б.

5. Варикоз касаллигида қуйидаги клиник белгилар кузатилади: 1) юза веналарни кенгайиши; 2) оёқда оғирликни сезиш; 3) оқсоқлик белгиси; 4) оёқ бармоқларида трофик яра ҳосил бўлиши; 5) оёқ совуши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 2, 5;
- б) 2, 3, 4;
- в) 1, 2;
- г) ҳаммаси тўғри;
- д) ҳаммаси нотўғри.

Варикоз касалликни клиник белгилари юза веналарни кенгайиши ва оёқни оғир сезиш ҳисобланади. Қолган белгилар артерияни облитерик касалликларига таалуқли. Тўғри жавоб - в.

6. Сурункали веноз етишмаслидаги қуйидаги белгилар кузатилади: 1) совуши; 2) оёқда оғирликни сезиши; 3) оқсоқлик; 4) шиш; 5) оёқнинг панжа артерияларида томир уришини йўқолиши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) ҳаммаси тўғри;
- б) 1, 2, 3;
- в) 2, 4, 5;
- г) 2, 4;
- д) 4, 5.

Санаб ўтилган белгилардан ташқари, сурункали веноз етишмаслигида шиш ва оёқда оғирликни сезиши характерли ҳисобланади. Қолганлари облитерик касалликларга таалуқли. Тўғри жавоб - г.

7. Ўткир чуқур веноз тромбозга қуйидаги белгилар кузатилади: 1) зарарланган томонда оғриқ пайдо бўлиши; 2) тери рангини кўкариши; 3) териости веналарни бўйлаб қизариш кузатилади; 4) бирданига шиш пайда бўлиши; 5) оқсоқланиш. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 4;
- б) 1, 2, 3;
- в) 2, 3, 5;
- г) 3, 4, 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

Ўткир чуқур веноз тромбозида оқсоқланиш белгиси кузатилмайди. Териости веналари бўйлаб қизариши териости тромбофлебитга таалуқли. Тўғри жавоб - а.

8. Ёнбош ва сон веноз сегменти ўткир тромбозида учрайдиган белгиларни айтинг: 1) сон соҳасида ўтайдиган вена устидаги терисини қизариши; 2) оёқни ҳамма жойни шиши; 3) сон соҳасини оғриши; 4) сон ва болдирни ҳаждақи катталаши; 5) сон терисини оқариши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2;
- б) 2;
- в) 2, 3, 4;
- г) 3, 4;
- д) 3, 4, 5.

Илеофеморал ўткир тромбозга оғриқ, шиш ва оёқ ҳаждақи катталаши кузатилади. Тўғри жавоб - в.

9. Пастки кавак венаси тромбозига топик ташхис қўйиш учун қандай замонавий информатив усуллар қўлланишини айтинг:

- а) радиоиндикация нишонланган фибриноген билан;

- б) илеокаваграфия;
- в) дистал кўтариладиган функционал флебография;
- г) сфигмография;
- д) ретроградли сон флебография.

Пастки кавак венаси тромбозини қайда жойлашганини аниқлайдиган энг информатив усул-илеокаваграфия ҳисобланади. Тўғри жавоб - б.

10. Тромбофлебитни ривожланиши: 1) қон ҳаракатини сусайиши; 2) гипокоагуляция; 3) гиперкоагуляция; 4) қонни фибринолитик фаоллигини ошиши; 5) томир ичини шикастланиши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 2, 4;
- б) 1, 3, 5;
- в) 3, 4, 5;
- г) 4, 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

Вирховни триадаси – қон ҳаракатини сусайиши, гиперкоагуляция ва томир ичини шикастланиши – тромбоз ривожланишини асосий омил ҳисобланади. Тўғри жавоб- б.

11. Сурункали веноз етишмаслиги қуйидагиларга олиб келиши мумкин: 1) чиришга; 2) трофик ярага; 3) юза венани кенгайиши; 4) ясси оёқлик; 5) оёқни деформацияли қийшийши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1;
- б) 4, 5;
- в) 2, 4, 5;
- г) 2, 3;
- д) 3, 4, 5.

Чуқур веналарда сурункали веноз етишмаслигида трофик яра ва юза веналарни иккиламчи кенгайишида кузатилади. Қолган санаб ўтилган белгилар сурункали веноз етишмаслигида кузатилмайди. Тўғри жавоб - г.

12. Ўткир регионар веноз қон айланишини бўзилиши қуйидаги ҳолатларда ривожланади: 1) юза веналарни тромбофлебити; 2) чуқур веналарни тромбофлебити; 3) эмболия; 4) венани варикоз кенгайиши; 5) чуқур венани шикастланиши. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 3;
- б) 3, 4, 5;
- в) 2, 5;
- г) 4, 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

Вена эмболия ва уни шикастланиши ўткир ҳолат бўлиб, регионар қон айланишини бузилишига олиб келади. Бошқа санаб ўтилган омиллар сурункали бўлиб, аста-секин сурункали веноз етишмаслиги ривожланади. Тўғри жавоб - в.

13. Бирламчи варикоз касаллигини асоратларини санаб ўтинг: 1) ўткир тромбофлебит; 2) варикоз тугундан қон кетиши; 3) болдир соҳасида трофик яра ҳосил бўлиши; 4) ўпка артерияси эмболияси, 5) филоёк. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2;
- б) 2, 4;
- в) 1, 3, 4, 5;
- г) 2, 3, 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

Бирламчи юза веналари варикоз кенгайишини асоратлири ўткир тромбофлебит ва варикоз тугунида қон кетиши ҳисобланади. Трофик яра ва филоёқлик чуқур веналарни тромбозид ва ПТС кузатилади. Ўткир тромбоз ва болдир чуқур веналар тромбофлебитида ўпка артериясини ривожланиш эҳтимоли юқори бўлади. Тўғри жавоб- а.

14. Умров-култиқости веноз тромбозининг асосий белгиларига қуйидагилар киради: 1) иш қилаётганда қўлни сурункали толиши; 2) қўл шиши; 3) билак ва елка соҳаларида терини кўкариши; 4) шишли оғрик; 5) зарарланган томонда артериал гипертензия . Тўғри жавобларни танланг:

а) 1, 2, 5;

б) 1, 2, 3;

в) 1, 4, 5;

г) 2, 3, 4;

д) ҳаммаси тўғри .

Веноз тромбоз учун шишли оғрик, шиш ва тери кўкариши тааллуқли ҳисобланади. Тўғри жавоб - г.

15. Ўпка артерияси оғир тромбоз эмболиясини асосий белгиларини келтиринг: 1) кўкрак қафасида оғрик; 2) коллапс; 3) нафас етишмаслиги; 4) юз соҳаси ва танани юқори қисдаки кўкариши; 5) буйинтириқ венасини шиши ва томир уриши ; 6) иккинчи тон акцентини ўпка артериясида пайдо бўлиши. Тўғри жавобларни танланг:

а) 1, 2, 5;

б) 1, 3, 4, 6;

в) 2, 3, 5, 6;

г) 3, 4, 6;

д) ҳаммаси тўғри.

Ҳамма санаб ўтилган белгилар оғир ўпка артерияси эмболиясига тааллуқли. Тўғри жавоб - д.

16. Посттромбофлебитик синдромда? 1) тери пигментацияси; 2) турғунли дерматоз и склероз; 3) тери атрофияси; 4) терини оқариши; 5) иккиламчи юзаки веналар варикози. Тўғри жавобларни танланг:

а) 2, 3;

б) 4, 5;

в) 1, 2, 4;

г) 1, 2, 5;

д) 2, 3, 4, 5.

Посттромбофлебитик синдромда гиперпигментация, тери индурацияси и дерматози, ҳамда иккиламчи юзаки веналарни варикоз кенгайиши. Атрофия ва мармар рангда оқариши облитерик атеросклерозда кузатилади. Тўғри жавобларни танланг - г.

17. Сурункали веноз етишмаслигида қуйидаги текширув усуллар ишлатилади: 1) Троянова – Тренделенбург синамаси; 2) Пертеса синамаси; 3) доплерография; 4) флелбосцинтиография; 5) дуплексли ангиосканир. Тўғри жавобларни танланг:

а) 3, 5;

б) 1, 2;

в) 3, 4, 5;

г) ҳаммаси тўғри;

д) санаб ўтилганларни ҳеч қайсиси.

Ҳамма санаб ўтилган текширув усулари сурункали веноз етишмаслигида ишлатилади. Тўғри жавоб - г.

18. Сурункали веноз етишмаслигида қуйидаги асоратлар ривожланмайди:

а) варикоз кенгайтган тугундан қон кетиши;

б) трофик ярани ҳосил бўлиши;

в) сарамасни ривожланиши;

г) гангрена;

д) целлюлит.

Оёқни чириши кўпроқ артериянинг облитерик атеросклерозиди учрайди. Бошқа ҳамма асоратлар сурункали веноз етишмаслигида ривожланиши мумкин. Тўғри жавоб - г.

19) Операциядан кейин ўткир веноз тромбози ривожланиш хавфини пасайтиради: 1) антикоагулянтлар; 2) эластик қисиш; 3) беморни эрта фаолликка киритиш; 4) ётиш режимига қаттиқ риоя қилиш; 5) гемотрансфузия. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1,4;
- б) 1, 2, 3;
- в) 3, 4, 5;
- г) 4, 5;

д) ҳаммаси тўғри.

Бу тадбирлар веналарда қон тўпланишини олдини олади. Ётиш режимига қаттиқ риоя қилиш ва қон қўйиш, қон тўланиши ва гиперкоагуляцияни кучайтирадиган омиллар ҳисобланади. Тўғри жавоб - б.

20. Венанинг варикоз кенгайши қуйидаги кўринишга эга бўлади:

- а) шиш;
- б) болдир терисини гиперпигментацияси;
- в) болдирда яра ҳосил бўлиши;
- г) дерматитлар;
- д) ҳамма айtilганлар.

Варикоз кенгайига ҳамма белгилар тегишли. Тўғри жавоб - д.

21. Варикоз касаллигида болдирни перфарант веналари орқали венадан венага қон ўтишини тиклаш учун қандай операциялар қўлланилади? 1) Троянова – Тренделенбург операцияси; 2) Бебкока операцияси; 3) Кокета операцияси; 4) Нарата операцияси; 5) Линтона операцияси. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 4;
- б) 1, 2, 5;
- в) 4, 5;
- г) 3, 5;

д) ҳаммаси тўғри.

Троянова-Тренделенбург операцияси териости венасини чуқур сон венасига тушадиган жойида боғланади. Бебкокка операцияси – ўзгарган териости венасини Бебкок зонди билан олиб ташланади. Кокета ва Линтон операциялари коммуникант веналарни фасция ости ва фасция устидан боғлаб, венадан ванага ўтадиган қонни юзаки венага ўтишини тўхтатади. Нарата операцияси - катта териости венасини сон ва болдирда кичгина кесик орқали олиб ташлаш. Тўғри жавоб - г.

22. Венани клапан аппаратини функционал ҳолатини аниқлайдиган усуллар: 1) бармоқли ва тасмали синамалар; 2) реовазография; 3) дуплекс ангиосканир; 4) инфракрасли термография; 5) контрастли флебография. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 4;
- б) 2, 3, 5;
- в) 1, 3, 5;
- г) 2, 4, 5;

д) ҳаммаси тўғри.

Бармоқли ва тасмали синамалар, реовазография, ҳамда контрастли флебография – венада клапан аппарати етишмаслигини кўрсатадиган асосий усул ҳисобланади. Термография и реовазография – бу усуллар вена клапан аппаратини ҳолатини баҳолай олмайди. Тўғри жавоб - в.

23. Болдирдаги варикоз тугунидан кўп қон кетганда нималарни қўллаш керак? 1) сон артериясини қисиш; 2) оёқни юқорига кўтариш; 3) Босиб турадиган боғлам қўйиш; 4) викасолни мушак ичига қилиш; 5) фибринолизинни вена ичига қўйиш. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2;
- б) 2, 3;
- в) 1, 2, 4;

г) 2, 4, 5;

д) ҳаммаси тўғри.

Варикоз тугундан қон кетганда оёқни кўтариб, босиб турадиган боғлам қўйиш керак. Тўғри жавоб - б.

24. Сурункали веноз етишмаслигини қуйидаги ҳолларда ривожланади: 1) кам ҳаракатли ҳаёт тарзи; 2) тана оғирлигини ошиши; 3) узоқ вақтли вертикал оғирлик бериш; 4) чекиш; 5) ичгилик. Тўғри жавобларни танланг:

а) 1, 2, 3;

б) 2, 4, 5;

в) 3, 4;

г) ҳаммаси тўғри;

д) ҳаммаси нотўғри.

Ортиқча танани оғирлиги, кам ҳаракатли ҳаёт тарзи, узоқ вақтли вертикал оғирлик бериш веноз қон ҳаракатини камайтиради ва натижада веноз етишмаслигига олиб келади. Чекуиш ва ичгилик облитерик касалликни ривожланишига олиб келадиган омиллардан ҳисобланади. Тўғри жавоб - а.

25. Ўткир веноз тромбозини ривожланиш хавфи юқори, бўлардан ташқари:

а) онкологик касалликлар;

б) операциячи узоқ чўзилиши;

в) Сурункали веноз етишмаслиги;

г) Сурункали артериал етишмаслиги;

д) узоқ ётиш режими;

Сурункали артериал етишмаслиги облитерик касалликларидан кейин ривожланади ва ўткир артериал тромбозни ҳам сабабчиси бўлиши мумкин. Бу касалликда қон ҳаракати тезлиги бузилади. Бошқа бир ҳолатлар вена қон ҳаракатини пасайтиради ва қон ивишини оширади. Шундай қилиб, тўғри жавоб - г.

26. Сурункали веноз етишмаслиги қуйидаги ҳолларда кузатилади: 1) ўткир тромбофлебит; 2) трофик яра; 3) оёқ қалтираши; 4) оқсоқланиш; 5) чириш. Тўғри жавобларни танланг:

а) 3, 4, 5;

б) 2, 5;

в) 1, 2, 3;

г) 2, 3, 5;

д) ҳаммаси тўғри.

Сурункали веноз етишмаслигида трофик яра, ўткир тромбофлебит ривожланиши ва тез-тез оёқни қалтираши кузатилади. Оқсоқланиш ва оёқни чириши сурункали артериал етишмаслигига тааллуқли. Тўғри жавоб - в.

27. Илеофеморал флеботромбозни ривожланиши қуйидаги ҳолатларга олиб келиши мумкин: 1) пловышение адгезии тромбоцитлар адгезиясини кўтаради; 2) қон айланиши пасаяди; 3) гиперкоагуляция ҳолати кузатилади; 4) томир эндотелиясининг шикастланиши; 5) эритроцитларни агрегацияга учрашини ошиши. Тўғри жавобларни танланг:

а) 2, 3;

б) 2, 4, 5;

в) 1, 3, 4;

г) 2, 3, 5;

д) ҳаммаси тўғри.

Вирхов триадаси – қон айланишини сусайиши, гиперкоагуляция, тромбоцитлар адгезиясини кўтарилиши ва эритроцитларни агрегацияга учраши, томир ичини шикастланиши – тромбозни ривожланишида асосий ролни ўйнайди. Тўғри жавоб - д.

28. Санаб ўтилган белгилар веналарни варикоз кенгайишга тааллуқли эмас.

а) Кун охирида оёқни дистал қисмида шишпайдо бўлиши;

б) тунда оёқ тортишиши;

- в) юрганда болдир мушакларида қаттиқ оғриқ бўлиши;
- г) болдирни пастки қисмида трофик ўзгаришни кузатилиши;
- д) венани варикоз кенгайиши.

Оқсоқлик белгиси артериянинг облитерик касаллигига таалуқли ҳисобланади. Қолган белгилар веналар варикоз кенгайиши ва сурункали веноз етишмаслигида кузатилади. Тўғри жавоб - в.

29. Сурункали веноз етишмаслиги қуйидаги ҳолларда ҳосил бўлади: 1) олдин ортирган ўткир чуқур веналари тромбози; 2) Юза веналарнинг клапанларини етишмаслиги; 3) перфорант венларни клапанини бузилиши; 4) атеросклероз; 5) тромбангиит. Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 3;
- б) 4, 5;
- в) 2, 4, 5;
- г) 3, 4, 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

Сурункали веноз етишмаслигига олдин ортирган чуқур веналарни тромбози, юза ва коммункант веналарни клапанини қодир эмаслиги таалуқли ҳисобланади. Облитерик атеросклерозда веноз етишмаслиги ривожланади. Тромбангиит учун (Винивартер-Бюргер касаллиги) артерияларни облитерик зарарланиши ва юза веналарни тромбофлебит шаклида зарарланиши характерлидир. Бу эса чиришга олиб келиши мумкин.

Шундай қилиб, тўғри жавоб - а.

30. Веналарни тромбози эмболияга олиб келиши мумкин:

- а) ўпка венлари;
- б) бош мия томири;
- в) ўпка артерияси;
- г) тожли артериялар;
- д) жигар ва буйрак артериялари.

Чуқур веналар тромбозининг энг хавфли асарати ўпка артерияси тромбоэмболияси ҳисобланади. Ўпка веналари ва бошқа органлар артериялари эмболияси ўткир артериал тромбозни ривожланишига олиб келиши мумкин. Тўғри жавоб - в.

31. Венанинг варикоз кенгайишини даволашда қўлланилмайди:

- а) склеротерапия;
- б) айлана қаттиқ қилиб боғлаш;
- в) венани боғлаш;
- г) эластик бинт боғлаш;
- д) оёқ учини кўтариб ётиш.

Венанинг варикоз кенгайишини даволаш тамойиллари вена қон ҳаракатини яхшилаш ва тўпланишини камайтириш учун эластик бинт билан боғланади, оёқ учи кўтарилади, склеротерапия ва операция қилинади. Айлана қилиб қаттиқ боғлаш қон тўпланишига олиб келади ва веноз қон айланишини ёмонлаштиради. Шундай қилиб, тўғри жавоб - б.

32. Варикоз касаллигида чуқур венани ҳолатини қандай усуллар ёрдамида баҳолаш мумкин? 1) ультратовушли доплерография; 2) кутарилувчи дистал функционал флебография; 3) радиоиндикация; 4) сонни ретроградли флебография; 5) сфигмография.

Тўғри жавобларни танланг:

- а) 1, 2, 3;
- б) 1, 2, 3, 4;
- в) 2, 3, 4;
- г) 3, 4, 5;
- д) ҳаммаси тўғри.

Ҳамма санаб ўтилган усуллар билан чуқур веналар ҳолатини баҳолаш мумкин, сфигмографиядан ташқари. Сфигмография – бу усул билан пулсли қон тўлишини

аниқлайди ва артериал тизимни ҳолатини баҳолашда ишлатилади. Шундай қилиб, тўғри жавоб - б.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

5. Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли.

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- ситуацион топшириқлар;
- амалий билимларни ўзлаштириш.

14. Шу кунда баҳолашни назрат қилиш мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
1	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

7. Жорий баҳолаш мезонини назрат қилиш

№	%	Баҳо	Мезонлар
1	96-100	Аъло «5»	Шишли-оғриқли синдродинг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тўла мукамал билади. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструментал текширувларни мукамал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш тақикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Ситуацион топшириқларни ечишда ўзгача далиллар билан изоҳлайди ва ёндошади.
2	91-95	Аъло «5»	Шишли-оғриқли синдродинг таснифи,

			ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тўла мукаммал билади. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструмантал текширувларни мукаммал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш такикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Ситуацион топшириқларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади. Биокимёвий таҳлилларни изоҳлашда битта хато қўйган.
3	86-94	Аъло «5»	Шишли-оғриқли синдродакинг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида мукаммал билади. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни усталик билан қўллай олади. Клиник-инструмантал текширувларни мукаммал изоҳлай олади. Мустақил билими билан даволаш такикасини танлашда фаол қатнашади. Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Ситуацион топшириқларни ечишда ўзгача далиллар билан ёндошади. Ситуацион топшириқларни ечишда бир қанча хатоларга йўл қўйган.
4	81-85%	«яхши»	Шишли-оғриқли синдродакинг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тушунчага эга. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва амалий кўникмаларни қўллай олади. Клиник-инструмантал текширув усуллари тўғрисида мукаммал билмайди. Айрим маълумотларни қандай аҳамиятга эга эканлигини билмай Интрактив ўйинларда фаол қатнашади. Ситуацион топшириқларни ечишда далиллар билан ёндошади. Ситуацион топшириқларни ечишда бир қанча хатоларга йўл қўйган. ди.
5	76-80%	«яхши»	Шишли-оғриқли синдродакинг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тушунчага эга. Саволларга тўғри жавоб беради. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда қўпол хато қилади. Ситуацион топшириқларни тўлиқ бажармайди.
6	71-75%	яхши «4»	Шишли-оғриқли синдродакинг таснифи, ташхиси, диф.ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тушунчага эга. Саволларга тўғри

			жавоб беради. Мустақил фикрлайди ва хулосалар чиқаради. Мустақил бемор билан ишлайди ва моҳирлик билан амалий кўникмалардан фойдаланади. Мустақил билими билан даволаш тактикасини танлашда айрим хатоларга йўл қўяди. Амалий кўникмаларни қўллаётганда қўпол хато қилади. Ситуацион топшириқларни тўлиқ бажармайди.
7	66-70%	Қоникарли”3”	Шишли-оғриқли синдродақинг таснифи, ташхиси, диф. ташхиси ва даволаш усуллари тўғрисида тушунчага эга. Саволларни яримига жавоб бермайди. Жавобларга ишонмай жавоб беради. Ишемиянинг таснифини ёмон билади. Айрим саволларни жавобини билади ва ўз фикрини изоҳлаб беролмайди.
8	61-65%	қоникарли”3”	Саволларни яримига тўғри жавоб беради. Жавобларга ишонмай жавоб беради. Ишемиянинг таснифини ёмон билади. Айрим саволларга жавоб беради ўз фикрини изоҳлаб беролмайди..
9	55-60%	қоникарли”3”	Саволларни яримига тўғри жавоб беради. Синдромни ташхиси, диф. Ташхиси ва даволаш алгоритдақи изоҳлашда хатоликка йўл қўяди. Муаммони ечишда ишонмай изоҳлайди. Амалий кўникмаларни қийнчилик билан бажаради. Ситуацион топшириқларни бажаришда хатоликларга йўл қўяди.
10	Ниже 54%	қоникарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида маълумотга эга эмас. Таснифи, ташхиси, диф. Ташхиси ва даволаш тактикасини билмайди. Амалий кўникмаларни бажаришни билмайди.

22. Дарснинг хронологик ҳаритаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолап мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	

5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириш бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйғуриш вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

9..Назорат саволлар

1. Варикоз касаллиги дегани нима?
2. Вена томири варикоз касаллиги таснифи.
3. Варикоз сабабини айтиш.
4. Варикозни қандай белгиларини биласиз?
5. Варикоз касаллигида қандай консерватив даволаш усуллари бор?
6. Уткир тромбофлебитда даволаш тактикаси қандай?
7. Чуқур веналар уткир тромбофлебитада қандай белгилар кузатилади?
8. ПТФС таснифи
9. Вена кон томир касалликларидан ташқари қандай хасталиклар шиш-огрик синдром клиникаси билан кечиши мумкин?

10. Адабиетлар:

1. А.В. Гавриленко, С.И. Скрылев, Ф.А. Радкевич. *Хирургические методы коррекции клапанной недостаточности глубоких вен нижних конечностей*. - Ангиология и сосудистая хирургия. - 1997. - № 2. - С. 27 - 34.
2. Г.Д.Константинова, Т.В.Алекперова, Е.Д.Донская. *Амбулаторное лечение больных варикозной болезнью вен нижних конечностей*. - Анналы хирургии. - 1996. - № 2. - С. 52 - 55.
3. Jimenez Cossio JA. *Эпидемиология варикозных заболеваний*. - Флебологическая. - 1996. - № 1. - С. 8 - 12.
4. Bergan JJ. *Advances in evaluation and treatment of chronic venous insufficiency*. - Angiology and Vascular Surgery. - 1995. - № 3. - P. 59 - 80.

«Умумий ва маҳаллий, специфик ва носпецифик, аэроб ва анаэроб инфекцияларда иситма, теридаги ўзгаришлар ва бошқа клиник белгиларнинг ўзига хослиги. дифференциал диагноз, даволаш. УАШ тактикаси.»
мавзудаги Машғулотни урганишнинг технологияси

Бухоро – 2014

Машғулотнинг технологик харитаси №11

«Умумий ва маҳаллий, специфик ва носпецифик, аэроб ва анаэроб инфекцияларда иситма, теридаги ўзгаришлар ва бошқа клиник белгиларнинг ўзига хослиги, қиёсий ташхис, даволаш. УАШ тактикаси.»

Вақти: 327 дақиқа	Талабалар сони:8-10
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Амалий машғулот
Ўқув машғулотининг тузилиши	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> -Кейс-стади -Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.

<p>Ўқув машғулоти мақсади:</p>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш; -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойиллари асосида ўрганиш, алгоритм ташхиси. -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилишч ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташҳис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; -Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.</p>
<p>Талаба билиши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Иситма этиопатогенези ва клиникаси • Қориндаги оғриқда ташхислаш ва қиесий ташхислаш. • Госпитализация вақти. • Иситма асоратлари. • Беморлар даво тактикаси; • Беморлар операциядан кейинги даврда иситма профилактикаси.
<p>Талаба бажариши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Иситма билан келган хирургик беморларни клиник текширувларини ўтказа олиш. • Иситма турларини аниқлай олиш. • Хирургик иситма билан хасталанган беморлар госпитализация тамойилларини аниқлаш. • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. • Иситма турларини ажрата олиш. • Шошилишч жарроҳликда иситмали беморларга тез ердам кўрсата олиш. • Иситмани тушириш йўллари; • Рентген суратларини ўқий олиш. • Клиник разборда иштирок этиш. • Диспансер кузатув картасини юрита олиш. • Хавф омилларини, ташхислашни, ўз вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ўргатиш.

<p>Педагогик топшириклар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p><i>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Хирургик иситма сабабларини билиш: - Хирургик иситма клиникаси ва ташхисотини билиш: - Хирургик иситма билан оғриган беморларни курация қила олиш: - Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; - касаллик текширув усулларини, лаборатор таҳлиллар интерпритациясини ва қиёсий ташхисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.
<p>Ўқитиш услублари</p>	<p>Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видео куриш, дискуссия, беседа, ургатувчи уйин, кейс-стади.</p>
<p>Машғулотни ташкил қилиш шакллари</p>	<p>Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.</p>
<p>Ўқитиш манбалари</p>	<p>Ўқув материалларини тарқатиш, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.</p>
<p><i>Ўқитиш жойи ва шароити</i></p>	<p>Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет матереаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.</p>
<p>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</p>	<p>Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.</p>

МАШҒУЛОТНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

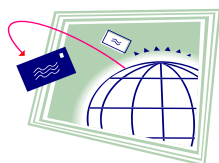
Машғулот №11

Мавзу: «Умумий ва маҳаллий, специфик ва носпецифик, аэроб ва анаэроб инфекцияларда иситма, теридаги ўзгаришлар ва бошка клиник белгиларнинг узига хослиги. дифференциал диагноз, даволаш. УАШ тактикаси.»

Иш	Фаолият
----	---------

боскичлари ва вақт	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>2.36. Мавзу, топширик, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>2.37. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>2.38. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли бўлган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>2.39. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>2.40. Танаффус.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, кўрсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўлларини аниқлаш, уни ечиш учун топширик ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилди.</p> <p>Муҳокама қилинади, аникланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони хал</p>

<p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустакил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш.</p> <p>Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.</p>	<p>қилган холда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустакил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади.</p> <p>Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида ҳисобот.</p>
<p>3- этап.</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустакил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади.саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб олишади.</p>



1. Машғулот урни ва талаблари

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, таркатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивация

«Хирургик иситма» синдроми умумлаштирилган тушунча бўлиб, бу ташхис анамнез йиғиш ва клиник белгиларни аниқлаш натижасида хирургик касалликларда пайдо бўладиган иситмада қўйилади.

« Хирургик иситма» синдромида бир қанча клиник белгилар (симптомлар) комплекси ривожланади.

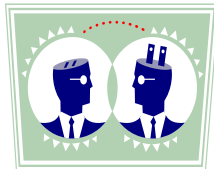
« Хирургик иситма » билан муружат этган беморлар ташхисини аниқлаш мақсадида шошилиш равишида хирургик касалхонага ётқизилиши керак.

Кўпчилик беморларда тана ҳарорати 37С дан ошмайди. 37,2С дан юқори тана ҳарорати маълум клиник аҳамиятга эга бўлиб шифокор назаридан четда қолмаслиги керак. Тана ҳароратини ошиши организмда яллиғланиш жараёнига ҳамроҳлик қилади ва нисбатан кеч белги ҳисобланади. Ўткир гангреноз аппендицитда ўсимта перфорациясигача ҳам тана ҳарорати кам ошган бўлади. Тана ҳароратини ошиши доим ҳам бактериал инфекция қўшилганлигини кўрсатмайди. Лихорадка билан қалтираш бактериемия ривожланганидан дарак беради ва қонни экмага олишга кўрсатма бўлади. Тана ҳароратини ошиш даражаси касалликни дифференциал ташхис қийинлаштиради. Масалан, Ўткир аппендицит бошланишида юқори тана ҳарорати кузатилмайди. Тана ҳароратини 38,9 С дан ошиши бактериал перитонит, сальпингит, пиелонефрит ва пневмонияга хосдир. Қоннинг маълум бир вақтида кузатиладиган юқори тана ҳарорати қорин бўшлиғида абсцесс шаклланишидан далолат бўлади. Қориндаги оғриқ билан беморларда тана ҳарорати қанчалик юқори бўлса, беморни ахволи шунчалик оғир бўлади. Шу билан бирга қориндаги оғриқ ва лихорадка доимо ҳам жарроҳлик талаб касалликларга хос эмас (масалан оилавий ўрта ер денгизи касаллиги). Қўпинча қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликларида тана ҳароратини ошиши ҳар хил бўлиб у ташхис қийинлаштиради ҳам аҳамиятга эга эмас. Сувсизликда ва кекса беморларда йирингли-яллиғланиш касалликларида тана ҳароратини кам ошади ёки умуман ошмайди. Аксинча, ёш болаларда лихорадка унчалик оғир бўлмаган касалликларда ҳам кўп учрайди. Септик ҳолатларда эса гипотермия лихорадкага нисбатан кўпроқ аҳамиятга эга бўлади. Тана ҳароратини тушириш учун зарур бўлмаган ҳолатдан ташқари, лихорадка сабабини аниқлангунча антибиотикларни қўлламаган маъкул.

Хирургик иситма билан оғриган беморларда ўлим кўрсаткичини камайтириш мақсадида ўз вақтида ва кечиктирмасдан госпитализация қилиш керак.

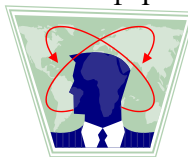
Диагностика ва госпитализацияни кечиктириш ута оғир оқибатларга олиб келади.

УАШ шифокори хирургик иситма хасталиги билан тез тукнаш келади ва шунинг учун хасталик хақида тулақонли маълумотга эга бўлиши керак.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология .



2. Дарсинг мазмуни

4.1. Теоретик қисм.

Анатомия. Қоринни ўткир касалликларининг бошланишида иситма кам пайдо бўлади. Тана ҳароратини туғри ичакда махсус кобикка солинган термометр ёрдамида ўлчаш керак. Оғиз бўшлиғидаги тана ҳарорати ҳам ахборотли ҳисобланади, лекин у унчалик ишончли эмас деб ҳисобланади. Қўлтик ости соҳасида ўлчанган тана ҳарорати кам ахборотли бўлиб, кўпинча ҳисобга олинмайди. Кўпчилик беморларда тана ҳарорати 37С дан ошмайди. 37,2С дан юқори тана ҳарорати маълум клиник аҳамиятга эга бўлиб шифокор назаридан четда қолмаслиги керак. Тана ҳароратини ошиши организмда яллиғланиш жараёнига ҳамроҳлик қилади ва нисбатан кеч белги ҳисобланади. Ўткир гангреноз аппендицитда ўсимта перфорациясигача ҳам тана ҳарорати кам ошган бўлади. Тана ҳароратини ошиши доим ҳам бактериал инфекция кушилганлигини кўрсатмайди. Лихорадка билан қалтираш бактериемия ривожланганидан дарак беради ва қонни экмага олишга кўрсатма бўлади. Тана ҳароратини ошиш даражаси касалликни дифференциал ташхис қўйишга ёрдам беради. Масалан, ўткир аппендицит бошланишида юқори тана ҳарорати кузатилмайди. Тана ҳароратини 38,9С дан ошиши бактериал перитонит, сальпингит, пиелонефрит ва пневмонияга хосдир. Куннинг маълум бир вақтида кузатиладиган юқори тана ҳарорати қорин бўшлиғида абсцесс шаклланганликдан далolat бўлади. Қориндаги оғриқ билан беморларда тана ҳарорати қанчалик юқори бўлса, беморни ахволи шунчалик оғир бўлади. Шу билан бирга қориндаги оғриқ ва лихорадка доимо ҳам жарроҳлик талаб касалликларга хос эмас (масалан оилавий ўрта ер денгизи касаллиги). Кўпинча қорин бўшлиғи аъзоларининг касалликларида тана ҳароратини ошиши хар хил бўлиб у ташхис қўйишда кўп ҳам аҳамиятга эга эмас. Сувсизликда ва кекса беморларда йирингли-яллиғланиш касалликларида тана ҳароратини кам ошади ёки умуман ошмайди. Аксинча, ёш болаларда лихорадка унчалик оғир бўлмаган касалликларда ҳам кўп учрайди. Септик ҳолатларда эса гипотермия лихорадкага нисбатан кўпроқ аҳамиятга эга бўлади. Тана ҳароратини тушириш учун зарур бўлмаган ҳолатдан ташқари, лихорадка сабабини аниқлангунча антибиотикларни қўлламаган маъкул.

Лихорадка – Кўпчилик касалликларнинг белгиси ҳисобланиб, кўпинча у инфекцияларда юзага келади. Лихорадка организмни инфекциядан химоя қилишда муҳим роль уйнайди. Тана ҳароратини ошиши макрофагларнинг фагоцитар активлигини оширади, интерферон ва антителоларни ишлаб чиқаришни кучайтиради.

Тананинг меъёрий ҳарорати

- Оғиз бўшлиғида – 36,0-37,3С (ўртача 36,8С);
- қўлтик остида – 36,4С;
- туғри ичакда – 37,3С.

Агар ҳарорат оғизда 37,3 С ёки туғри ичакда 37,7С дан ошса лихорадка деб ҳисобланади. Нормада ҳарорат кун мобайнида 1 С га ўзгариши мумкин. Эрталаб ҳарорат кечкурунга нисбатан 1 С паст бўлади. Тананинг максимал ҳарорати куннинг иккинчи ярмида кузатилади.

Инфекция пайтида ҳарорат 40,5-41Сдан ошмайди. Гипертермия патологик ҳолат бўлиб, бунда иссиқлик ҳосил қилиш уни йўқотишдан устунлик қилади. Гипертермияда ҳарорат 41Сдан юқори бўлади ва иссиқ ўтказганда, ўсмаларда, инфекцияда, геморрагик инсультда кузатилади.

Лихорадка турлари:

1. Аборт лихорадка – бруцеллёзда;
2. Алиментар лихорадка – овқат билан боғлиқ бўлади ва болаларда МИТ касалликларида кузатилади;
3. Оқсил лихорадкаси – оқсил парчаланганда, қон қўйилганда, некрозда, яллиғланиш экссудатларида кузатилади;
4. Гудакларда оқсил лихорадкаси – гудакларга оқсилга бой овқат берилганда;
5. Бледная лихорадка – ҳарорат кўтарилиши терининг оқариши билан кечади (сепсисда);
6. Сув лихорадкаси – инфекция гриппотифоз лептоспирозда;
7. Қайтувчи лихорадка;

8. Тўлқинсимон лихорадка;
9. Гастроэнтеррагик лихорадка;
10. Гектик ёки оздирувчи лихорадка – тана ҳарорати кун мобайнида 3-5Сгача узгаради;
11. Гемоглобинурияли лихорадка ёки малярия лихорадкаси;
12. Геморрагик лихорадка.

Лихорадканинг асосий сабаблари – инфекция, усмалар, узок босиш синдроми, миокард инфаркти, геморрагик инсульт, дори аллергияси, СКВ, подагра, Ўтқир гемолиз.

Саёхатдан келганларда эндемик лихорадка кузатилади.

Лихорадка ВИЧ инфекциянинг утқир лихорадка фазасида асосий белги ҳисобланади (50% беморда кузатилади).

Симуляция вақтида ҳам лихорадка кузатилади – термометрни иссиқ сувга ботирганда ёки уни ишкалаганда кузатилади.

Симуляция кўйидаги ҳолатларда шубҳа қилинади:

- Ушлаб курганда тери ҳарорати меъёрида;
- Тахикардия, юз қизариши, терлаш кузатилмайди;
- Ҳарорат эгрилиги атипик бўлса;
- Хаддан зиёд ошган ҳарорат (41С ва юқори).

Лихорадканинг бошқа таснифи:

6. Ўтиб кетувчи лихорадка – ҳароратнинг ошиши ва меъёригача тушиши. Масалан, малярияда ҳарорат хар 48 ёки 72 соатда кўтарилиб, бошқа вақт меъёрида бўлади.

7. Ремиттирланган лихорадка – ҳарорат сутка мобайнида 1С га узгаради ва минимал ҳарорат 37С дан юқори бўлади.

8. Тўлқинсимон лихорадка – доимий ёки ремиттирланган ҳарорат бир неча кун мобайнида нормал ҳарорат билан алмашинади.

9. Доимий лихорадка – сутка мобайнида ҳарорат юқори бўлиб, ўзгариши 1С дан ошмайди. Бундай ҳарорат вирусли инфекцияда масалан гриппда кузатилади.

10. Номаълум сабабли лихорадка – 3 ҳафтадан кўпроқ вақт кузатилган лихорадка 38Сдан юқори бўлиб, текширувда сабаби аниқланмайди.

Номаълум сабабли лихорадка силда, инфекцияцион эндокардитда, жигар ва ут йуллари касалликларида, ўпка ракида кузатилади.

Бундан ташқари лихорадка жаррохлик касалликларида – фурункулёз, юмшоқ туқималарнинг йирингли касалликларида, жигар упка абсцессларида, пилефлебит, жаррохлик сепсисида кузатилади.

Сепсисда лихорадка терининг оқариши билан кечади. Эрализгача IV асрда Аристотель томонидан сепсис атамаси киритилган бўлиб, унинг кўйидаги кечиши фарқланган:

5. Йирингли-резорбтив лихорадка 24-25% беморда кузатилади. У аниқ жойлашган йирингли ўчоқ, жараёни тўлқинсимон кечиши, интерметтир лихорадка билан характерланади. У йирингли ўчоқни очгандан кейин камида 7 кундан кейин кузатилади.

Қон экмаси кўпинча стерил чиқади.

6. Септицемия – 25-26% йирингли касалликларда аниқланади. Йиринг ўчоғига таъсир этилишига қарамасдан беморни оғир ахволи ўзгармайди.

7. Септикопиемия – септицемия фонида метастатик йирингли ўчоқлар юзага келади. 32-35% беморда учрайди.

8. Сурункали сепсис – узок вақт лихорадкани ушлаб турувчи турли туқима ва аъзоларда йирингли ўчоқ борлиги билан характерланади.

Бу клиник-анатомик шакллар генераллашган жаррохлик инфекциясининг фазаси бўлиб хизмат қилмайди.

Сепсисни кечиш жараёнининг темпига қараб фарқлаш кўйидагича амалга оширилади:

5) яшин тезлигидаги сепсис – клиник картина 1-2 суткада юзага келади (2% беморда);

6) Ўтқир сепсис – 5-7 суткада кузатилади (39-40% беморда);

7) Ўтқир ости – 7-14 кун давом этади (50-60%);

8) Сурункали сепсис.

Сурункали сепсис бирламчи ўчоқ билан эмас, балки ички аъзоларни жарохатланиши билан характерланади.

Клиник белгиларни юзага келиши ва инфекция кирган вақтга қараб эртанги сепсис (жарохатдан кейин 3 hafta мобайнида) ва кечки сепсис (жарохатдан кейин 1 ой утгач) кузатилади.

Сепсиснинг қайси шаклидан катъий назар 1) зўриқиш фазаси; 2) катаболик бузилишлар фазаси; 3) анаболик фазаси фаркланади.

Зуриқиш фазасида кўзгатувчи ва унинг аггресив таъсирига нисбатан макроорганизмнинг жавоб реакцияси билан характерланади. Қайсики маҳаллий специфик реакциялар етишмовчилигида яллиғланиш курилишида функционал системалар ишга тушади,бу химоя кучларини ҳаракатга келтиради.

Гипоталамо-гипофизар стимуляция,у оркали эса симпатико-адренал система барча ҳаётий муҳим системаларни зўриқишга чақиради.Зўриқишнинг ошиб бориши энергетик захираларнинг камайиб бориши организмнинг ва метоболик жараёнлари ҳолдан тойишига олиб келади. Касаллик клиникаси гемодинамик бузилишлар ва токсик бузилишлар энцефалопатия ва марказий асаб системаси ўчоқли бузилишлари билан намаён бўлади. Бу ҳолат эса детоксикацион тизим (жигар-буйрак,нафас)фаолиятини пасайиши билан намаён бўлиб периферик қон кўрсаткичлари ва суяк кўмик фаолиятини бузилишига олиб келади.

Катаболик фаза фермент ва структур факторлар сарфи кучайиши функционал тизим декомпенсацияси билан характерланади.Оқсил,углевод ва ёғ катаболизми ошиши сув электролит ва кислота-асос баланси декомпенсацияси маҳаллий жараённинг атроф туқималарига таркалишига ва деструкция зонасининг катталашишига олиб келади.Бу ўзгаришлар катор

систем бузилишларни(юракқон томир етишмовчилиги ,упка туқимаси Зарарланиш синдроми,жигар-буйрак етишмовчилиги синдроми) келтириб чиқаради.

Анаболик фаза йуқотилган захира материаллар ва структур протеинлар тикланиши билан характерланади. Катаболик фазани анаболик фазага утиши койдага биноан, силлик ўтади, лекин баъзида тез ўтиб умумий кўзғалишлар , АКБни пасайиши ,вегетатаив бузилишлар билан кузатилади.

Шундай қилиб, ташхис шакллантирганда бирламчи сепсис ўчоғини кўрсатиб ўтиш керак. Шунингдек, унинг кечиши намаён бўлиш шакли, микрофлораси, процесс фазаси кўрсатилади.

Мисол.

1)Юз карбункули эрта стафилкоккли сепсис,септикопиемик шакли, катаболик фаза.

2)Ўткир интрамаммар лактацион йирингли мастит,Ўткир эрта стафилококкли сепсис, септикопиемик шакли, зўриқиш фазаси.

Сепсис сабаби бўлиб ҳисобланади: юмшоқ туқималар йирингли хасталиклари (108); перитонитлар (61); анаэроб инфекциялар (37); гинекологик патологиялар (25); терапевтик касалликлар (9);

Организм жавоб реакциясини доимий намаён бўлиши иситма ва беморнинг психоэмоционал статусдаги бузилишлар намойён бўлади. Тана ҳароратининг суткалик ўзгариб туриши кўпгина сабаларга боғлиқ(организм реакивлиги, микрофлора вирулентлиги, инфекция массивлиги, сепсис шаклига) одатда тана ҳароратини максимал кўтарилиши кечкурун кузатилади(39-42С).Эрталаб ҳарорат 37-38 сгача пасаяди. Лекин сепсис фақатигина иситма билангина характерланмайди.Кўпгина беморларда иситма сутка давомида тўлқинланиб туради,бунда иситманинг тусатдан кўтарилиши тахикардия,тахипноэ баъзида қусиш ва қалтираш билан намаён бўлади.Охирги одатда инвазиянинг массивлиги туқима пиоген махсулотлари парчаланишидан далолат баради.Шу сабабли бу давр гемокултурага қон оладиган давр ҳисобланади. Иситманинг пасайиши кучли нам терлаш умумий холсизлик билан намаён бўлади. Ҳароратнинг бундай динамикаси стафилококкли сепсис учун характерли бўлиб,тез-тез учраб туради. Кўзгатувчи хилига қараб,инфекция учоги ва иситма варианты хос бўлиши мумкин.Кук

йирингли таёкчали инфекция учун юқори харорат кам тўлқинланиш билан кузатилади. Охирида шуни такидлаш керакки, иситма намоён бўлиши нафақат кўзгатувчи хилига балки макроорганизм реактивлигига ҳам боғлиқ. Гипертермик синдром хар доим ҳам сепсисда кузатилмайди, карпияларда ва ареактив беморларда тана харорати субфебрил бўлиб, қалтираш ва терлаш билан кузатилмайди. Бу ҳолат ташхис қўйилганда ишончсизликка олиб келмаслиги керак. Одатда ташхис клиник курунишларнинг комплексига ва лабаротор, микробиологик текширувлар натижасига асосан қўйилади. Лекин температур ўзгаришлар динамикаси генерализациялашган инфекциянинг биринчи кунларидаёқ касал ахволини белгилайдиган асосий диагностик критерий бўлиб ҳисобланади. Унинг қиймати касални доимий назорат қилиб бориш, асоратларни аниқлаш, асосан метастатик характердаги ўтказилган муолажа эффективлигини баҳолашда бекиёсдир. 30-50% беморларда зўриқиш ва катоболик фазаларда нерв психик бузилишларни турли даражада намоён бўлишини куриш мумкин, қайсики бу ривожланиб бораётган интоксикация (бош оғриш, уйкусизлик, кўп терлаш, таъсирчанлик, тез чарчаш, аник бўлмаган локализацияли ва аник тасвирлаб бера олмайдиган нохуш сезгилар) шунингдек тахикардия, қон босими паайши, юрак сохсидаги оғрик, тери ва шиллик қаватларнинг рангпарлигини кузатиш мумкин.

Иситма синдроми

Иситма бу организмнинг химоя-мослашув реакцияси бўлиб, турли патоген таъсирловчилар таъсирига жавоб реакцияси сифатида, терморегуляциянинг қайта таксимланиши ва тана хароратининг нормадан юқори бўлиши билан характерланади.

Иситмадан гипертермияни фарқлай билиш керак-тана хароратини кўтарилиши организмни терморегуляция бузилмаган ҳолда юзага чиқади, ташқи факторларни ўзгариши натижасида тана хароратини кўтарилиши билан характерланади. Инфекцион иситмада гипертермиядан фарқли уларок, тана харорати 41С дан баланд кўтарилмайди.

Терморегуляция механизми

Инсон тана харорати – бу организмда иссиқлик ҳосил бўлиш ва иссиқлик ажратиш ўртасидаги мувозанатнинг тана юзаси ,асосан тери (90-95%), шунингдек упка, нажас ва сийдик орқали .

Бу жараёнларни гипоталамус бошқариб термостат вазифасини бажаради, тана харорати кўтарилишига олиб келувчи ҳолатларда гипоталамус симпатик нерв системасига команда бериб, тери қон томирлари вазодилатациясига, тер ажралишни ортишига олиб келиб, бу иссиқлик таркатишни оширади. Тана харорати пасайганда гипоталамус тери қон томирларни қискартириб, мушак титраши билан иссиқликни саклаб қолади. тана хароратини ортиши- бу турли хил ташқи ва ички стимуллар таъсири натижаси бўлиб, қайсики бу гипоталамик термостатни қайта шакллантириб, тана хароратини юқорирок даражада ушланишига олиб келади. Масалан, 35-37 даражада программаланган эди, лекин 37-39 даражада ишлай бошлади. Кўпгина ҳолатларда бирламчи звено экзоген пирогенлар бўлиб ҳисобланади. Бўларга қўйидагилар киради:

Инфекцион кўзгатувчилар (бактериялар, вируслар, замбуруглар, паразитлар) ва уларнинг токсинлари; оқсил парчаланиш махсулотлари (масалан, некроз, инфаркт, гематома, гемолиз ва куйишлардаги резорбцион иситма); алларгн ва иммун комплекслар (коллагнозлар ва зардоб касаллиги); шунингдек кўпгина пироген субстанциялар.

Экзоген пирогенлар гипоталамус иссиқлик марказига туғридан туғри таъсир қилмай балки эндоген пирогенлар воситасида таъсир қилади.

Эндоген пироген кичик молекуляр оқсил бўлиб қон моноцитлар ва жигар туқимаси , талок , упка қорин парда макрофаглари томонидан ишлаб чиқилади. Баъзи бир усма касалликларда – лимфома, моноцитар лейкоз, буйрак раки (гипернефрома) да эндоген пироген автоном ҳосил бўлиши кузатилади. Бунда клиник намоён бўлишдан иситма олдин келади.

Эндоген пироген туқимадан ажралгач гипоталамус преоптик сохасидаги иссиқликка сезгир нейронга таъсир қилади. Бунда серотонин ёрдамида простогландин E1 , E2 ва ЦАМФ синтезланади. Бу биологик актив бирикмалар бир томондан гипоталамусга таъсир қилиб тана ҳароратини юқори даражада сакланишига олиб келади.шунингдек улар қон томир ҳаракатлантирувчи марказга таъсир қилиб периферик қон томирлар қисқаришига ва иссиқлик ажралиши камайишига олиб келиб,бу иситмага олиб келади.Иссиқлик ҳосил бўлишни ошиши метаболизмни интенсивлиги кучаймиши билан бориб,бу асосан,муқкул туқимаси билан боғлиқ.Баъзи ҳолатларда гипоталамус стимуляцияс пирогенлар таъсирида эмас,балкиэндокрин система бузилишлари билан(тиреотоксикоз,феохромоцитома)еки вегетатив нерв системаси патологиялари(НЦД,неврозлар)баъзи медикаментлар таъсирида(дорили иситма)намоён бўлади.Кўпинча дорили иситмага пенциллин ва цефалоспоринлар,сулфаниламидлар,нитрофуранлар,изониазид,салицилат,метилурацил,н ововкаинамид,антигистамин воситалар,аллопуринол,барбитуратлар,глюкоза ва кальций хлоридни вена ичига куйиш сабабчи бўлади.Марказий характердаги иситма одатда гипоталамус иссиқлик марказини бевосита таъсирлаш натижасида –бош мияда ко айланишни Ўткир бузилиши ,усмалар,бош мия жарохатида юзага чиқади.Шундай қилиб,тана ҳароратининг ошиши экзопироген ва эндопироген(инфекция,яллиғланиш, ўсмалар пироген субстанцияси)активланганда юзага чиқади.Организмда тана ҳароратини кўтарилиши гипоталамик термостат билан назорат қилинар экан,хатто болаларда ҳам (уларда нерв системаси тулик шаклланмаган бўлади)Иситма 41С дан ошмайди.Тана ҳароратининг ортиши қисман организм ҳолатига ҳам боғлиқ:бир хил патологияда турли одамларда иситма хар-хил бўлади.Масалан,пневмонияда ёш одамда тана ҳарорати 40С ва ундан юқорига кўтарилади.карияларда ва холдан тойган кишиларда тана ҳарорати бу даражада кўтарилмайди.баъзида нормада ошмаслиги ҳам мумкин.

Иситма таснифи

Иситма 2 хафтагача давом этса,Ўткир дейилади.иситма давомийлиги 2 хафтадан ошса сурункалидир. Ундан ташқари иситмани кечишида температуранинг ортиб бориши даври, иситма авжи ва тана ҳароратини пасайиши даврлари фаркланади.Тана ҳароратининг пасайиши турлича бўлади.

Тўсатдан иситманинг сутка давомида тез нормагача пасайиши кризис дейилади,одатда тана ҳароратини пасайиши кўп терлаш билан кузатилади.Бу феноменга антибиотиклар эрасига алоҳида эътибор берилган.қайсики бу согайиш даври бошланишини кўрсатарди.

Тана ҳароратини ошиши

Тана ҳароратининг 37-38С гача кўтарилиши субфебрил харорат дейилади.

Тана ҳароратининг 38-39Сгача кўтарилиши фебрил харорат дейилади .

Юқори харорат 39-41С-пиретик харорат деб номланади.Ута юқори тана харорати(41Сдан юқори)-гиперпиретик харорат дейилади.бу ҳолат уз-узидан хаёт учун хавфли ҳисобланади.

Харорат эгрилиги

Харорат ошганда клиницист учун тана ҳароратининг бир марталик ўлчаниши эмас, балки унинг маълум бир вақт оралиғида динамикада ўзгариши керак. Одатда тана ҳароратини ўлчаш 2 марта(эрталаб соат 7-9ларда,кечкурун соат 17-19 ларда) бўлади.Тана ҳароратини суткалик эгри чизиги унинг типи ва шаклини аниқлаша ёрдам беради.

Иситманинг 6 типи ва 2 шакли фаркланади.

Такидлаш керакки,олдинлари касалликка диагноз куйишда харорат эгрилигини аҳамияти катта бўлган,бизнинг даврга келиб эса иситманинг классик типлари камрок ёрдам беради,чунки антибиотиклар,тана ҳароратини пасайтирувчи препаратлар ва стероидлар кўп ишлатилади.

Иситма билан кечувчи симптомлар

Иситма фақатгина тана ҳароратининг кўтарилиши билан кечмайди. Иситма томир уриши ва нафас олишнинг тезлашуви билан кечади;кўпинча артериал қон босими пасаяди, беморлар исиб кетишга,чанқоқлик, бош оғришига, шикоят қилади. Сийдик миқдори камаяди.Иситма организмда моддалар алмашинувининг тезлашаиши ,шунингдек иштаханинг пасайиши билан кузатилиб, кўпинча узок вақт иситмалагана беморлар озиб кетади. Юқори иситмада делирия кузатилади,бу хол кўпинча кекса беморларда ва алголикларда учрайди.

Тахикардия

Тана ҳароратининг ошиши ва пульс бир-бирига нисбатан катта аҳамиятга эга.одатда тана ҳарорати 1Сга кўтарилиши юрак уриши 8-12 тагача кўпайтиради.Агар тана ҳарорати 36С бўлганда 70 ни ташкил қилса,38С иситмада пульс 90тага ошади.

Тана ҳароратининг кўтарилиши ав пульснинг тезлашуви номутаносиб бўлганда бу ҳолатда таҳлил қилиш лозим, чунки бу ҳолат баъзи касалликларни аниқлашда катта аҳамият касб этади.(Масалан,қорин тифида иситма аксинча брадикардия билан кечади).

Терлаш

Терлаш бу иссиқлик йўқотиш механизми иситма пасайгвнда кўп терлаш кузатилдидаи.Иситма кўтарилганда аксинча тери иссиқ ва курук бўлади.Терлаш ҳамма иситмада ҳам бўлавермайди.Уйирингли инфекцияга хос бўлиб.инфекцион эндокардит ва бошка касалликларда кузатилади.

Қалтираш

Қалтираш атамаси бемор ичидан қалтираш ва совук сезиш ҳолатига кулланилади.қалтираш периферик артериолаларни сиқилиши ва гоз терисининг пайдр бўлиши билан кечади.мушаклар қалтираши баъзан шу даражага етадики бемор гапиришга қийналади, дир-дир титрайди. Бемор сезаётган совук сезги иссиқ кийим кийганда ҳам йўқолмайди. Тери ва оёқ-қуллар совук бўлишига карамасдан тана ҳарорати юқори бўлади.Қалтираш тезлик билан гипоталамус термостатининг тана ҳароратининг юқори хароратда ушлаб туриш қайта мослашув жараёни юзага чиқади. Бундай ҳолатда тана харораати 2-4сга кўтарилади.Тана ҳарорати секин аста кўтарилганда бироз қалтираш бўлиши мумкин.Қалтираш одам организмга инфекцион кўзгатувчининг(вирус,паразит)кирганидан бир соат утгач пайдо бўлади ва камдан –кам холларда 30дақиқадан ортик давом этади.қалтирашнинг даврийлиги диагностика аҳамиятга эга.схематик курганда баъзи касалликлар учун 1 маорта кузатиловчи қалтираш характерли. Масалан.крупоз пневмония, мос бўлмаган қон қўйгандаги реакциялар, ифлослашган вена ичи инфузияларидан сўнг.

Такрорланувчи қалтирашлар одатда сепсисда, ўпка йирингли касалликларида, сийдик йўли хасталикларида,ўт йули ва ўт пуфаги касалликларида, сарамасда, онкологик касалликларда кузатилади.Иситма хуружининг туғри тақсимланиши ва иситмасиз даврлар малярия учун хос (қалтираш,иссиқлик сезиш,тана ҳароратининг тушиши ва терлаш).Бу касалликларда хуружлар хар куни такрорланиши мумкин (кундалик иситма), кунора 3 кунлик иситма.2 кунлик иситма, 2 кунлик иситмасиз кунлар билан (4 кунлик иситма)

Эски китобларда ёзилишича хар қандай иситма коон томирларни кенгайтиручи воситаларни вена ичига юбориш билан тўхтатиш мумкин. Масалан,папаверин.

Герпес (учук) хар қандай иситма герпетик тошмалар пайдо бўлиши билан кечади. Ахолининг 80-90%и герпес вирусининг билан зараланган,лекин клиник куриниши 1% ахолидагина кузатилади.герпес вирусининг активлашуви организм иммунитетининг пасайган вақтида юзага чиқади.Баъзи олимлар иситма туғрисида гапирилганда герпесни тушунишади.масалан:иситма сўзи шамоллашда лабларда пайдо бўлган тошма билан айтилади.иситманинг баъзи бир турлари герпетик

тошмаларни унча тез пайдо бўлиши баъзан хасталикларни белгиси деб ҳисобланади.масалан:крупоз пневмония ва менингококкли менингит.

Фебрил тутқаноқ

Иситмада тутқаноқ бойдан-5 ёшгача бўлган болаларнинг 5%ида учрайди.Тутқаноқ синдроми юзага чиқиши нафақат тана ҳароратининг юзага чиқиши наинки,унинг кўтарилиш тезлигига боғлиқ.фебрил тутқаноқ одатда 15 дақиқадан ошмайди(ўртача 2-5 дақиқа).кўп ҳолатларда тутқаноқ иситма кўтарилағнда бошланиб ух-узидан утиб кетади.Тутқаноқ синдромини иситма билан боғлаш мумкин,қачон:

- бола 5 ешдан ошмаган бўлса
- тутқаноқка олиб келадиган касаллик бўлмаса(менингит)
- иситма бўлмаганда қалтираш бўлса

Биринчи навбатда фебрил тутқаноқ бўлган болада миалгия хакида уйлаш керак(люмбал пункция,агар унга клиник кўрсатма бўлса).

Кукрак ёшдаги болаларда спазмофилияни истисно қилиш учун кальций миқдорини аниқлаш лозим. Агар қалтираш 15 дақиқадан кўп давом этса эпилепсияни истисни қилиш учун электроэнцефалография ўтказиш лозим.

Умумий сийдик тахлили

Сийдик умумий тахлилда нормал даражага тушгач утиб кетувси протеинурия кузатилади.Сийдикда иситма ҳолатида цилиндрлар, кетон, буйрак эпителийси хужайралари учраши мумкин.

Сохта иситма тана ҳароратининг сохта кўтарилиши термометр билан боғлиқ ёки у эталонга мос келмаса кузатилади. Бу ҳолат жуда кам учрайди.кўпроқ ёлғон иситма учрайди. Сохта иситма иситма ҳолатини юзага келтириш мақсадида амалаг оширилади.Масалан,термометрни кул билан ишкалаш йули билан.еки тампературани бекитиш усулида.адабиёт маълумотларига караганда сохта иситма 2-6%беморларда учрайди.Сохта иситма қўйидаги ҳолатларда учрайди.

Сохта иситма қўйидаги ҳолатларда кузатилади:

- Тери ҳарорати ушлаб қурилганда нормал ҳолатда ва иситма кўтарилиши билан боғлиқ бўлагн симптомлар: тахикарди я ва тери кизариш кузатилмайди.
- Жуда юқори ҳарорат кузатилади (суткалик ҳароратни тўлқинланиши атипик характерга эга.

Агар сохта иситма гумон килинса қўйидагиларни амалга ошириш лозим:

- Тана ҳароратининг улчаш натижалари тана ҳарорати кўтарилағнда бошка белгилар билан (мас,пульс)таккослаш лозим.
- тиббий ходимлар иштирокида хар-хил термометр билан хар иккала туғри ичакдан улчаш керак.
- ажратилган пешоб ҳароратини улчаш
- ўтказилган ҳамма муолажаларни беморга тушунтириш, уни сохта иситмада айбламаслик,чунки бу тасдиқланмаслиги мумкин.

Иситма асосий маълумотлари

Иситма бу организмнинг химоя мослашув реакцияси бўлиб, қайсики патоген таъсирловчилар таъсирига жавобан терморегуляция кайта таксимланиши ва организмда нормадан юқори бўлган ҳарорат ушлаб турилиши билан характерланади.

Терморегуляция:Иситманинг ривожланиш механизми

- Иситма таснифи, иситма кўтарилиш даражаси,ҳарорат эгрилиги,иситма кечиш даврлари.
- Иситма билан кечувчи аломатлар:терлаш,қалтираш герпес,сийдик умумий тахлилидаги ўзгаришлар
- Сохта иситма

Ўтқир иситмада врач тактикаси

Ўтқир юзага чиққан иситма иситма амалиётда жуда кўп тарқалган тиббий муаммо бўлиб термометр кашф қилинмасдан анча олддан юзага чиққан. Бундай беморларни

текширишни аник алгоритми бўлмаганлиги сабабли кўпчилик хатоларга ва кераксиз даволанишларга олиб келади. Шундан келиб чиқиб бизнинг мақсадимиз ўткир иситмада беморларни текшириш ва даволаш алгоритми билан таништириш.

Давомий субфебрилитет

Тана ҳароратининг 37-38Сгача кўтарилиш субфебрилитет дейилади ва бунда врач биринчи навбатда давомий субфебрилитет бирор бир органик ўзгариш билан боғлиқ эмасми деган саволга жавоб топиш лозим.агар бу ҳолат тасдиғини топмаса унда тана ҳароратини кўтарилиши вегетатив нерв системаси билан боғлиқ.

Узок давом этувчи номаълум генезли иситма.

Номаълум генезли иситма бемор учун ҳам врач учун ҳам катта муаммодир;Бундай ҳолатда бемор врачлар айтиб бера олмайдиган хавфли аломат борлигини билади.

Бемор жуда кўп текширишлардан утади, лекин бу текширишлар гумонли бўлади.кўп клиницистлар фикрича,узок давом этувчи номаълум генезли иситмада врачнинг диагностик қобилияти катта аҳамиятга эга

Сайеҳлар иситмаси

Иситмали бемор текширилаганда(агар у ноаник генезли бўлса)эпидемиологик факторларга эътибор бериш лозим;Хайвон ва қушлар билан қонтактда бўлган-бўлмаганлиги эндемик ўчоқли хасталик бўлганлиги.Яхши йигилган анамнез кўпинча ташхисни калити бўлади.

Госпитал иситма

Госпитал (касалхона ичи) иситма(бемор ётқизилгандан 48 соатдан сунг)30%беиорларда учраб уларнинг 1/3 қисми халок бўлади.Госпитал иситма асосий касалликнинг кечишини кийинлаштиради.Ўлим даражасини бошқа беморларга нисбатан 4 бараварга оширади.Ўткир иситмага тана ҳарорати 14 кундан ошмаган ҳолатда иситмалашга айтилади.Ўткир иситма клиник амалиётда кенг тарқалган бўлиб тиббиётда катта муаммо ҳисобланади.

Диагностик тактика

Ўткир иситма ҳолатида ортиқча диагностик текшириш ва даволаш чораларисиз бемор тузалиб кетиши мумкин.бошқа томондан оддий респиратор инфекция никоби остида жидди патология бўлиши мумкин. Масалан,дифтерия ,эндемик инфекция ва бошқалар. Агар иситма характерли шикоятлар ва объектив белиглар билан кечса ташхис қуйиш осонланади.Лекин кўпинча хасталикнинг биринчи кунларида иситма сабабини аниқлаш иложи бўлмайди,Бунда ҳолатда қарор қабул қилиш учун бемор ахволи иситмагача бўлган соғлиги ҳамда унинг динамикаси катта аҳамиятга эга.

Мутлок соғлом фонда Ўткир иситма

Мутлок соғлом ҳолатда иситма пайдо бўлиши айниқса ёш ва ўрта ёшли беморда Ўткир респиратор вирусли интоксикацияси билан боғлиқ бўлиши мумкин ва у уз-узидан тузалиши мумкин.

ОРВИ ташхиси қуйишда инфекцион иситманинг қатарал белгилари хар хил юзага чиқиши мумкин.Анамнез йигилгач ва физикал текширувдн утгандан сунг албатта 2-3 кундан сунг ва ҳеч қандай тахлиллар буюрилмайди(тана ҳароратини улчашдан бошқа).

2-3кундан сунг қайта текширилганда қўйидаги ҳолатлар бўлиши мумкин:

- ахволи яхшиланиши иситмани тушиши
- янги белгиларни пайдо бўлиши.теридаги тошмалар
- хикилдоқдаги коплама,упкадаги хириллашлар,сариклик ва бошқалар аник ташхис қуйишга ёрдам беради.

Оғирлашиши- ўзгаришсиз

Маълум бир беморларда тана ҳарорати юқорилигича қолиб,умумий ахволи емонлашади.Бундай ҳолларда беморни қайта текшириб экзо- еки эндоген пироген факторларга кирувчи касаликларни аниқлаш(инфекциялар,яллиғланишлар,усмалар)тавсия этилади.

Ўткир иситма –узгарган ҳолатда

Бемор организмида қандайдир патологик ҳолат еки оғир ахволда тана ҳарорати кутоарилаганда бемор уз-уздан соғайиши мумкин.Текширув чора тадбирлари буюрилади(қон ва сийдик тахлили,кукрак кафаси рентгенографияси).Бундай беморларни ҳам кўпинча қайта куриқдан утказиб,лозим бўлса шифохонага етказиш керак.

Асосий вариантлар:

Беморда сурункали хасталик.иситма хасталиги навбатдаги хуружи билан боғлиқ бўлиши мумкин.масалан,бронхит ,холецистит,пиелонефрит,ревматизмли ва бошкалар.Бундай ҳолатларда беморларни мақсадли текширувдан утказиш лозим.

Бемор иммун тизими пасайган ҳолатда.Масалан,онкогематологик касалликлар билан ВИЧ-инфекция еки Глюкокортикостероидлар олувчи беморлар иситманинг пайдо бўлиши оппортунистик инфекциянинг ривожланиши билан боғлиқ.Бемор яқинда инвазив усулда еки даволаш муолажасини олган.Иситма утказилган муолажаларнинг инфекцион асоратлари билан боғлиқ бўлиши мумкин. Абсцесс, тромбофлебит, ботулизм, эндокардит. Наркоманларда ҳам вена ичига дори ичига дори юборишда инфекцияга чалиниш даражаси жуда юқори.

60 ешдан ошган беморларда Ўткир иситма

Кекса ва қарияларда Ўткир иситма функционал резервлар сусайиши эвазига жуда ҳам мураккаб ахволни юзага чиқариш мумкин.Масалан,делирия,юррак ва нафас етишмовчилиги ,дегидратация.шунинг учун бундай беморлар тезда лаборатор инструментал текширувдан утказиб,шифохонага етказилиши лозим.

Яна бир нарсани эсда тутиш лозим:

Бундай ешда хасталиклар камсимптомли ва атипик клиник манзара утиши мумкин.Кўпчилик беморларда иситма билан боғлиқ.Кексаларда инфекцион яллиғланиш ҳолларига олиб келувчи асосий омиллар:

Ўткир пневмония- қарияларда иситманинг энг кўп сабабчиси(50-70%),пневмония жуда упканинг катта қисмини эгаллашига карамасдан иситма юқори бўлмайди.Аускултатив белгилар ҳам ривожланмаган ,лекин умумий белгилар кўпрок юзага чиқади(холсизлик,хансираш).Шунинг учун ҳар қандай тушунарсиз иситмада упка рентгенографиясини утказиш қонун бўлмоги лозим(пневмония- кексалар дусту).Ташхис куйишда интоксикацион синдром борлигини ҳисобга олиш лозим (Иситма, холсизлик, терлаш), бронходренаж функциясини бузилиши,аускультатив ва рентгенологик ўзгаришлар.Дифференциал ташхисда қарияларда учраб турадиган упка сили бор-йуклига ҳам эътибор бериш лозим.

Пиелонефрит – одатда тана ҳароратининг кўтарилиши,диурез ва белдаги оғриқ билан кечади.

Умумий сийдик тахлилида бактерурия ва лейкоцитурия аникланади:

Пиелонефрит келиб чиқишида асосий факторлар: аел жинси,сийдик пуфаги катетеризацияси,сийдик йуллари обструкцияси,сийдик тош касаллиги,простата беи аденомаси.

- Ўткир холецистит иситма,қалтираш билан кечганда гумон килинади.У унг ковурга остилаги оғриқ синдроми,сариклик айникса,сурункали касалликларда кузатилади.

- Бошка камрок учровчи иситма кекса ва қари беморларда учрайди.У усиб борувчи герпес,сарамас,менингоэнцефалитлар билан боғлиқ бўлиши мумкин.

Қиска муддатли иситма (4 кундан кам)асоратланмаган нисбатан секин кечувчи еш ва ўрта ешли.

Амбўлатор кузатув,2-3 кундан сунг албатта қайта текширув.Бундай иситманинг асосий сабаби ОРВИ ҳисобланади.

Бундай ҳолатларда ҳеч қандай ортикча текширув утказилмайди,фақат кундалик ҳароратни улчашдан бошка.

Агар иситма 1 ҳафтадан кўпрок давом этса янги белгилар пайдо бўлса қайта текширув буюрилади.Қайта текширув ҳар кунни ,баъзан бемор етказилиши мумкин.

Кушимча текширувлар касаллик оғир кечганда айникса,кекса ва қариялар ва сурункали касалликлари бўлганда амалга оширилади.

- Бемор хар куни кайта текширилиб, лозим бўлса касалхонага етказилади.

Ўткир иситмада даволаш тактикаси

Ўткир иситмада даволаш тактикаси қўйидаги жадвалда кўрсатилаган:

Даволаш шарт эмас	Иситмани туширувчи воситалар керак	Антимикроб воситалар керак
Қиска муддатли иситма(4 кунгача) умумий ахволи қоникарли	Тана ҳарорати 38Сдан юқори даражада. 5 ешгача бўлган болалар. Қон айланиш ва нафас аъзолари декомпенсацияланган хасталиклари, асаб тизими, психоз, деменция, операциядан кейинги ҳолатлар	Инфекция жараени ҳаққоний аломатлари еки иммунитет етишмовчилиги
Иситма бутунлай соғлом фонда келиб чиққан еш ва ўрта ешлар	Иситма 41Сдан юқори ҳамма беморлар учун	Умумий оғир ахволи кекса ва қари беморлар

Ёш беморларда Ўткир иситмада ва қоникарли ҳолатда ҳароратни туширувчи препаратлар ва антибиотиклар одатда қулланилмайди. Врач фақат бундай беморларни кузатиши керакю Вирусга Қарши препаратларини қуллаши мумкин.

Шуни билиш керакки:

1. биринчидан, иситманмнг узи камдан-кам ҳолатларда хаёт учун хавфли бўлиб қолади. одатда инфекцион касалликларда, агарда тана ҳарорати 41сдан ошмаган бўлмаса у туширилмайди. Масалан, УРҚда тана ҳарорати 40.5Сдан ошиши 0.1-0.3%ни ташкил этади.

2. Иккинчидан, эсда сақлаш керакки, иситма организмнинг химоя реакцияси ҳисобланади, шунинг учун тана ҳароратини нормага туширишга ҳаракат қилиш ҳамма вақт ҳам туғри ҳисобланмайди. Инфекцион касалликларда юқори ҳарорат вирулар ва бактерияларни бўлинишини сусайтиради.

3. Учунчидан, ҳароратни туширувчи препаратлар ноҳужа таъсир кўрсатиш мумкин (масалан, гастродуоденал қон кетиш, агранулоцитоз, Рей синдроми)

4. Нихоят, иситма касалликнинг ягона белгиси бўлиши мумкин, ҳароратга Қарши терапия бу картинани йўқотиши этиотроп терапияни кеч олиб боришга олиб келади.

Ҳароратга қарши препаратларни қуллаш

Қўйидаги пунктларни эсда тутиш керак:

1. Ҳеч қачон ҳароратга Қарши препаратларни курсли қулламаслик керак!

2. Агарда антибиотиклар қулланаётган бўлса, иситмага Қарши препаратлар тавсия этилмайди!

Иситмага қарши препаратлар қўйидаги ҳолатларда қулланилади.

1. Иситма 41Сдан баланд бўлса.

2. Агарда беморда декомпенсирланган юрак қон томир касаллиги еки бронх-упка ситемасида патология бўлса иситма 38С да препаратларни қуллаш керак бўлади. 3

3. Операциядан сунгги даврда ҳарорат 38Сдан ошса иситмага Қарши препаратлар қулланилади. яна психоз ҳолати бўлса.

4. организмни иситмага таъсири ёмон бўлса

Иситмага Қарши препаратлардан кўпинча ацетилсалицил кислота, ибупрофен ва парацетамол ишлатилади.

Аспирин эффектив антипиретик препарат ҳисобланади.1999 йилда Россия Фармакологик комитети аспиринни 15 ешгача бўлган бемор болаларда куллашни инкор этди.Чунки бу ёшда Рей синдроми ривожланиш эҳтимоли ката бўлади.аспирин ошқозон химоя системасини таъминловчи простагландинлар синтезига таъсир кўрсатади,шунинг учун қон кетиш эҳтимоли ошиши мумкин.Аспирин антикоагулянтлар билан бирга кулланилмайди.Хомиладорликда ҳам карши кўрсатма ҳисобланади.

Парацетамол Бу болаларда куллаш мумкин бўлган ягона антипиретик препарат ҳисобланади.парацетамол таъсири 30-60 дақиқадан сунг бошланади ва 4 соат давомида таъсир кўрсатади.Парацетамол ибупрофен ва бошка ностароид яллиғланишга Карши препаратлардан фаркли тарзда марказий таъсир кўрсатади.Шунинг учун бу препарат ошқозон эррозияси.гастроудоденал қон кетиш,аспиринла астма каби ножуя таъсирларга эга эмас.

Ибупрофен бу препаратни антипиретик таъсирини парацетамол билан тенглаштириш мумкин,лекин узокрок таъсир этади.парацетамолдан фаркли равишда у тери реакциялари ва ошқозон ичак системаси томонидан ножуя таъсир кўрсатиш мумкин.Шунинг учун ибупрофен 2-чи катор антипиретик ҳисобланади.Врач назоратисиз ибупрофенни 1 ёшдан катта болаларга тавсия этиш мумкин.

Метамизол натрий(Анальгин) Препарат 30дан ортик давлатларда кулланилмайди.чунки агранулоцитоз келтириб чиқаради.Россияда 12 ёшгача болаларда бу препаратни куллаш мумкин эмас.

Антимикроб терапия

Агарда иситма бактериал инфекция билан боғлиқ бўлса,ундай ҳолатларда антимикроб терапия куллаш керак бўлиб қолади.

Кенг спектрли таъсирга эга антибиотикларни куллаш зарур бўлади:

1.Химоявий аминопенициллинлар:амоксициллин клавулан кислота билан(амоксиклав,аугментин)

2.фторхинолонлар(офлоксацин,ципрофлоксацин,пепфлоксацин,спарфлоксацин)

3.макролидлар(рокситромицин,кларитромицин,азитромицин)

“Сабаби номаълум иситма” тана ҳарорати 38Сдан баланд бўлса ,2 хафтадан ортик давом этса,унинг сабаби рутинли текширишдан кейин ҳам номаълум бўлиб қолиш билан характерланади.

Диагностика

Сабаби номаълум иситмага диагноз куйишда баморга социал,эпидемиологик ва клиник баҳо баришдан бошланади.Хато килмаслик учун 2 та саволга жавоб олиш керак:

- Бемор қандай инсон(социал статус,касби,психологик портрети)?

- Нима учун касаллик хозир намоён бўлди?

1.Анамнезни тулик йигиб олиш керак. Беморда олдинлари қандайдир инфекцион касаллик билан оғриган ёки огримаганлигини сураб суриштириш зарур ва хакозо.

2.Лаборатор ва инструментал текширувлар ва рутинли текширувни олиб бориш керак(қон умумий анализи,сийдик умумий анализи,қон биохимик анализи,Вассерман реакцияси,ЭКГ,кукрак кафаси рентгенографияси).

Айрим муаллифлар ҳисоблашадикки,сабаби номаълум иситмани асосида қўйидаги “учлик” ётади:

1.инфекция-35%

2.хавфли усмалар-20%

3.бириктирувчи туқима систем касалликлари-15%

3.Диагностик гипотезани шакллантириш.

Генези номаълум иситмага сабаб бўлиши мумкин бўлган касалликлар

1.Инфекцион касалликлар

А.генерализацияланган инфекциялар:

- Сил

- Тиф

- Салмонеллез

- Бруцеллез
- Иерсиниезлар
- Хламидиезлар
- Лайм касаллиги
- Туляремия
- Сифилис
- Лептоспироз
- Стронгилоидоз
- Гистоплазмоз
- Малярия
- Токсоплазмоз
- Инфекцион моноклеоз
- Цитомегаловирус инфекция
- ОИВ-инфекцияси
- Септик синдром

В.Маҳаллий инфекциялар:

- Юрак-қон томир системаси: инфекцион эндокардит, йирингли тромбофлебит, инфирланган томир протези
- Кукрак кафаси: бронхоэктазлар, эмпиема, медиастит
- Қорин бўшлиғи: вирусли гепатит, холангит, қорин бўшлиғи органлари абсцесси, перитонит (туберкулёз, бактериял)
- Сийдик ажратиш системаси инфекцияси
- Тери еки Суяк: параректал абсцесс, инфирланган еток яралар, остеомиелит, Тиш ва жағ инфекциялари

2. Усмалар

А. Гемобластозлар:

- Лимфома
- Ходжкин касаллиги (лимфогранулематоз)
- Ўткир лейкоз ва бошқалар

В. Бошка усмалар

- Гепатома
- Буйрак раки (гипернефрома)
- Упка, Ошқозон, ошқозон ости беги, жинсий аъзо катта усмалари
- Саркома
- Бирламчи ўчоқ метастазлари

3. Бириктирувчи туқима касалликлари, васкулитлар

- Системали кизил волчанка
- Тугунли периаитит
- Ревматик полимиалгия
- Чакка аитити
- Ревматоид артрит
- Ревматик иситма
- Такаясу аитити
- Вегенер гранулематози

4. Дорили иситма

5. Ичак ва жигар касалликлари

- Крон касалиги
- Носпецифик ярали колит
- Алкоголли гепатит
- Жигар циррози

6. Бошка касалликлар

- Саркоидоз
- Аллергик альвеолит

- Кайталанувчи упка артерияси эмболиси

7. Сунъий чакирилган иситма

Хирургик касалликларда терида кузатиладиган ўзгаришлар

Теридаги ўзгаришлар хар-хил хирургик касалликларда кузатилади:

1. Облитерацияланувчи эндартериит. Бу патологияда ишемик характердаги симптомокомплекс кузатилади: тери тургорлигини пасайиши, тирноқлар усишини бузилиши, оёқ мушакларининг атрофияси, сочнинг туқилиши, панжа гиперпигментацияси, болдир териси рангпар бўлиб қолади. Трофик яралар кузатилиши мумкин. Тери рангини ўзгариши облитерацияланувчи эндартериитнинг асосий белгиларидан бири ҳисобланади. Касалликнинг бошлангич даврида оёқ панжаси терисининг ранги қон айланиш суайиши оқибатида жуда рангпар ҳолатга киради. Панжани пастга туширганда рангпар тери нормага кайтади. Агарда панжани бармоқ билан босиб юборилса, узок вақт сакланиб қолувчи оқ доғ пайдо бўлади. Сунгра тери нормага кайтади. Оёқлардаги рангпарлик айниқса юрган пайтда аниқ кузга ташланади. Касалликнинг кейинги стадияларида рангпарлик доимий характерга эга бўлиб қолади. Артериядан ташқари патология вена системасига утган бўлса, тери кукиш ранга кириши мумкин. Бемор оёқдаги рангпарликдан ташқари, эндартериит касаллигида оёқларда ноҳуш сезги сезади. Кейинчалик бу сезги оғриқ билан алмашинади. Оғриқ характери хар-хил бўлади. Айрим беморларда оғриқ утмас характерда бўлса, бошқа беморларда ўткир ва кучли характерда кечади.

2. Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши: компенсация стадиясида кенгайган вена томирлари тик ҳолатда кузга ташланади. Субкомпенсация стадиясида – цианоз ва гиперпигментация кушилади, декомпенсация стадиясида – бемор оёғида оғриқ сезади. Болдир соҳаси хажми ортади. Туқима трофикаси бузилади. Дерматит, склороз ва индурация ривожланади. Бу стадияда касаллик асоратлари пайдо бўлади: трофик яралар, тромбофлебит, экзема, варикоз кенгайган веналардан қон кетиш, иккиламчи лимфадема кузатилади. Трофик яралар пайдо бўлади. Ажралмалар пайдо бўлади.

3. Варикоз кенгайган веналар тромбофлебители. Веналар каттиклашади, тери гиперемияланади ва тана ҳарорати ортади.

4. Флеботромбоз – узгармаган веналарда тромб ҳосил бўлиши билан характерланади. Кейинчалик яллиғланиш содир бўлади.

5. Тромбофлебит – яллиғланган веналарда тромб ҳосил бўлади. Бу патологияни келиб чиқишида инфекция, травма ва хавфли усмалар асосий роль уйнайди. Тромб ҳосил бўлишида вена томири деворини травмаси, қон оқимини секинлашуви ва қон ивишини кучайиши сабаб бўлади.

Юза веналарини тромбофлебители. Беморда веналарда яллиғланиш, шишлар ва веналар палпацияланади.

Чуқур веналар тромбофлебители клиникаси патологик жараённинг тарқалганлигига боғлиқ. Илеофеморал тромбозда шиш ва теридаги цианоз оёқ панжасидан чов бойламигачам тарқалади.

6. Сариклик: гемолитик, паренхиматоз ва механик

7. Чурра: Чурра копи яллиғланишида терида ўзгаришлар кузатилади.

8. Оёқлар гангренаси

9. Совук уриши- совук таъсирида сурункали тери яллиғланиши кузатилиши мумкин

Ўткир панкреатит бу ошқозон ости безини жароҳатланиши ҳисобланиб ўткир кечиши билан характерланади. Ошқозон ости беши ферментатив жароҳатланиши билан бошланади кейинчалик патология қушни туқимага ва бошқа аъзоларга (юрак, жигар, буйрак, упка) тарқалади. Яллиғланиш безда иккиламчи характерга эга бўлади. Ўткир панкреатитга замонавий таъриф қўйидагича: ўткир панкреатит – бу ошқозон ости безининг демаркацион характердаги асептик яллиғланиши бўлиб, панкреатитларни некробиози ва ферментатив аутоагрессияси билан кечади.

Биринчи этапда патобиохимик ўзгаришлар пайдо бўлади: дуктоацинар туқималар липаза ва фосфолипаза А ферментлари таъсирида некрозга учрайди. Ёгли некроз

атрофида асептик демаркацион яллиғланиш кузатилади. Буни ривожланишида гистамин, серотонин, катехоламин, шунингдек калликреин-кинин системаси иштирок этади.

Иккинчи этапда трипсиноген активланиши билан кечади. Ҳосил бўлган трипсин панкреатитларни некробиозига олиб келади. Шунинг учун кўпгина муаллифлар ўткир панкреатитни шишили ва некротик формасини фарклайди.

Ўткир панкреатитни клиник-анатомик формалари:

1. Шишли панкреатит (абортив панкреонекроз)

2. Ёгли панкреонекроз

3. Геморрагик панкреонекроз

Панкреатитни клиник кечиши буйича 3 даври фаркланади:

1. 1-чи даври- энзим токсемия ва гемодинамик бузилишлар даври

2. 2-чи даври- аъзолардаги бузилишлар

3. 3-чи даври- асоратларни пайдо бўлиши билан шаклланади (флегмона, перитонит ва сепсис)

Ўткир панкреатитни оғир курилишида тери ва шиллик каватида ўзгаришлар содир бўлади. Терида хар-хил ўзгаришлар кузатилиши мумкин.

1. Мондор симптоми- танада ва юзда бинафша доғлар пайдо бўлади.

2. Хальтед симптоми- қорин териси цианози

3. Лагерлеф симптоми- юз ва кул-оқларда умумий цианоз кузатилади.

4. Грей-Тернер симптоми – қорин ен девори терисида цианоз кузатилади.

5. Грюнвельд-Девис симптоми- қоринла цианоз. петехиялар кузатилади.

6. Тужилин симптоми- юлдузчалар пайдо бўлади

7. Гюллен симптоми- киндик атрофида сарғиш доғлар пайдо бўлади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қоникарли	қоникарсиз	емон
	Узлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм. Машғулотда қулланиладиган янги педогогик технологиялар:

Уқувчининг Машғулот муаммоли вазиятини ечишга қаратилган технологияси

3.1. Уқитиш технологияси модели

№ 26 мавзу, 327 дақиқа	Талабалар сони: 8-10
Мавзу	Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ўпканинг ўткир бактериал деструкциясида хансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиник манзараси, ташхис ва дифференциал ташхис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра бўшлиғини пункция қилиш, дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.
Амалий машғулот режаси	23. Кейс моҳиятига кириш. 24. Блиц сўров ўтказиш ва талабаларни клиник фикрлашини фаоллаштириш. 25. Муаммони аниқлаш ҳамда унинг ечиш йўллари топиш. 26. “Кейс – стади”ни гуруҳларда муҳокама қилиш. 27. Натижаларни таҳлил қилиш. 28. Муаммони Т-схема бўйича хал этиш. 29. Хулоса. Муаммони ечишда қатнашган талабаларни баҳолаш.
Уқитиш мақсади: Беморни мустақил кўришни ўрганиш;	

<p>-Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш</p>	
Педагогик топшириқлар:	Машғулот натижаси:
<p>Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p>- Ушбу касаллик билан ҳасталанган беморларни курация қила олиш, касалликнинг асосий симптомларини аниқлай олиш. - Тахминий ташхис қўя олиш ва қиёсий ташхисни утказа олиш - Беморни текшириш усуллари билиш ва лаборатор натижаларни таҳлил қила олтш. - Гематоракс ва пневмоторакс асоратини ташхислай олиш, шошилиш ёрдам кўрсата олиш. - Беморларни даволашнинг асосий тамойилини билиш.</p>
<i>Ўқитиш усул ва услуби</i>	“Кейс – стади”, “Блиц-сўров”, “муаммоли вазият”, “Т-схема”, “дискуссия”
<i>Ўқитиш манбаси:</i>	Таркатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Якка ва гуруҳда
<i>Ўқитиш шароити</i>	УАШ жарроҳлик касалликлари; хирургические отделения №1ШКШ жарроҳлик бўлимлари; №1ШКШ клиник лабораториялари; Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш. Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
<i>Баҳолаш</i>	Сўров, топшириқ, ўз – ўзини баҳолаш, рейтинг тизими бўйича баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба

Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказилади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўллари эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтирилади. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Представляет практические навыки по теме, объясняет и демонстрирует. Представляет больных относящихся к данной теме. Помощь при работе с больными, при курации.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги..
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташҳиси.

80 дақиқа		
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-ИЛОВА

Блиц-суров:

1. Хирургик инфекцияда иситмадаги информатив инструментал текширув усул.

- Қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси ва колоноскопия.

2. Беморда Хирургик инфекцияда иситмадаги топилганда УАШ тактикаси?

- Дархол хирургик стационарга етказиш.

3. Хирургик инфекцияда иситмадаги қиесий ташхисланиши лозим бўлган касалликлар?

- Қорин бўшлиғи Ўткир яллиғланиш касалликлари (Ўткир аппендицит, холецистит, панкреатит, перфоратив яра ва х.к.), Ўткир юқумли касалликлар (овқатдан захарланиш, Ўткир дизентерия, инфекцион гепатит, тифо-паратифоз инфекция, токсик грипп), уремиёй, табетик криз, кургошинли захарланиш билан.

6. Хирургик инфекцияда иситмадаги да оператив давога кўрсатмалар.

- Қонсерватив даво наф бермаганда, беморда перитонит бўлганда.

1 - топширик

Эксперт вароги

1-группа.

1. Хирургик инфекцияда иситмадаги этиопатогенези.

2. Хирургик инфекцияда иситмадаги таснифи.

“Муаммоли вазият” жадвални тулдин

Муаммо тип	Муаммоли вазият келиб чиқиш сабаби	Муаммони ечиш йуллари

2- группа.

2. Хирургик инфекцияда иситмадаги клиникаси.

3. Хирургик инфекцияда иситмадаги ташхисоти ва қисий ташхисоти.

“Муаммоли вазият” жадвални тулдин

Муаммо тип	Муаммоли вазият келиб чиқиш сабаби	Муаммони ечиш йуллари

3-ИЛОВА

2 - топширик

“Т-схема” жадвални тулдинг

Хирургик инфекцияда иситмадаги даволаш.	Хирургик иситма асоратлари

Кейс билан ишлашни баҳолаш критерийлари

Кейс билан ишлашни баҳолаш мезонлари

Аудиторияда ишлашни баҳолаш кўрсаткичлари ва мезонлари

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Маълумот намойиши мак. 30 б	Аниқ ва тўлиқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак.50 б
1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон.

Ушбу Машғулотда ишлатиладиган янги педогогик технологиялар:
«Паутина»,«Айлана стол» усули, “Сурокли копток” усули.

Айлана стол усулини қўллаш:

1.Айлана бўйлабтопширикли варақ тарқатилади.Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади.Жавоблар қайтарилмаслиги керак.Ҳамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади.ногўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Эксперт варағи усулини қўллаш

2. Гуруҳ 2 талабадан иборат гуруҳчаларга бўлинади ва хар бир гуруҳчада “врач” ва “эксперт” тайинланади. “Врач” мавзу бўйича беморни кабул қилади, “эксперт” эса, “врач” кабулини 3 пункт бўйича баҳолайди: Нима тўғри килинди? Қандай хато килинди? Қандай кабул этиш керак эди? Укитувчининг хулосаси.

Айлана стол усулини қўллаш:

1.Айлана бўйлабтопширикли варақ тарқатилади.Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади.Жавоблар қайтарилмаслиги керак.Ҳамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади.ногўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Узлаштириш	100%-	85%-	70-55%	54%-37%	36% ва

	%	86%	71%			паст
3	Кейс-стади	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Ситуацион масалалар ва тестлар

11. Врач қабўлига 19 ёшли бемор муружат қилди. 2 кун олдин тирноқ остига ёт жисм кирган, шундан сўнг кўрсаткич бармоғида лўқилловчи оғриқлар пайдо бўлди. Кўриқда тирноқ остида йиринг яққол кўриб турибди, тирноқ босиб кўрилганда кучли оғриқли.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Қандай кесим қўлланилади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100- 86	Яхши 85-71	Қон-ли 70-55	К- сиз 55 дан кам
1	тирноқ ости хасмоли	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
2	оператив	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
3	ярим ойсимон	40	40- 34,4	34,3- 28,4	28,3- 22,0	0

12. Поликлиникага 19 ёшли бемор муружат қилди, шикоятлари: бармоқдаги лўқилловчи оғриқларга, оғриқни бармоқни букиш вақтида кучайишига. Анамнездан 6 кун давомида тери ости хасмоли бўйича консерватив даволанган. Кўриқда бармоқни букувчи юзаси бўйича шишган, бўғим ғалвирсимон кўринишда, крепитация аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Диагнозни тасдиқлаш учун нима қилиш керак:

III. Бошлангич даврда даволаш тактикаси қандай:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100- 86	Яхши 85-71	Қон-ли 70-55	К- сиз 55 дан кам
1	бўғим панариций	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
2	бўғим рентгенографияси	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
3	бўғим пункцияси ва антибиотикларни бўғим ичига юбориш	40	40- 34,4	34,3- 28,4	28,3- 22,0	0

13. Бемор жарроҳлик бўлимига бармоқдаги лўқилловчи оғриқларга, тирноқ фалангасининг колбасимон кенгайишига шикоят қилиб келди. Анамнездан 1-1,5 ой олдин амбулатор шароитда тери ости хасмоли бўйича даволанган. Кўриқда ярадан майдаланган, ириб кётган суяк бўлаклари ажралиб турибди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текширувни ўтказиш керак:

III. Бошлангич даврда даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100- 86	Яхши 85-71	Қон-ли 70-55	К- сиз 55 дан кам
1	суяк панарицияси	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
2	рентгенография	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
3	оператив	40	40- 34,4	34,3- 28,4	28,3- 22,0	0

14. Бемор жарроҳлик бўлимига қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: бармоқдаги кучли лўқилловчи оғриқларга, тана ҳароратини кўтарилишга, кўнгил айниб қусишга. Анамнездан 2 ой олдин амбулатор шароитда бўғим панарийцияси бўйича даволанган. Кўрикда бармоқлар шишган, бемор бармоқлари ярим букилган ҳолатда, бармоқларни ёзиб кўрганда оғриқ кучаяди

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Қандай кесим қўлланилади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100- 86	Яхши 85-71	Қон-ли 70-55	К- сиз 55 дан кам
1	пай хасмоли	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
2	қонсерватив даволашни самараси камлигида оператив даво	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
3	фалангаларни олдинги ен юзаси бўйлаб параллел	40	40- 34,4	34,3- 28,4	28,3- 22,0	0

15. Поликлиникага 19 ёшли бемор мурожат қилди, шикоятлари кўрсаткич бармоғидаги лўқилловчи оғриқларга, уйқусизликга, тана ҳароратини кўтарилишига. Кўрикда бармоқ шишган, қизарган, босиб кўрилганда кучли оғриқли

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Оғриқсизлантиришни қандай усулини қўллаш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100- 86	Яхши 85-71	Қон-ли 70-55	К- сиз 55 дан кам
1	тери ости панариций	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
2	оператив	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0

3	Оберст-Лукашевич бўйича	40	40- 34,4	34,3- 28,4	28,3- 22,0	0
---	--------------------------------	----	-------------	---------------	---------------	---

16. Бемор хирургия бўлимига қуйидаги шикоятлар билан мурожоат қилди: бармоқ бўйича лўкилловчи оғриқларга, тирноқ фалангасини шишга. Анамнезидан 2 ой олдин амбўлтор шароитда тери ости хасмоли бўйича даволанган. Кўриқда ярадан майдаланиб кётган суяк бўлаклари ажралиб турибди. Рентгенограммада остеопароз, фалангаларни деструкцияси кўринади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Бошлангич даврда даволаш тактикаси:

III. Кечки даврда даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100- 86	Яхши 85-71	Қон-ли 70-55	К- сиз 55 дан кам
1	суяк хасмоли	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
2	оператив	30	30- 25,8	25,7- 21,3	21,2- 16,5	0
3	оператив	40	40- 34,4	34,3- 28,4	28,3- 22,0	0

Тестлар:

1. Поликлиникага 25 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқларга, оғриқларни менструациядан олдин кучайишига ва аста секинлик билан камайишига.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. диффуз мастопатия*

B. сут безини ўсмаси

B. мастит

Г. тугунли мастопатия

Д. маститсимон рак

II. Беморга қандай текширув ўтказилиши керак:

A. сут безини УТТ*

B. кўкрак қафасини рентгеноскопияси

B. маммография

Г. сут безини пальпация

Д. сут безини пункцион биопсия

III. Беморга қандай даволашни режасини ўтказиш керак:

A. қонсерватив, (асаб системаси, жигар, жинсий аъзоларини ҳолатини ҳисобга олиб)*

B. гормонотерапия

B. оператив

Д. химиотерапия

Г. нур терапия

2. Поликлиникага 35 ёшли бемор мурожат қилди, шикоятлари ўнг кўкрагидаги оғриқларга кўкрак учини қаттиқлашига ва ундан ажралма келишига. Аёлнинг фарзанди йўқ.

I. Қайси патология ҳақида уйлаш мумкин:

A. диффуз мастопатия*

B. сут беги ўсмаси

B. мастит

Г. тугунли мастопатия

Д. маститсимон рак

II. Қайси қулай инструментал текшириш методи ута информатив:

А. сут бези УТТ*

Б. кўрак қафасини рентгеноскопияси

В. маммография

Г. сут бези пальпацияси

Д. сут бези пункцион биопсияси

III. УТТ да аниқланди: қаттиқлашган фиброз тўқима фонида майда кистоз бўшлиқлар ва кенгайган йўллар. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. фиброз-кистоз мастопатия*

Б. сут бези ўсмаси

В. мастит

Г. тугунли мастопатия

Д. маститсимон рак

3. Поликлиникага 55 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: чап кўкрагидаги оғриқларга, терини қизаришига, кўкрак учини қаттиқлашига ва тана ҳароратини кўтарилишига

I. Қайси патологиялар ҳақида уйлаш мумкин:

А. маститсимон рак*

Б. сут бези ўсмаси

В. диффуз мастопатия

Г. тугунли мастопатия

Д. мастит

II. Диагностикани қайси методи ута информатив:

А. сут бези пункцион биопсияси*

Б. кўрак қафасини рентгеноскопияси

В. маммография

Г. сут безиУЗИ

Д. сут бези пальпацияси

III. Беморга даволашни қандай усулини ўтказиш керак:

А. оператив*

Б. гормонотерапия

В. қонсерватив, (асаб системаси, жигар, жинсий аъзоларини ҳолатини ҳисобга олиб)

Г. нур терапия

Д. химиотерапия

4. Поликлиника 60 ёшдаги аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқсиз, қаттиқлашган, кам ҳаракатчан ўртача катталиқдаги ҳосилага шикоят қилиб келди

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. сут бези ўсмаси*

Б. мастит

В. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. сут бези фиброаденомаси

II. Беморга қандай текшириш ўтказиш керак:

А. маммография*

Б. кўрак қафаси рентгеноскопияси

В. сут бези пальпацияси

Г. сут безиУТТ

Д. сут бези пункцион биопсия

III. Беморга даволашни қандай усулини ўтказиш керак:

А. оператив*

Б. гормонотерапия

В. қонсерватив, (асаб системаси, жигар, жинсий аъзоларини ҳолатини ҳисобга олиб)

Д. химиотерапия

Г. нур терапия

5. Поликлиникага 22 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкраги оғриқларга, кўкрагини катталашига, терисини қизаришига, тана ҳароратини кўтарилишига

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. мастит*

Б. сут беzi ўсмаси

В. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. сут беzi фиброаденомаси

II. Сут безини қайси патологиялари билан тасхишлаш керак:

А. қуйидаги ҳамма касалликлар билан*

Б. сут беzi ўсмаси

В. диффуз мастопатия

Г. фиброз мастопатия

Д. сут беzi фиброаденомаси

III. Беморга қандай даволаш тактикасини ўтказиш керак:

А. қонсерватив даволаш 2-3 кўнга, агар ёрдам бермаса оператив даво*

Б. гормонотерапия

В. оператив

Д. химиотерапия

6. Поликлиникага 22 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкраги оғриқларга, кўкрагини катталашига, терисини қизаришига, тана ҳароратини кўтарилишига пальпацияда флюктуация аниқланади.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. сут беzi абцесси*

Б. сут беzi ўсмаси

В. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. сут беzi фиброаденомаси

II. Беморга қандай даволаш тактикасини ўтказиш керак:

А. оператив*

Б. гормонотерапия

В. қонсерватив даволаш 2-3 кўнга, агар ёрдам бермаса оператив даво

Д. химиотерапия

III. Интрамаммар абсцессда қандай кесим ўтказилади:

А. радиар*

Б. ареола чегараси бўйлаб

В. ёйсимон

Г. узунасига

Д. кўндаланг

7. Поликлиникага 22 ёшли бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқга, кўкрагини катталашига, бош оғришига. Анамнезидан 2 ой олдин туғруқ бўлган

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

А. инфилтратив мастит*

Б. сут беzi ўсмаси

В. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. сут беzi фиброаденомаси

II. Сут безини қайси патологиялари билан диф. диагноз ўтказиш керак:

A. маститсимон рак*

B. сут бези ўсмаси

B. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. сут бези фиброаденомаси

III. Беморга қандай даволаш тактикасини ўтказиш керак:

A. консерватив даволаш 2-3 кунга, агар ёрдам бермаса оператив даво

B. гормонотерапия*

B. оператив

Г. нур терапия

Д. химиотерапия

8. Поликлиникага 19 ёшли бемор мурожат қилди. Шикоятлари ўнг кўкрагидаги оғриқга, катталашига, анамнездан 2 хафта олдин туғруқ бўлган.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. мастит*

B. сут бези ўсмаси

B. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. сут бези фиброаденомаси

II. Сут безини қайси патологиялари билан тасхишлаш керак:

A. диффуз мастопатия*

B. сут бези ўсмаси

B. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. сут бези фиброаденомаси

III. Беморга қандай маслаҳат бериш:

A. кўкракда сут димланишини олдини олиш*

B. вазни камайтириш

B. кўкрак сути билан боқишдан бош тортиш

Г. жисмоний зўриқишни камайтириш

9. Поликлиникага 30 ёшли бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқсиз, қаттиқ, атроф тўқималардан ажралган ҳаракатчан ўртача катталиқдаги ҳосила борлигига.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

A. сут бези фиброаденомаси*

B. сут бези ўсмаси

B. диффуз мастопатия

Г. Педжет раки

Д. мастит

II. Шу беморга қандай текшириш усулини ўтказиш мумкин:

A. маммография, сут бези УТТ*

B. кўкрак қафаси рентгеноскопияси

B. сут бези пальпацияси

Г. пневмокистография

Д. сут бези пункцион биопсияси

III. Беморга даволашни қандай усулини ўтказиш керак:

A. оператив*

B. гормонотерапия

B. консерватив (асаб системаси, жигар, жинсий аъзоларини ҳолатини ҳисобга олиб)

Д. химиотерапия

Г. нур терапия

10. I. Мастопатия – бу...:

А. сут безидаги дисгормонал гиперпластик жараён*

Б. сут безини яллиғланиши

В. яхши сифатли ўсма

Г. сут бези аденомаси

Д. кистоз мастопатия

II. Клиник нуктаи назардан мастопатияни қандай формалари фарқланади:

А. тугунли, диффуз*

Б. тугунли

В. пролифератив

Г. диффуз

Д. кистоз

III. Қандай формалари ўсма олди ҳисобланади:

А. атипик пролеферацияли фиброз кистоз мастопатия*

Б. эпителий пролиферациясиз фиброз-кистоз мастопатия

В. ҳаммаси нотўғри

Г. пролиферацияли фиброз-кистоз мастопатия

Д. эпителий пролиферацияли фиброз-кистоз мастопатия

11. I. Хасмолни қуйидаги турлари фарқланади:

А. қўйидагаларни ҳаммаси*

Б. тери ости

В. пай

Г. суяк

Д. тери

II. Чап панжани 3-чи бармоғини тери ости хасмолининг асорати бўлиб ҳисобланмайди:

А. елка олди флегмонаси*

Б. суяк хасмоли

В. бўғим хасмоли

Г. билак флегмонаси

Д. пай хасмоли

III. 5-чи бармоқни II-фалангасининг тери ости хасмоли асорати бўлиб ҳисобланмайди:

А. ўпка қон томирларининг ёгли эмболияси*

Б. бармоқни букувчи пай некрози

В. пандоктилит ривожланиши

Г. остеомиелит ривожланиши

Д. тендовагинит ривожланиши

12. Поликлиникага 19 ёшли бемор кўрсаткич ва ўрта бармоғидаги лўқилловчи характердаги оғриқлар шикоят билан мурожат қилди, анамнезидан 2 кун олдин маникюр қилдирган. Кўрикда тирноқ атрофидаги тери шишган, қизарган, босиб кўрилганда кучли оғриқли.

I. Сизнинг ташхисизгиз:

А. паронихия*

Б. тери ости хасмоли

В. тирноқ олди хасмоли

Г. пандактилит

Д. тери хасмоли

II. Даволаш тактикаси:

А. оператив*

Б. маҳаллий

В. антибактериал терапия

Г. симптоматик

Д. консерватив

III. Қандай кесим қўлланилади:

А. Клапп бўйича*

Б. Мак-Бурней бўйича

В. узунасига

Г. кўндаланг

Д. Федоров бўйича

13. Врач қабўлига 19 ёшли бемор мурожат қилди. 2 кун олдин тирноқ остига ёт жисм кирган, шундан сўнг кўрсаткич бармоғида лўқилловчи оғриқлар пайдо бўлди. Кўрикда тирноқ остида йиринг яққол кўриб турибди, тирноқ босиб кўрилганда кучли оғриқли.

I. Сизнинг диагнозингиз:

А. тирноқ ости хасмоли*

Б. тери ости хасмоли

В. тирноқ олди хасмоли

Г. пандактилит

Д. тери

II. Даволаш тактикаси:

А. оператив*

Б. маҳаллий

В. антибактериал терапия

Г. симптоматик

Д. консерватив

III. Қандай кесим қўлланилади:

А. ярим ойсимон*

Б. Мак-Бурней бўйича

В. узунасига

Г. кўндаланг

Д. Федоров бўйича

14. Поликлиникага 19ёшли бемор мурожат қилди, шикоятлари: бармоқдаги лўқилловчи оғриқларга, оғриқни бармоқни букиш вақтида кучайишига. Анамнездан 6 кун давомида тери ости хасмоли бўйича консерватив даволанган. Кўрикда бармоқни букувчи юзаси бўйича шишган, бўғим ғалвирсимон кўринишда, крепитация аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. бўғим панариций*

Б. тери ости панариций

В. тирноқ олди панариций

Г. пандактилит

Д. тери панариций

II. Диагнозни тасдиқлаш учун нима қилиш керак:

А. бўғим рентгенографияси*

Б. қон биохимияси

В. КТ

Г. бўғим УТТ

Д. қон умумий таҳлили

III. Бошлангич даврда даволаш тактикаси қандай:

А. бўғим пункцияси ва антибиотикларни бўғим ичига юбориш*

Б. артротомия

В. бўғим резекцияси

Г. консерватив

Д. бармоқ ампутацияси

15. Бемор жарроҳлик бўлимига бармоқдаги лўқилловчи оғриқларга, тирноқ фалангасининг колбасимон кенгайишига шикоят қилиб келди. Анамнездан 1-1,5 ой олдин амбулатор шароитда тери ости хасмоли бўйича даволанган. Кўрикда ярадан майдаланган, ириб кётган суяк бўлақлари ажралиб турибди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. суяк панарицияси*

- Б. тери ости панарицияси
 В. тирноқ олди панарицияси
 Г. пандактилит
 Д. тери панариций
- II. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текширувни ўтказиш керак:
 А. рентгенография*
 Б. қон биохимияси
 В. КТ
 Г. бўғим УТТ
 Д. қон умумий таҳлили
- III. Бошлангич даврда даволаш тактикаси:
 А. оператив*
 Б. артротомия
 В. бўғим суства
 Г. қонсерватив
 Д. бармоқ ампутацияси
16. Бемор жарроҳлик бўлимига қуйидаги шикоятлар билан мурожаат қилди: бармоқдаги кучли лўқилловчи оғриқларга, тана ҳароратини кўтарилишга, кўнгил айниб қусишга. Анамнездан 2 ой олдин амбулатор шароитда бўғим панарийцияси бўйича даволанган. Кўриқда бармоқлар шишган, бемор бармоқлари ярим букилган ҳолатда, бармоқларни ёзиб кўрганда оғриқ кучаяди
- I. Сизнинг ташхисингиз:
 А. пай хасмоли *
 Б. пандактилит
 В. бўғим хасмоли
 Г. тери ости хасмоли
 Д. суяк хасмоли
- II. Даволаш тактикаси:
 А. қонсерватив даволашни самараси камлигида оператив даво*
 Б. маҳаллий
 В. антибактериал терапия
 Г. симптоматик
 Д. қонсерватив
- III. Қандай кесим қўлланилади:
 А. фалангаларни олдинги ен юзаси бўйлаб параллел*
 Б. Мак-бурней бўйича
 В. фалангаларни олдинги ен юзаси бўйлаб узунасига
 Г. фалангаларни олдинги ен юзаси бўйлаб кўндаланг кесим
 Д. Федоров бўйича
17. I. Елка олди флегмонаси нимани асорати бўлиб ҳисобланади.....:
 А. пай панарицияси*
 Б. пандактилит
 В. бўғим панарицияси
 Г. тери ости панарицияси
 Д. суяк панарицияси
- II. Елка олди флегмонаси қандай бўшлиқдан йиринг оқиб ўтгандан кейин ҳосил бўлади:
 А. Парон- Пирогов*
 Б. Дуглас
 В. Парон
 Г. Пирогов
 Д. Винслов
- III. Y- симон билан флегмонаси қайси бармоқлар орасида пайдо бўлади:
 А. I-V аро*

Б. II- III аро

В. I-II аро

Г. I-III аро

Д. V- IV аро

18. Поликлиникага 19 ёшли бемор мурожат қилди, шикоятлари кўрсаткич бармоғидаги лўқилловчи оғриқларга, уйқусизликга, тана ҳароратини кўтарилишига. Кўрикда бармоқ шишган, қизарган, босиб кўрилганда кучли оғриқли

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. тери ости панариций*

Б. паронихия

В. тирноқ олди

Г. пандактилит

Д. тери панарицияси

II. Даволаш тактикаси:

А. оператив*

Б. маҳаллий

В. антибактериал терапия

Г. симптоматик

Д. қонсерватив

III. Оғриқсизлантиришни қандай усулини қўллаш керак:

А. Оберст-Лукашевич бўйича*

Б. инфилтратив

В. ўтказувчан

Г. Лукашевич бўйича

Д. Вишневский бўйича

19. Бемор хирургия бўлимига қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: бармоқ бўйича лўқилловчи оғриқларга, тирноқ фалангасини шишга. Анамнездан 2 ой олдин амбултор шароитда тери ости хасмоли бўйича даволанган. Кўрикда ярадан майдаланиб кётган суяк бўлаклари ажралиб турибди. Рентгенограммада остеопароз, фалангаларни деструкцияси кўринади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

А. суяк хасмоли*

Б. тери ости хасмоли

В. тирноқ олди хасмоли

Г. пандактилит

Д. тери хасмоли

II. Бошлангич даврда даволаш тактикаси:

А. оператив*

Б. артротомия

В. Бўғим резекцияси

Г. қонсерватив

Д. бармоқ ампутацияси

III. Кечки даврда даволаш тактикаси:

А. оператив*

Б. артротомия

В. бўғим резекцияси

Г. қонсерватив

Д. бармоқ ампутацияси

20. I. Оберст-Лукашевич усули бўйича оғриқсизлантириш мақсади нимадан иборат:

А. нервларни ўтказувчанлиги камайтириш*

Б. артериал қон оқимини секинлаштириш билан оғриқсизлантириш

В. ҳаммаси нотўғри

Г. венозқон айланишини секинлаштириш

Д. лимфа оқимини секинлантириш билан оғриқсизлантириш

II. Оберст- Лукашевич усули бўйича оғриқсизлантирилганда жгут кул бармоқларни қайси соҳаси боғланади:

А. бармоқлар асоси*

Б. ўрта фалангасига

В. кул билан бўғими соҳаси

Г. ҳаммаси нотўғри

Д. елка соҳаси

III. Оберст-Лукашевич усули бўйича оғриқсизлантирилганда инъекция бўладиган жойи ...

А. бармоқни 2 ён юзаси бўйлаб жгутдан пастда*

Б. бармоқни 2 ён юзаси бўйлаб жгутдан юқорида

В. бармоқ асосида 2-томонлама

Г. кафт юзаси бўйлаб

Д. ташки юзаси бўйлаб

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Узлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
4	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм

№20. Тери ости хасмолини очиш техникаси.

Талаба учун топшириқ: тери ости панарицийсини очишга кўрсатма, вазифаси ва техникаси. Беморда кўрсатинг ва изохлаб беринг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Тери ости панарицийсини очишга кўрсатма: бармоқ лўқиллаб оғриши ва кечаси ухлолмайд чиқиши.	15	7,5	0
2. Йирингли бўшлиқнинг очишдан мақсад бўшлиқни йирингдан тозалаб, унинг чиқиб туриши учун шароит яратиш.	10	5	0
3. Зарур бўлган асбоб-ускуналар: бир марталик шприц, спирт 96%, водород перикис эритмаси, 0,5 % ли новокаин эритмаси, стерил салфеткалар, турундалар, пинцет, қисқичлар. Жаррохлик кўлқоплари, лейкопластирь ёки бинт, натрий хлориднинг 5ёки 10 %ли гипертоник эритмаси, дренаж найча ёки резинали чиқаргич.	15	7,5	0
4. Оғриқсизлантириш маҳаллий, 0,5%ли новокаин ёки 2%ли лидокаин билан.	15	7,5	0
5. Кесма фаланга ишламайдиган юза ёки ён томонлар бўйлаб (икки томонлама параллел кесма билан)			
6. Техникаси: фалангага антисептиклар билан ишлов бериш, Оберст-Лукашевич бўйича оғриқсизлантириш, ён томонлама кесмалар, некротик тўқималарни олиб	15	7,5	0

ташлаш, антисептиклар билан ювиш ва резина чиқаргичлар билан дренажлаш.			
7. Кузатилиши мумкин бўлган асоратлар: қон ва асаб томирлари зарарланиши.	15	7,5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№	Баҳо	аъло	яхши	қоникарли	қоникарсиз	емон
	Узлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36%ва паст
5	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл

6. Назорат турлари:

- оғзаки;
- ёзма;
- ҳолатий масалалар;
- ОСКЭ;
- Амалий кўникмалар бажариш бўйича ҳаракат алгоритмларини намойиш этиш

1. Жорий назорат баҳолаш критерийлари ;

№	Баҳо	аъло	яхши	қоникарли	қоникарсиз	емон
	Узлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл

Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Хирургик инфекцияда иситма синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, Х.И. иситма синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил

			таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндашади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Организмда иситма кўтарилиши механизми, хирургик инфекция тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, хирургик инфекцияда иситмани даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, коагулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари, коагулограмма ваҳарорат кўрсаткичлари интерпретациясида битта ҳатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Хирургик инфекцияда иситма синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, Хирургик инфекцияда иситма синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, коагулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда Хирургик инфекцияда иситма сабабларини, Хирургик инфекцияда иситма синдроми тўғрисидаги тушунчани, иситма симптомлари, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, клиникаси,

			<p>диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, Хирургик инфекцияда иситма синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, коагулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба Хирургик инфекцияда иситма классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.</p>
6	71-75%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба Хирургик инфекцияда иситма синдроми классификациясини билади, лекин иситма синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, иситмасиндроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда хатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.</p>
7	66-70%	Қониқарли “3”	<p>Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба иситма синдроминанинг моҳиятини, иситма синдроми классификациясини, Хирургик инфекцияда иситма сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва Хирургик инфекцияда иситма синдроми дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.</p>
8	61-65%	Қониқарли “3”	<p>Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба Хирургик инфекцияда иситма синдроми моҳиятини билади, қон кетиш классификациясида ва иситма сабабларида адашади. Хирургик инфекцияда иситма синдроми дифференциал диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритминини ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.</p>
9	55-60%	Қониқарли “3”	<p>Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифференциал диагностикасида ва Хирургик</p>

			инфекцияда иситма синдромини даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54% дан паст	Қоникарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифференциал диагностикасида, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

7. Машғулотнинг технологик харитаси

Машғулотнинг давомийлиги – 327 дақиқа.

№	Машғулот боскичлари	Машғулот тури	Машғулот давомийлиги (327 дақ)
1	Муаллимнинг кириш сўзи. Мавзунини асослаш.		5
2	Талабаларни дастлабки билими даражасини аниқлаш. Интерактив ўйин «курра», слайдлар, рентгенограмма, стандарт протокол қўллаш билан.	Сўров, дискуссия, стандарт протокол, рентгенограммалар, Илова №1	30
3	Хулоса		60
4	Машғулотни амалий қисмини ўтказиш услубини тушинтириш. Уч поғонали интервью усули бўйича стационарда тематик беморлар кўриги. Ташҳис ва қиёсий ташҳис масаларни ўрганиш.	Уч поғонали интервью усулида муаллим бошчилигида беморлар кўриги, анализ жавобларини таҳлил қилиш. Илова №2	60
5	Муаллим бошчилигида машғулотни Амалий қисмини ўрганиш Даволаш алгоритми ёрдамида хирургик инфекцияда иситма ва УАШ тактикасини муҳокама қилиш, шошинч ёрдам бериш чоралари. Ситуацион масалалар ечиш	Касаллик тарихи, ситуацион масалалар, синдромлар алгоритми.	30
6	Амалий кўникмалар, текшириш натижалари, лаборатор ва рентгенологик текшириш натижаларини таҳлил қилишни такомиллаштириш. Қиёсий ташҳис, даволаш ва соғломлаштириш масалалари Амалий кўникмаларни бажариш. ОСКЭ.	Маълумотлар таҳлили : қон ва пешоб таҳлили, рентгенограммалар. Алгоритм бўйича Амалий кўникмаларни бажариш.	32
7	Мавзу бўйича назарий ва Амалий билимларни баҳолаш, алгоритм бўйича	Вазиятли масалаларни ечиш, лаборатор	35

	билимларни мустахкамлаш (ОСКЭ). Машғулотда қўйилган масалани гуруҳ ичида бажарилишини баҳолаш.	кўрсаткичларни ва рентгенограммаларни интерпретацияси	
8	Педагогинг якуний хулосаси , ҳар бир талаба фаолиятини 10 баллик тизим бўйича баҳолаш, мустақил иш бўйича топшириқ бериш	Ҳар бир талабани рейтингини эълон қилиш. Гуруҳ журнали.	65
9	Кутубхонада талабани мустақил иши.		10
10	Жами		327

8. Назорат саволлари:

- хирургик инфекцияда иситма турлари, сабаблари.
- Маҳаллий хирургик инфекцияда терининг ўзгариши.
- Лимфангит ва флегмонани сарамасдан киёсий ташхислаш
- Кандли диабетда хирургик инфекциянинг узига хос кечиши
- Маҳаллий хирургик инфекциянинг клиник кечиши ва диагностикаси
- Анаэроб аэроб инфекцияларда иситма
- Маҳаллий хирургик инфекцияларда УАШ тактикаси.

9. Адабиётлар:

- Основная:
- 11. Аталиев А.Е. и др. ОКП по хирургии ВОП с эталонами ответов. Т.2000г. С.74.
- 12. Гостишев В.К. Общая хирургия М. 1993г.
- 13. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М.1998г Пер. с англ. Яз. 1230 с.
- 14. Денисов И.Н., Шевченко Ю.А., Назиров Ф.Г. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. М.2005г. С.1147.
- 15. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2005й.
- 16. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005г.
- 17. Конден Р. и Найхус Л. Клиническая хирургия М. 1998г. Пер. с англ. 716с.
- 18. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. М.1998г Пер. с англ.
- 19. Назиров Ф.Г., Гадоев А.Г. Руководство для врачей общей практики. Ташкент 2005 г
- 20. Гостишев В.К Оперативная гнойная хирургия. М. 1996г.
- 21. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 г.
- 22. Курбангалиев С.М. Очерки гнойной инфекции в хирургии М.1985 г.
- 23. Макаренко Т.П., Харитонов Л.Г., Богданов А.В. Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде. М. 1989 г.
- 24. Семейная медицина. Руководство в 2-х томах под руководством акад. Краснова А.И. Самара. 1995 г. С. 384+768.
- 25. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София. 1986 г. С.483.
- 26. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. 2006 г. ТМА.
- 27. Сведения полученные с интернета: <http://www.doktor.ru/medinfo>
<http://medinfo.home.ml.org>

Иситма хусусиятлари. Фурункул, карбункул, гидраденит, тери ости абсцесслари флегмоналари ва лимфаденитларда истма ва бошқа клиник кўринишларнинг ўзига хос хусусиятлари. Лимфангит ва сарамасли флегмоналарнинг дифференциал диагностикаси. Юздаги фурункулнинг хавфлилиги. Қандли диабет ва бошқа моддалар алмашинуви бузилиши касалликларининг кабукул ва фурункул ривожланишидаги роли. Ташхис усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва олдини олиш.

Мавзуси бўйича амалий машғулот

Ўқитиш технологияси

Амалий дарс №12

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Вақт: 327 дақиқа	Талабалар сони:8-10
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Амалий машғулот
Ўқув машғулотининг тuzилиши	1. Кириш. 2. Назарий қисм 3.Таҳлилий қисм: -Кейс-стади -вазиятли масалалар ва тест 4. Амалий қисм
Ўқув машғулоти мақсади:	Беморни мустақил куришни ўрганиш; - Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш. - Экстремал ҳолатларга мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Олдиндан ташхис қўйиш, диф. Ташхис бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Тери ва тери ости ёғ клечаткаси йирингли касалликларининг даволаш усуллари ўрганиш. (флегмона, чипқон, ҳасмол ва бошқ.) - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш.. - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.
Талаба билиши шарт:	- Иситма ҳақида тушунча, иситма турлари ва таснифи. • Иситма билан кечувчи турли маҳаллий хирургик инфекцияларнинг этиопатогенези

<p>Талаба бажариши шарт:</p>	<p>• Иситма ва иситмадан кейин организмда бўладиган ўзгаришлар.</p> <p>Махаллий хирургик инфекция билан беморларда клиник текширув ўтказа олиш Махаллий хирургик инфекция билан беморларни госпитализация қилиш меъзонларини аниқлаш.</p> <p>Тана харорати ва бошқа текшируа натижаларини ҳисобга олиб, клиник ташхис шакллантириш ва асослаш</p> <ul style="list-style-type: none"> - диспансер кузатуви олиб бориш - Касбий сўров ва кўрик - Турли кўринишдаги махаллий хирургик инфекциялар орасида таққослама ташхис ўтказиш. - Тана хароратини аниқлаш. - Вақтга, истеъмом қилинган овқатга ва бошқаларга боўғлиқ бўлган тана хароратининг ошишини баҳолаш. - Қандли диабетли беморлар ҳолатини баҳолаш. - Юмшоқ тўқималар йирингли касалликларида операцияга кўрсатмани аниқлаш.
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиришга. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартиш ва жароҳат, инфекция, БЖЁ га ёрдам кўрсатишда МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабаларнинг ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: Йирингли хирургик касалликлар клиникаси тўғрисида билимларни кенгайтириш ва мустаҳкамлаш. Иситма билан беморларни клиник текширувда кўникмаларга эга бўлиш.</p> <ul style="list-style-type: none"> - лаборатор ва инструментал текширув усулларини йиғиш ва таҳлил қилиш; - олдинга ташхисни қўйиш ва дифференциал ташхис; - беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; <p>УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси</p>
<p>Ўқитиш усуллари</p>	<p>Маъруза, мия штурми, тарих, кўрсатма, демонстрация, видео усул, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатадига ўйин, Кейс-стади.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, битилик ўйин</p>
<p>Ўқитиш манбалари</p>	<p>Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.</p>
<p>Ўқитиш жойи ва шароити</p>	<p>Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғлам ва ташмирхонада. Мавзу бўйича беморларни амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни</p>

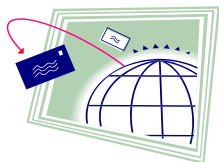
	<p>натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Ситуацион топшириқ, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, п интернет материллари, слайдоскоп, слайдлар, TV-видиолар.</p>
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	<p>Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини ташмир қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.</p>

Машғулотнинг технологик харитаси №12

Мавзу 12: Иситма хусусиятлари. Фурункул, карбункул, гидраденит, тери ости абсцесслари флегмоналари ва лимфаденитларда истма ва бошқа клиник кўринишларнинг ўзига хос хусусиятлари. Лимфангит ва сарамасли флегмоналарнинг дифференциал диагностикаси. Юздаги фурункулнинг хавфлилиги. Қандли диабет ва бошқа моддалар алмашинуви бузилиши касалликларининг кабункул ва фурункулёз ривожланишидаги роли. Ташхис усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Ребилитация ва олдини олиш.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p>	<p>2.41. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p>
<p>10 дақиқа</p>	<p>2.42. Адабиётлар рўйхати.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p>
<p>20 дақиқа</p>	<p>2.43. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p>
<p>5 дақиқа</p>	<p>2.44. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 2.45. Танаффус.</p>	<p>Эшитади.</p>
<p>5 дақиқа</p>		
<p>2-босқич. Асосий қисм 20 дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p>
<p>25 дақиқа</p>	<p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, курсатишни ташкиллаштириш.</p>	<p>Муҳокама қилинади, саволлар берилади.</p>

<p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>Танаффус.</p> <p>2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.</p>	<p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва ташхисни асослаш хақида ҳисобот.</p>
<p>3- қисм</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб олишади.</p>



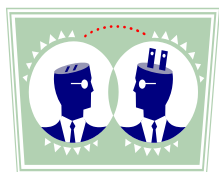
1. Ўқиш жойи ва шароити

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



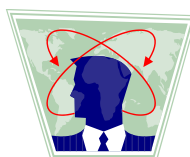
1.1. Мотивацияси

Йўғон ичак касаллиги (тўғри ва чамбар), орқа тешик, параректал ва тос-дум-аза соғасиротология кейинги ўн йил ичида жуда кўп мутахассисларни ўзига жалб қилмоқда. Умумий амалиёт шифокори тиббиё ёрдам кўрсатишнинг бирламчи звеноси бўлиб, бу ерга аноректал соҳаси касалликлари билан мурожаат қилади: тўғри ичак соҳаси оғриши, оқмадан йиригли суюқлик чиқиши, ҳажмли ўсмалар ҳосил бўлиши, орқа тешик соҳасидан суюқлик чиқиши, қон кетиши, кичиш. Шунинг учун УАШ тўғри ва чамбар ичак касалликларини диф. қилиш ва беморни керакли даволаш муассаларига жўнатиш лозим.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик..

Анатомия, топографик анатомия, патанатомия, патофизиология, клиник фармакология, гастроэнтерология, Юқумли касалликлар, эндокринология, жарроҳлик, онкология, анестезиология и реаниматология.



2. Дарснинг мазмуни

2.1. Назарий қисми.

Карбункул (лат *carbunculus* кўмир бўлаги) — бир неча соч қопчаси ва ёғ безларининг тери ва тери ости ёғ қавати билан ўткир йирингли некротик яллиғланиши.

"ФУРУНКУЛ" ва "КАРБУНКУЛ" ТАШХИСИ БИЛАН БЕМОЛЛАРНИ ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШ СТАНДАРТЛАРИ

1. ФУРУНКУЛ (соч қопчаси, ёғ беши ва атроф тўқималарнинг йирингли яллиғланиши)
 - 1.1. бемор мурожаат қилганда қуйидаги белгиларни аниқлаш:
 - 1.1.1. Анамнездан –илгари пайдо бўлган фурункулар, авж олиш сони ва

хусусиятлари хароратининг ошиши, лейкоцитоз ва б. симптомлар
 1.1.2. Умумий белгилар- тана
 1.1.3. Маҳаллий белгилари:

а) сероз инфильтрат босқичи : теридаги 1,5 смгача конуссимон қизарган инфильтрат, кичишиш, лўққилловчи оғриқлар б) йирингли некротик босқич: инфильтрат учидан йирингли пустуланинг пайдо булиши. в) кейинчалик некротик “ ютқун” чикибуердан йирингчиқади; тузалишда думалоқчўзилган чандик қолади..

1.2.

Тактика:

1.2.1.

госпитализация

қилиш керак:

а) ССВО пайдобўлганда ($t_0 > 38.0$ С, лейкоцитоз, формула чапгасилжиганда);
 б) локализацияси оғиз уч бурчагидан юқори бўлганда (коверноз синустромбоз хавфи, базал менингит ва б.);
 в) хавф факторлари бўлганда (диабет, онкопроцесс ва б.).

1.2.2.

Сероз

инфильтрат

босқичида:

а) антибиотикни 0,5 % ли новокаин билан юбориш,
 б) УВЧ, антибиотик билан електерофарез,
 в) 0,5 % ли хлоргексидинни спиртли еритмаси билан, 3% ли метилен кўки еритмаси ёки бриллиант яшили билан тозалаш;
 г) носпецифик биоген стимуляторлар (метилурацил, оротат калия, мумие ва б.).

1.2.3.

Йиринг

– некротик

босқичида:

а) агар чегараланган зарарланиш бўладиган бўлса пинсет билан эпиляция қилинади (босиш қатъий тақиқланади), салицил кислота билан қуруқ боғлам қўйиш керак;

б) маҳаллий анестезия очиш керак, резина билан дренаж қилиб, сувга мойил маз билан боғлам қўйиш;

* в) балки соғ тўқималар билан биргаликда кесиш бирламчи қўйилган чок билан биргаликда.

2. КАРБУНКУЛ (тери ости клетчаткасини қамраб олувчи умумий инфильтрат ҳосил қилувчи қатор жойлашган бир неча фурункуллар).

2. 1. Анамнези, кечиши ва босқичлари фурункулники каби.

2. 2. Одатда интоксикация кучли, даво фақат стационарда.

(Амбулатор даво фақатгина **ССВО** бўлмаганда, ўлчами 4-5 см ва локализацияси бош, бўйин ва йирик бўғимлардан ташқарида бўлган хавф гуруҳлари киради).

2. 3. **Маҳаллий:**

2. 3. 1. чуқур тўқималарга фиксацияланган кўк-қизғиш, кучли оғриқли инфильтрат;

2. 3. 2. абсцедирланганда – йиринг ва некротик массалар ажралувчи ари уясини эслатувчи юзани эслатади.

2. 4. **Даволаш:**

2. 4. 1. Босқичидан қатъий назар детоксикацион ва антибактериал терапия (1. 4 стандартга қаралсин);

2. 4. 2. Инфильтрация босқичида – фурункулдаги каби;

2. 4. 3. Агар 2-3 кун давомида консерватив даво ва абсцедирланиш босқичида умумий ва маҳаллий симптомлар сусаймаса – наркоз остида операция:

* б) эркин ёки маҳаллий тери пластикаси билан бирламчи кечиктирилган ёки иккиламчи эрта чок қўйиб кесиш;

2. 4. 4. иккала ҳолатда ҳам – боғламлар сувда эрувчи асосли малҳамли.

2. 4. 5. Премедикация билан мос келувчи бир марталик максимал дозадаги антибиотик юбориш. Премедикация таркиби анестезиолог билан бирга аниқланади. Юқоридаги барча саволлар беморни қабул бўлимидаги бирламчи кўриқда ўз жавобини топиши ва касаллик тарихида акс эттирилиши керак.

Текшириш режасига қабулдан кейин яқин соатларда қоннинг умумий таҳлилидан ташқари 1. 1. стандарт бўйича текширувлар амалга оширилиши керак.

Гидраденит — қўлтиқ ости ва чов соҳаларида жойлашган тер апокрин безларининг яллиғланишли касаллиги.

Мойиллик келтирувчи омиллар бўлиб ҳисобланади: кучли терлаш, шахсий гигиена қоидаларига амал қилмаслик, қўлтиқ ва б. Жойдаги тукларни олгандаги микротравмалар.

Патогенез: касаллик қўзғатувчиси (кўпинча тилларанг стафилакокк) тер безларига уларнинг чиқарув йўллари, лимфа ёки кичик тери жароҳатлари (шилиниш, тирналиш) орқали киради. Тер безларидаги яллиғланишли инфилтрат кейинчалик йирингли эришга учрайди ёки абсцесс шаклланади.

Сарамасли яллиғланиш **Рожистое Воспаление (erysipelas)** — ўчоқли сероз ёки сероз геморрагик терининг яллиғланиши, иситма ва интоксикация билан характерланадиган юқумли касаллик.

Сарамас кенг тарқалган. У билан касалланиш турли иқлимли жойларда йилига 12-20 та 10 000 аҳолига. Кўпинча аёллар касалланадилар.

Этиология.

Қўзғатувчиси – А гуруҳга кирувчи бетагемолитик стрептококк — беморлар организмида ҳам бактерия, ҳам L-шаклида бўлади.

Маҳаллий намоён бўлишига кўра фарқланади:

-эритематоз

-буллёз

-флегмоноз

-гангреноз.

Касалликнинг оғирлик даражасига кўра:

- энгил
- ўрта оғир
- оғир

Жараён кўпинча оёқларда, камроқ — юз, қўллар, жуда кам ҳолатларда — гавда, жинсий аъзоларда жойлашади.

Абсцесс (лот. abscessus **нарыв**; синоним йиринг) — турли аҳзо ва тўқималарда чегараланган йиринг тўпланиши.

Этиопатогенез:

Абсцесс йирингли инфекция бўлиб, қўзғатувчиси (стафилококк, ичак таёқчаси, протей ва б.) ташқаридан (экзоген инфекция), шунингдек инфекция қўзғатувчисини қўшни ёки узоқда жойлашган аъзолардан кўчиши натижасида пайдо бўлади: масалан, одонтоген, пара- и перитонзилляр, диафрагма ости абсцесси, ўпка, мия, буйрак, юрак, талоқ ва х. к. лар. Тўқимага дори препаратларнинг концентранган эритмаларини юбориш, масалан магний сульфатнинг 25% ли эритмаси кейинчалик абсцессшаклланиши билан яқунланувчи асептик некроз чақириши мумкин.

ЛИМФАТИК ТИЗИМНИНГ ИНФЕКЦИЯСИ БЎЛГАН БЕМОРЛАРНИ СТАНДАРТ ТЕКШИРУВИ ВА ДАВОЛАШ

1. Умумий ҳолатлар

1. 1. Сарамас қўзғатувчиси бўлиб лимфангит, лимфаденит чақирувчи бета-гемолитик стрептококк, кўпинча коккли, йирингли флора ҳисобланади;

1. 1. 1. Сарамасда инфекция контагиоз ҳисобланади, беморларни нисбий изоляцияси талаб этилади.

1. 2. Беморлар организмнинг реактивлиги жараён шакли ва кечишини белгилайди. Лимфангит ва лимфаденит – тўқималарнинг "барьер" функцияси бузилганлигидан далолат беради.

1. 3. Шикастланиш терининг лимфатик капиллярларига тарқалади – капилляр

лимфангит (сарамас); магистрал томирлар - **трункуляр лимфангит** ва лимфатик тугунлар.

1. 4. Стационарда даволанишга кўрсатма детоксикацион терапия ва жарроҳлик аралашувининг зарурати ва ҳажмига қараб аниқланади. Ҳавф омиллари бор бўлганда (1. 3. стандартга қаралсин) - госпитализация қилиш шарт.

2. САРАМАС.

2. 1. Анамнезида:

2. 1. 1. Кам ҳолларда касаллик қайталаниши; бошланиши ўткир;

2. 1. 2. Продрома бўлиши мумкин –ҳолсизлик ва субфебрилитет;

2. 2. **Умумий симптомлар:**

2. 2. 1. Ҳолсизлик, мушакда оғриқлар;

2. 2. 2. Доимий турдаги 38-40°С ли иситма; титраш;

2. 2. 3. Қондаги яллиғланишли ўзгаришлар яққол;

2. 2. 4. Пульс ҳароратга мос.

2. 3. **Маҳаллий:**

2. 3. 1. Тилчаларга ўхшаб тарқаладиган ёрқин қизил, бир текис гиперемия; бу зонада –бироз шиш, куйиш ва оғриқли – эритематоз шакли;

2. 3. 2. "2. 3. 1" фонида сероз, кучсиз геморрагик ёки йиринг таркибли пуфаклар ҳосил бўлса – буллёз шакли;

2. 3. 3. Геморрагик таркибли пуфаклар, кучли ифодаланган тери шиши ёки некрози (интоксикация ҳам кучли) - флегмоноз-некротикшакли. (Ёрғоқдабўлса – Фурнье гангренаси).

2. 4. Даволаш:

2. 4. 1. Ётоқ режими;

2. 4. 2. детоксикацион терапия (стандартга қаралсин), шунингдек аскорбин кислотаси (1 г/сут. дан кам эмас), антигистамин ва носпецифик яллиғланишга қарши дори воситалари;

2. 4. 2. Яримсинтетик пенициллин ва сульфаниламидлар;

2. 4. 3. маҳаллий – қуруқ боғлам, УФО, қизил лазер;

2. 4. 4. пуфакларни олиш ва антисептик яримспирт эритмалар билан ишлов бериш; сувда эрувчи асосга эга малҳам;

2. 4. 5. флегмоноз-некротик шаклида–иккиламчи маҳаллий ёки эркин тери пластикаси билан шикастланган тўқималарни эрта кесиш. Жароҳатни умумий тамойиллар асосида олиб бориш ("жароҳатни даволаш" стандартига қаралсин).

3. ЛИМФАНГИТ (трункуляр(ТЛ))

3. 1. Кириш дарвозаларидан тарқалади (шилиниш, жароҳат, фурункул, абсцесс ва б.).

3. 2. Йирингли интоксикациянинг умумий симптомлари (юқори ҳарорат, титраш ва б.) жараённинг чуқурлигига ва тарқалганлигига мос равишда ифодаланган.

3. 3. Маҳаллий:

3. 3. 1. Юза ТЛ да–кириш дарвозасидан юқорига қараб бироз шиш ва гиперемия йўлакчаси; Чуқур ТЛ да - **тяж** кўринишидаги инфильтрат (гиперемиясиз ҳам бўлиши мумкин); абсцедирланувчи ТЛ да–трункуляр инфильтрат бўйлаб алоҳид абсцесслар;

3. 3. 2. пальпация ва ҳаракат пайтида оғриқлар;

3. 3. 3. Чуқур ТЛ да ҳар доим лимфаденит бор.

3. 4. Даволаш:

3. 4. 1. Ётоқ режими, оёқларни баландга кўтариб ётиш.

3. 4. 2. антибиотиклар (эмпирик АТ схемаси бўйича),

3. 4. 3. детоксикацион терапия,

3. 4. 4. Кириш дарвозаларини фаол санацияси (бир лаҳзали кесишгача),

3. 4. 5. 20-30% ли димексид ва антисептиклар билан компресс,

3. 4. 6. абсцедирланганда–очиш ва дренажлаш.

4. ЛИМФАДЕНИТ (ЛД, носпецифик) 4. 1. Одатда хирургик инфекция асорати бўлиб хисобланади; кўзғатувчи – шартли патоген (кўпинча коккли) микрофлора.

4. 2. Сурункали: шиш ва киста пайдо бўлувчи экссудатив шакли; продуктив шакли (склерозланувчи. петрификат пайдо қилиши мумкин);

4. 2. 1. **чаше** – ўткир ЛД нинг асорати; бирламчи бзлиши мумкин;

4. 2. 2. Катталашган лимфа тугунларнинг четлари текис;

4. 2. 2. оғриқ ва яллиғланишнинг умумий симптомлари кучли ифодаланмаган;

4. 2. 3. Даволаш – яллиғланишга қарши терапия; киста шаклланганда - кесиш.

4. 3. Ўткир:

4. 3. 1. йирингли интоксикациянинг умумий симптомлари кучли ифодаланган;

4. 3. 2. лимфа тугунлар катталашган, оғриқли, четлари нотекис;

4. 3. 3. абсцедирланганда – тери ва клетчаткага ўтади, флюктуация.

4. 3. 4. Даволаш:

а) ёток режим,

б) кириш дарвозаларини санацияси,

в) антибактериал ва детоксикацион терапия,

г) маҳаллий – димексид ва антисептиклар билан компресс, УВЧ ва б. ,

д) абсцедирланганда – очиш ва дренажлаш.

5. Маҳаллий анестезияда антибиотик қўшиши, наркозда премедикация билан бирга мос келувчи антибиотикни максимал дозада юбориш. Текшириш режасида қоннинг умумий таҳлилидан ташқари 2. 5. стандарт бўйича қолган барча текширувларни амалга ошириш керак.

ГАЗЛИ ИНФЕКЦИЯ (ГИ) ВА ЙИРИНГЛИ ФЛЕГМОНА БИЛАН КАСАЛЛАНГАНЛАРНИ СТАНДАРТ ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШ

1. ГИ билан келган ёки шубҳа қилинган пайтда қуйидаги белгиларни аниқлаш:

1. 1. Анамнезида - жароҳат; кўпинча санчилган ёки эзилган жароҳатлар. Инкубацион давр бир неча соатдан 2-3 кунгача,

1. 2. Кам ҳолларда – бошқа жароҳатлар (совуқ қотиш, куйиш ва б.) ёки йўғон ва тўғри ичакдан контаминация;

1. 3. Касаллик босқичидан қатъий назар: тимдаловчи оғриқлар, рентгенограммада - **характерная "перистость" от пузырьков газа.**

1. 3. Чегараланган газли флегмона босқичида (тез ошиб борувчи симптомлар):

1. 3. 1. безовталик, ҳолсизлик, субфебрил харорат;

1. 3. 2. яққол ифодаланган шиш тимдаловчи оғриқлар билан;

1. 3. 3. тахикардия 110-120 зарб/мин;

1. 3. 4. "қуруқ" жароҳат, ёки оз миқдорда ажралувчи бадбўй гўшт ювиндиси;

1. 3. 5. пальпатор - крепитация;

1. 3. 6. рентгенологик белгилар фақат шикастланган соҳада.

1. 4. **Тарқоқ флегмона босқичида:**

1. 4. 1. АҚБ пасайиб тахикардия ортади;

1. 4. 2. юқори иситма;

1. 4. 3. абсолют лимфопения билан юқори лейкоцитоз, билирубин ортиши (эритроцитлар гемолизи).

1. 4. 3. шиш, крепитация, рентгенограммада газ –жароҳатдан узоқда аниқланади;

1. 4. 4. кесиб олинган мушаклар сувда чўкмайди.

1. 5. Газли гангрена босқичида:

1. 5. 1. онг секинлашган, ҳаракат қзғалувчанлиги ортган;

1. 5. 2. касалланган оёқ соғлом оёқдан 2-3 баробар катта;

1. 5. 3. тери рангпар, совуқ, веналар криниб туради, геморрагик суюқли пуфаклар;

1. 5. 4. сезги, пульсация, ҳаракат йўқ.

1. 5. 5. **Бирламчи кўриқда Грам бўйича суртма олиш** (ўртача бир соатда жавоб чиқади: йирик Гр+ таёқчалар) ва анаэробларга экма (вазелин мойи остида).

2. Тактика:

2. 1. санитар режим тузган ҳолда дарҳол беморни алоҳидалаш (халатларни алмаштириш, фақат қўлқопда ишлаш ва ҳ.);

2. 2. марказий венани катетерлаш;

2. 3. зудлик билан детоксикацион терапияни бошлаш (мос стандартга қаралсин);

2. 4. Операция (наркоз остида):

2. 4. 1. барча фасциал қинларни очган ҳолда ва ҳаётга мос келмайдиган клетчаткаларни кесиб ташлаш учун кенг кесма кесиш (чегараланган флегмонада сегмент атрофини, тарқоқ флегмонада–бутун оёқ бўйлаб); гангренада–соғлом тўқима бўйича чўлтоқда "лампас"лар билан;

2. 4. 2. олинган экссудатни бактериоскопия ва экмага жўнатиш (вазелин мойи остига солиш!);

2. 5. Операциядан кейин:

2. 5. 1. 1:1 нисбатдаги 3% ли водород пероксид ва 0,05% ли хлорамфеникол билан доимий ишлов;

2. 5. 1. 1. гипохлорит натрийёки озонлаштирилган эритма билан ишлов бериш юқори самарага эга;

2. 5. 2. дастлабки кунларда 2 соатдан кунига 3 маҳал оксигенотерапия;

2. 5. 3. юқори дозадаги яримсинтетик пенициллинлар (8-10 г/кун.), пенициллин "G", линкомицин (2,0 г/кун.);

2. 5. 4. антибиотикларни артерия ичига юқори дозада узоқ муддат бориш анча самарали;

2. 5. 5. оёқларни иммобилизациялаш; шишларни динамикада назорат қилиш учун Мельников бўйича лигатура қўйиш;

2. 5. 6. кортикостероидлар ва антигистамин препаратлар фонида 4-5 марта физиологик эритмада эритилган 5-6 профилактик дозадаги гангренага қарши зардоб в/и га наркоз остида; ва ёки) гангренага қарши бактериофаг 100-150 мл + физиологик эритма.

3. Жараён сўнгач–иккиламчи эрта ёки бирламчи кеч чокларни қўйиш.

"ЙИРИНГЛИ ФЛЕГМОНА"

1. Оддий ва газли гангренадан фарқ қилади:

1. 1. бошланишида тананинг юқори ҳарорати, қўзғалувчанлик, тил қуриши;

1. 2. жароҳат атрофи ёки ўчоқ устида гиперемия ва оғрик;

1. 3. кир-кулранг, бадбўй, суюқ йиринг;

1. 4. газни чегараланган ҳолатда тўпланиши;

1. 5. мушакларнинг (қон оқиши)сақланганлиги;

1. 6. бактериоскопик белгиларнинг йўқлиги признаков (. "1. 5. 5" га қаралсин)

2. Тактика:

2. 1. кенг (лоскутсимон) кесиш, барча шикастланган клетчаткани (неклостридиал целлюлит) ва фасцияларни (неклостридиальный фасцит)кесиб ташлаш;

2. 2. 1:1 нисбатдаги 3% ли водород пероксид ва 0,05% ли хлорамфеникол билан доимий ишлов;

2. 2. 1. гипохлорит натрийёки озонлаштирилган эритма билан ишлов бериш юқори самарага эга

2. 3. оксидбаротерапия; 2. 4. юқори дозада пенициллина "G", линкомицин (2,0 г/кун.) ёки клиндомицин ва метронидазол;

2. 5. антибиотикларни артерия ичига юқори дозада узоқ муддат бориш анча самарали;

2. 6. оёқларни иммобилизациялаш; шишларни динамикада назорат қилиш учун Мельников бўйича лигатура қўйиш;

Текширув режасида дастлабки соатларда шикастланган бўғим рентгенограммаси, қон ва сийдикнинг умумий таҳлилидан ташқари 2. 2. стандартдаги барча текширишларни ва мочевина, креатининни аниқлаш зарур.

Ўқитувчи оёғи сарамас билан касалланган беморни ташхислашни муҳокама қилишни таклиф қилади.

Ўқитувчи гуруҳни 3 та кичик гуруҳчаларга 1,2,3,1,2,3 ҳисобида ва ҳ. к. бўлади. Барча 1 рақамлар I гуруҳни, барча 2 рақамлар – II, барча 3 рақамлар – III гуруҳни ташкил қилади. Бу гуруҳчаларни аудиториянинг турли жойларига ўтиришни таъминлайди.

Қура ташлаш билан I масала тортилади

1. “Оёғи эритематоз шаклдаги сарамасли яллиғланишли беморни ташхислаш”.

2. “Оёғи флегмоноз шаклдаги сарамасли яллиғланишли беморни ташхислаш”.

3. “Оёғи буллез-некротик шаклдаги сарамасли яллиғланишли беморни ташхислаш”.

Ундан сўнг иш дафтарларга жавобни ёзиш учун тайёрланишга вақт берилади. Кейин ҳар бир гуруҳнинг бир азоси ўз жавобини айтади. Бу вақтда рақиб гуруҳ ўқитувчи билан бирга эксперт хисобланишади. Инструктаж – 3 дақиқа, гуруҳларга бўлиниш – 2 дақиқа, тайёрланишга вақт – 10 дақиқа. Гуруҳларнинг чиқиши 10 дақиқадан (30 дақиқа). Тўғри жавоб берган гуруҳ рағбатлантирилади ва голиб деб эълон қилинади.

№1 билет. Оёғи эритематоз шаклдаги сарамасли яллиғланишли беморни ташхислаш.

1. Бемор сўраб суриштирилади (шикоятлари, анамнези): бемор кучли, сиқувчи оғриқларга, қизаришга, оёқнинг шу соҳасидаги шишга, функциясининг бузилганлигига – чўлоқликка шикоят қилади. Анамнезида иммунитет сусайиши билан бирга кечувчи микротравма. Бемор илгари сарамас касаллигини ўтказган бўлиши мумкин.

2. Шу жойдаги терининг рангига эътибор берилади: ёрқин, четлари нотекис қизариш (“олов тили”)ва шиш кузатилади. Лимфангит кузатилиши мумкин.

3. Ушбу жой оғриқ ва маҳаллий ҳарорат бор йўқлигини аниқлаш мақсадида пайпаслаб кўрилади: патологик жараённинг тарқалганлигига боқлиқ равишда турли интенсивликдаги оғриқ аниқланади, маҳаллий иситма, яъни яллиғланишнинг 5 та белгиси: оғриқ, ҳарорат, қизариш, функция бузилиши аниқланади.

4. Бирламчи чоқ бор йўқлигини аниқлаш мақсадида кўздан кечирилади: диққат билан кўздан кечирилса ҳаттоки инфекция юқишига сабаб бўлган микрожароҳатларни ҳам аниқлаш мумкин.

5. Тананинг умумий ҳарорати аниқланади. У тезда 40-41⁰С гача кўтарилади ва доимий типдаги эгри чизик ҳолида сақланади. Пульс ва нафаснинг тезлашиши аниқланади.

6. Лаборатор текширувлар буюрилади: УҚТ, УСТ, микробиологик текширув. УҚТ да – лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, узоқ муддатли интоксикацияда – анемия. УСТ деярли ўзгаришсиз, узоқ муддатли интоксикацияда – оксил, эпителий. Микробиологик текширувда асосан стрептококк аниқланади. Микроорганизмларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ хисобланади.

Билет №2. Оёғи флегмоноз шаклдаги сарамасли яллиғланишли беморни ташхислаш.

1. Бемор сўраб суриштирилади (шикоятлари, анамнези): бемор оғриқ борлиги, қизаришга, оёқнинг шу соҳасидаги кучли шишига, функциясининг бузилганлигига – чўлоқликка шикоят қилади. Анамнезида иммунитет сусайиши билан бирга кечувчи микротравма. Флегмоноз шакли буллез-эритематоз шаклидан олдин келади.

2. Шу жойдаги терининг рангига эътибор берилади: сарамаснинг флегмоноз шаклида тери юзасидаги ўзгаришлар унчалик ривожланмаган бўлиши мумкин, бироқ тери ости клетчаткасида сероз-йирингли бўқиш, йиринг тўпланиши аниқланади. Беморнинг

умумий ҳолати оғир бўлади. Эритематоз шаклидан фарқли равишда барча клиник симптомлари кучли ифодаланган бўлади. .

3. Ушбу жой оғриқ ва маҳаллий ҳарорат бор йўқлигини аниқлаш мақсадида пайпаслаб кўрилади: кучли оғриқ аниқланади, эритематоз шаклидан фарқли равишда флегмоноз шаклида флюктуация симптоми аниқланади. Маҳаллий ҳарорат аниқланади. Оёқ функцияси бузилган.

4. Бирламчи чоқ бор йўқлигини аниқлаш мақсадида кўздан кечирилади: диққат билан кўздан кечирилганда кўпинча инфекция юқишига сабаб бўлган микрожароҳатлар аниқланади.

5. Умумий тана ҳарорати аниқланади: Ҳарорат юқори, гектик, кучли интоксикация белгилари билан бирга кечади.

6. Лаборатор текширувлар буюрилади: УҚТ, УСТ, йирингли ажралма бўлса – микробиологик текширув. УҚТ да – лейкоцитоз, ЭЧТ ошиши, узоқ муддат интоксикацияда – анемия. УСТ : оқсил, эпителий аниқланади. Йирингли ажралмадан асосан стрептококк аниқланади, баъзан стафилококк ва кк йиринг таёқчаси аниқланади. Микроорганизмларни антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш мақсадга мувофиқ хисобланади.

Билет №3. Оёғи буллёз-некротик шаклдаги сарамасли яллиғланишли беморни ташхислаш.

1. Бемор сўраб суриштирилади (шикояти, анамнези): бемор оғриқ борлигига, аниқ чегараланган қизариш, буллалар борлигига, оёқнинг шу соҳасида кескин шиш, функциясининг бузилишига шикоят қилади. Анамнезида иммунитет сусайиши билан бирга кечувчи микротравма, кўпчилик беморлар илгари сарамас касаллигини ўтказган бўлиши мумкин.

2. Тананинг ушбу соҳасидаги тери рангига эътибор қилинади: тўқ қизил, буллалар билан, тери қатламлари некрозланган.

2. Тананинг ушбу соҳасини оғриқ ва маҳаллий ҳароратга текширилади: касалликнинг эритематоз, флегмоноз шаклларида фарқли равишда нерв охирлари некрози уфайли ушбу сезгилар сусайган. Маҳаллий ҳарорат ҳам кучли ифодаланмаган.

4. Тананинг умумий ҳарорати аниқланади. Дастлабки босқичда ҳарорат юқори, гектик, кучли интоксикация белгилари билан кечади. Сўнгги босқичларда организмнинг ареактивлиги тана ҳарорати нормаллашиши ёки ҳатто тушиши мумкин. Сарамаснинг асорати кузатилиши мумкин – жараённинг атроф тўқималарга тарқалиши, инфекция метастазланиши ёки иккиламчи инфекция ва токсемия, синовиал чўнтакларнинг, пайларнинг синовиал қинлари, мушакларнинг йирингли шикастланиши, тромбофлебитлар.

5. Лаборатор текширувлар буюрилади:УҚТ, УСТ, йирингли ажралма бўлганда – микробиологик текшириш. УҚТ да лейкоцитоз. ЭЧТ ошиши. УСТ – оқсил, эпителий. Бактериологик экмада асосан стрептококк, кам ҳолларда стафилококк, кўк йиринг таёқча аниқланиши мумкин.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши: Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№12 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>	
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>	
<i>Мавзу</i>	Иситма хусусиятлари. Фурункул, карбункул, гидраденит, тери ости абсцесслари флегмоналари ва лимфаденитларда истма ва бошқа клиник кўринишларнинг ўзига хос хусусиятлари. Лимфангит ва сарамасли флегмоналарнинг дифференциал диагностикаси. Юздаги фурункулнинг хавфлилиги. Қандли диабет ва бошқа моддалар алмашинуви бузилиши касалликларининг кабукул ва фурункулез ривожланишидаги роли. Ташхис усуллари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва олдини олиш.	
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	<ol style="list-style-type: none"> 30. Кейсни фикрга киритиш. 31. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 32. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш. 33. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 34. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 35. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 36. Хулоса.Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш. 	
<p>Ўқиш мақсади: Беморни мустақил кўришни ўрганиш; -Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойиллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерпретация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.</p>		
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишға ва этика и деонтологияни сақлашға ўргатиш, меҳнатни севишға, чидамли бўлишға, масъулятли, интилиши ва мақсадға эришиши инсонларға ва давлатға пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - оғриқ, қичиш, ўсмани ҳосил бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишдаги синдромларни тушуниш ва моҳиятини билиш; оғриқ, қичиш, ўсмани ҳосил бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишдаги асосий клиник белгиларини ва касалликни моҳиятини билиш; -беморларда перианал касалликларни клиник текширув усулларни бажариш ва асосий белгиларни аниқлаш. - о- лаборатор ва инструментал текширув усуллари йиғиш ва таҳлил қилиш; - олдинға ташхисни қўйиш ва дифференциал ташхис;</p>	

кафедраларининг ютуғини ёритиш.	- беморларни олиб бориш ва даволашни асосий тамойилларини эгаллаш; - оғриқ, қичиш, ўсмани ҳосил бўлишида ва тўғри ичакда қон кетишда УАШ шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тэҳталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказидади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.

	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайдидля. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўлларини эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейсининг ечимини топишга кўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташхиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-илова

Блиц-саволлар:

1. Фурункул, карбункул, гидраденит, тери ости абсцесси, флегмона ва лимфаденитларда иситма хусусиятлари
2. Махаллий хирургик инфекцияларда теридаги ўзгаришлар.

3. Лимфангит ва сарамасли флегмоналарнинг дифференциал ташхиси.
4. Карбункул ва фурункулёз ривожланишида қандли диабет касаллигининг роли
5. Маҳаллий хирургик инфекциянинг диагностика ва даволаш усуллари
6. Маҳаллий хирургик инфекцияда УАШ тактикаси

2 илова

1 – топшириқ

Эксперт варағи

1-гурӯҳ.

- Маҳаллий хирургик инфекцияларда теридаги ўзгаришлар.
- Лимфангит ва сарамасли флегмоналарнинг дифференциал ташхиси.

“Муаммоли ҳолат” жадвал тўлдиринг

Муаммо тури	Муаммо ҳолатини ҳосил бўлиш сабаблари	Муаммони ечиш йўли

2-гурӯҳ.

- Карбункул ва фурункулёз ривожланишида қандли диабет касаллигининг роли
- Маҳаллий хирургик инфекциянинг диагностика ва даволаш усуллари

“Муаммоли ҳолат” жадвалини тўлдиринг

Муаммо тури	Муаммо ҳолатини ҳосил бўлиш сабаблари	Муаммони ечиш йўли

3-илова

2 - топшириқ

“Т-схема” заполните таблицу

Маҳаллий хирургик инфекцияда УАШ тактикаси	Сепсисда УАШ тактикаси?

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони

Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони

Гуруҳ руйхат	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстрацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммас и мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46- 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон

«Мойчечак (ромашка)» ўйини

Ўқитувчи мавзу бўйича қоғоз бўлакчаларида саволлар тайёрлайди, уларни мойчечак кўринишида ёпиштиради. Тескари томони билан стол устига қўяди. Талабалар “мойчечак”дан “япроқча” узган сингари саволларни танлайдилар. Тайёрланиш учун 2 3 дақиқа вақт ажратилади. Хар бир талаба ўзининг саволига жавоб беради. Бошқа талабалар ўртоғининг жавобини тўлдириши мумкин. Ундан кейин талабалар билимлари бахоланади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлис из	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

1. Бемор 28 ёш, ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқлар, умумий холсизлик, тана хароратининг 38 С гача кўтарилишига шикоят қилиб келди. Оғриқлар 5 кундан бери безовта қилиб, аввалига эпигастрал соҳадан бошланган. Обьектив: тили нам, оқ караш билан қопланган. Қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соҳасида 7x10 смли харакатчан, ёнбош суяги киррасига яқин ҳосила аниқланади. Щеткин-Блюмберг симптоми манфий.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Мазкур касалликда умумий қон таҳлилидаги ўзгаришлар

III. Даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	. аппендикуляр инфилтрат	1	1	0
2.	Ўртача лейкоцитоз, ЭЧТ нинг тезлашиши	2	2	0
3.	Консерватив, хирургик стационар шароитида	2	2	0

2. 50 ёшли беморда ўтказилган гриппдан сўнг 3 хафта мобайнида субфебрил харорат кузатилмоқда. Қуруқ йўтал, холсизлик, хансираш кузатилмоқда. Чап ўпка юқори бўлагида нафас суствлашган. ЭЧТ 45 мм/соат. Анамнезида қуюқ балғам эритроцитлар кўп. Рентгенологик: чап ўпка юқори бўлагида аниқ чегараларсиз, нотекис интенсивликдаги соя аниқланади. Ёнлама тасвирда 3 сегмент ателектази. Бронхографияда юқори бўлакчи бронхнинг сезиларли торайиши ва олдинги бронхнинг йўқлиги кузатилади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Таққослама ташхис:

III. Сизнинг тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Ўнг ўпка юқори бўлаги марказий раки	1	1	0
2.	постгриппозпневмония, бронхоэктотиккасаллик авж олиши, ўпканинг ўткир бактериал деструкцияси, плевра эмпиемаси	2	2	0
3.	Операцияга комплекс тайёргарликдан сўнг пульмонэктомия	2	2	0

3. Бемор 50 ёш, узоқ муддатли чет эл сафаридан сўнг, куноро қайтарилувчи тана харорати кўтарилиши хуружлари пайдо бўлди. Хуруж вақтида умумий ахволи оғир. Жигар 3 см катталашган. Спленомегалия. ЭЧТ 20 мм/соат. ТОРСН тахлилида герпес вируси кўрсаткичи юқори. АЛТ 2,21; билирубин 37 ммоль/л боғланмаган фракция хисобига.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Дифф. диагноз

III. Сизнинг тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Уч кунлик иситма (febris tertiana)- малярия	2	2	0
2.	Герпетик инфекция, бруцеллез, малярининг турли кўринишлари, сепсис	1	1	0
3.	Юқумли касалликлар шифохонасида паразитга қарши курашиш	2	2	0

4. Поликлиника қабулига 19 ёшли қиз кўрсаткич бармоғида лўққилловчи характердаги оғриқларга, уйқусизликка, тана хароратининг 38,5 С гача кўтарилишига шикоят қилиб келди. Бармоқ шишган, қизарган, босганда кескин оғриқли.

I. сизнинг ташхисингиз::

II. Даволаш тактикаси:

III. Қайси оғриқсизлантириш усули қўлланилади.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
---	----------	------------	-------------	------------------

1.	Тери ости панариций	2	2	0
2.	Оператив	1	1	0
3.	Оберст-Лукашевич бўйича	2	2	0

5. Бемор хирургик стационарга бармоқ йўналиши бўйлаб кучли лўққилловчи оғрикларга, тирноқ фалангасининг колбасимон кенгайишига, шикоят қилиб келди. Анамнездан 2 ой илгари амбулатор шароитда тери ости панарицийси бўйича даволанган. Кўриқда жароҳатдан кичик суяк бўлакчалари ажралиши кузатилади. Рентгенда фаланга деструкция ва остеопороз аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Эрта даврда даволаш тактикаси:

III. Кечки даврда даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Суяк панарицийси	2	2	0
2.	Суяк панарицийсини очиш	1	1	0
3.	Оператив	2	2	0

1. Жимжилок 2-фалангаси панарицийсида бўлмайди:

- тендовагинит
- бармоқни букувчи мускул пайи некрози
- билак флегмонаси
- елка флегмонаси
- упка кон томирларининг егли эмболияси

2. Эризипелоиднинг панарицийдан асосий фарқи:

- гипертермия
- тери гиперемияси ва бармоқ шиши
- локал оғрик йўқлиги
- шиш соҳасидаги кучли кичиш
- с ва d жавоблар тўғри

3. Пирогов бўшлигидаги йирингни очиш учун кесим чуқурлиги:

- тери ости ёғ каватигача
- билак юза фасциясигача
- квадрат пронатор мускулгача
- бармоқларни букувчи юза мускулгача
- бармоқларни букувчи чуқур мускулгача

4. Жароҳатларда грамм манфий инфекция аниқланганда қўллаш керак:

- борную мазь;
- фурацилиновую мазь;
- мафенид;
- йодопионовую мазь;
- а) ҳаммаси тўғри фақат 4 дан ташқари;
- б) ҳаммаси тўғри фақат 3 дан ташқари
- в) ҳаммаси тўғри фақат 2 дан ташқари;
- г) ҳаммаси тўғри фақат 1 дан ташқари;
- д) барча жавоблар тўғри.

5. Жароҳатни қуритиш учун нимадан фойдаланиш керак:

- еритма билан боғлам;
- ёғли маз билан боғлам;

- 3) сувли маз билан боғлам;
 4) биологик қоғлам;
 а) тўғриси 1, 2;
 б) тўғриси 2, 3;
 в) тўғриси 3, 4;
 г) тўғриси 1, 3;
 д) тўғриси 1, 4.

6. Некрозкетганидан сўнг куйиш жароҳати га қоғлаш керак:

- 1) биологик қоғлам;
 2) ёғ типидаги маз;
 3) сув типидаги маз;
 4) еритма билан боғлам
 а) тўғриси 1, 2;
 б) тўғриси 2, 3;
 в) тўғриси 3, 4;
 г) тўғриси 1, 3;
 д) тўғриси 1, 4.

7. Оберст-Лукашевич усули бўйича оғриқсизлантириш мақсади нимадан иборат:

- А. нервларни ўтказувчанлиги камайтириш*
 Б. артериал қон оқимини секинлаштириш билан оғриқсизлантириш
 В. ҳаммаси нотўғри
 Г. веноз қон айланишини секинлаштириш
 Д. лимфа оқимини секинлантириш билан оғриқсизлантириш

8. Оберст-Лукашевич усули бўйича оғриқсизлантирилганда жгут кул бармоқларни қайси соҳаси боғланади:

- А. бармоқлар асоси*
 Б. ўрта фалангасига
 В. кул билан бўғими соҳаси
 Г. ҳаммаси нотўғри
 Д. елка соҳаси

9. Оберст-Лукашевич усули бўйича оғриқсизлантирилганда инъекция бўладиган жойи ...:

- А. бармоқни 2 ён юзаси бўйлаб жгутдан пастда*
 Б. бармоқни 2 ён юзаси бўйлаб жгутдан юқорида
 В. бармоқ асосида 2-томонлама
 Г. кафт юзаси бўйлаб
 Д. ташки юзаси бўйлаб

	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

3. Амалий қисм

Тери ости абсцессини очиш техникаси
Кўрсатма: флуктуация симптоми мусбат бўлган абсцесслар.
Керакли жихозлар: шприц, спирт 96%, 3% ли водород пероксида, новокаин 0,5%

эритмаси, стерил салфеткалар, трундалар, пинцет, қискичлар, хирургик кўлқоплар, бинт, 5 10 %ли гипертоник эритма, найчалар ва резина чиқаргичлар			
Талаба учун топшириқ: кўрсатмани аниқлаш, вазифалар, тери ости абсцессини очиш техникасини кўрсатинг.			
Имтихон олувчи учун маълумот: Талабалар билимини қуйидаги меъзонда баҳоланг:			
	Макс балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Тери ости абсцессини очишга кўрсатма юмшайиши(флуктуация)	15	7,5	0
2. Кесишдан мақсад йирингни чиқариш, йиринг чиқиб кетишига йўл пайдо қилиш.	15	7,5	0
3. Йирингни очишга керакли жихозлар: шприц, новокаин эритмаси, скальпелль, зажимлар, антисептик эритмалар, стерил боғлов материаллари	20	10	0
4. Оғриқсизлантириш: 0,5 % ли новокаин эритмаси билан	15	7,5	0
5. Техника: операция майдони антисептик билан ишлов берилади. Маҳаллий нововкаинли анестезия, флуктуация устидан кесма ўтказиш, йирингни чиқариш, антисептиклар билан ишлов бериш, жарохатни гипертоник эритма шимдирилган тампон билан ёки резина чиқаргич билан дренажлаш.	20	10	0
6. Йирингни очиш вақтида бўлиши мумкин бўлган асоратлар: қон кетиши(операция мобайнида бартараф қилинадиган)	15	7,5	0
Қадамлар бўйича максимал балл:	100	50	

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот бошқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда	давомад	30 дақиқа	

	бўлиш ва фаол қатнашиш			
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзуни тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топширик бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари:

- Фурункул, карбункул, гидраденит, тери ости абсцесси, флегмона ва лимфаденитларда иситма хусусиятлари
- Маҳаллий хирургик инфекцияларда теридаги ўзгаришлар.
- Лимфангит ва сарамасли флегмоналарнинг дифференциал ташхиси.
- Карбункул ва фурункулёз ривожланишида қандли диабет касаллигининг роли
- Маҳаллий хирургик инфекциянинг диагностика ва даволаш усуллари
- Маҳаллий хирургик инфекцияда УАШ тактикаси

11. Асосий адабиётлар

1. Аталиев А. Е. и др. ОКП по хирургии ВОП с эталонами ответов. Т. 2000г. С. 74.
2. Гостишев В. К. Общая хирургия М. 1993г.
3. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М. 1998г Пер. с англ. Яз. 1230 с.
4. Денисов И. Н. , Шевченко Ю. А. , Назиров Ф. Г. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. М. 2005г. С. 1147.
5. Каримов Ш. И. Хирургик касалликлар. Т. 2005й.
6. Каримов Ш. И. Хирургические болезни. Т. 2005г.
7. Конден Р. и Найхус Л. Клиническая хирургия М. 1998г. Пер. с англ. 716с.
8. Лопухин Ю. М. , Савельев В. С. Хирургия. М. 1998г Пер. с англ.
9. Назиров Ф. Г. , Гадоев А. Г. Руководство для врачей общей практики. Ташкент 2005 г
10. Гостишев В. К. Оперативная гнойная хирургия. М. 1996г.
11. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 г.
12. Курбангалиев С. М. Очерки гнойной инфекции в хирургии М. 1985 г.
13. Макаренко Т. П. , Харитонов Л. Г. , Богданов А. В. Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде. М. 1989 г.
14. Семейная медицина. Руководство в 2-х томах под руководством акад. Краснова А. И. Самара. 1995 г. С. 384+768.
15. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София. 1986 г. С. 483.
16. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. 2006 г. ТМА.
17. Сведения полученные с интернета: <http://www.doktor.ru/medinfo>
<http://medinfo.home.ml.org>

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ учун жаррохлик кафедраси

Предмет: Жаррохлик

«Панариций. Унинг бармоқ хирургик анатомиясига боғлиқ холда кечиши хусусиятлари. Панарицийнинг тери, териости пай, бугим, суяк шакллари. Пандактилит. Этга усган тирнок, паронихий. Клиника, диагностика методлари, дифференциал диагностикаси, асорати ва даволаш.УАШ тактика. Реабилитация ва профилактика. Сут безида огрик ва хажмли хосилалар. Классификация.

Клиника, диагностика, дифференциал диагностика. Текширув методлари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактика.»
мавзудаги машгулотни урганишнинг технологияси

Бухоро – 2014

Машгулотнинг технологик харитаси №17

«Панариций. Унинг бармоқ хирургик анатомиясига боғлиқ холда кечиши хусусиятлари. Панарицийнинг тери, териости пай, бугим, суяк шакллари. Пандактилит. Этга усган тирнок, паронихий. Клиника, диагностика методлари, дифференциал диагностикаси, асорати ва даволаш.УАШ тактика. Реабилитация ва профилактика. Сут безида огрик ва хажмли хосилалар. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциал диагностика. Текширув методлари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактика.»

Вақти: 327 минут	Талабалар сони: 8-10
Ўқув машгулотининг шакли ва тури	Амалий машгулот
Ўқув машгулотининг тузилиши	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> -Кейс-стади -Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.
Ўқув машгулоти мақсади:	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойиллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилишч ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабқин ташҳис қўйиш, дифференциал ташҳисни бажариш; - Беморни текширув усулларини ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Панариций. Пандактилит. Этга усган тирнок, паронихий. Сут безида огрик ва хажмли хосилалар-даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • Панариций. Унинг бармоқ хирургик анатомиясига боғлиқ холда кечиши хусусиятлари. Перфоратив яра этиопатогенези ва клиникаси • Йирингли касалликларнт ташхислаш ва киесий ташхислаш. • Госпитализация критические вақти. • Панариций турлари ва кечиш даврлари. • Беморлар даво тактикаси;

	<ul style="list-style-type: none"> • Беморлар операциядан кейинги реабилитацияси.
Талаба бажариши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • Сут безида огрик беморларни клиник текширувларини утказа олиш. • Бармок йирингли касалликларини аниклай олиш. • Бармок йирингли касалликлари билан огриган беморлар госпитализация критерийларини аниклаш. • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. • Сут бези пальпациясини бажара олиш. • Шошилинич жаррохликда тез ердам курсата олиш. • Бармок Рентген суратларини укий олиш. • Клиник тахлилда иштирок этиш. • Диспансер кузатув картасини юрита олиш. • Хавф омилларини, ташхислашни, уз вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ургатиш.
Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. Жароҳат, инфекция, БЖЁ га ёрдам кўрсатишни ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.	<p><i>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Бармок йирингли касаллик сабабларини билиш: - Сут безида хажмли хосилалар клиникаси ва ташхисотини билиш: - Сут безида хажмли хосиласи бор беморларни курация қила олиш: - Касаллик асосий белгиларини аниклай олиш; - касаллик текширув усулларини, лаборатор тахлиллар интерпритациясини ва киесий ташхисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.
Уқитиш услублари	Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видео куриш, дискуссия, беседа, ургатувчи уйин, кейс-стади.
Машгулотни ташкил қилиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш манбалари	Ўқув материалларини тарқатиш, визиуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.

Ўқитиш жойи ва шароити	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

МАШГУЛОТНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

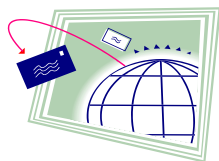
Машгулот №13

Мавзу: «Панариций. Унинг бармоқ хирургик анатомиясига боғлиқ холда кечиши хусусиятлари. Панарицийнинг тери, териости пай, бугим, суяк шакллари. Пандактилит. Этга усган тирнок, паронихий. Клиника, диагностика методлари, дифференциал диагностикаси, асорати ва даволаш.УАШ тактика. Реабилитация ва профилактика. Сут безида огрик ва хажмли хосилалар. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциал диагностика. Текширув методлари ва даволаш. УАШ тактикаси. Реабилитация ва профилактика».

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машгулотга кириш 10 минут	2.1. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машгулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 минут	2.2. Адабиётлар рўйхати. 2.3. Урганиладиган қуйидаги машгулотга Мияга хужум, машгулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20минут	2.4. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 2.5. Танаффус.	Саволларга жавоб беради.
5минут		Эшитади.
5минут		

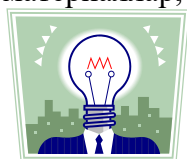
2-босқич. Асосий қисм 20минут	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
25минут	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, курсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
15минут	Танаффус.	
45минут	2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
5минут	Танаффус.	
45минут	Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Муустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиреди.
5минут	Танаффус.	
45минут	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	
5минут	Танаффус.	
65минут	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
5минут	Танаффус.	
5минут	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.	Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.
40минут		Муустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади.
15минут		Беморларни кўрганлиги хақида ва ташхисни асослаш хақида ҳисобот.
25минут		Эшитади.
3- этап. Яқуний қисм 27мин.	3.1. Хулоса.	Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади.
	3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.	

	3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Вазифаларни ёзиб олишади.
--	---	---------------------------



1. Машгулот урни ва талаблари

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, тахлил натижалари, таркатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



1.1

Мотивация

Бармоқларни уткир йиринли касалликлари амбулатор жарроҳликда олдинги уринни эгаллайди. Бармоқлар флегмонаси ва панарицийси учраши 15-18, 20-30% гача, травмалар орасида 27% турли локализацияли йирингли паталогияларда 61% ни эгаллайди. Бармоқ жарроҳлиги маркази кузатишича 10491 беморларни ичида 2852 (27,21) бу уткир йирингли инфекциядир. Касалликлар ичида ишчиларни меҳнат қобилиятини пасайиши 8-10% бармоқларни йирингли ялигланиш касалликлари билан боғлиқ. Панариций – бармоқ туқимасини йирингли ялигланишидир. Патогенезида асосий ролни бармоқларни микро травмалари (шилиниш, тешилиш, ерилиш) эгаллайди.

Мастит асосан янги туккан аёлларда ривожланади. Этиологияси – стафилококк инфекцияси. Тугруқлар ва лактация билан боғлиқ булмаган сут беши абсцесси ҳам мавжуд бўлиб, сут безининг чиқарув найчаларининг эктазияси билан боғлиқ бўлади. Асосий кўзгатувчилари анаэроблар, айниқса пептострептококк ҳисобланади, камдан-кам ҳолатларда стафилококк чақиради. Мастит одатда санитария-гигиена қоидаларига риоя этмаслик оқибатида ривожланади.

«Хирургик иситма» синдроми умумлаштирилган тушунча бўлиб, бу ташхис анамнез йиғиш ва клиник белгиларнинг аниқлаш натижасида хирургик касалликларда пайдо бўладиган иситмада қуйилади.

« Хирургик иситма» синдромида бир қанча клиник белгилар (симптомлар) комплекси ривожланади.

« Хирургик иситма » билан мурожат этган беморлар ташхисини аниқлаш мақсадида шошилиш равишида хирургик стационарга етказилиши керак.

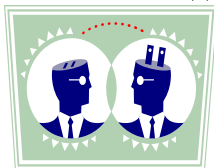
Купчилик беморларда тана ҳарорати 37С дан ошмайди. 37,2С дан юқори тана ҳарорати маълум клиник аҳамиятга эга бўлиб шифокор назаридан четда қолмаслиги керак. Тана ҳароратини ошиши организмда ялигланиш жараёнига ҳамроҳлик қилади ва нисбатан кеч белги ҳисобланади. Уткир гангреноз аппендицитда усимта перфорациясигача ҳам тана ҳарорати қам ошган бўлади. Тана ҳароратини ошиши доим ҳам бактериал инфекция қушилганлигини кўрсатмайди. Лихорадка билан қалтираш бактериемия ривожланганидан дарак беради ва қонни экмага олишга кўрсатма бўлади. Тана ҳароратини ошиш даражаси касалликни дифференциал ташхис қуйишга ёрдам беради. Масалан, уткир аппендицит бошланишида юқори тана ҳарорати қўзғатилмайди. Тана ҳароратини 38,9С дан ошиши бактериал перитонит, сальпингит, пиелонефрит ва пневмонияга ҳосдир. Қўннинг маълум бир вақтида қўзғатиладиган юқори тана ҳарорати қорин бўшлиғида абсцесс шаклланданидан далолат бўлади. Қориндаги оғрик билан

беморларда тана харорати канчалик юкори булса, беморни ахволи шунчалик огир булади. Шу билан бирга кориндаги огрик ва лихорадка доимо хам жаррохлик талаб касалликларга хос эмас (масалан оилавий урта ер денгизи касаллиги). Купинча корин бушлиги аъзоларининг касалликларида тана хароратини ошиши хар хил булиб у ташхис куйишда куп хам ахамиятга эга эмас. Сувсизликда ва кекса беморларда йирингли-яллигланиш касалликларида тана хароратини кам ошади ёки умуман ошмайди. Аксинча, ёш болаларда лихорадка унчалик огир булмаган касалликларда хам куп учрайди. Септик холатларда эса гипотермия лихорадкага нисбатан купрок ахамиятга эга булади. Тана хароратини тушириш учун зарур булмаган холатдан ташкари, лихорадка сабабини аниклангунча антибиотикларни кулламаган маъкул.

Хирургик иситма билан огриган беморларда улим курсаткичини камайтириш мақсадида уз вақтида ва кечиктирмасдан госпитализация килиш керак.

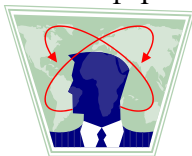
Диагностика ва госпитализацияни кечиктириш ута огир окибатларга олиб келади.

УАШ шифокори хирургик иситма хасталиги билан тез тукнаш келади ва шунинг учун хасталик хакида тулакони маълумотга эга булиши керак.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекцион касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология.



2. Дарсинг мазмуни

4.1. Теоретик қисм.

Лихорадка – купчилик касалликларнинг белгиси ҳисобланиб, купинча у инфекцияларда юзага келади. Лихорадка организмни инфекциядан химоя килишда муҳим роль уйнайди. Тана хароратини ошиши макрофагларнинг фагоцитар активлигини оширади, интерферон ва антителоларни ишлаб чиқаришни кучайтиради.

Тананинг меъёрий харорати

- оғиз бушлигида – 36,0-37,3С (уртача 36,8С);
- култик остида – 36,4С;
- тугри ичакда – 37,3С.

Агар харорат оғизда 37,3С ёки тугри ичакда 37,7С дан ошса лихорадка деб ҳисобланади.

Нормада харорат кун мобайнида 1С га узгариши мумкин. Эрталаб харорат кечкурунга нисбатан 1С паст булади. Тананинг максимал харорати куннинг иккинчи ярмида кузатилади.

Инфекция пайтида харорат 40,5-41Сдан ошмайди. Гипертермия патологик холат булиб, бунда иссиқлик ҳосил килиш уни йукотишдан устунлик килади. Гипертермияда харорат 41Сдан юкори булади ва иссиқ утказганда, усмаларда, инфекцияда, геморрагик инсултда кузатилвди.

Утқир маҳаллий йирингли инфекцияни даволашнинг умумий принциплари:

1. консерватив – интоксикацияга қарши кураш, антибактериал терапия, иммуностимуляция, репаратив жараёнларни кучайтириш.

2. оператив даволаш:

- адекват анестезия;

- йирингли бўшликни кенг ва эркин тозаланадиган килиб очиш;
- бармок билан ревизия хамда барча кушимча чунтакларини очиш
- некрозга учраган барча тўкималарни кесиб оли ташлаш;
- контрапертуралар оркали дренажлаш;
- катта йирингли бўшликларга дренаж найчаларга кушимча тампонлар хам колдириш
- ферментатив дори воситаларини махаллий қўллаш;
- экссудация фазасида антисептиклар билан ювиб туриш, грануляцияда малхамли боғламлар қўйиш.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ ВА ЙИРИНГЛИ ИНФЕКЦИЯ.

қандли диабет билан хасталанган беморларда махаллий хирургик инфекциянинг кечиши замонавий хирургиянинг долзарб муаммоларидан биридир. ҳозирги кунда қандли диабет катта ёшдаги ахолининг 5-9% да аникланади. махаллий йирингли инфекция қандли диабет билан огриган беморларнинг 10-25% да учрайди. огир йирингли касалликлар учраганда леталлик кўрсаткичлари 20% гача ташкил этади. ҳозирги даврда бундай беморларни даволашда клиник амалиётда ультрабинафша ва лазер нурлари, ультратовуш билан ишлов бериш, замонавий иммунотроп воситалар, палзмосорбциядан фойдаланилади.

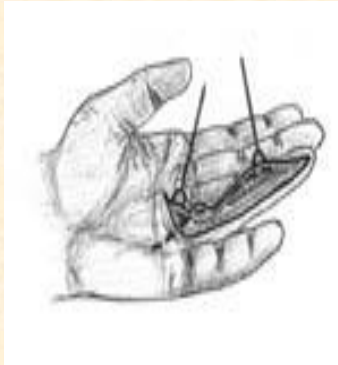
Коринни уткир касалликларининг бошланишида иситма кам пайдо булади. Тана хароратини тугри ичакда махсус кобикка солинган термометр ёрдамида улчаш керак. Огиз бушлигидаги тана харорати хам ахборотли хисобланади, лекин у унчалик ишончли эмас деб хисобланади. Култик ости соҳасида улчанган тана харорати кам ахборотли булиб, купинча хисобга олинмайди. Купчилик беморларда тана харорати 37С дан ошмайди. 37,2С дан юкори тана харорати маълум клиник аҳамиятга эга булиб шифокор назаридан четда колмаслиги керак. Тана хароратини ошиши организмда яллигланиш жараёнига хамрохлик килади ва нисбатан кеч белги хисобланади. Уткир гангреноз аппендицитда усимта перфорациясигача хам тана харорати кам ошган булади. Тана хароратини ошиши доим хам бактериал инфекция кушилганлигини курсатмайди. Лихорадка билан калтираш бактериемия ривожланганидан дарак беради ва конни эмага олишга курсатма булади. Тана хароратини ошиш даражаси касалликни дифференциал ташхис қўйишга ёрдам беради. Масалан, уткир аппендицит бошланишида юкори тана харорати кузатилмайди. Тана хароратини 38,9С дан ошиши бактериал перитонит, сальпингит, пиелонефрит ва пневмонияга хосдир. Куннинг маълум бир вақтида кузатиладиган юкори тана харорати корин бушлигида абсцесс шаклланганликдан далолат булади. Кориндаги огрик билан беморларда тана харорати канчалик юкори булса, беморни ахволи шунчалик огир булади. Шу билан бирга кориндаги огрик ва лихорадка доимо хам жаррохлик талаб касалликларга хос эмас (масалан оилавий урта ер денгизи касаллиги). Купинча корин бушлиги аъзоларининг касалликларида тана хароратини ошиши хар хил булиб у ташхис қўйишда куп хам аҳамиятга эга эмас. Сувсизликда ва кекса беморларда йирингли-яллигланиш касалликларида тана хароратини кам ошади ёки умуман ошмайди. Аксинча, ёш болаларда лихорадка унчалик огир булмаган касалликларда хам куп учрайди. Септик холатларда эса гипотермия лихорадкага нисбатан купрок аҳамиятга эга булади. Тана хароратини тушириш учун зарур булмаган холатдан ташқари, лихорадка сабабини аниқлангунча антибиотикларни кулламаган маъкул.

Панариций

Бармоқларни уткир йирингли касалликлари амбулатор жаррохликда олдинги уринни эгаллайди. Бармоқлар флегмонаси ва панарицийси учраши 15-18, 20-30% гача, травмалар орасида 27% турли локализацияли йирингли паталогияларда 61% ни эгаллайди.

Бармоқ жаррохлиги маркази кузатишча 10491 беморларни ичида 2852 (27,21) бу уткир йирингли инфекциядир. Касалликлар ичида ишчиларни меҳнат қобилиятини пасайиши 8-10% бармоқларни йирингли ялигланиш касалликлари билан боғлиқ. Панариций – бармоқ туқимасининг йирингли ялигланиши. Этиологик фактор, меҳнат шароитин ёмонлиги инфекция верулентлигини ошишига олиб келади. Патогенезида асосий рольни бармоқлар микротравмаси, шилиниш, тешилиши, ерилиш, ет жисм бармоқга Кириши ва бошқалар уйнайди. Классификацияси: тери, тери ости, паронихия, пай, бугим суяк, пандактилит, (бармоқни хама туқимасини йирингли некрози). Клиникаси: куп холларда беморлар умумий ахволи кониқарли бўлади.

Пандактилит



Тери панарицияси



Тери ости панарицийси



Куп холларда беморда: яллигланиш жараени белгилари: огрик, махаллий температурани ошиши, жарохатланган сохада функцияни бузилиши, гиперемия шиш булади. Панарицийни турига караб яллигланиш жараенини узига хос хусусиятлари булади. Бугим, суяк, пай шаклларида касаллик яккол клиник куриниш билан кечиб, беморни умумий ахволи узгариши кузатилади. Огрик синдромидан ташкари жарохатланга орган функцияси бузилиши биринчи уринга чикади. Бу шакл диагностикасида махаллий курувдан ташкари рентгенологик текширув кулланилади. Панарицийни пай шакли айникса огир кечади.

Пай панарицийси.

(Тендовагинит)



Агар пайни кон билан таъминланиши бузилса тез некрозга учрайди. Шунинг учун панарицийни бу шаклини эрта диагностикаси ва оператив даволаш да самарадорлик кузатилади. Панарицийни асосий симптоми жарохатланган фаланга

сохасида пулсланувчи огрик кузатилади. Огрик тирнок пластинкасини пальпация еки перкуциясида кучайяди. Бармокдаги озгина шишга карамай тери таранглашади. Тери кизариши ва йирингли учоклар аникланади. Озгина харакат хам бармокдаги огрикни кучайишига сабаб булади. Панарицийни шакли ва огрик локализациясини аниклаш учун тугмасиомон зонддан фойдаланилади. Зонд бошчаси билан бармок териси босилганда огрикли сохалар аникланади., бу соха жарохатланган сохага тугри келади.

Бу усул тендовагинит билан дифф. диагностикасида кулланилади. Даволаш: панарицийни жаррохлик ва медикаментоз даволаш усуллари бир бири билан ракобатлашади. Бу даволаш усуларини бир- бирини тулдирувчи компонент деб каралади. Яллигланиш жараенини яккол булмаган кечишида антибактериал ва химиетерапия ердамида самара олиш мумкин. Худи шундай яллигланиш жараенини оператив даволаш усули хамма вакт хам кулланилмайди, даволаш жараенини бир кисми антибактериал терапия хисобланади.

Шундай булса хам, аксарият куп холларда оператив даволаш йирингли жараенни битишида яъни: некрозга учраган тукималарни некрэтомия бажариш, йирингли учокни тозалашда, йирингни адекват дренажлашда, умумий интоксикацияни камайтиришдаги роли бекиесдир.

Адекват хирургик даволаш ярадаги микрофлора усишини тухтатиб, антибактиерал терапияни самарадорлигини ошириши шубхасиздир.

Шундай килиб, йирингли жараенни комплекс даволашда асосий роль опретив даволашга каратилади.

Сероз яллигланиш жараенида консерватив терапия: тинчлик холати, жарохатланган сохани иммобилизация килиш, курук иссиклик билан таъсир курсатиш, УВЧ, антибиотикотерапия, электрофорез тавсия килинади.

Оператив даво. Оператив даво кафт ва бармок йирингли касалликларида касалликни эрати диагностикаси ва жаррохни профиссионал махоратига боглик. Огриксизлантириш асосан махаллий Оберст-Лукашевич усулида амалга оширилади. 2.0-3.0 мл. 1% раствора новокаина асосан фалангаенбош томонидан юборилади, дистал йуналишда жгут куйилади. Кафт сохасидаги йирингли жараенларда асосан умумий огриксизлантириш кулланилади. Оператив даволаш усули кафт ва бармок йирингли жараенида энг куп таркалган усулдир, консерватив даво оркали атиги 15% беморларда яхши курсаткичларга эришиш мумкин (Стручков В.И.). Яллигланиш жараенини дистал фалангада жойлашганида клюшкосимон кесма кулланилади. Яллигланиш жараенини урта ва асосий фалангада жойлашганида жуфт енбош кесимлар куллаш тавсия килинади. Паронихийда асосан понасимон кесимлар тирнок фалангасида кулланилади.

Суяк панарицийси



Бугим панарицийси биринчи даражасида кунора пункция килиш тавсия килинади, бугим ичидаги суюкликни чикариш ва бушлигига антибиотик юбориш керак булади. Пай панарицийсида эрта пай кинини олдинги ен юзада икки жуфт кесма ердамида очиш ва кафт сохасидан кушимча кесим тавсия килинади, шу ниятда ким пай «кур халтаси»

хосил булишини олдини олиш максатида.

Суяк –бугим панарицийси



Бугим панарицийида бармоқни ташки томонида икки енлама енбош кесма килинади, бугим бушлиги дренажланади. Кейинчалик бармоқ иммобилизация килиниб даволаш физиотерапия билан бирга амалга оширилади. Кафт ва бармоқлар йирингли яллигланиш касаллигини хозирги даврда оператив даволаш асосий даволаш усули ҳисобланиб, 15 % ҳолатда консерватив муолажалар ердамида яллигланиш жараенини қайта тикланишини тухтатишга эишиши мумкин.

Аксарият куп ҳолларда беморни бутунлай тузалиб кетишини таъминловси омил, бу радикал бажарилган оператив даво ҳисобланади. Йирингли учокни очиш ва некротик туқималардан тозалаш, дренажлаш жарохатдан йиринг ажраланишини яхшилаб ва жарохатни битишини тезлатувчи омил ҳисобланади.

Панарицийни ҳамма турларида тампонсиз даволаш тавсия килинади, чунки туқималар орасидаги кичик ерикларга киритиш жуда кучли огрик чакириб пайни некротизга олиб келиши мумкин

Бармоқ ва кафт микротравмаларини олди олиш панариций профилактикасида асосий омил ҳисобланади.

Эпонихия, паранихия



Мастит – сүт безининг ўткир яллигланиши, асосан тугрукдан сўнгги лактация даврида ривожланади. Мастит айниқса биринчи марта туккан аёллар ўртасида кўп учрайди. Хозирги вақтда тугрукдан кейинги мастит янги тукканларнинг 4,5-6% ида учрамоқда. Инфекция без тўкимасига экзоген ҳамда эндоген йўллар билан ўтиши мумкин. Сутнинг димланиб қолиши мастит ривожланишида асосий сабаблардан бири ҳисобланади. Стафилококк, стрептококк, гонококк ва пневмококк энг кўп аниқланадиган кўзгатувчи сифатида эътироф этилади. Маститларнинг куйидаги турлари фарқланади:

Юза- премаммар, субареоляр

Интрамаммар – паренхиматоз

Ретромаммар

Мастит классик 2 фазада кечади. Бошланғич – сероз фазаси ҳамда абсцессга айланиш фазаси. Булардан ташқари айрим ҳолларда флегмоноз ва гангреноз хиллари тафовут этилади. Махаллий белгилар тери гиперемияси, шиши, огрик, махаллий харорат ошиши ва йиринг ҳосил бўлганида эса флюктуация аниқланишидир, баъзи ҳолларда регионар

лимфангиит ва лимфаденит аникланиши мумкин. Умумий белгилари: иситма, холсизлик, лаборатор текширувларда кескин лейкоцитоз ва лейкоформуланинг чапга силжиши кузатилади. Маститларни даволаш жараённинг кайси фазада эканлигига боғлиқ бўлади. Сероз яллигланиш фазасида сутни адекват сўриб ташлаш, маҳаллий терига ишлов бериш, физиотерапевтик даво – УВЧ, антибактериал даво ҳамда умумий кувватлантирувчи даво килинади. Жараён абсцессга айланганида эса физиотерапия маън этилади, йирингли бўшликни кенг қилиб очилади ва бўшлик ичидаги барча тўсикларни бартараф қилиниб, адекват дренажланади. Умумий антибиотикотерапия тавсия этилади.



95% беморларда мастит кузгатувчиси патоген стафилококк, 80% холларда антибиотикларга сезгирлиги йук.

1-ИЛОВА

Блиц-суров:

1. Хирургик инфекциядаги энг информатив иннструментал текширув усул.
2. Хирургик инфекция учун характерли булган рентгенологик аломатлар.
3. Беморда Хирургик инфекцияда иситмадаги топилганда УАШ тактикаси?
4. Хирургик инфекцияда иситмадаги қиесий ташхисланиши лозим булган касалликлар?

- Корин бушлиги уткир яллигланиш касалликлари (уткир аппендицит, холецистит, панкреатит, перфоратив яра ва х.к.), уткир юкумли касалликлар (овкатдан захарланиш, уткир дизентерия, инфекцион гепатит, тифо-паратифоз инфекция, токсик грип), уремиёй, табетик криз, кургошинли захарланиш билан.

5. Хирургик инфекцияда иситмадаги да оператив давога курсатмалар.

- Консерватив даво наф бермаганда, беморда перитонит булганда.

1 - топширик

Эксперт вароги

1-группа.

1. Хирургик инфекцияда иситмадаги этиопатогенези.

Тестлар:

1. Маститнинг сероз стадиясида қўлланилмайди:

- a) кесим
- b) сут димланишининг олдини олиш
- c) антибактериал даво
- d) ультратовуш терапияси
- e) ретромаммар пенициллин-новокаин блокадаси

2. Панариций турлари(нотўғриси кўрсатинг)

- a) тери
- b) тери ости
- c) пай
- d) суяк
- e) кафт

3. Жимжилок 2-фалангаси панарицийсида бўлмайди:

- a) тендовагинит
- b) бармокни букувчи мускул пайи некрози
- c) билак флегмонаси
- d) елка флегмонаси
- e) упка кон томирларининг егли эмболияси

4. Эризипелоиднинг панарицийдан асосий фарки:

- a) гипертермия
- b) тери гиперемияси ва бармок шиши
- c) локал огрик йўқлиги
- d) шиш сохасидаги кучли кичиш
- e) с ва d жавоблар тўғри

5. Пирогов бўшлигидаги йирингни очиш учун кесим чуқурлиги:

- a) тери ости ёг каватигача
- b) билак юза фасциясигача
- c) квадрат пронатор мускулгача
- d) бармоқларни букувчи юза мускулгача
- e) бармоқларни букувчи чуқур мускулгача

6. Сурункали инфилтратив маститни сут беши ўсмаларидан дифференциал диагностика қилишда энг асосий текширув усули:

- a) контраст маммография
- b) УТТ
- c) Мультислайс КТ
- d) МРТ
- e) Пункцион аспирацион биопсия

8. Назорат саволлари:

- хирургик инфекцияда иситма турлари, сабаблари.
- Махаллий хирургик инфекцияда терининг узгариши.
- Лимфангит ва флегмонани сарамасдан киёсий ташхислаш
- Кандли диабетда хирургик инфекциянинг узига хос кечиши
- Махаллий хирургик инфекциянинг клиник кечиши ва диагностикаси
- Анаэроб аэроб инфекцияларда иситма
- Махаллий хирургик инфекцияларда УАШ тактикаси.

9. Адабиётлар:

- Основная:

1. Аталиев А.Е. и др. ОКП по хирургии ВОП с эталонами ответов. Т.2000г. С.74.

2. Гостишев В.К. Общая хирургия М. 1993г.
3. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М.1998г Пер. с англ. Яз. 1230 с.
4. Денисов И.Н., Шевченко Ю.А., Назиров Ф.Г. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. М.2005г. С.1147.
5. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2005й.
6. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005г.
7. Конден Р. и Найхус Л. Клиническая хирургия М. 1998г. Пер. с англ. 716с.
8. Лопухин Ю.М., Савельев В.С. Хирургия. М.1998г Пер. с англ.
9. Назиров Ф.Г., Гадоев А.Г. Руководство для врачей общей практики. Ташкент 2005 г
10. Гостишев В.К Оперативная гнойная хирургия. М. 1996г.
11. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 г.
12. Курбангалиев С.М. Очерки гнойной инфекции в хирургии М.1985 г.
13. Макаренко Т.П., Харитонов Л.Г., Богданов А.В. Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде. М. 1989 г.
14. Семейная медицина. Руководство в 2-х томах под руководством акад. Краснова А.И. Самара. 1995 г. С. 384+768.
15. Стоян Попкиров. Гнойно-септическая хирургия. София. 1986 г. С.483.
16. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. 2006 г. ТМА.
17. Сведения полученные с интернета: <http://www.doktor.ru/medinfo>
<http://medinfo.home.ml.org>

Фан: Жаррохлик

Ўтқир қорин синдроми ва абдоминал оғриқлар. Диагностик алгоритми ва «қориндаги оғриқ» синдромини даволаш тактикаси. Дифференциал диагностикаси. УАШ тактикаси.

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №14

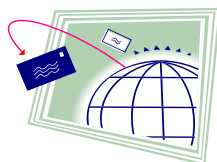
Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу№14: Ўтқир қорин синдроми ва абдоминал оғриқлар. Диагностик алгоритми ва «қориндаги оғриқ» синдромини даволаш тактикаси. Дифференциал диагностикаси. УАШ тактикаси.

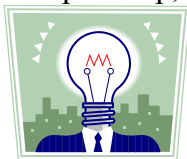
Машғулотнинг технологик харитаси №14

Мавзу14: Ўтқир қорин синдроми ва абдоминал оғриқлар. Диагностик алгоритми ва «қориндаги оғриқ» синдромини даволаш тактикаси. Дифференциал диагностикаси. УАШ тактикаси.



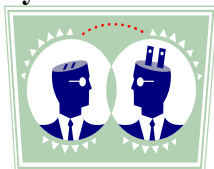
1. Ўқитиш шароити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



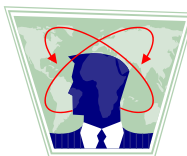
1.1. Мотивация

Қориндаги оғриқлар – хавотирли белгидир. Қоринда оғриқ бўлганда авваламбор тезкор операцияни талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир касалликларини (ўткир қорин синдроми) шубҳа остига олиш лозим бўлади. Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан. Қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит (31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%); Ўткир қорин синдроми билан беморлар биринчи бўлиб умумий амалиёт шифокорига учрашади. УАШ ўткир қорин синдроми асосий симптомларини аниқлаши ва беморни махсус даволаш муассасасига йўналтири олиши лозим.



1.2. Предметларо ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Нормал анатомия, топографик анатомия, умумий хирургия, нормал физиология, патанатомия, патофизиология, анестезиология ва реаниматология, микробиология.



2. Машғулотлар мазмуни

2.1 Назарий қисми;

Моше Шейн (Moshe Schein)

“Абдоминал жарроҳ учун сокин операция хонаси бурчагидаги тунги ўн иккени кўрсатаётган соат остида ювинган ва кийинган ҳолда ўтириши одатий ҳолатдир...

Бир неча дақиқадан сўнг беморни олиб келишади ва яна битта шошилич лапаротомия бошланади. Бу жараённинг авж нуқтаси бўлиб, у бир неча соат олдин – жарроҳ ва беморнинг кўришиши, текширув, таъхис қўйиши ва ҳаракат режасини ишлаб чиқиши билан бошланган.» (Питер Ф.Джонс)

«Умумий қонда қуйидагидан иборат: олдин соғлом бўлган кишида қоринда кучли оғриқлар турса ва ушбу оғриқлар 6 соатдан кўпроқ давом этса, бундай беморда жарроҳлик аралашуви зарур бўлади». (Захари Коуп, 1881-1974)

Оддий қилиб айтсак, ўткир қорин - бу беморга шошилич операция керакми-йўқми, деган масалани ҳал қилишни талаб қилувчи қориндаги ўткир оғриқ деганидир. Бу нарса сизни шошилич абдоминал ҳолатни муҳокама қилиш учун қабулхонага қақришларининг энг кўп сабабидир.

Муаммо

Кўпчилик дарсликларда ўткир қоринга сабаб бўлиши мумкин бўлган 20-30 та касалликлардан иборат узун рўйхат келтирилган бўлади. Ушбу рўйхат одатда тешилган

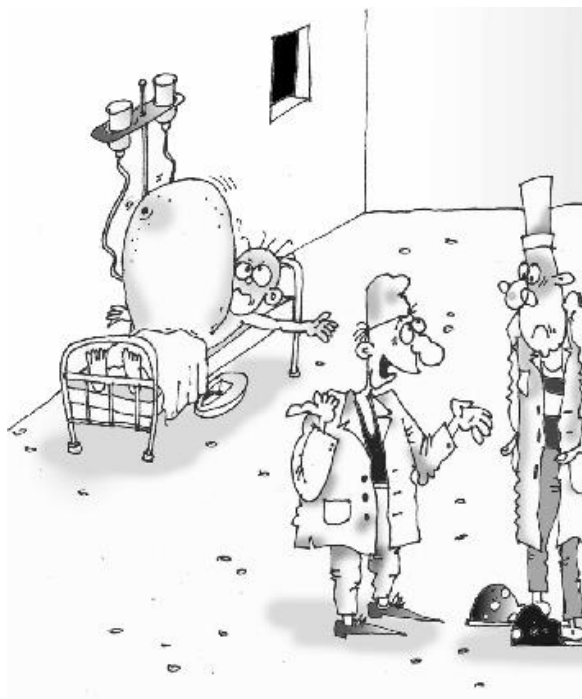
ярадан бошланиб, порфирия ёки урғочи ўргимчак (қора бева) чақиши каби жуда кам учрайдиган сабабларни ҳам ўз ичига олади. Ушбу рўйхат талабалар орасида жуда машхур бўлиб, амалиётдаги жарроҳлар учун мутлако бефойдадир.

Ярим тунда беморнинг қорнидаги ўткир оғриқлар туфайли қабулхонага чақирилган амалиётдаги жарроҳ бундай ҳаракат қилмайди. У ушбу ҳолатга олибкелиши мумкин бўлган 50 дан ортиқ сабабларни миясида фикрлаб, уларни бирин-кетин истисно қилолмайди. Шунга қарамасдан, ақлли жарроҳ касалликнинг клиник белгиларни баҳолаш ва мумкин бўлган бир неча ёндашув усулларида бирини танлашга ҳаракат қилади. Ушбу боб қориндаги ўткир оғриқни чақиритиши мумкин бўлган бир неча этиологик омиллар қандай қилиб энгилгина аниқлаш мумкин бўлган клиник белгиларга айланишини кўрсатиб беради. Бир бора аниқлангач, ушбу белгиларнинг ҳар бири қатъий тартибдаги ҳаракатлар бажарилишини тақозо қилади.

ЎТКИР ҚОРИН: КЛИНИК КЎРИНИШИ ВА ЁНДАШУВ УСЛУБЛАРИ

Ёндашув услублари

Қабулхонага ўткир қорин ташхиси билан келтирилган беморни кўраркансиз, сизда 3.1 жадвалида келтирилган 4та йўл бор, холос. Охириги йўл (уйга рухсат бериш) бироз муҳокамага муҳтож. Кўпчилик беморлар мурожаат қилишгач, улар клиник кўрик ва чегараланган текширувлардан ўтказилади. Кўпчилик замонавий тиббий марказларда ушбу текширувлар компьютер томографияни (CT-scan) ўз ичига олади. Аксарият ҳолларда у фақат беморда «номахсус қорин оғриғи» (NSAP) борлигини исботлаш ва уйга рухсат бериш учунгина қўлланилади. NSAP унча аниқ бўлмаган ташхис бўлсада, умумқабул қилинган атама бўлиб, юридик кучга эгадир. У беморни шифокорга мурожаат қилишга мажбур қилувчи қориндаги анчайин кучли оғриқларни ифода этади (3.1-расм). Бундай ҳолларда (NSAP да) физик ҳамда ташхисий текширув ҳеч қандай патологияни аниқламайди, ушбу оғриқлар ўз-ўзидан ўтиб кетади ва камдан кам ҳолларда такрорланади. Шунини қайд этиб ўтиш лозимки, қабулхонага қориндаги ўткир оғриқлар билан мурожаат қилиб келганларнинг ярмидан кўпида номахсус оғриқлар (NSAP) кузатилади. Энг кўп учрайдиган махсус оғриқлар эса аксарият ҳолларда аппендицит, холецистит ва гинекологик касалликлар сабабли бўлади. Аммо касалликлар бўйича аниқ тақсимланиш, албатта, географик жойлашув ва шифохонанинг ихтисослашувига боғлиқ бўлади. Шунини эсда тутиш керакки, қориндаги номахсус оғриқлар, деган ташхис билан уйига рухсат берилган беморларда кейинчалик қорин бўшлиғи аъзоларининг ёмон сифатли ўсмалари аниқланиши хавфи юқори бўлади. Шундай қилиб, ушбу тоифадаги беморларга режали, аниқ мақсадли текширувдан ўтиш учун йўлланма бериш мақсадга мувофиқ бўлади.



“УЛАРДАН ҚАЙСИ БИРИДА ‘ЎТКИР ҚОРИН’ БОР ЭКАН?”

КЛИНИК КЎРИНИШЛАР

Одатда ўткир қорин 3.2-жадвалда келтирилган 5та аниқ ва осон аниқланадиган клиник кўринишларнинг бири билан намоён бўлади. Ундан ташқари яна иккита қўшимча вариант мавжуд (шикастланиш ва гинекология). Баъзан ичак тутилиши/перитонит клиникаси қўшилиб келиши мумкин. Ушбу клиник кўринишларнинг ҳар бири алоҳида ёндашувни талаб этади. Сизнинг вазифангиз ушбу тактикани қўллаш учун хос бўлган вариантни аниқлашдан иборатдир.

3.1-жадвал. Ёндашув услублари.

Шошилич операция (дарҳол операция қилиш)

Операциядан олдинги тайёрлаш ва операция (эртага эрталаб операция қилиш)

Консерватив даволаш (фаол кузатиш, антибиотиклар, венага суюқлик қуйиш)

Уйга рухсат бериш

3.2-жадвал. Клиник кўринишлар

Қориндаги оғриқлар ва шок

Тарқоқ перитонит

Маҳаллий перитонит (қориннинг 4та квадрантидан биттасида аниқланувчи)

Ичак тутилиши

Ички касалликлар

Қориндаги оғриқлар ва шок

Ушбу ҳолат ўткир қориннинг энг драматик ва шубилан бирга, кам учрайдиган кўринишидир. Одатда беморлар рангпар ва лоқайд кўринадилар, қориндаги кучли оғриқлар гипотензия ҳолати билан биргаликда кузатилади (абдоминал апоплексия деб аталмиш ҳолатнинг яққол кўриниши). Ушбу ҳолатни асосан икки этиологик сабаб чақириши мумкин: **бачадондан ташқаридаги бузилган ҳомиладорлик** ва **қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши**. Бундай ҳолатда ягона тўғри йўл шошилич-дарҳол операция қилишдир. Сизда қўшимча текширувлар ўтказишга ҳам, операциядан олдинги тайёргарликка ҳам фурсат бўлмайди. Абдоминал апоплексия билан мурожаат

қилган беморни компьютер томография қилиш жараёнида ўлиб қолиши жуда ҳам хунук, аммо, тез-тез учраб турадиган воқеадир. Таъкидлаб ўтмоқ жоизки, бошқа баъзи қорин бўшлиғининг фавкулотда ҳолатлари ҳам қориндаги оғриқлар ва «учинчи бўшлиқларга» суюқликнинг йўқотилиши туфайли юзага келган шок клиникаси билан кечиши мумкин. Бу нарса **ичак тугилиши, ўткир мезентериал ишемия** ёки **ўткир панкреатит** билан оғриган беморларда кузатилиши мумкин. Айниқса бу белгилар ушбу тоифадаги касалликларга юзаки қаралганда ёки ушбу патологиялар юрак-қон томир етишмовчилиги билан кечувчи ҳолатлар билан бирга келганда, яққол намоён бўлади.

ТАРҚОҚ ПЕРИТОНИТ

Тарқоқ перитонитнинг кўриниши оғир интоксикацияси бор, ланж бўлиб қолган беморнинг қорнидаги кучли оғриқларлардан иборат. Бемор одатда кўзғалмасдан ётади, қорни тахтасимон таранг бўлиб, қоринни пайпаслаш ва силкитиш кескин ҳимоя реакциясини чақиради. Тажрибаси кам бўлган жарроҳлар ушбу белгиларни аниқлай олмай, ташхисни нотўғри қўйишлари хайрон қоларли ҳолатдир. Буни, айниқса, ёши улуг беморларда кузатишимиз мумкин: уларда мушаклар атрофияланган бўлиб, перитонитга хос белгилар унчалик яққол намоён бўлмайди. Қоринда оғриғи бор беморларни физик текширишда энг кўп йўл қўйиладиган хато – бу кўпол «чуқур» пайпаслашдир. Бундай пайпаслаш қоринда ҳеч қанақа патология бўлмаган ҳолларда ҳам оғриқ чақиритиши мумкин. Қоринни пайпаслаш оҳиста амалга оширилиши ҳамда у беморга ортиқча азоб бермаслиги лозим. Киндик энг сезгир соҳа бўлиб, бу ерда қорин парда бевосита терига туташган бўлади. Демак, физик текширув жараёнида киндик чуқурчасини оҳиста пайпаслаш яхши маълумот бериши мумкин, чунки у ерда оғриқ яққолроқ кузатилади. Биз тушунамиз, жарроҳлик фаолиятингизнинг ушбу босқичида сиз ўткир қорин билан оғриган беморни қандай қилиб текширувдан ўтказиш ҳақидаги маърузага мухтож эмассиз. Аммо, бизнинг маъзуримизни қабул қилган ҳолда қўйидагига эътибор қаратишингизни сўрардик: қориндан қўлни кескин тортиб олгандаги оғриқнинг бўлмаслиги (манфий Щёткин-Блюмберг белгиси) ҳали ҳеч нарса билдирмайди. Беморда қорин парда таъсирланиши борлиги билиш учун, яхшиси, бемордан йўталишни сўранг ёки унинг тўшагини қимирлатинг ёки унинг қорнини энгил туккиллашиб кўринг. Катталарда ушбу учта патология тарқоқ перитонитга кўпинча сабаб бўлади: тешилган яра, йўғон ичакнинг тешилиши ва тешилган аппендицит. Тарқоқ перитонитда ёндашув жараёни деганда, айрим истисно ҳолатларни инобатга олмаганда, операциядан олдинги тайёргарлик ва операция назарда тутилади. Бемор албатта шу ҳолатга мос келадиган операциядан олдинги тайёргарликдан сўнггина операцияга олиниши зарур. Ўткир панкреатит билан оғриган беморлар бундай ёндашувдан мустаснодирлар. Ушбу касаллик билан оғриган беморларнинг кўпчилигида фақат тўш ости соҳасида энгил таранглик кузатилсада, айрим ҳолларда тарқоқ перитонитга жуда ўхшаш клиник кўриниш кузатилади. Кучли абдоминал белгилари бор беморнинг қон зардобиди амилазани аниқлаш каби оддий муолажа ушбу ташхисий хатоликнинг олдини олади. Ўткир панкреатитли беморда ўтказиладиган ташхисий лапаротомия фожеага олиб келиши мумкин.

МАҲАЛЛИЙ ПЕРИТОНИТ

Маҳаллий перитонити бор беморнинг клиник белгилари қорин чоракларининг (квadrантларининг) бирида кузатилади. Ўнг-пастки чоракда маҳаллий перитонитнинг сабаби кўпинча ўткир аппендицит бўлади, клиник белгилар ўнг-юқори чорак билан чегараланган беморларнинг аксарияти ўткир холецистит билан азият чексалар, чап-пастки чоракдаги оғриқлар ўткир дивертикулит билан чақирилган бўлади. Чап-юқори чоракда перитонит камдан-кам ҳолларда учрагани туфайли бу соҳа «мавҳум» соҳадир. Қоидага кўра, маҳаллий перитонит кечаси операцияга кўрсатма бўлмайди.

Аксинча, ташхис ноаниқ бўлган ҳолларда дастлаб даво консерватив тарзда амалга оширилиши мумкин. Жарроҳлик бўлимига ётқизилган бемор вена ичига антибиотиклар (масалан, ўткир холецистит ёки дивертикулит ташхиси қўйилган бўлса) ва суюқликлар олади ҳамда қатор текширувларни ўз ичига оладиган фаол кузатувда қолдирилади. Энг яхши ташхисчи вақтдир; бир неча соатдан сўнг бемор олдига қайтиб келганингизда олдин яширин бўлган ташхис калитларини топишингиз мумкин. Албатта, сиз ушбу китобнинг мос боблари билан танишиб чиққачгина бу нарса мумкин бўлади. Ўнг пастки чоракда маҳаллий перитонит белгиларининг аниқланиши, ўз-ўзидан маълумки, ушбу қоидадан мустаснодир. Негаки бундай ҳолларда ўткир аппендицит ишчи ташхис бўлиб, кейинчалик операция қилишни тақозо қилади. Агар ушбу соҳада ҳосила пайпасланса, аппендикуляр инфилтрат ҳақида фикр юритилади ва дастлабки даврда консерватив даво буюрилади. Ёш аёлларда ўнг пастки чоракдаги оғриқлар гинекологик касалликлар билан асосланган бўлиши ҳам мумкин ва бунда ҳам консерватив даво буюриш ўзини оқлайди. Ўткир холециститда даволаш ёндашуви жарроҳлар орасида турличадир. Катта авлод жарроҳлари ушбу касаллик антибиотикларга ижобий жавоб беради, деган фикрда бўлсалар, замонавий жарроҳлар «қайноқ» ўт пуфакларини ҳам операция қилиш тарафдоридирлар. Операцияни улар бемор ётқизилган куннинг эртасига ёки қачон операция рўйхати имкон берса, шу вақтда қилишни афзал кўрмоқдалар.

ИЧАК ТУТИЛИШИ

Ичак тутилишининг клиник кўриниши аниқ жойлашувга эга бўлмаган тўлғоқсимон оғриқлар, қорин димланиши, нажас келмаслиги ва қайт қилиш каби белгилардан иборат бўлади.

Қоидага кўра, юқори ичак тутилиши учун эрта ва кучли қайт қилиш хос бўлади. Аксинча, ичак дистенцияси қанчалик ривожланган бўлса, ичак тутилиш сатҳи шунчалик дистал равишда жойлашган бўлади. Демак, қайт қилиш ва тўлғоқсимон оғриқлар ингичка ичак тутилиши учун хос бўлса, ич келмаслиги ва кучли ривожланган қорин таранглашуви йўғон ичак тутилишига кўпроқ тавсифлидир. Ичак тутилишининг ушбу икки тури ўртасидаги қиёсий ташхисот, одатда, қорин бўшлиғининг кенг кўламли рентгенологик текшируви орқали амалга оширилади. Ичак тутилишини даволашда икки хил ёндашув усули мавжуд. Улардан бири консерватив даволаш бўлса, иккинчиси етарли тайёргарликдан сўнг қилинадиган оператив даволашдир. Ичак тутилишда асосий муаммо ташхисот эмас, тўғри даволаш ёндашувини танлаш ҳисобланади. Анамнезида қорин бўшлиғида операция ўтказган беморда ўткир ингичка ичак тутилиши белгилари (перитонитсиз) бўлса, бу ҳолда ишчи ташхис «оддий» ингичка ичакнинг битишмали тутилиши деб қўйилади. Бундай беморларга консерватив даво ва вена ичига суюқликлар қуйиш буюрилади. Аммо агар ичак тутилиши тўлиқ бўлса (масалан, йўғон ичакнинг қорин парда билан қопланган қисмидан тепасида газ аниқланмаслиги) ёки кузатув давомида ўзгаришлар жуда кам кузатилган тақдирда айрим жарроҳлар эрта операция қилишни маъқул биладилар. Перитонит белгилари юзага чиқса, иситма кузатилса ёки оқ қон таначаларининг миқдори ошиб кетса, операцияга бўлган кўрсатмалар аниқ бўлиб қолади.

Ичак тутилиши билан боғлиқ учта классик «тузоқ» мавжуд:

- Анамнезида операция ўтказмаган, ингичка ичак тутилиши билан мурожаат қилган ёши катта семиз аёлларда тўғирланмайдиган сон чурраси ҳақида ўйлаш керак.
- Консерватив даводан кейин аҳволи яхшиланган «оддий» ингичка ичакнинг битишмали тутилиши билан оғриган ёши улуғ беморларга уйга рухсат берилади ва кўп ўтмасдан улар *йўғон ичакнинг ўнг бўлагидаги катта ҳажмли ўсма* ташхиси билан қайтиб келадилар.

- Қисман ингичка ичак тутилиши билан мурожаат қилган, ушбу касалликнинг клиник белгилари тез-тез тузалиб ва қайтарилиб турадиган катта ёшли аёлларда якуний ташхис ўт-тошли ичак тутилиши бўлиши мумкин.
- Меъдасида операция ўтказган беморларда ҳам вақти-вақти билан ичак тутилиши белгилари кузатилиб турса, унинг сабаби безоар бўлиши мумкин.

Ингичка ичак тутилишидан фарқли ўлароқ, йўғон ичак тутилиши деярли ҳар доим «дарҳол» ёки «эртага эрталаб» операция қилишга кўрсатма бўлади. Лекин одатда «эртага эрталабга» қолдирилади. Қорин бўшлиғини кенг кўламли (обзор) рентгенографияси механик обструктив ичак тутилишини функционал псевдообструкцияда (Огильви синдроми) ёки сурункали мегаколондан фарқлаб беролмайди. Шунинг учун ушбу тоифадаги беморларга кўшимча равишда фиброколоноскопия ёки контрастли ҳўкналар (КТ билан ёки усиз) буюрилади. Бундай беморларда етарли даражадаги операциядан олдинги тайёргарликдан сўнг операция қилиш танлов ёндашуви ҳисобланади.

АҲАМИЯТГА МОЛИК БЎЛГАН ТИББИЙ ҲОЛАТЛАР

Қориндаги оғрикларга сабаб бўлувчи ножарроҳлик касалликлари кўпчиликни ташкил этади. Аммо улардан иккитасини доимо ёдда тутиш керак: булар «абдоминал» миокард инфаркти ва диабетик кетоацидоздир. Порфирия ёки базал зотилжам билан оғриган беморларни операция қилиш ҳам оғир тиббий (ва ҳуқуқий) оқибатларга олиб келади, аммо «абдоминал» миокард инфарктида ёки диабетик кетоацидозда адашиб операция қилиб қўйиш беморнинг ўлимига сабаб бўлиши мумкин. Жарроҳ сифатида сиз ички касалликларга терапевтдан ҳам яхшироқ ташхис қўя олишингиз ва бундай хатоларга йў қўймаслигингиз лозим. Қаерда ишлашингиздан қатъий назар, шунингдек, сиз одам иммунтанқислик вирусини (ВИЧ) юктирганларнинг сони тобора кўпайиб бораётганини эътиборга олишингиз керак. Негаки ОИТС нинг клиникаси ҳам баъзида ўткир қоринни эслатиши мумкин. 36-бобда биз сизга бу тоифадаги беморларда даво ёндашуви қандай бўлиши кераклиги ҳақида, уларни кўпинча операция қилмасдан ҳам тузатиш мумкинлиги ҳақида батафсилроқ маълумот берамиз.

ҲУЛОСА

Ўткир қориннинг турли хил сабаблари нисбатан осон аниқланадиган ва маълум даво ёндашувини тақозо қилувчи 5та клиник синдромларга жамланади. Сиз ушбу синдромларни турли хил вариантлари билан бирга аниқлай олишингиз зарур. Шунингдек, беморлани даволашда жиддий хатоликларга йўл қўймаслик учун сиз ушбу ҳолатларда кузатилиши мумкин бўлган клиник тузоқларни ҳам ёдда тутишингиз керак. Бундан ташқари, ўзингиз кузатган касалликлар ва ўлим ҳолатларини муҳокама қилишга илмий жиҳатдан тайёр бўлишингиз лозим, ёки бу нарса қўлингиздан келмайдими?

КОМПЬЮТЕР ТОМОГРАФИЯСИ.

Кўпчилигимиз перионитга шубҳа бўлиши қорин бўшлиғини очиб кўришга (лапаротомия ёки лапароскопия қилишга) кўрсатма бўла олади, деган фикрни маъқуллайди. «Ҳар қандай перитонит операция кўрсатмадир» ёки «тўғри ташхис ва бизнинг ўртамизда фақат тери мавжуд» каби иборалар қорин бўшлиғини замонавий текширув усуллари пайдо бўлишидан, хусусан, компьютер томографияси (КТ) эрасидан олдин айтилган, аммо бу қоидалар бугун ҳам тўғрими? Биз бундай деб ўйламаймиз. Биз ишонамизки, замонавий томография шошилини жарроҳликда инқилобий ўзгаришлар ясади ва агар сиз томография ва ультратовуш текширувига эга бўлсангиз, уларни қўлланг. Уларни қўллаш – биз бу ҳақда кейинги бобларда батафсил тўхталиб ўтамиз – кўплаб кераксиз

операциялардан қутулиш, кераклиларини эса ихтисослаштирилганроқ қилиб амалга ошириш имконини беради. Компьютер томографияси туфайли ҳозирги даврда қорин энди «қора қути» бўлмай қолди. Айниқса ташхис аниқ бўлмаган ҳолларда ўз касалларингизнинг манфаати учун компьютер томографиясини кенг миқёсда қўлланг. Аниқ равишда ўткир аппендицит клиникаси билан мурожаат қилган ёш эркак кишини КТ сиз операция қилиш тўғри ҳисобланади. Аммо туғриқ ёшидаги аёлни гинекологик касалликларни истисно қилиш мақсадида КТ текширувдан ўтказиш мақсадга мувофиқдир. Бу қоида ёши улуғ беморлар учун ҳам қўлланилиши керак, негаки уларда бошқа хилдаги касалликлар учраш эҳтимоллиги ғоят юқори бўлади.

«Қориндаги оғриқлар муаммосини ҳал қилиш худди инсон геноми устида ишлаш каби мураккаб интеллектуал вазифадир» (Хух Данлей)

«ЎТКИР ҚОРИН» КИМ ТОМОНИДАН ВА ҚАЕРДА КУЗАТИЛИШИ ЛОЗИМ?

Кўпчиликнинг иши ҳеч кимнинг иши эмас ёхуд чўпон кўп бўлса, қўйлар харом ўлади.

Ўткир қорин ёки ўзга шошилич касалликка шубҳа қилинаётган беморларнинг кўпчилиги операцияга муҳтож бўлмайди. Шундай бўлсада, айнан сиз – жарроҳ ушбу ҳолатдаги беморларни текшириш, баҳолаш, кузатиш, жарроҳлик касалликларини истисно қилиш ёки уларни даволашни ўз зиммангизга олишингиз ва кафолатлашингиз, жуда бўлмаса, шу ишлар билан шуғулланувчи жамоани бошқаришингиз керак бўлади. Ушбу ўта муҳим қоидага урғу бериш учун биз унга алоҳида боб бағишладик, ваҳоланки, бобнинг мақсадини битта жумлада келтириб ўтсак ҳам бўларди.

Афсуски, «ҳақиқий ҳаётда» жарроҳлар ҳамма вақт ҳам масъулият эгаси бўлавермайдилар. Биз **мезентериал ишемия** билан оғриган беморларнинг ички касалликлар бўлимида «чириб» ётганларининг кўплаб гувоҳи бўлганмиз. Ичак ўлиб бўлгач, бемор нариги дунёга равона бўлаётган бир пайтда жарроҳни маслаҳатга чақиришади. Қорин бўшлиғи аъзоларининг шошилич патологияси бор беморлар жарроҳликдан йироқ бўлган мутахассислар назорати остида қолиб, у ерда кўплаб кераксиз, гоҳида эса соғлик учун хавфли ҳамда қимматбаҳо текширув ва даво муолажаларини бошдан кечиришлари ҳам тавсифли манзарадир. Терапевтлар, гастроэнтерологлар, юкумли касалликлар шифокорлари ва рентгенологлар бу тоифа касалларнинг текширув ва даволаш жараёнига қўшилишади (3.2-расм). Ва ниҳоят жарроҳ чақирилганда бемор жуда оғир, ташхис қўйиш учун қийин аҳволда бўлади, у қисман ёки номутаносиб даволанган даволанган бўлади. Натижада операция жуда кеч амалга оширилади, бунинг оқибати ўлароқ асоратлар ва ўлим хавфи юқори бўлади. Бундай бошбордоқликнинг сабаблари номаълум, йўналтирувчи кучи эса манманлик, ўзини ўйлаш ва молиявий жиҳати бўлиши мумкин.

Шошилич жарроҳлик касаллиги бор бўлган беморга мутахассислар гуруҳи жалб этилиши лозимлиги инкор этилмайди. Аммо ушбу гуруҳга айнан жарроҳ раҳбарлик қилиши ва унинг фаолиятини бошқариб туриши лозим. Жарроҳ – қоринни тўлалигича билувчи ва тушинувчи ягона мутахассисдир. Жарроҳ зарур маслаҳатчиларни чақириш, қўшимча текширув ва латоратория усулларини тайинлаш, кераксизларини инкор қилишга ҳуқуқлидир. Ва ниҳоят, текширувлар ва консерватив даво якунига етганини ҳамда бемор операция хонасига етказилиши лозимлиги ҳақида фақат жарроҳ қарор қабул қилади. Кузатувнинг узлуксизлиги ўткир қориндаги ёндашувнинг муҳим шартларидан биридир. Негаки вақт ўтиши билан касалликнинг клиник кўриниши ўзгариши мумкин, бу эса даволаш усулларини ва вақт бирлигини танлашдаги асосий омил ҳисобланади. Шошилич беморларнинг аҳволини клиник шифокорлар тезда баҳолашлари лозим ва ушбу шифокорлар айнан жарроҳлардир. Ушбу ёндашувдан бироз бўлсада четлашув бемор учун хавф туғдириши мумкин. Бу хулосани биз фақат ўз шахсий тажрибамиздан келиб чиқиб айтиётганимиз йўқ, бу ҳақда тиббий адабиётда

шунчалик кўп ва хўп ёзилганки, ҳатто меъдага ҳам тегади. Нимага биз ўрганмаймиз? Ўткир қорин билан оғриган беморнинг жойи жарроҳлик бўлимида, жарроҳлик жадал даволаш ёки операция қилиш хонасида, уни кузатиш эса сизнинг – жарроҳнинг зиммасидадир. Масъулиятдан ўзингизни олиб қочманг!

Бундан бор-йўғи 10 ёки 20 йил олдин, бизнинг резидентлик давримизда ўткир қорин ва қорин парданинг яққол таъсирланиш белгилари лапаротомияга мутлоқ кўрсатма бўлиб ҳисобланарди. Бугун барчаси ижобий томонга ўзгарди. Ташхисий модуллар ҳуқуқий тасдиқини топган, патологик жараёнларнинг патогенезини яхшироқ тушинишга муваффақ бўлинди, булар эса ўз навбатида ишга лаёқатсизлик ва ўлим кўрсаткичларини камайтиришга, даволашни камроқ инвазив ва кўпроқ самарали қилиш имконини бермоқда.

Ўткир қоринда «зўр» натижага эришиш калити:

- Фақат зарурият бўлсагина операция қилинг ва иложи борича минимал ҳажмда ишланг.
- Зарур бўлган операцияни кечиктирманг ва иложи борича лозим бўлган максимал ишни қилинг.

Биз сиз билан ўткир қорин масаласини ўрганаётган бир маҳалда бутун дунёда юзлаб ва минглаб жарроҳлар (хашаматли VIP – шифохоналарда ҳам, камбағаллар касалхоналарида ҳам, палаткали шаҳарчаларда ҳам, харбий ҳаракатлар театрида ҳам) ер юзида минглаб касалларни кўрмоқдалар. Уларнинг ҳаммаси умумий ва ҳайрон қоларли даражада ўхшаш ва оддий ҳолат билан тўқнашдирлар – шифокор қориндаги оғриқлар каби ташвиш билан курашадилар. Улар билан бемор оғрийди, у ўз ахволдан ташвишга тушган. Бемор эса ташхис қўйиш, кейинги тактика билан оввора. У нафақат ҳаммага маълум бўлган қоида - «non opere», балки афсуски, эсдан чиққан 2- қоида - «juve» (ёрдам бер) дан келиб чиққан ҳолда ҳаракат қилишга интилади.

Ташхис қўйиш, шифохонага ётқизиш, зарур бўлган текширувлар ва операциянинг кечиктирилиши жуда оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жаҳон статистикаси шундан далолат берадики, қорин бўшлиғи касалликларининг натижаси шифокорга мурожаат қилинган, шифохонага ётқизилгунча ҳамда операциягача ўтганг вақтга тўғридан-тўғри боғлиқдир.

Қориндаги оғриқларнинг ўткир, ўткир ости, сурункали ва қайталанувчи турлари фаркланади. қориндаги оғриқ сабаблари хирургик, гинекологик, психик касалликлар ва куплаб ички хасталиклар бўлиши мумкин. қориндаги ўткир оғриқларни эрта диагностикаси ва сабабларини аниқлаш хасталик асоратлари ва улим ҳолатларини камайтиради. Ўткир қоринда купчилик ҳолларда жарроҳнинг тезкор маслаҳати зарур бўлади.

Умумий маълумотлар

- қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит (31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%);
- Одатда эпигастрал соҳадаги оғриқлар меъда-ичак тизими юқори қисми аъзолари зарарланганда, гипогастрал соҳада эса - пастки қисм аъзолари хасталанганда кузатилади;
- Тўлғоқсимон оғриқ, қайтарилувчи қайт қилиш ингичка ичак тугилишига хосдир;
- қориндаги тўлғоқсимон оғриқлар, қориннинг симметрик шишиши эса йўғон ичак тугилишига хосдир;
- қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жарроҳлик хасталикларида деярли доимо дастлаб оғриқ, кейин қайт қилиш кузатилади;

- Атеросклероз, мерцал аритмия ёки яқинда миокард инфаркти ўтказган ёши улуг беморларда қоринда оғриқ бўлса, энг аввало мезентериал қон айланиш ўткир бузилишига шубха қилиш керак бўлади.

«Ўткир қорин» куйида келтирилган яққол намоён бўлувчи кўринишларнинг ҳеч бўлмаганда биттасини ўз ичига олади:

- f) Қоринда оғриқ ва шок;
- g) тарқоқ перитонит (бутун қорин бўйлаб оғриқ ва таранглик);
- h) маҳаллий перитонит (қорин чоракларининг бири билан чегараланган);
- i) ичак тутили белгилари;
- j) турли-туман ички касалликлар.

Умумий коидалар

- эпигастриядаги оғриқ асосан МИЙ нинг юқори бўлимлари касалликларида, гипогастриядаги оғриқлар эса - МИЙ нинг куйи бўлимлари ҳамда кичик тос касалликларида юзага чиқади;

-тусатдан булувчи тухтатиб булмас қусиш юқори ичак тутилишига хос;

-ўткир аппендицитда белгилар кўпинча куйидаги кетма-кетликда юзага чиқади: қоринда оғриқ, иштаха йуқолиши, кунгил айниши, қусиш.

Оғриқ тавсифи

Ўткир қоринда оғриқ доимий ёки хуружсимон бўлиши мумкин. Аста-секин кучайиб бориб, кейин бирданга йуқоладиган хуружсимон оғриқлар санчик дейилади. Ичак, буйрак ва жигар санчиклари фаркланади. Буйрак ва ут пуфаги касалликларидаги оғриқлар санчик дейилишига карамасдан, куп холларда улар доимий тавсифга эга бўлади. Сийдик найи тикилиб колгандаги оғриқлар эса айнан санчик шаклида бўлади.

Оғриқ локализацияси

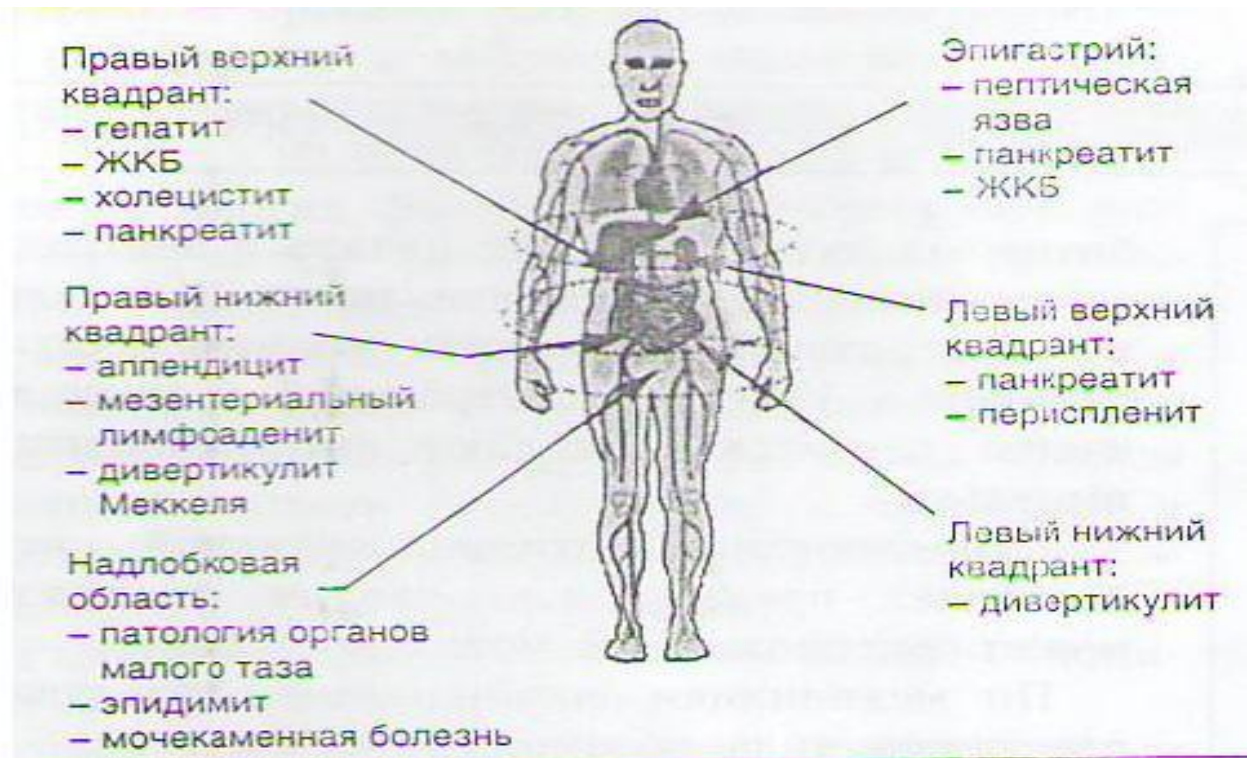
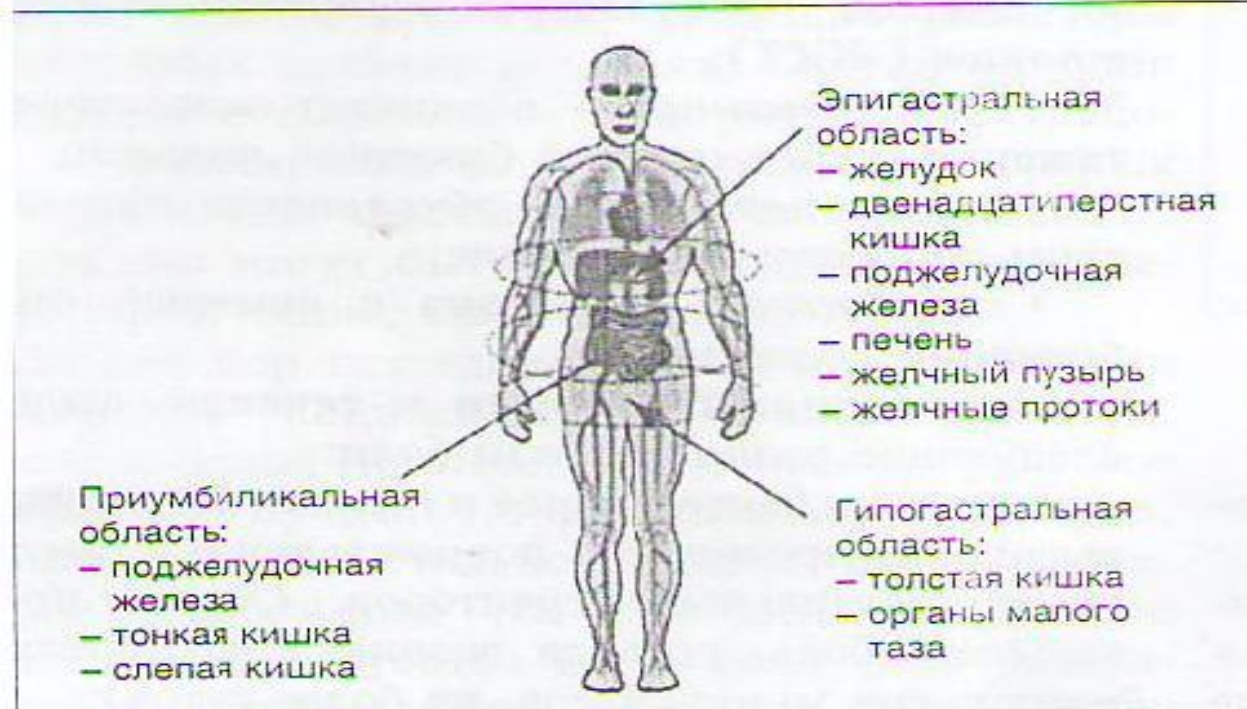


Рис. 4. Проекция парietальной боли



Эпигастриядаги оғриқ кизилунгач, меъда, 12 бармокли ичак, меъда ости беzi, кора талок, жигар ва ут пуфаги касалликларида кузатилади. Жигар ва ут пуфаги касалликларида оғриқ кўпинча бироз уннга сурилган бўлса, кора талок касалликларида эса чапрокка сурилган бўлади. Киндик сохасида оғриқлар ингичка ичак касалликларида, гипогастрияда эса – тугри ичак касалликларида келиб чиқади.

Болаларда қоринда оғриқ

Болаларда қориндаги, айниқса, доимий ва қайталанувчи оғриқ врачга мурожат қилишнинг энг куп учрайдиган сабабидир. Болаларда ҳам худди катталардаги сингари

ўткир қорин сабабини иложи борича вақтликрок аниқлаш ва даво тактикасини ишлаб чиқиш лозим.

Қарияларда қориндаги оғриқ

Ёш улгайган сари қоринда оғриқ билан кечувчи касалликлар сони ошиб боради. Улар қуйидагилардир: атеросклероз, хавфли усмалар, дивертикулёз, камрок даражада - 12 бармокли ичак яра касаллиги.

қарияларда қориндаги оғриқнинг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин:

- томир касалликлари:

қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши,

мезентериал кон айланишининг ўткир ёки сурункали бузилиши,

- меъда ёки 12 бармокли ичак ярасининг тешилиши,

- ут санчиғи ёки ўткир холецистит,

- дивертикулит,

- сигмасимон ичак буралиб қолиши,

- сикилган чурралар,

-ичак тутилиши,

- хавфли усмалар, айниқса, чамбар ичак раки,

- айланма темиртки (тери сохасида жойлашагн бир томонлама оғриқ),

- тош хосил қилиш билан кечувчи узок муддатли кабзият.

Қарияларда оғриқ бусагаси юқори, иммун реакциялар эса кучсиз ифодаланган бўлади, шунинг учун куп касалликларнинг клиник қуриниши классик қуринишдан фарк қилади.

Масалан, қарияларда ўткир аппендицитнинг асосий қуринишлари оғриқ, харорат, лейкоцитоз эмас, реакциянинг сустлашуви, иштаханинг йуқолиши ва тахикардия бўлиши мумкин.

Қориндаги қайталанувчи оғриқ

Мақтаб ўқувчиларининг тахминан 10% да қориндаги қайталанувчи оғриқлар кузатилади.

Уларнинг 5-10% дагина оғриқнинг органик сабаблари топилади, холос. қориндаги қайталанувчи оғриқларнинг келиб чиқишида асабий омилларнинг ахамияти хақидаги тушунча машхурдир, аммо у исбот қилинмаганлигича колмокда.

Исталган қориндаги қайталанувчи оғриқларда биринчи навбатда органик сабаблар истисно қилиниши лозим. Оғриқ органик сабаблар туфайли чақирилганлигининг белгилари:

- жойлашуви - киндикдан ташқари қориннинг исталган сохаси;

- иррадиация;

- оғриқ тунда пайдо бўлади, ухлашга халакит беради;

- оғриқ хуружи қайт қилиш билан кечади;

- хуружлар орасида қувватсизлик кузатилади;

- физик ривожланишининг секинлашуви ва озиш кузатилади.

Болаларда қориндаги қайталанувчи оғриқларнинг энг куп учрайдиган сабаблари:

- ассоциялашган мигреннинг абдоминал шакли (хуруж кучли ифодаланган тери оқариши билан кечади),

- лактаза етишмовчилиги (хуруж сут кабул қилгандан кейин ривожланади,

- ичак гелминтозлари (беморлар кўпинча ухлагандан кейин дарров оғриқдан уйғониб кетишади).

Оғриқ сабабини аниқлаш учун қуйидаги текширувлар утказилади:

- нажасни микроскопия қилиш ва экиш,

- пешоб тахлили,

- Эритроцитларнинг чуқиш тезлигини кушган холда кон умумий тахлили.

Энг хавфли касалликлар:

Қориндаги оғриқлар кўпинча бемор хаётига хавф солувчи, ўткир касалликларнинг белгиси бўлиб, тезкор диагностика ва жаррохлик аралашувини талаб қилади. Қориндаги оғриққа шикоят қилиб келган беморларда қорин аортаси аневризмаси ва қаватланувчи

аневризма ёрилишини, мезентериал қон айланиши ўткир бузилишини, миокард инфаркти гастралгик шаклини, меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра тешилишини, странгуляция (ичак буралиб қолишида, ичак ковузлогининг чурра дарвозасида сиқилишида), обтурацион ичак тутилишларини кетма-кет истисно қилиш лозим. Аёлларда қорин пастки қисмларида ва қов устида оғриқ бўлганда бачадондан ташқари хомиладорликнинг бузилишини истисно қилиш керак.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларига шубха туғдирувчи белгиларига қуйидагилар киради:

- бош айланиши;
- қайта-қайта бесабаб қусиш;
- қориннинг ўсиб боровчи шиши (метеоризми);
- қориндаги оғриқларнинг кучайиши;
- кучли ифодаланган холсизлик, апатия (бефарқлик);
- рангпарлик, совук тер босиши;
- артериал гипотония;
- хилпилловчи (мерцал) аритмия, тахикардия;
- юқори харорат;
- Щеткин-Блюмберг белгиси;
- қорин олд девори мушаклари таранглашуви;
- дефекация пайтида хушдан кетиш (қорин бўшлиғига қон кетганда, кўпинча бачадондан ташқари хомиладорлик ёрилганда);
- олигоурия.

Шуни эсда тутиш лозимки:

- бачадондан ташқари хомиладорликда бачадон найларининг йиртилиши ва қорин аортаси аневризмаси ёрилиши гиповолемик шок кўринишида намоён бўлиши мумкин;
- гангреноз аппендицит қорин бўшлиғи абсцесси ёки тарқоқ перитонит билан асоратланади;
- ичак тутилиши ичаклар инфаркти, перитонит, гиповолемик шокни чақиради;
- меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг тешилиши перитонит билан асоратланади.

Нотўғри таъхис манбалари.

Кўпинча болалардаги ва қариялардаги ўткир аппендицит клиник шакли атипик бўлганлиги туфайли диагнозда хатоликлар кузатилади. Аппендицитда ўнг ёнбош соҳадаги оғриқ эпигастрал соҳадаги оғриқдан 4-6 соатдан кейин пайдо бўлади. Шунинг учун кўпинча ўткир гастро-энтерит билан адаштирилади. Чувалчангсимон ўсимта чанок бўшлиғида жойлашган бўлса хатоликлар янада кўп кузатилади, негаки оғриқ диарея билан биргаликда кузатилади.

Дисахаридазларнинг, масалан, лактазининг етишмовчилиги сут ёки сутли маҳсулотлар истеъмол қилгач қориндаги ўртача ифодаланган ёки кучли тўлғоқсимон оғриқлар сифатида намоён бўлади. Оғриқ бир неча соат давом этиб сувсимон нажас билан бирга кечади. Лактаза танқислигида беморлар оғриқларнинг кўпинча сут истеъмол қилиш билан боғламайдилар.

Қориндаги оғриқлар дифференциал диагностикасидаги кўп учрайдиган сабаби, айниқса қарияларда ўраб олувчи темиртки ҳисобланади. Шуни эсда тутиш лозимки, бу касалликда оғриқ доимо бир тарафлама бўлиб, бир ёки бир неча дерматомаларда жойлашган бўлади.

Қориндаги оғриқлар, шунингдек, миокард инфаркти, ўпка артериясининг тромбоземболияси ва зотилжамда ҳам кузатилиши мумкин. Диабетик кетоацидоз порфирия, Аддисон касаллиги, кўрғошин билан захарланиш, орқа мия захми, ўроқсимон хужайрали камқонлик, гемогроматоз ва уремияларни қориндаги оғриқларнинг нисбатан кам учрайдиган сабаблари қаторига киритса бўлади.

Хатолик (адашиш) сабаблари.

Бачадондан ташқари хомиладорлик диагностикасидаги хатоликлар:

- перорал контрацептивлар қабул қилаётган ва хомиладорликни қатъиян рад қилаётган аёлларда;
- қиндан қон аралаш ажралмалар бўлганда (уларни хайздаги ажралмалар сифатида қабул қилинади).

Ичак тутилишида қорин девори заиф сохаларини тулакқонли текширмаслик.

Чувалчангсимон ўсимта ҳамда меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси тешилгач бемор ахволи вақтинча яхшиланишини билмаслик.

Кортикостероидлар қабул қилаётган шахсларда (оғриқ бусагасининг қутарилиши) ва қарияларда перфорация диагностикасидаги ҳатоликлар.

Мезентериал қон айланишининг ўткир бузилиши диагностикасидаги ҳатоликлар: у одатда қарияларда юзага чиқиб, қиндик соҳасидаги қучли тўлғоқсимон оғриқлар билан тавсифланади.

қориндаги оғриқлар ва тезлашган ҳамда оғриқли сийишнинг сийдик йуллари инфекцияларигагина ҳос эмаслиги, бу белгининг дивертикулит, аппендицит (чувалчангсимон ўсимтанинг тосда жойлашувида), салпигоофарит ва бачадон найининг ёрилишларида ҳам учрашишини билмаслик.

Умуртка погонаси касалликларида оғриқ одатда бир тарафлама бўлиб тананинг маълум бир ҳолатларида ва ҳаракатларида юзага чиқади, оғриқ жойлашуви дерматомаларнинг чегаралари билан мос келади. Умуртка погонасининг пастки қисмлари шикастланганда қоринда “узатилувчи оғриқлар” қузатилади. қориннинг унғ томонидаги оғриқларда холецистит, аппендицит, Крон касаллиги ва пиелонефрит ўртасида, чап томонидаги оғриқларда эса дивертикулит ва пиелонефрит ўртасида дифференциал диагностика утказилади.

Асаб бузилишлари ва симуляция

Асаб бузилишлари қориндаги қайталанувчи ва сурункали оғриқларнинг қуп учрайдиган сабабларидан биридир. Айрим маълумотларга қура қатталарда 40% ҳолларда оғриқда ички аъзоларнинг органик узғаришлари топилмайди, бунда 28% ҳолда оғриқ асаб бузилишлари, 6% ҳолда эса таъсирланган ичак синдроми туфайли чақирилади. Асабий узғаришларни анамнез йиғиш ёки асаб статусини текшириш вақтида гумон қилиш мумкин.

Текшириш

Анамнез

Беморнинг Оғир ахволи қўпинча батафсил анамнез йиғиш имқонини бермайди. Оғриқнинг тавсифи, жадаллиги, жойлашуви ва иррадиациясини, унинг пайдо бўлиш ва йуқолиш вақтини, давомийлигини, оғриқни нима қучайтиришини ёки қамайтиришини албатта сураб билиш керак. қуйидаги белгиларнинг мавжудлиги аниқланади:

- иштаҳанинғ йуқолиши, қунгил айниши, қайт қилиш;
- тезлашган ва оғриқли сийиш;
- қабзият, ич кетиши.

Бемор қандай дори воситаларини қабул қилиши аниқланади. Аёлларда ?айз қуришнинг даврийлиги ва тавсифи урганилади.

Умумий тавсиялар

- қоринни жуда эҳтиётлик билан текширилади. Пайпаслаш вақтида қорин парда таъсирланиш белгилари - қорин олд девори мушаклари таранглашуви, Шеткин-Блюмберг белгиси қидирилади. Одатда энг қучли оғриқ қузатилган соҳа шикастланган аъзога мос келади;

- текширув вақтида бемордан энг қучли оғриқ соҳасини қурсатиш сура-лади - агар қорин парда таъсирланган бўлса (соматик оғриқ), оғриқ маҳаллий бўлиб, ушбу соҳани бемор бармоғи билан қурсатиши мумкин, бордию ички аъзолар шикастланган бўлса (висцерал оғриқ), оғриқ тарқоқ бўлиб, уни бемор қорнига қафтани қуйган ҳолда қурсатади;

- мерцал аритмия мавжуд бўлганда мезентериал кон айланишининг ўткир бузилишини истисно қилиш лозим;
 - тахикардия мавжуд бўлганда сепсис ва гиповолемияни истисно қилиш лозим;
 - гиповодемик шокда қорин бўшлиғига кон кетишини истисно қилиш лозим;
 - сепсис, зотилжам, ацидозда хансираш кузатилади.
- Семизликда, ёши улуг одамларда, Огир беморларда ҳамда кортикостероидлар қабул қилинганда ўткир қориннинг клиникаси силликланади.

Лаборатор текширувлар

Айрим касалликларнинг лаборатор белгилари:

- камконлик (сурункали кон йукотиш оқибатида) меъда ва 12 бармокли ичак яра касаллигида, хавфли усмаларда ва эзофагитда кузатилади;
- эритроцитлар шаклининг узгариши уроксимон хужайрали камконликка хос;
- лейкоцитоз аппендицит, ўткир панкреатит, мезаденит (касалликнинг дастлабки кунларида), ўткир холецистит, пиелонефритларда кузатилади;
- ЭЧТ нинг ошиши хавфли усмаларда, Крон касаллигида, қорин бўшлиғи хушхалатида кузатилади;
- кон зардобдаги амилаза фаоллигининг меърадагига нисбатан 5 баробардан зиёд кутарилиши ўткир панкреатитга хос; амилазанинг фаоллиги, шунингдек, бачадондан ташқаридаги хомиладорликнинг бузилишида, меъда ва 12 бармокли ичак ярасининг тешилишида, ут пуфаги эмпиемасининг ёки қорин аортаси аневризмасининг ёрилишида ҳам кузатилиши мумкин;
- кон зардоби ва пешобда хорионик гонадотропиннинг В-суббирлиги микдорининг ошиши хомиладорликда кузатилади;
- пешоб умумий таҳлилидаги узгаришлар:
гематурия - буйрак санчиғи (сийдик йўлларидаги тош ёки қон лахталари билан тикилиб қолиши оқибатида) ва сийдик йуллари инфекциясида кузатилади;
лейкоцитурия - сийдик йуллари инфекцияси ва аппендицит учун (аппендикснинг тосда жойлашувида) хос;
- билирубинурия - жигар ва ут йуллари касалликларида келиб чиқади;
- пешобдаги порфобилиногенни аниқлаш учун (порфирияда) унга Эрлих реактиви кушилади;
- кетонурия - диабетик кетоацидозда кузатилади;
- пешобда газ пуфак ва ичак ўртасида окма бўлган холларда (дивертикулит, тосдаги хушхалатлар, хавфли усмаларнинг асорати) пайдо бўлади;
- нажасда кон мезентериал кон айланишининг ўткир бузилишида, ичак инвагинациясида (смородинали желе шаклидаги нажас), йугон ичак ракида, дивертикулитда, Крон касаллигида кузатилади.

Инструментал текширувлар

- қорин бўшлиғи рентгенографияси бемор тикка турган ҳамда ётган холларда тугри проекцияда бажарилади. Бунда қуйидагиларни аниқлаш мумкин:
буйрак жомлари ва косачаларидаги тошларни (70% холларда);
ут пуфагидаги тошларни (10-30% холларда аниқланади);
қорин аортаси аневризмасидаги кальцификатлар;
буралиб қолгандаги газ билан кенгайган сигмасимон ичакни, йугон ичак тутилишидаги кенгайган сигмасимон ичакни;
- ичак тутилишида кенгайган ичак ковузлокларини ҳамда улардаги суюқлик сатҳини;
аппендицитда (ўсимтанинг ретроцекал жойлашувида) унги бел мушаги контурининг ноаниқлигини;
- меъда ёки 12 бармокли ичак яраси тешилганда диафрагма гумбази остидаги эркин газни.
- қорин бўшлиғини УТТ қилиш қуйидагиларни аниқлаш имконини беради:
ут пуфагидаги тошларни;
бачадондан ташқаридаги хомиладорликни;

меъда ости безининг хакикий ва ёлгон кисталарини;
 қорин аортаси аневризмасини;
 қорин бўшлиғи аъзоларининг усмалари, жигардаги метастазларни;
 аппендицитда ўсимта деворининг калинлашувини;
 параколитларни.

- Экскретор урография;
- ирригоскопия;
- ўткир холецистит шубха остига олинганда - холесцинтиграфия (HIDA-2,6-диметилиминодисирка кислота ишлатилади);
- қорин бўшлиғини КТ қилиш;
- эндоскопик усуллар - эзофагогастроуденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия;
- эндоскопик ретроград холангиопанкреатография;
- ЭКГ.

Тестлар

1. Бемор клиникага “ўткир қорин” ташхиси билан мурожат қилди. Келгандаги шикоятлари қориндаги оғриққа. Қорни катталашган, қорин бўшлиғида суюқлик аниқланади. Қорин терисида вена қон томирлари кўринади. Катталашган, юзаси дағал жигар аниқланади. Бемор кўп йилдан бери спиртли ичимлик истеъмол қилади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Жигар цирроз, асцит.
- B) Ўткир ичак тутилиши.
- C) Гастроуденал язва.
- D) Ўткир панкреатит
- E) Жигар ўсмаси.

2. Бемор “ўткир қорин” ташхиси билан клиникага олиб келинди. Умумий ахволи оғир, қориндаги оғриқ хисобига безовта. Тери қопламлари рангпар. Қорни шишган. Пальпатор бутн гипогастрийни эгалловчи, киндиккача борувчи юмалоқ хосила аниқланади. Простатат беши аденомаси билан оғрийди.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ичак ўсмаси.
- B) Сигмани буралиб қолиши.
- C) Ўткир сийдик тутилиши.
- D) Ингичка ичак тутқичи кистаси.
- E) Ичак инвагинацияси.

3. Бемор “ўткир қорин” ташхиси билан клиникага олиб келинди. Киндик пастдаги қориндаги оғриқларга шикоят қилади. Шу соҳада юмалоқ, таранглашган, ҳаракатланмайдиган, оғриқли хосила аниқланади. Вақти-вақти билан қиндан қонли ажралма келиши аниқланади.

Ташхисни аниқлаш учун қайси текширув ўтказилиши лозим:

- A) ФГДС.
- B) УТТ гениталий.
- C) Қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси.
- D) Ректороманоскопия.
- E) Оператив даво.

4. Бемор қориндаги оғриқ, кўнгил айнаши билан клиникага мурожат қилди. Оғриқ интенсив доимий характерда. Қорин нафас олиш актида иштирок этади, гипогастрийда чапда таранглашган, юмалоқ, оғриқли, ҳаракати чекланган хосила пайпасланади.

Перитонеаломатлар йўқ, перистальтика одатий. Анамнездан гинекологда чап тухумдон кистаси бўйича даволанган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир ичак тутилиши.
- B) Сигмани буралиб қолиши.
- C) Чап тухумдон кистаси буралиб қолиши.
- D) Ичак инвагинацияси.
- E) Пастка тушувчи чамбар ичак саратони.

5. Бемор ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, оғизни қуришига, кўнгил айнишига, кўп маротаба ичини суяқ келишига шикоят қилади. 18 соатдан бери хаста. Тана харорати 37,2. Қорин нафас актида иштирок этади, таранглашган, ўнг ёнбош сохаси оғриқли, қориннинг бошқа қисмлари оғриқсиз, юмшоқ. Сийиши нормада. Ич келиши суяқ, суткасига 3 марта. Ўнг ёнбош сохасида Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Ўткир энтероколит
- C) Ўткир холецистит
- D) Ўнг томонлама буйрак коликаси
- E) Мезентериал лимфаденит

6. Бемор оғиз қуришига, умумий холсизликка, иштаха йўқолишига, ўнг ёнбош сохадаги оғриққа шикоят қилади. Тана харорати-36,7. Пульс – 80та. Қорни юмшоқ, Ўнг ёнбош сохаси оғриқли. Перитонеал аломатлар йўқ, сийиши нормада, ич келиши нерегуляр 2йилдан бери, ич қотиши ич суюлиши билан алмашилиб келади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Аппендикуляр инфилтрат
- C) Ўнг тухумдон ўсмаси
- D) Йўғон ичак ўсмаси
- E) Сурункали колит

7. Бемор 6 сутоқадан бери хаста. Ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, оғиз қуришига шикоят қилади. Тана харорати 38,2. Оғриқ доимий, симилловчи. Эпигастрал сохадан бошланиб, ўнг ёнбош сохага ўтган. Тили қуруқ, оқ карашли. Пальпацияда ўнг ёнбош сохада чегараси ноаниқ, оғриқли, харакатсиз таранглашув аниқланади. Шу соха териси ўзгаришсиз. Қорин бошқа қисмлари ўзгаришсиз, юмшоқ. Физиологик чиқарувлари эркин.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Йўғон ичак ўсмаси
- C) Аппендикуляр инфилтрат
- D) Ўнг тухумдон ўсмаси
- E) Тўғирланмайдиган чов чурраси

8. Бемор овқат сақланмалли қайд қилишга, кўнгил айнишига, белдаги ва ўнг ёнбош сохадаги оғриққа шикоят қилади. Тана харорати 37,6. Ўнг оёқ қоринга тортилган, оёғини тўғирлаганда оғриқ кучаяди. Қорни бироз шишган, юмшоқ, Ўнг ёнбош сохаси оғриқли. Ровзинг, Ситковский симптомлари мусбат. Щеткин-Блюмберг симптоми манфий. Туртки симптоми ўнг томонда мусбат, Пти учбурчагида оғриқ аниқланади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Ўнг томонлама аднексит

- С) Бачадонданташқари хомиладорлик
- Д) Мезентериал лимфаденит
- Е) Ўнг томонлама буйра коликаси

9. Бемор ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, сийишини кўпайганлигига шикоят қилиб келди. 2 суткадан бери хаста. 16 хафталик хомиладор. Тана харорати 38. Пульс 92 та. Қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соха оғриқли. Перитонеал аломатлар мавхум. Пастернацкий симптоми ўнг томонлама мусбат. Лейк.– 14 Г/л, умумий сийдик тахлилида: оксил 0,02 г/л, лейкоцитлар 1/2, эритроцитлар единичные.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- А) Ўткир аппендицит
- В) Хомиладорлик пиелити
- С) Бачадондан ташқари хомиладорлик
- Д) Ўнг тухумдон кистаси буралиб қолиши
- Е) Ўнг тухумдон кистаси ёрилиши

10. Бемор ўнг ёнбош сохадаги диомий оғриққа шикоят қилади. Оғриқ эпигастрал сохадан бошланиб, кейин ўнг ёнбош сохага ўтган. Тана харорати 37,2. Тили қуруқ, асос қисми оқ қараш билан қопланган. Қорни шишмаган, пальпацияда ўнг ёнбош сохада ригидлик ва оғриқ сезади. Перистальтика одатий, ел чиқмоқда. Сийиши нормал.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- А) Ўткир холецистит
- В) Ўткир аппендицит
- С) Ўнг тухумдон кистаси буралиб қолиши
- Д) Ўткир аднексит
- Е) Ўткир панкреатит

10. Назорат саволлари.

Мустақил тайерланиш учун саволлар:

- ўткир қорин синдроми тушунчаси;
- қоринда оғриқ билан кечувчи хасталиклар;
- қоринда оғриқ билан кечувчи кам учрайдиган хасталиклар;
- қорин бўшлиғи ўткир жаррохлик хасталиклари клиникаси, диагностика, дифф.диагностикаси, даволаш тактикаси.

11. Тавсия қилинган адабиётлар.

Асосий:

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ошиғич жаррохлиги. Т.1991 й.
2. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т.2005й.
3. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т.2005г.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.1987г.
5. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия М., 1998 г.
6. Дж. Мерте «Справочник врача общей практики» перевод с англ. М. 1998 г.
7. Стандартные протоколы по теме;
8. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.2004г.
9. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). М.2006г.
10. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Т. 2003

Қўшимча:

1. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 г.
2. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М. 2000 г.
3. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т. 2003 г.

№16. Уткир корин синдроми

Мавзу. Уткир аппендицит. Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда узига ҳослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессида УАШ ва жаррох тактикаси.

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №16

Бухоро – 2014

Амалий машғулот № 16

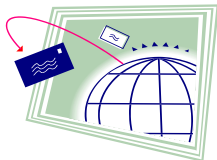
Уткир корин синдроми. УКС

Мавзу. Уткир аппендицит. (УА) Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда узига ҳослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессида УАШ ва жаррох тактикаси.

МАШГУЛОТНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Машғулот №16

Мавзу. Уткир аппендицит. (УА) Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда узига ҳослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессида УАШ ва жаррох тактикаси.



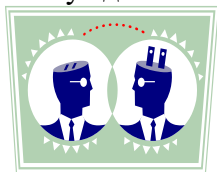
1. Машгулот урни ва талаблари

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, таркатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.

4.Мотивация

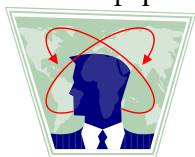
Қориндаги оғриқлар – хавотирли белгидир. Қоринда оғриқ бўлганда авваламбор тезкор операцияни талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир касалликларини (ўткир қорин синдроми) шубҳа остига олиш лозим бўлади. Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан бирдан. Қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит (31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%);

Ўткир қорин синдроми билан беморлар биринчи бўлиб умумий амалиёт шифокорига учрашади. УАШ ўткир қорин синдроми асосий симптомларини аниқлаши ва беморни махсус даволаш муассасасига йуналтира олиши лозим.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология .



2. Дарснинг мазмуни

4.1. Теоретик қисм.

Анатомия.

Ўткир аппендицит хирургик касаллик бўлиб, қур ичак чувалчангсимон усимтасининг ўткир носпецифик яллигланишидир. Ўткир аппендицит билан касалланиш ҳар минг кишидан 4-5 тасини ташкил қилади. Айниқса ўткир аппендицит 20-40 ёш орасида, аёлларда эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланади. Леталик 0,1-0,3% ни, операциядан кейинги асоратлар 5-9% ни ташкил қилади. Касалликнинг диагностикаси кийинлиги, асоратларнинг оғирлиги диагностикасининг кечикиши уз актуаллигини йукотмаган.

Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан бирдан. Ўткир

қорин синдроми қориндаги ўткир оғриқни билдириб, у қуйидаги саволларга ечимни топишни талаб этади: 1) беморга жаррох маслахати зарурми? 2) жаррохлик бўлимига ётқизиш керакми? 3) беморга тезкор операция қилиш лозимми?

Шифокор нафақат ҳаммага маълум бўлган қоида - «non posere», балки афсуски, эсдан чиққан 2- қоида - «juve» (ёрдам бер) дан келиб чиққан ҳолда ҳаракат қилишга интилади. Ташхис қўйиш, шифохонага ётқизиш, зарур бўлган текширувлар ва операциянинг кечиктирилиши жуда оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жаҳон статистикаси шундан далолат берадики, қорин бўшлиғи касалликларининг натижаси шифокорга мурожаат қилинган, шифохонага ётқизилгунча ҳамда операциягача ўтган вақтга тўғридан-тўғри боғлиқдир.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жаррохлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чаноқ соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача этади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чаноқ бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмастик ҳоллари ҳам учрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

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

- Қорин парда ичида жойлашиши;
- Қорин девори ичида жойлашиши;
- Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида бўлиши мумкин. Чувалчангсимон ўсимтанинг қон билан таъминланиши аппендикуляр артерия (a. appendicularis) орқали амалга оширилади, у ўз навбатида ёнбош-чамбар артериядан бошланади. Қон ёнбош-чамбар венага қуйиладиган аппендикуляр вена бўйлаб оқиб кетади.

Чувалчангсимон ўсимта иннервацияси симпатик ва парасимпатик нерв чигаллари томонидан амалга оширилади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ўзида лимфоид тўқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсиқ фаолиятини бажаради.

Бугунги кунгача, чувалчангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асосиз ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

- Шиллиқ қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.

- Таркибида кўп микдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, ҳимоя вази-фасини бажаради.
- Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмида маълум вази-фасини бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекция, кортико-висцерал, алергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оксилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ а. appendicularis тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлиқ мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озикланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. 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 бюирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

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

Клиник манзараси ва диагностикаси.

Ўткир аппендицитнинг клиник манзараси турли-туманлиги билан ажралиб туради, бу ҳол касалликнинг туригагина эмас, балки чувалчангси-мон 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 ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айланиши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°C 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 ўтилади, 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. Шчеткин – Блюмберг белгиси;
2. Воскресенский (“кўйлак сирпаниши”) белгиси;
3. Образцов белгиси;
4. Ситковский белгиси;
5. Бартомье-Михельсон белгиси;
6. Ровзинг белгиси;
7. Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силканиши 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 мушаклари-нинг 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, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг 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 ҳаракат 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.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Усимтанинг ретроцекал жойлашувида аппендицитни кечиши: А. Оғриқ унинг бел соҳасида булиши ва шу соҳадаги мушакларни таранго тортиши характерли. Б. Икрамов- Губергрин симптоми-унг сон артерияси пупарт бойлами тагидан кесиб куйилганда унг ёнбоши соҳасида оғриқ кучаяди. В. Яуре- Рязанов-Габбай симптоми унг петит учбурчак босиб курилганда оғриқка сабаб булади. Г. Агар яллиғланиш жараёни давом қилса корин парда ортини флегмонасига олиб келади. /ёки Псоас абсцесси кузатилади./ Д. Ванька-станька симптоми бемор оёқларини узата олмай корнини тортиб ётиши. Чанок аппендицитининг утиш хусусиятлари. А. Оғриқ кон усти соҳада аниқланади. Б. Клиникаси камрок ривожланган булади. В. Организмнинг реактивлигининг пасайиши ва карши курашини пастлигидан бундай беморлар врачга кеч, асоратлар пайдо булганда мурожат қилишади.

Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг 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 қилинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг ҳимоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

Чақалоклар 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).

Бирок, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори ($39-40^{\circ}\text{C}$) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади. Усимтанинг ретроцекал жойлашувида аппендицитни кечиши:

А. Оғрик унинг бел соҳасида булиши ва шу соҳадаги мушакларни таранго тортиши характерли.

В. Яуре – Рязанов - Габбай симптоми унн петит учбурчак босиб курилганда оғрикка сабаб булади.

Г. Агар яллигланиш жараёни давом килса корин парда ортини флегмонасига олиб келади. /ёки Псоас абсцесси кузатилади./

Д. Ванька-станька симптоми бемор оёқларини узата олмай коринни тортиб ётиши. Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари 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.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичрайдиган, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиққади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоцит-тар 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 келтири-ладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, ҳомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу

сабабли касалликнинг клиник кечиши анчайин ўзгаради. Оғриқлар ўнг ёнбош соҳасидан юқориқда 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 жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, хомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Болаларда уткир аппендицит катталарникига караганда нибатан кам учрайди. Касаллик пайдо булиши купинча 5 ёшдан кейинги даврга тугри келади. Уткир аппендицитнинг 5 ёшгача булган болаларда кам учрашини шу билан тушунтириш мумкинки, чувалчангсимон усимта бу даврда варонкасимон шаклда булади, ҳамда бу даврда чувалчангсимон усимтадаги лимфатик аппарат суст ривожланганлигидир.

Уткир аппендицит болаларда катталарга караганда оғир кечади. Бу бола организмнинг инфекцияга нисбатан курашнинг суслиги, бола корнининг суст пластик жихатлари, тулик ривожланмаганлиги унинг чувалчангсимон усимтага етиб бормаслиги шу сабабли чегара барериди катнашмаслиги билан тушунтирилади.

Коринда пайдо булган оғрик узининг санчикли характерга, аниқ динамикага эга эмаслиги билан катталардаги уткир аппендицитдан ажралиб туради. Шу айтиш керакки 10 ёшгача булган болалар оғрикнинг аниқ локализациясини курсата олмайди. Бу эса касалликни аниқлашда кийинчилик тугдиради. Болаларда кайт килиш куп маротаба булади, кичик болаларда кайт килиш ез-тез кузатилади. Боланинг холатида характерли хисобланади. У унг бикинида ёки орқаси билан ётади оёқларини коринга тортган холда ва кулларини унг бикини соҳасига куйиб, уни врач карашидан химоя килади. Секин пальпация килганда, бу ерда гиперэстезияни вниклаш мумкин, мушакларнинг таранглиги ва каттик оғрик зонаси, хатто касалликни 1-чи соатларида ҳам Шёткин-Блумберг, Воскресенский, Бартомье-Михелсон симптомлари аниқланади.

Тана харорати касалликнинг бошланишаданок анча юқори, лекин камдан кам холларда лейкоцитлар 20×10^9 л ошади.

Дифференциал диагностика. Болалардаги уткир аппендицит таккосий ташхискуйидаги касалликлар асосий эътиборни жалб этади: плевропневмония, гастроэнтерит дизентерия, геморрагик васкулит, Шенлейн Генох касаллиги.

Плевропневмонияни таккосий ташхислашда шуни хисобга олиш керакки, ушбу касаллик факат оғрик билан характерланмай балки оғрикнинг коринга берилиши, йутал, лаблар кукимтирлигига, бурунга утиши ва хансираш билан характерланади. Шуни назарда тутиш керакки, болалардаги нафас ва пулсинг нисбати 1:4, агарда 1:3 ёки 1:2 булса, бу уткир пневмонияга ишора килади. Пневмонияда шунингдек хириллашлар ва бошқалар.

Гастроэнтерит таккосий ташхисида шуни инобатга олиш керакки, Ушбу касаллик кориндаги оғриқдан эмас балки кайт килиш ва сувли ич кетиш пайдо булиш бошланади, оғрик уткир аппендицитга нисбатан кейинрок бошланади. Оғрик бу касалликда хуружсимон характерга эга, шундан сунг ката тахоратга эҳтиёж сезилади. Ушбу касалликда тана харорати юқори худди аппендицитдаги сингари лекин лейкоцитлар сони нормал ёки анча пасайган нейтрофил силжиши аниқ эмас.

Уткир аппендицитни дизентериядан фарклаш купинча кичик ёшдаги болаларда керак булади. Бу ерда асосий ролни анамнез уйнайди, асосан ушбу касаллик бир неча болаларда пайдо булганлиги айникса улар бир жамоа жойда булганларида билинади. Огриклар хуружсимон характерга эга купинча кориннинг чап кисмида жойлашади, бунда куп суюк кон аралаш тахорат булади. Кориннинг пастки чап кисмида максимал пайпаслаш огриклари кузатилади жуда кам, холлардагина кориннинг кузгалувчанлик симптомлари булади. Тана харорати дизентерияда купинча юкори 38-39 С лейкоцитлар сони унча катта булмаган нейтрофил силжиши билан ошган булиши мумкин.

Геморрагик васкулитнинг хисобдан чикариш учун, шуни инобатга олиш керакки, ушбу касалликдаги кориндаги огрик куп майда субсероз кон кетиш ва огрикнинг аник жойлашмаганлиги билан характерланади. Бундан ташкари синчков текширув терини текшириш геморрагик кон куйилишлар тананинг симметрик кисмларида, оёк кулларда, думба сохаларида унинг борлиги ёки колдикларида куриш мумкин. Шунингдек лунжнинг шиллик кавати тил ости сохасига эътибор бериш керак, чунки у ерда тошма пайдо булишидан олдин майда шиллик парда кон куйилишларини куриш мумкин. Текширувда корин девори таранглашмаган аммо Шёткин-Блюмберг симптоми купинча яккол, корин ахлат борлигини куриш мумкин. Тана харорати айрим холларда 38 С ва юкори лейкоцитлар унчалик катта булмаган нейтрофил силжиши билан кутарилган.

Агар кориннинг кузгалувчанлик симптомлари йук булиб, диарея ректал диагноз куйиш кийинчилик тугдирса, у холда 6-12 соат болани динамик кузатиш максадга мувофик. Шу билан бир каторда шуни инобатга олиш керакки катталарга караганда огир кечади. Шунинг учун хам касалликни 1-чи суткаларида айрим холларда усимтанинг дестукцияси ривожланади. Бундан келиб чиккан холда шуни айтиш мумкинки болаларга хирургик тактикани катталарга караганда анча актив килиш керак.

Буларнинг хаммаси касалликнинг иккинчи кунида пайдо буладиган аппендикуляр инфилтратга таъалукли. Болаларда чувалчангсимон усимтанинг анча узунлиги эса аксинча калталиги хисобига корин катта пластик хоссаларга эга эмаслиги учун пайдо булган инфилтрат мустахам эмас. Шу сабабли инфекциянинг корин бушлигига тарқалмаслиги учун тусик була олмайди. Шу билан боглик холда аппендикуляр инфилтратда операция курсатилади. Чунки чувалчангсимон усимтани чандикланмаган органдан ажратиб олиш кийинчилик тугдиради. Бу ерда чандик жараёни ва чувалчангсимон усимтани бошка органлар билан ёпишиши йуклиги учун. Бундан хирургик манипуляцияларни тартиби усимтанинг ишловидан ташкари худи катталарникидек бунинг сабаби 10 ёшгача булган болаларда ингичка ичакнинг шиллик кавати булмаслиги учун кisetли чок куйилади. Шунинг учун болаларнинг 1-2 чи ёшида лигатурали (ампутацияли) аппендэктомия усули кулланилади, бунда чувалчангсимон усимтанинг чултоги кетгут билан эмас шёлк ёки бошка сингиб кетмайдиган ип билан боғланади, шиллик кават электрокоагулятор билан куйдирилади ва шу холида корин бушлигида колдиради. Купчилик клиник экспрементлар шуни курсатадики бу усул чувалчангсимон усимтани ишлов бериш хавфсизлигини курсатади, катта ёшдаги болаларда катталарникидек чулток кisetли чок билан тикилади чунки бу ичак утмаслиги сабаби булиши мумкин. Операцияни жарохати тикиш ва зарур булганда корин бушлигини дренаж килиш билан тугатилади. Болаларда чувалчангсимон усимта корин бушлигида эркин жойлашгани учун, лапароскопик аппендэктомия килишига катта асос беради.

Урта ва кекса ёшдаги беморларда уткир аппендицит.

Ёш ва урта ёшдагиларга караганда кам учрайди. Уларнинг сони уткир аппендицитнинг 10% ни ташкил этади. Урта ва кекса ёшдаги беморларда уткир аппендицитнинг деструктив формаси куп учрайди бу бир томондан организмнинг реактивлигини пасайганлиги, бошка томондан эса кон томирларнинг атеросклеротик шикастланиши билан боғлиқ булиб, бу хол чувалчангсимон усимта кон айланишнинг бузилиши натижасида некроз ва гангренага олиб келиши мумкин. Шахсан кексаларда катарал ва флегмоноз яллигланишлардан кейин ривожланадиган бирламчи гангреноз аппендицит учрайди. Бу гуруҳга оид беморларда уткир аппендицит симптомокомплекси унчалик ёркин куринишга эга эмас. Касалликни бошланишида кекса беморлар эпигастрал сохадаги абдоминал огрикка эътибор беришмайди. Бу холат огрикка нисбатан кучайиши билан боғлиқ. Деструктив жараённинг ривожланиши хисобига урта ёшдаги беморларда кунгил айнаиши ва кайт килиш, катта тахоратга кам чикиши эътиборга лойик эмас, чунки кекса ёшда секинлик билан ичак бушатишга физиологик мойиллик мавжуд.

Текширилган аппендицитнинг деструктив холатларда кучли огрик сезилади. Ёшга мансуб булган корин деворларининг релаксацияси натижасида мушаклар таранглиги эътиборга лойик эмас. Лекин Шёткин-Блюмберг симптоми мусбат, купинча Воскресенский, Ситковский симптомлари мусбат. Айрим холларда ичаклар парези натижасида бурттирилган метеоризм кузатилади. Бу холат айникса касалликнинг деструктив формаларида булади. Тана харорати бироз кутарилган ёки нормал холатда булади хатто деструктив аппендицит булганда хам лейкоцитлар сони нормал ёки унчалик юкори эмас, 10-12x10⁹ л микдорда, нейтрофил силжиши сезиларсиз. Урта ёшдаги беморларда кекса ёки кариларга нисбатан аппендикуляр инфилтрат куп учрайди у аста секин ривожланиши билан характерланади. Беморлар купинча усимтасимон шиш пайдо булганини сезишади, улар кучсиз булган огриклардан бир неча вақт утгач пайдо булади. Бу холат аппендикуляр инфилтрат ва куричак орасида киёсий таккослашда мухим ахамиятга эга. Кариялардаги уткир аппендицитнинг узига хослиги шундаки, операциягача уткир аппендицитнинг у ёки бу клиник формага утишини аниклаш кийин. Бу актив хирургик юритиш зарурлигини курсатади, бунга яна бир сабаб шуки, карияларда аппендектомия хавфи баланд.

Огриксизлантириш масаласига келганда умумий анестезияни танлашади. Айникса нафас олиш ва юрак томир касалликлари бор беморларда.

Кари ёшдаги беморларда операциядан кейинги холатини олиб бориш осон эмас организмнинг мухим функционал бошкарувчи органларни контрол килиб туриш зарур. Асосан асосий чораларни нафаснинг бузилиши циркулятор узгаришлар, юрак етишмовчилиги метаболик узгаришлар ва уларни профилактика ва даволашга каратиш керак. Асосий эътиборни упка артерияси тромбоемболиясини профилактикасига каратиш лозим.

Охирги ун йилда аппендикуляр инфилтрат ташхиси ультратовуш текшириш усули жуда самарали натижа бермоқда, бу усул билан хосиланинг ички структурасини тулик урганиш мумкин, яллигланишнинг динамик кечиши, вақти утган сайин ва даволаш чораларини куллагандан кейинги узгаришлар, шунингдек даволаш тактикасини куллашда мухим ахамият касб этади. Аппендикуляр инфилтратнинг окибати унинг тулик сурилиб кетиши ёки унинг абсцессга айланиши хисобланади. Бу эса хирургик тактикани кулланишида ахамиятга эга, асосий чора булиб консерватив кутиш хисобланади. Операцияга карши курсатма аппендикуляр инфилтратнинг тинч кечиши хисобланиб, унинг динамикасида хосиланинг аниқ тенденцияси сурилиши кузатилади. Даволаш чора-тадбирларига беморлар кабул килинган кунданок ёток режими, унгуков

сохасига совуклик куйиш, енгил пархез ва антибиотиклар куллаш. Шу билан биргаликда корин бушлигининг холати тинмсиз кузатилиб, то эгри чизиги ва лейкоцитоз динамикаси доимий назоратга олиниб хар боскичда ультратовуш аппаратида текширув олиб борилади. Агар стационардаги кузатувда булган беморларда кайтадан унг ковурга сохасида кучли огрик туриб, системали яллигланиш реакцияси кучайса (лейкоцитоз ошиб кетиши, тана хароратининг гектик характерда булиши), бунда абсцесланган аппендикуляр инфилтратга шубха килса булади ва бу гумон ультратовуш текширувида аникланади. Шаклланган периаппендикуляр абсцесс юмалок формадаги бушликли хосила булиб, у бир киррали гипо ёки анэхоген массадан иборат каттик пиоген капсула булиб, диаметри 5-8 мм гача калинликда булади. Бундай холатларда хирургик аралашув курсатма хисобланади. Йиринглаган инфилтратни очиш одатдагидек умумий огриксизлантириш ва Воллович-Дьяконов кесими билан утказилади. Корин бушлиги очилган жуда хам эхтиёткорлик талаб килади, бу инфилтратлаган ичак ковузлогини зарарланмаслик учун килинади. Ушбу ковузлоклар ва унга якин тукумаларини ажратиб, патологик учок томон кириб борилади. Шундай кейин хосил булган тешик янада кенгайтирилади, йирингли учок олиниб, тозаланиб, урни диоксидин эритмаси билан ювилади, бир ёки икки каватли перчатка-докали тампон ва дренаж трубкаси урнатилади. Жаррохлик ярасини тампонларгача тикилади. Аппендикуляр инфилтрат йиринглаган холда латерал локализацияга эга булса, унда кориндан ташкари усул кулланилади. Бунинг учун Пирогов усулида ёндошиш (у Волкович-Дьяконов кесимига караганда латералрок жойлашади) килинади. Апоневроз очилгандан сунг, пальпация натижасида инфилтрат сохаси топилиб, флюктуация сохасида йиринглаган жой эхтиётлик билан очилади.

Шуни билиш зарурки, йиринглаган аппендикуляр инфилтратни очиш билан бевосита аппендэктомияни куллаш мумкин эмас. Йирингли учок тозалангач деструктив узгаришли чувалчангсимон усимтани олиб ташлаш хирург учун хеч кандай кийинчилик тугдирмасада, жарохатга мойил булган ичаклар, йирингли сохани чегаралаб турган тукума барьерини шикастлаши ва кайтмас асоратларга сабаб булиши мумкин: массив кон кетиш, ичакларда окма билан тугайдиган чукур зарарланиши ва бошкалар. Усимтани факатгина шундай холда олиб ташлаш мумкинки бу жаррох учун хеч кандай техник кийинчилик тугдирмасин (бунда усимга абсцесс бушлигида эркин ётган булиши лозим). Операциядан сунг беморларга дезинтоксикацион терапия ва кенг таъсирга эга булган антибиотиклар килинади. Аппендикуляр инфилтрат йиринглаганда чувалчангсимон усимтанинг тулик деструкциясига сабаб булади, бу эса уни йирингли ажралма устидан некрозланган масса куринишида тургандек булади. Баъзан чувалчангсимон усимтанинг бир кисми колиб кетиши уткир аппендицитга сабаб булади. Агар аппендикуляр инфилтрат йирингламасдан консерватив даволаш натижасида сурилиб кетса, беморни стационардан жавоб берилгандан 3-4 ой утганидан сунг уткир аппендицитнинг рецидивидан кочиш максидида режали равишда аппендэктомия операциясини утказиш тавсия килинади.

Корин бушлигида жойлашган локал абсцессларга чувалчангсимон усимтанинг аномал нотугри жойлашиши сабаб булади, бундан ташкари яна корин бушлиги ичи гематомалари, чувалчангсимон усимта сохасидаги инфилтрат жараёнлари сабаб булади. Юкорида келтирилганлардан энг куп учрайдигани бу чанок абсцесидир. Бунга биринчи уринда анатомик сабаб булиб, кичик чанок аъзолари пастда жойлашганлиги учун у ерга тез-тез яллигланиш экссудатлари тушиб туради. Тешилиш атроф органлар тукумалари билан ёпилгандан сунг эпигастрал сохада огрик колиб, аксинча, суюклик тупланиши купайиб боришига караб коринни ёнбош сохаси огрик кучаяди. Бундай ёлгондакам Кохер-Волкович симптоми уткир аппендицит борлиги тугрисида нотугри хулосага олиб келиб, натижада хирургик тактикада хатолик булиши мумкин. Хатолик булиши яна хам мукараррарли айтиб утилган вазиятда унг ёнбош сохада мушак

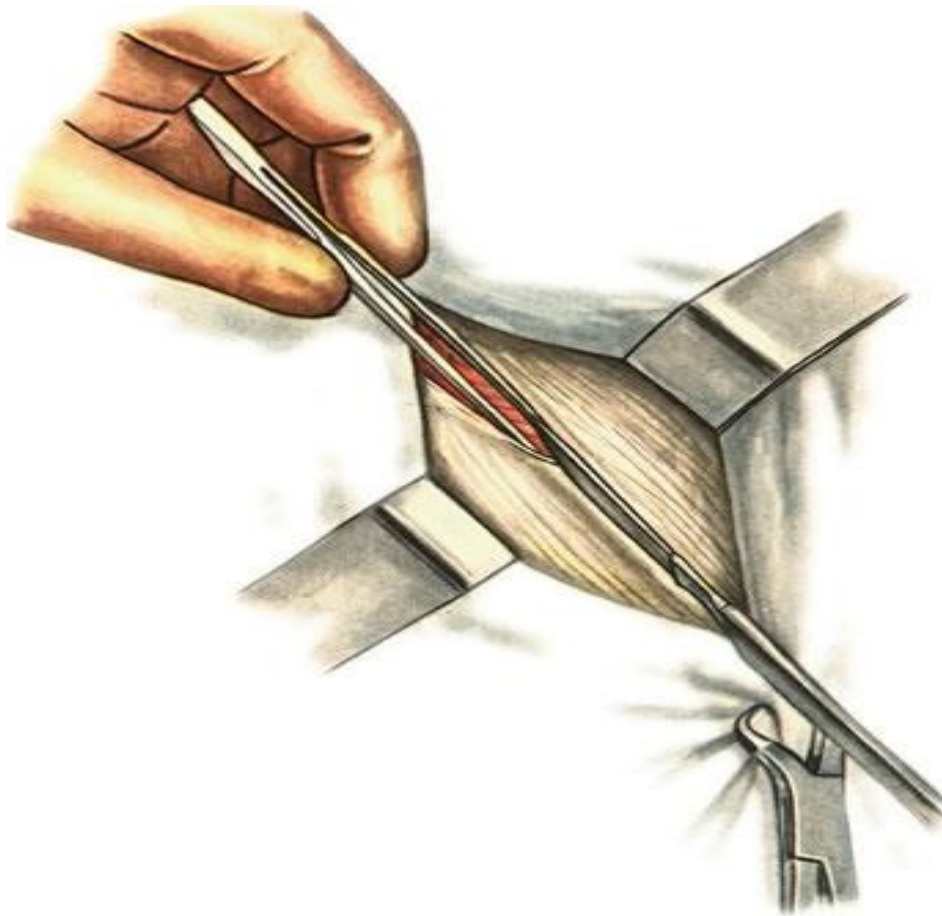
таранглиги ва бошка корин парда ялигланиш белгилари: Шёткин-Блюберг, Воскресенский ва бошкалар сабаб булиши мумкин. Шундан келиб чиккан холда якин ва кейинги анамнезини йиғиш муҳим рол уйнайди. Узок вақт мобайнида меъда дискомфортига ёки касаллиги борлигига, касалликнинг эпигастрал соҳада уткир оғрик билан бошланишига шикоятлар, қусиш йуклиги уткир аппендицит эмаслигидан дарак беради. Иккиланиш ва шубхалар перкутор ва рентгенологик текширилганда корин бушлигида эркин газ аниқланса, гумонлар йуқолади.

Чувалчангсимон усимтанинг атипик жойлашувида (жигар ости, сийдик чиқариш йуллари атрофи, кичик чанок бушлиги) уткир холецистит, урологик ва гинекологик касалликлар билан дифференциал диагностикага зарурият тугдиради.

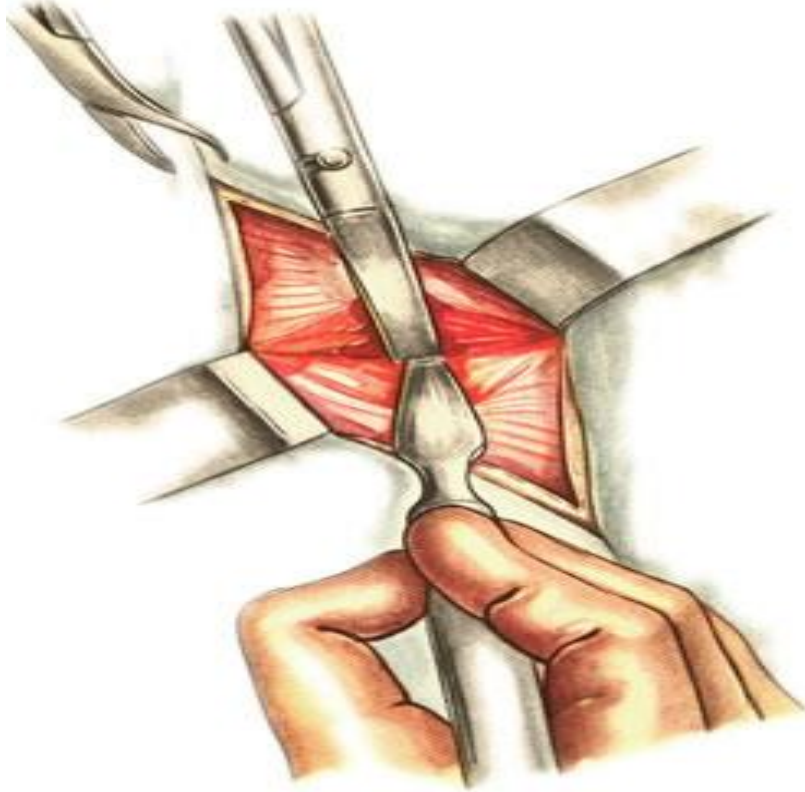
Даволаш.

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

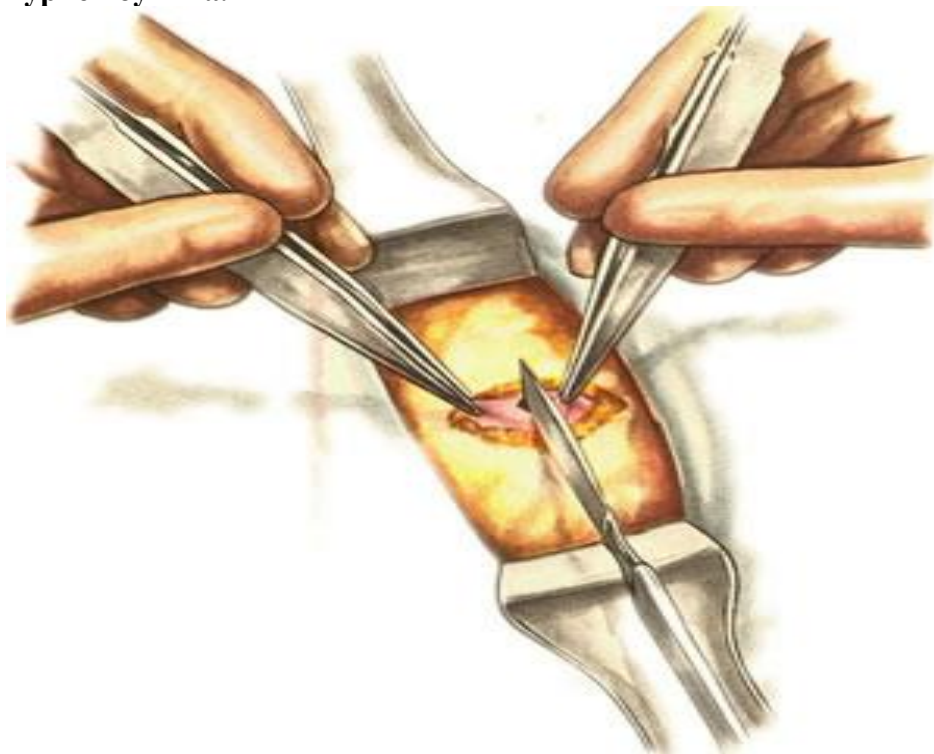
Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади.



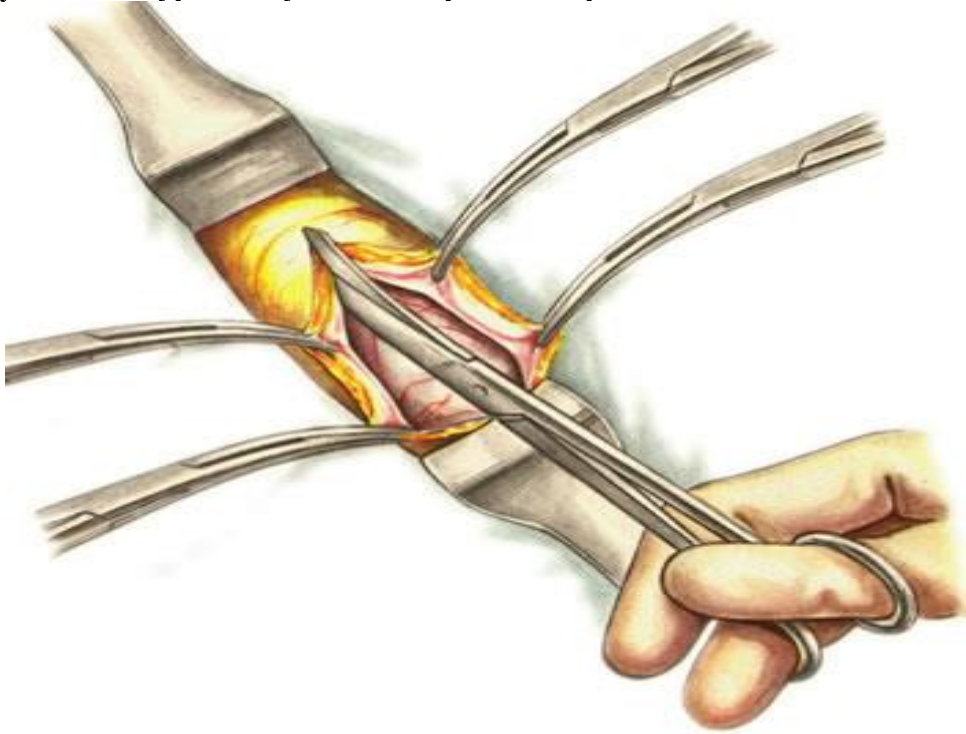
417. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—
 Дьяконову—Мак Бурней буйича. Ташки апоневрозни кесилиши.



418. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—
 Дьяконову—Мак Бурней буйича.

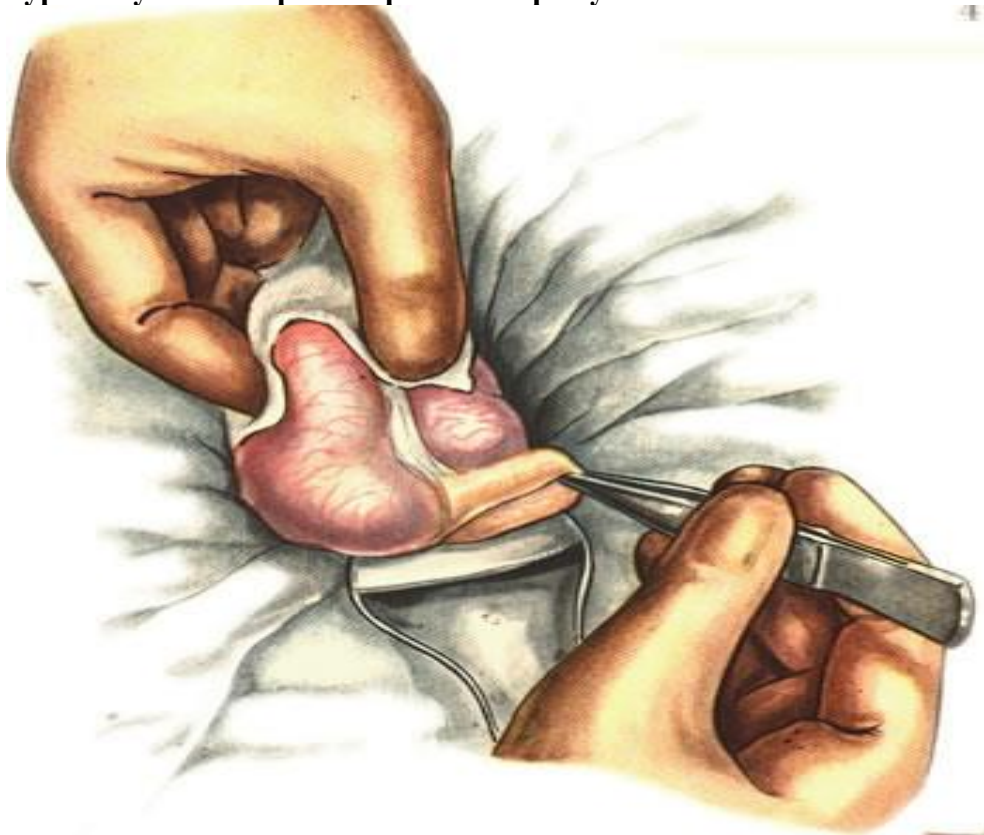


419. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—Дьяконову—Мак Бурней буйича. Париятал брюшина икта пинцет орасидан

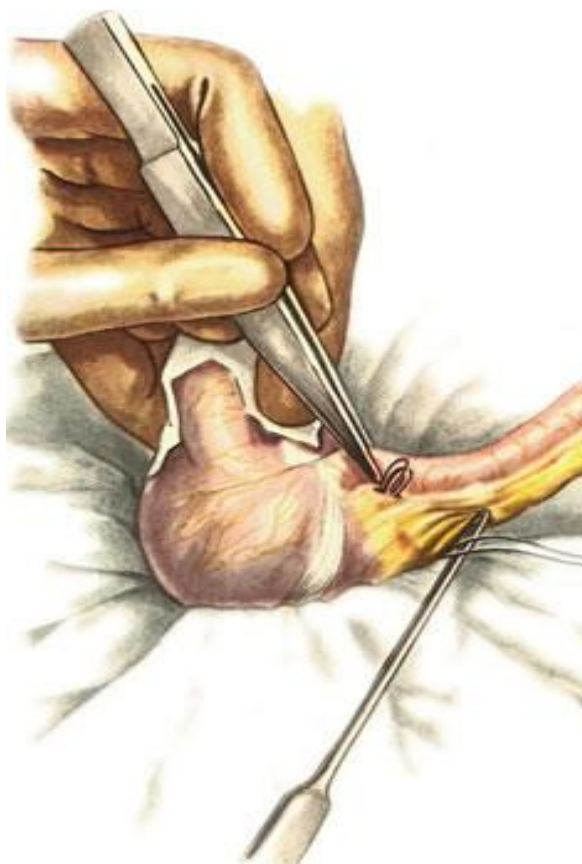


кесилиш.

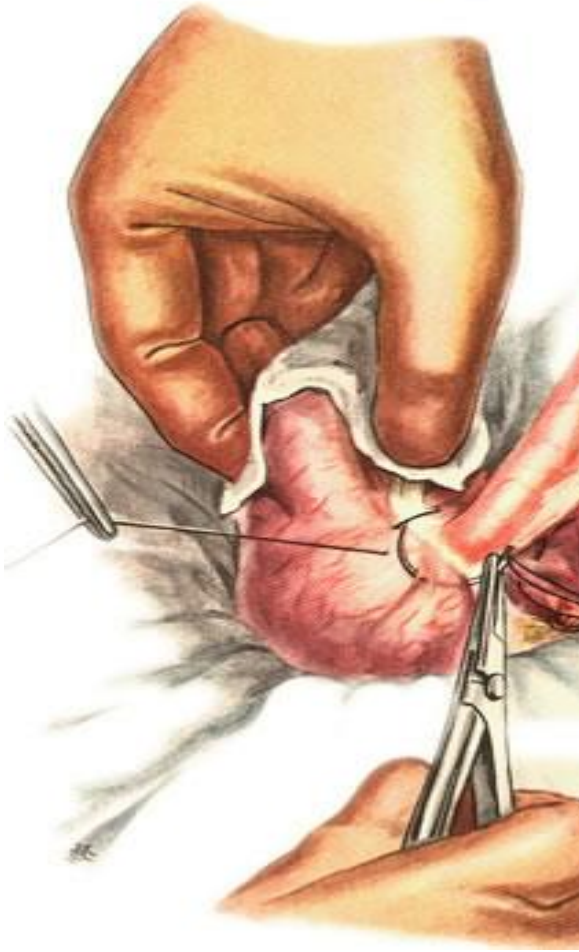
420. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—Дьяконову—Мак Бурней буйича. Париятал рюшина яра буйлаб кесилиши.



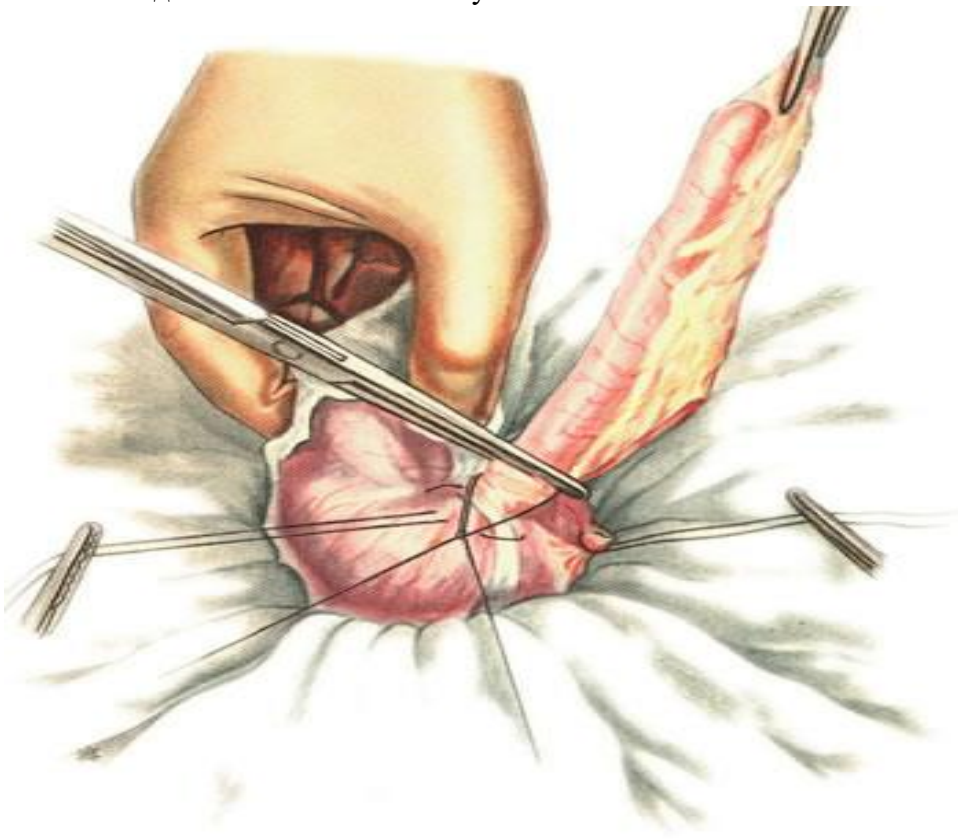
422. Аппендэктомия.



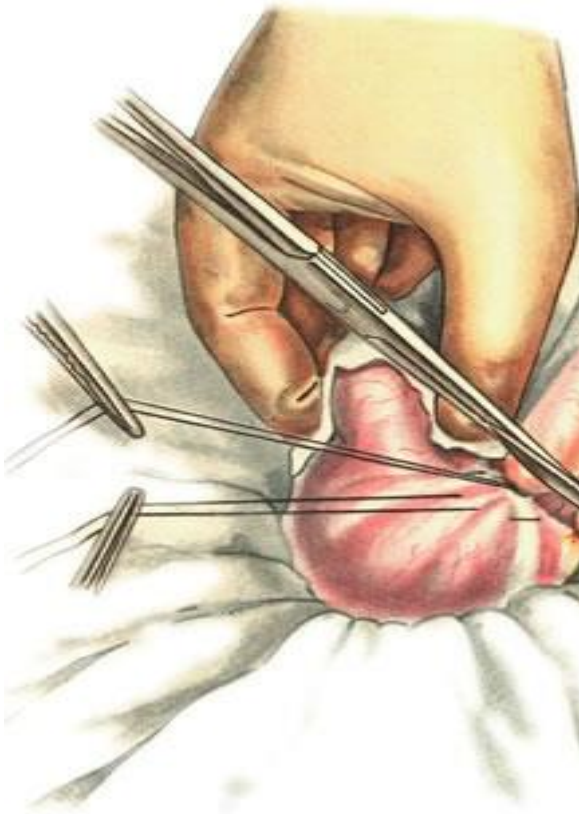
423. Аппендэктомия. Чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси боглаш ва кесиш.



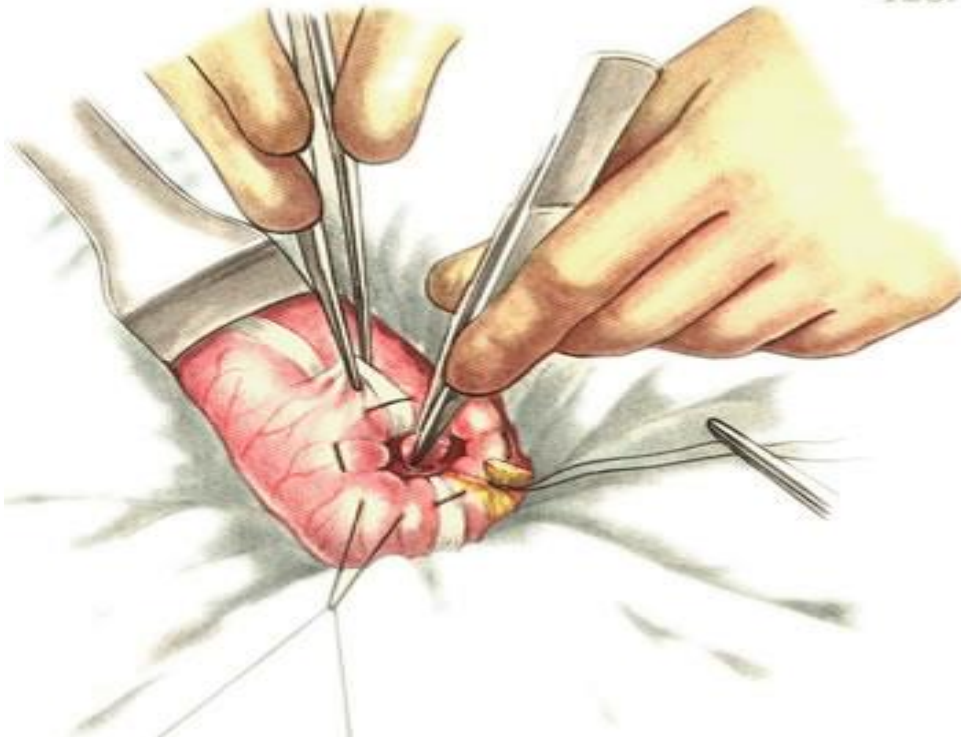
424. Аппендэктомия. Киссет чок куйиш.



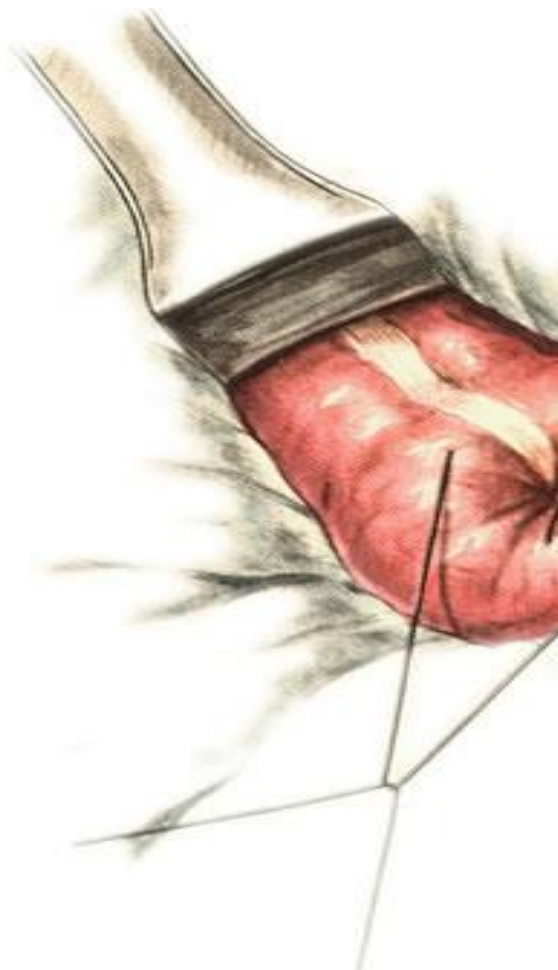
425. Аппендэктомия. Чувалчангсимон ўсимтанини боглаш.



427. Аппендэктомия. чувалчангсимон ўсимтасини кесиб олиш.



428-429. Аппендэктомия. Чўлтоғига кисет ва Z-симон чоклар қўйиш.



429. Аппендэктомия. Чўлтоғига кисет ва Z-симон чоклар қўйиш.

Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони баравар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кисет ва Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансанал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул қамда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз (расм 3).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

Ушбу машғулотда қуйидаги *янги педагогик технологиялар* қўлланилади:

- айланма стол усули
- “академик полемика” усули

Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

- Уткир қорин синдромининг сабабларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталиги ташхиси алгоритмининг кўрсатинг.
- Уткир аппендицитда инструментал текшириш усулларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталигида УАШ нинг тактикасини аниқланг.

“Академик полемика” усулини қўллаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консултациялар (шифокор-бемор) берилади. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консултациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

МАШГУЛОТНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Машғулот №16

Мавзу. Уткир аппендицит. (УА) Унинг болаларда, кариаларда, хомилдорларда узига хослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессда УАШ ва жарроҳ тактикаси.

1-Приложение

Блиц-опрос:

- уткир қорин сабаларини айтинг
- уткир аппендицит ташхис алгоритмининг курсатинг
- Уткир аппендицит инструментал текширув усулларини курсатинг
- уткир аппендицитта воп тактикаси.

1 - задание

Эксперт варағи

1-гуруҳ.

1. катарал ва флекманоз аппендецитдаги оператив даво усулларини фарқи?

2. Чивалчаксимон ичакни артериялар анатомияси?

“Ситуацион масала” таблицани тулдилинг

Масала тури	Сабалари	Ечилиш усули

2- группа.

1. Михельсона белгиси хомиладор айелда уткир аппендецит ташхиси билан бажарилиши
2. уткир аппендицит -клиника, диагностикаси, дифф. диагностикаси, ва даволаш турлари

“Ситуацион масала” таблицани тулдилинг

Масала тури	Сабалари	Ечилиш усули

3

2 - масала**“Т-схема” заполните таблицу**

Аппендикуляр абсцесда тактика?	Аппендикуляр инфилтратдаги тактика?

Критерии и показатели оценки работы с кейсом**Критерии и показатели оценки за работу в аудитории**

Гурух	Фаёл мак. 10 б	Информация иллюстрацияси билан мак. 30 б	Тулик жавоб мак. 10 б	Жами мак. 50 б
1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 баллов – коникарли 34-32 коникарсиз, 31 ва пасткиси – емон

Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

- Уткир корин синдромининг сабабларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталиги ташхиси алгоритмининг кўрсатинг.
- Уткир аппендицитда инструментал текшириш усулларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталигида УАШ нинг тактикасини аниқланг.

“Академик полемика” усулини қўллаш.

Гурух 2 кичик гурухчага бўлинади. Ҳар бир гурухчага консултациялар (шифокор-бемор) берилади. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консултациянинг яхши томонларини кўрсатади

(“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

4. Ситуацион масалалар.

1. Бемор 30 ёш, унғ енбош сохадаги огрикларга, кунгил айнаши, огиз куриши, дармонсизликка шикоят килади. 9 соатдан бери хаста. Огриклар эпигастрал сохадан бошланиб, унғ енбош сохага кучган. Хуруж 1.

Умумий ахволи нисбатан коникарли. Корин одатдаги шаклда, нафас актида симметрик иштирок этади. Пайпаслаганда унғ енбош сохада огрикли, мушаклар таранглиги аникланади. Щеткина Блюмберг, Ровзинг, Ситковский, Бартомье Михельсон белгилари мусбат.

Кон тахлилида: гем- 140г/л, эрит-4,2 лейкоцит- 9,4 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Уткир аппендицит	4
2.	Шикоятлари, курик, унғ ёнбош сохадаги локал огриклар, корин парда таъсирланиш белгиларининг мусбатлиги, лейкоцитоз.	3
3.	Хирургик булимга ёткизиш, тезкор оператив даво (аппендэктомия)	3

2. Беморда перфоратив аппендицит махаллий перитонит ташхиси билан операция утказилган. Операциядан кейин 7-суткада калтираш, курак кафаси унғ ярмида огрик кузатилган. Рентгеноскопияда унғ плеврал синусда суюклик, унғ диафрагма гумбазининг юкори туриши ва харакатини чекланиши аникланди. УЗД да диафрагма ости сохасида суюклик сакловчи, хажмли хосила аникланди. Кон тахлилида: гем- 120г/л, эрит-3,7 лейкоцит- 18,1 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Диафрагма ости соха абсцесси. Аппендэктомиядан кейинги холат	4
2.	Шикоятлари, курик, рентгеноскопия(унғ плеврал синусда суюклик, унғ диафрагма гумбазининг юкори туриши ва харакатини чекланиши) ва УЗИ (диафрагма ости сохасида суюклик сакловчи, хажмли хосила) хулосалари.	3
3.	Хирургик булимга ёткизиш, тезкор оператив даво (УЗИ контроли остида унғ диафрагма гумбази ости соха троакар ёрдамида дренажлаш ва йиринг санацияси)	3

3. Бемор Носиров Х 34 ёш, гангреноз аппендицит ташхиси билан операция утказилган. Операцияни 7-кун беморда калтираш, тугри ичакда огрик, тенезмлар кузатилган. Ректал текширувда кичик чанокда инфилтрат аникланди. 3 кун давомида беморга иссик ромашкали хукна ва антибиотиклар килинган, бемор ахволи яхшиланмаган. Ректал текширишда инфилтрат юмшаганлиги аникланди. Тана харорати гектик. Сизнинг ташхисингиз:

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Дуглас бушлиги абсцесси. Аппендэктомиядан кейинги холат	4
2.	Шикоятлари, анамнез (операция утказганлиги), курик, тана хароратини гектиклиги, ректал курик натижалари	3
3.	Хирургик булимга ётқизиш, тезкор оператив даво (тугри ичак олд девори буйлаб юмшаган инфилтрат устидан дренажлаш ва йирингли бушлик санацияси)	3

4. Аппендикуляр инфилтрат ташхиси билан даволанаётган беморда кунгил айниб қусиш, тана хароратини 40 С гача кутарилиши пайдо булиб корин унг ёнбош сохасидаги огриклар кучайди. Тили курук, карашли. Локал: корин унг ярми нафасда суст иштирок этади, пальпатор унг ёнбош сохада енбош суяги киррасига ёпишган, харакатсиз, юзаси гадир-будир, огрикли хосила аникланади. Махаллий мушаклар таранглашган, Щёткин-Блумберг белгиси мусбат. Кон тахлили: лейкоцит- 17,8 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Уткир гангреноз аппендицит. Асорати: периаппендикуляр абсцесс.	4
2.	Шикоятлари, анамнез, тана хароратини гектиклиги, унг енбош сохада енбош суяги киррасига ёпишган, юзаси гадир-будир, огрикли хосила аникланиши, махаллий мушаклар таранглашгани, Щёткин-Блумберг белгиси мусбатлиги, лейкоцит- 17,8 минг.	3
3.	Тезкор оператив даво: Пирогов кесмаси ёрдамида йирингли бушликни очиш, дренажлаш ва йирингли бушлик санацияси	3

5. Бемор Х, 46 ёш. Шикоятлари унг ёнбош сохадаги суст огрикларга, иштахасизликка. Анамнездан 6 кундан бери хаста. Ахволи нисбатан коникарли. Корин нафас актида симметрик иштирок этади, пальпатор унг ёнбош сохада ёнбош суяги кирраси билан ёпишган, харакатсиз, огрикли хосила аникланади. Перитонеал белгилар манфий. Тана температураси 36,9С. УТТ: унг ёнбош сохада d=4 см ли хосила аникланади, гомоген эхоструктурали. Кон тахлили: лейкоцит- 7,4 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Аппендикуляр инфилтрат	4
2.	Шикоятлари, анамнез, тана хароратини нормаллиги, унг енбош сохада енбош суяги киррасига ёпишган, юзаси гадир-будир, огрикли хосила аникланиши, Щёткин-Блумберг белгиси манфийлиги, УЗИ хулосаси, лейкоцит-	3

	7,4 минг.	
3.	Хирургик стационарга ётқишиш, антибактериал ва инфузион даво, спазмолитиклар, витаминлар. Динамик кузатув: беморнинг умумий ахволи, шикоятлари, динамикада температурани улчаш ва УЗИ.	3

Назорат учун тестлар

1. Аппендикуляр инфилтрат шаклланишининг бошлангич босқичига характерли эмас:

А) касалликнинг биринчи кунларида унг ёнбош соҳасида кузатилган огрикларнинг йуқолиши

Б) бемор умумий ҳолатини яхшиланиши

В) мушак зуриқиши ва бошка корин парда таъсирланиш симптомларини камайиши

*** Г) лейкоцитоз ошиши ва лейкоцитар формулани чапга силжиши

Д) унг ёнбош соҳада зич, кам ҳаракат, кам огрикли усмасимон ҳосилани пайдо булиши

2. Аппендикуляр инфилтратни абсцессланишига ҳос эмас:

А) юқори ҳарорат

Б) огрикларнинг кучайиши ёки кайта пайдо булиши

*** В) даволаш мобайнида инфилтратни камайиши

Г) корин парда таъсирланиш симптомларини пайдо булиши

Д) лейкоцитоз ва СОЭ ни ошиши

3. Инфилтрат билан асоратланган уткир аппендицитда шошилиш операцияга қарши курсатма:

А) шаклланмаган инфилтратда (касалликнинг 1-2 суткасида)

Б) касалликнинг 3-4 суткасида

*** В) зич инфилтратда (касалликнинг 5-ва ундан кейинги суткаларида)

Г) абсцессланган инфилтрат клиникаси кузатилганда

Д) аппендикуляр инфилтрат консерватив давоси эффе́кссизлиги

4. Уткир аппендицит оқибатида корин парда орти соҳасидага флегмона ривожланишига қуйидагилар сабаб булади:

*** А) чувалчангсимон усимтани ретроперитонеал жойлашиши

Б) унг ёнбош соҳадаги маҳаллий перитонит

В) чувалчангсимон усимтани кур ичакдан латерал томонда жойлашиши

Г) чувалчангсимон усимтани медиал жойлашуви

5. Пилефлебит ривожланиши уткир аппендицитни қайси шакли учун ҳос:

А) катарал

Б) флегмоноз

В) бирламчи гангреноз

***Г) гангреноз турида некротик жараённи туткичга утиши

Д) аппендикуляр инфилтратда

6. Бемор 59 ёш, 3 кун олдин эпигастрал сохада огрик пайдо булиб, унг ёнбош сохага узатилган. Бемор анальгин ичган, корнига грелка куйган, натижада огрик йуколган. Кейинги кун ичган, бутун корин буйлаб таркалган, куп марта кусиш кузатилган. Бемор ахволи огир. Пульс бир минутда 128 та, тили курук. Кориннинг хаммаси сохаси таранглашган ва огрикли. Щеткин-Блюмберг симптоми кориннинг хамма сохасида мусбат. Лейкоцитоз - $18.6 \cdot 10^9/\text{л}$. Кайси касаллик хакида уйлаш мумкин?

***А) Уткир перфоратив аппендицит, таркалган перитонит

Б) Пилефлебит

В) Периаппендикуляр абсцесс

Г) Овкат токсикоинфекцияси

Д) Деструктив холецистит

7. Аппендэктомия операцияси утказилган беморда операциядан кейинги 8 суткада калтираш, кукрак кафаси унг ярмида огрик кузатилган. УЗД да диафрагма ости сохасида суюклик сакловчи, хажмли хосила аникланди. Кон тахлилида: лейкоцит - 19,1 минг. Беморга унг диафрагма гумбазининг абсцесси диагнози куйилди. Айтилган хасталикка хос булган рентгенологик узгаришларни курсатинг.

А) унг плеврал синусда суюклик

Б) унг диафрагма харакатини чекланиши

В) корин бушлигида эркин хаво

Г) корин аортаси устида систолик шовкин

Д) унг диафрагма гумбазининг юкори туриши

Тугри жавоблар комбинациясини курсатинг.

А) А, Б, В. Б) А, В, Г. В) Б, В, Д. Г) Б, Г, Д. ***Д) А, Б, Д

8. Уткир аппендицитда хомиладорларда аникланадиган Михельсон симптоми кандай аникланади?

А) чалканча ётганда унг ёнбош соха пайпасланганда огрикни булиши

Б) чалканча ётганда унг оёкни бумасдан кутарилганда бел сохасида огрик пайдо булиши

В) Бемор чап ёнбошига ёнбошлаб ётганда огрик пайдо булиши

***Г) Бемор унг ёнбошига ёнбошлаб ётганда огрик пайдо булиши

Д) Бемор чап ёнбошига ёнбошлаб ётганда унг ёнбош соха пайпасланганда огрик булиши

9.26 ёшли беморда уткир аппендицит (чанокда жойлашуви) ва бачадондан ташқари хомиладорлик ёрилишини қиёсий ташхислашда эътиборли ҳолатлар:

- 1)шикоят ва анамнез
- 2)Гемоглобин курсатқичи
- 3)кин орқа гумбази пункцияси натижалари
- 4)Кулленкампф симптоми аниқланиши
- 5)ректал ва вагинал текширув натижалари

Тугри жавоб комбинациясини тангланг:

А)1,2 Б)1,2,3 В)1,2,3,4 Г)1,2,3,4,5, ***Д) ҳамма жавоб тугри

10.Уткир аппендицит симптомлари:

- А)Мерфи,Мюси-Георгиевский,Ортнер
- Б)Мейо-Робсон,Образцов,Ситковский,Керте
- ***В)Волкович-Кохер,Ровзинг,Образцов
- Г)Скляров,Валя
- Д)Воскресенский,Мондор

11.Ноаник уткир аппендицит диагностикасида қулланилади:

- А)Ум.кон ва сийдик анализи
- Б)Жорин бушлиги умумий рентгенографияси
- В)Лапароскопия
- Г) УЗИ
- ***Д) юкоридаги барча усуллар

12.Факат операция вақтида уткир аппендицитни қиёслаш мумкин:

- А)12 бармоқ ичак ярасини тешилиши
- Б)Уткир панкреатит билан
- ***В)Меккел дивертикулини яллигланиши билан
- Г)унг томонлама буйрак санчиги билан

Д) уткир холецистит билан

14. Унги томонлама буйрак санчигиучун эмас, уткир аппендицитга характерли:

А) сийдикда янги эритроцитларни аникланиши

Б) унги бел ёки ёнбош сохадаги огриклар

В) огрикларни унги сон, оралikka узатилиши

***Г) унги ёнбош сохадаги мушакларни таранглашиши

Д) Дизурик узгаришлар

15. Уткир аппендицитда бирламчи огриклар локализацияси купинча каердан бошланади:

А) бел сохасидан

Б) эпигастрал сохадан

В) киндик сохадан

Г) унги ёнбош сохадан

***Д) Б ва Г

Уткир аппендицитда диагностик алгоритм.

Диагностик алгоритм уткир аппендицитга

Хизмат (текширув) турлари	Тавсия	
	курсатма	сони
Мутахассислар куриги		
Анестезиолог	+	1
Лаборатор тахлиллар		
Умумий кон тахлили	+	1
Умумий сийдик тахлили	+-	1

Кон гуруҳини аниқлаш	+	1
Резус факторни аниқлаш	+	1
Кон лейкоцитар формуласи (лейкоцит, т. Ядроли)	+ -	2
Инструментал ва бошқа диагностика усуллари		
Электрокардиография (ЭКГ)	+	1
Кукрак кафаси рентгеноскопияси	+	1
УТТ	+ -	1
Даво усуллари		
Хирургик		

Эслатма.

*- КВП, ТМШ/ШМШ, ихтисослаштирилган тиббиёт муаассаларида утказилади.

** - ТМШ/ШМШ, ихтисослаштирилган тиббиёт муаассаларида утказилади.

*** - ихтисослаштирилган тиббиёт муаассаларида утказилади

+ - утказилиши шарт

+ - курсатмаларга асосан утказилади.

7. Билим, кўникма ва ўзлаштиришни назорат қилиш формалари;

- Оғзаки

- Ёзма

- Ситуацион масалаларини ечиш

- Эгалланган ва амалий кўникмаларни намойиш қилиш

6. Билим, кўникма ва ўзлаштиришни назорат қилиш формалари;

- Оғзаки

- Ёзма

- Ситуацион масалаларини ечиш

- Эгалланган ва амалий кўникмаларни намойиш қилиш

Машғулотнинг хронологик картаси.

№	Машғулотнинг босқичлари ва мавзунинг асосий саволлари	Машғулотнинг шакли	Машғулот давомийлиги 327 минут
1	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш).		15
2	Уткир корин синдроми мавзусини муҳокама қилиш, дастлабки билим даражасини аниқлаш ва муҳокама натижаларини чиқариш	Ўқув-назорат дастури бўйича сўров.	30
3	Талабаларга амалий ишларни бажариш учун вазифалар бериш. Мустақил курация.	Беморларни тақсимлаш, инструктаж.	50
4	Талабаларнинг мустақил амалий иши: Уткир корин синдроми (сўров, кўрик, пальпация, перкуссия) билан оғриган беморлар курацияси, беморлар боғловини алмаштириш,	Қасаллик тарихи, боғлов ва манипуляцион хоналаридаги ишлар.	60

	ошқозонни зондлаш ва ювиш.		
5	Уткир корин синдроми билан оғриган беморларнинг клиник-инструментал текшируви натижалари тахлили. Абдоминалогриklar дифф. диагностикаси. беморларни даво тактикасини белгилаш .	Суров, натижалар тахлили, дискуссия	67
6	Талабанинг реферат мавзусини тинглаш ва уни бутун гуруҳ Билан тахлил қилиш. Талабалар билимини 100 балли тизимда баҳолаш ва эълон қилиш. системе	Информация	30
7	Талабаларнинг олган назарий ва амалий билимларини асослаш машғулот мақсадига эришилганлик даражасининг муҳокамаси ва кейинги машғулотга тайёрланиш учун топшириқлар бериш (саволлар мажмуаси).	Мустақил тайёргарлик учун саволлар ва маълумотлар.	30
8	Ўқитувчининг машғулот бўйича хулосаси, машғулот мақсадига эришилганлик даражасининг муҳокамаси ва кейинги машғулотга тайёрланиш учун топшириқлар бериш (саволлар мажмуаси). Янги педогогик технологияларни куллаш: кичик гуруҳ услуги, СМ, аудио фильмлар, слайдлар ва бошқалар.	Услубий таъминлаш	40
9	Кутубхонадаги талабанинг мустақил шугулланиши		
	Жами		327

8. Назорат саволлари.

Мустақил тайёрланиш учун саволлар:

- уткир корин синдроми тушунчаси;
- коринда огрик билан кечувчи хасталиклар;
- коринда огрик билан кечувчи кам учрайдиган хасталиклар;
- уткир аппендицит клиникаси, диагностика, дифф.диагностикаси, даволаш тактикаси.

11. Тавсия қилинган адабиётлар.

- Асосий:**
1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Корин бушлиги аъзоларининг ошигич жаррохлиги. Т.1991й.
 2. Аталиев А.Е. и др. Учебное пособие по освоению практических навыков хирургического профиля. Т.2003г.
 3. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М.1998г
 4. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2005й.
 5. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005г.
 6. Лопухин Ю.М., Савелев В.С. Хирургия. М.1998г

7. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. Т. 2004г

Кушимча:

18. Ротков И.Л. Диаг. и тактические ошибки при остром аппендиците. М. 1988 г.

2. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М. 2000 г. 8. Савельев В.С.

3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004 г.

4. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). М. 2006 г

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

№16. Уткир корин синдроми

Мавзу. Уткир аппендицит. Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда узига ҳослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессида УАШ ва жарроҳ тактикаси.

Мавзуси бўйича амалий машғулот

ўқитиш технологияси

Амалий дарс №16

Бухоро – 2014

Амалий машғулот № 16

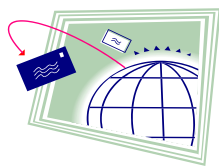
Уткир корин синдроми. УКС

Мавзу. Уткир аппендицит. (УА) Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда узига ҳослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессида УАШ ва жарроҳ тактикаси.

МАШГУЛОТНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Машғулот №16

Мавзу. Уткир аппендицит. (УА) Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда узига хослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессда УАШ ва жаррох тактикаси.



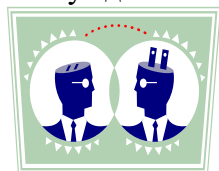
1. Машгулот урни ва талаблари

1. УАШ жаррохлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жаррохлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, тахлил натижалари, таркатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.

4.Мотивация

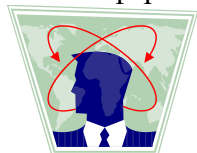
Қориндаги оғриқлар – хавотирли белгидир. Қоринда оғриқ бўлганда авваламбор тезкор операцияни талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир касалликларини (ўткир қорин синдромини) шубха остига олиш лозим бўлади. Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан. Қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит (31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%);

Уткир қорин синдроми билан беморлар биринчи бўлиб умумий амалиёт шифокорига учрашади. УАШ уткир қорин синдроми асосий симптомларини аниқлаши ва беморни махсус даволаш муассасасига йуналтира олиши лозим.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекцион касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология .



2. Дарсинг мазмуни

4.1. Теоретик қисм.

Анатомия.

Уткир аппендицит хирургик касаллик бўлиб, қур ичак чувалчангсимон усимтасининг уткир носпецифик яллигланишидир. Уткир аппендицит билан касалланиш ҳар минг кишидан 4-5 тасини ташкил қилади. Айниқса уткир аппендицит 20-40 ёш орасида, аёлларда эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланади. Леталик 0,1-0,3% ни,

операциядан кейинги асоратлар 5-9% ни ташкил қилади. Касалликнинг диагностикаси кийинлиги, асоратларнинг оғирлиги диагностикасининг кечикиши уз актуаллигини йукотмаган.

Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан. Ўткир қорин синдроми қориндаги ўткир оғриқни билдириб, у қуйидаги саволларга ечимни топишни талаб этади: 1) беморга жаррох маслаҳати зарурми? 2) жаррохлик бўлимига ётқизиш керакми? 3) беморга тезкор операция қилиш лозимми?

Шифокор нафақат ҳаммага маълум бўлган қоида - «non posse», балки афсуски, эсан чикқан 2- қоида - «juve» (ёрдам бер) дан келиб чикқан холда ҳаракат қилишга интилади. Ташхис қўйиш, шифохонага ётқизиш, зарур бўлган текширувлар ва операциянинг кечиктирилиши жуда оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жаҳон статистикаси шундан далолат берадики, қорин бўшлиғи касалликларининг натижаси шифокорга мурожаат қилинган, шифохонага ётқизилгунча ҳамда операциягача ўтганг вақтга тўғридан-тўғри боғлиқдир.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жаррохлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чаноқ соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чаноқ бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам учрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

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

- Қорин парда ичида жойлашиши;
- Қорин девори ичида жойлашиши;
- Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушкуллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида бўлиши 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 ўзида лимфоид тўқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсиқ фаолиятини бажаради.

Бугунги кунгача, чувалчангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асоссиз ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

- Шиллиқ қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.
- Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, ҳимоя вази-фасини бажаради.
- Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги ҳулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмида маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, алергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оксилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ а. appendicularis тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлиқ мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озикланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. 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 бюирмунча қулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

1. Аппендикуляр санчик (колика).
2. Оддий (юзаки, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит:
 - а) флегмоноз;
 - б) гангреноз;
 - в) гангреноз-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 чувалчангси-мон 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 ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташки жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айланиши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°C гача кўтарилиши билан ўтади. Бемор қайт қилганида, баъзи хирургик касалликларидаги каби қусгандан сўнг энгиллик 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 ўтилади, ўткир аппендицит учун хос бўлган белгиларни аниқлаш лозим бўлади. Бугунги кунда, ўткир аппендицитда учраши мумкин бўлган 100 дан ортиқ белгиларга таъриф берилган. Бироқ, уларнинг куйидаги еттасини аниқлаш, кўпинча тўлиқ ташхис қўйиш учун етарли ҳисобланади:

9. Шчеткин – Блюмберг белгиси;
10. Воскресенский (“қўйлак сирпаниши”) белгиси;
11. Образцов белгиси;
12. Ситковский белгиси;
13. Бартомье-Михельсон белгиси;
14. Ровзинг белгиси;
15. Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

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

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг 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, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг 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 энгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат 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.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Усимтанинг ретроцекал жойлашувида аппендицитни кечиши: А. Оғриқ унинг бел соҳасида булиши ва шу соҳадаги мушакларни таранго тортиши характерли. Б. Икрамов- Губергрин симптоми-унг сон артерияси пупарт бойлами тагидан кесиб куйилганда унг ёнбоши соҳасида оғриқ кучаяди. В. Яуре- Рязанов-Габбай симптоми унг петит учбурчак босиб қурилганда оғриқка сабаб булади. Г. Агар яллиғланиш жараёни давом қилса корин парда ортини флегмонасига олиб келади. /ёки Псоас абсцесси кузатилади./ Д. Ванька-станька симптоми бемор оёқларини узата олмай корнини тортиб ётиши. Чанок аппендицитининг утиш хусусиятлари. А. Оғриқ кон усти соҳада аниқланади. Б. Клиникаси камрок ривожланган булади. В. Организмнинг реактивлигининг пасайиши ва карши курашини пастлигидан бундай беморлар врачга кеч, асоратлар пайдо булганда мурожат қилишади.

Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг 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 қилинади (Коуп симптоми).

Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг ҳимоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади.

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).

Бирок, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори ($39-40^{\circ}\text{C}$) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади. Усимтанинг ретроцекал жойлашувида аппендицитни кечиши:

А. Оғрик унинг бел соҳасида булиши ва шу соҳадаги мушакларни таранго тортиши характерли.

В. Яуре – Рязанов - Габбай симптоми унп петит учбурчак босиб қурилганда оғрикка сабаб бўлади.

Г. Агар яллигланиш жараёни давом қилса корин парда ортини флегмонасига олиб келади. /ёки Псоас абсцесси кузатилади./

Д. Ванька-станька симптоми бемор оёқларини узата олмай коринни тортиб ётиши. Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви – юқори лейкоцитоз: 10×10^9 – 18×10^9 л ($10\,000$ – $18\,000$) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва ташхис қўйишда ёрдам бериши мумкин. Касалликнинг айниқса деструктив турларида ИЛИ (интоксикациянинг лейкоцитар индекси) ошишига аҳамият берилади.

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

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичрайдиган, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиққади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоци-тар 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 келтири-ладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, ҳомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши 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 жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, ҳомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Болаларда ўткир аппендицит катталарникига караганда нибатан кам учрайди. Касаллик пайдо бўлиши купинча 5 ёшдан кейинги даврга тугри келади. Уткир аппендицитнинг 5 ёшгача булган болаларда кам учрашини шу билан тушунтириш мумкинки, чувалчангсимон усимта бу даврда варонкасимон шаклда булади, ҳамда бу даврда чувалчангсимон усимтадаги лимфатик аппарат суст ривожланганлигидир.

Уткир аппендицит болаларда катталарга караганда оғир кечади. Бу бола организмнинг инфекцияга нисбатан курашнинг суслиги, бола корнининг суст пластик жихатлари, тулик ривожланмаганлиги унинг чувалчангсимон усимтага етиб бормаслиги шу сабабли чегара барериди катнашмаслиги билан тушунтирилади.

Коринда пайдо булган оғрик узининг санчикли характерга, аниқ динамикага эга эмаслиги билан катталардаги ўткир аппендицитдан ажралиб туради. Шу айтиш керакки 10 ёшгача булган болалар оғрикнинг аниқ локализациясини курсата олмайди. Бу эса касалликни аниқлашда кийинчилик тугдиради. Болаларда кайт килиш куп маротаба булади, кичик болаларда кайт килиш ез-тез кузатилади. Боланинг холатида характерли хисобланади. У унг бикинида ёки орқаси билан ётади оёқларини коринга тортган холда ва кулларини унг бикини соҳасига куйиб, уни врач карашидан химоя килади. Секин пальпация килганда, бу ерда гиперэстезияни вниклаш мумкин, мушакларнинг таранглиги ва каттик оғрик зонаси, хатто касалликни 1-чи соатларида ҳам Шёткин-Блюмберг, Воскресенский, Бартомье-Михелсон симптомлари аниқланади.

Тана харорати касалликнинг бошланишаданок анча юқори, лекин камдан кам холларда лейкоцитлар 20×10^9 л ошади.

Дифференциал диагностика. Болалардаги ўткир аппендицит таккосий ташхискуйидаги касалликлар асосий этиборни жалб этади: плевропневмония, гастроэнтерит дизентерия, геморрагик васкулит, Шенлейн Генох касаллиги.

Плевропневмонияни таккосий ташхислашда шуни хисобга олиш керакки, ушбу касаллик факат оғрик билан характерланмай балки оғрикнинг коринга берилиши, йутал, лаблар кукумтирлигига, бурунга утиши ва хансираш билан характерланади. Шуни назарда тутиш керакки, болалардаги нафас ва пулсинг нисбати 1:4, агарда 1:3 ёки 1:2 булса, бу ўткир пневмонияга ишора килади. Пневмонияда шунингдек хириллашлар ва бошкалар.

Гастроэнтерит таккосий ташхисда шуни инобатга олиш керакки, Ушбу касаллик кориндаги оғриқдан эмас балки кайт килиш ва сувли ич кетиш пайдо булиш бошланади, оғрик ўткир аппендицитга нисбатан кейинроқ бошланади. Оғрик бу касалликда

хуружсимон характерга эга, шундан сунг ката тахоратга эхтиёж сезилади. Ушбу касалликда тана харорати юкори худди аппендицитдаги сингари лекин лейкоцитлар сони нормал ёки анча пасайган нейтрофил силжиши аник эмас.

Уткир аппендицитни дизентериядан фарклаш купинча кичик ёшдаги болаларда керак булади. Бу ерда асосий ролни анамнез уйнайди, асосан ушбу касаллик бир неча болаларда пайдо булганлиги айникса улар бир жамоа жойда булганларида билинади. Огриклар хуружсимон характерга эга купинча кориннинг чап кисмида жойлашади, бунда куп суюк кон аралаш тахорат булади. Кориннинг пастки чап кисмида максимал пайпаслаш огриклари кузатилади жуда кам, холлардагина кориннинг кузгалувчанлик симптомлари булади. Тана харорати дизентерияда купинча юкори 38-39 С лейкоцитлар сони унча катта булмаган нейтрофил силжиши билан ошган булиши мумкин.

Геморрагик васкулитнинг хисобдан чиқариш учун, шуни инобатга олиш керакки, ушбу касалликдаги кориндаги огрик куп майда субсероз кон кетиш ва огрикнинг аник жойлашмаганлиги билан характерланади. Бундан ташқари синчков текширув терини текшириш геморрагик кон куйилишлар тананинг симметрик кисмларида, оёк кулларда, думба сохаларида унинг борлиги ёки колдикларида куриш мумкин. Шунингдек лунжнинг шиллик кавати тил ости сохасига эътибор бериш керак, чунки у ерда тошма пайдо булишидан олдин майда шиллик парда кон куйилишларини куриш мумкин. Текширувда корин девори таранглашмаган аммо Шёткин-Блюмберг симптоми купинча яккол, корин ахлат борлигини куриш мумкин. Тана харорати айрим холларда 38 С ва юкори лейкоцитлар унчалик катта булмаган нейтрофил силжиши билан кутарилган.

Агар кориннинг кузгалувчанлик симптомлари йук булиб, диарея ректал диагноз куйиш кийинчилик тугдирса, у холда 6-12 соат болани динамик кузатиш максадга мувофик. Шу билан бир каторда шуни инобатга олиш керакки катталарга караганда огир кечади. Шунинг учун хам касалликни 1-чи суткаларида айрим холларда усимтанинг дестукцияси ривожланади. Бундан келиб чиққан холда шуни айтиш мумкинки болаларга хирургик тактикани катталарга караганда анча актив килиш керак.

Буларнинг хаммаси касалликнинг иккинчи кунида пайдо буладиган аппендикуляр инфилтратга таъалукли. Болаларда чувалчангсимон усимтанинг анча узунлиги эса аксинча калталиги хисобига корин катта пластик хоссаларга эга эмаслиги учун пайдо булган инфилтрат мустахам эмас. Шу сабабли инфекциянинг корин бушлигига тарқалмаслиги учун тусик була олмайди. Шу билан боглик холда аппендикуляр инфилтратда операция курсатилади. Чунки чувалчангсимон усимтани чандикланмаган органдан ажратиб олиш кийинчилик тугдиради. Бу ерда чандик жараёни ва чувалчангсимон усимтани бошка органлар билан ёпишиши йуклиги учун. Бундан хирургик манипуляцияларни тартиби усимтанинг ишловидан ташқари худди катталарникидек бунинг сабаби 10 ёшгача булган болаларда ингичка ичакнинг шиллик кавати булмаслиги учун кisetли чок куйилади. Шунинг учун болаларнинг 1-2 чи ёшида лигатурали (ампутацияли) аппендэктомия усули кулланилади, бунда чувалчангсимон усимтанинг чултоги кетгут билан эмас шёлк ёки бошка сингиб кетмайдиган ип билан боғланади, шиллик кават электрокоагулятор билан куйдирилади ва шу холида корин бушлигида колдиради. Купчилик клиник экспериментлар шуни курсатадики бу усул чувалчангсимон усимтани ишлов бериш хавфсизлигини курсатади, катта ёшдаги болаларда катталарникидек чулток кisetли чок билан тикилади чунки бу ичак утмаслиги сабаби булиши мумкин. Операцияни жарохати тикиш ва зарур булганда корин бушлигини дренаж килиш билан тугатилади. Болаларда чувалчангсимон усимта корин бушлигида эркин жойлашгани учун, лапароскопик аппендэктомия килишига катта асос беради.

Урта ва кекса ёшдаги беморларда уткир аппендицит.

Ёш ва урта ёшдагиларга караганда кам учрайди. Уларнинг сони уткир аппендицитнинг 10% ни ташкил этади. Урта ва кекса ёшдаги беморларда уткир аппендицитнинг деструктив формаси куп учрайди бу бир томондан организмнинг реактивлигини пасайганлиги, бошқа томондан эса кон томирларнинг атеросклеротик шикастланиши билан боғлиқ булиб, бу хол чувалчангсимон усимта кон айланишнинг бузилиши натижасида некроз ва гангренага олиб келиши мумкин. Шахсан кексаларда катарал ва флегмоноз яллигланишлардан кейин ривожланадиган бирламчи гангреноз аппендицит учрайди. Бу гурухга оид беморларда уткир аппендицит симптомокомплекси унчалик ёркин курунишга эга эмас. Касалликни бошланишида кекса беморлар эпигастрал сохадаги абдоминал огрикка эътибор беришмайди. Бу холат огрикка нисбатан кучайиши билан боғлиқ. Деструктив жараённинг ривожланиши хисобига урта ёшдаги беморларда кунгил айланиши ва кайт килиш, катта тахоратга кам чиқиши эътиборга лойик эмас, чунки кекса ёшда секинлик билан ичак бушатишга физиологик мойиллик мавжуд.

Текширилган аппендицитнинг деструктив холатларда кучли огрик сезилади. Ёшга мансуб булган корин деворларининг релаксацияси натижасида мушаклар таранглиги эътиборга лойик эмас. Лекин Шёткин-Блюмберг симптоми мусбат, купинча Воскресенский, Ситковский симптомлари мусбат. Айрим холларда ичаклар парези натижасида бурттирилган метеоризм кузатилади. Бу холат айникса касалликнинг деструктив формаларида булади. Тана харорати бироз кутарилган ёки нормал холатда булади хатто деструктив аппендицит булганда хам лейкоцитлар сони нормал ёки унчалик юкори эмас, 10-12x10⁹ л микдорда, нейтрофил силжиши сезиларсиз. Урта ёшдаги беморларда кекса ёки қариларга нисбатан аппендикуляр инфилтрат куп учрайди у аста секин ривожланиши билан характерланади. Беморлар купинча усимтасимон шиш пайдо булганини сезишади, улар кучсиз булган огриклардан бир неча вақт утгач пайдо булади. Бу холат аппендикуляр инфилтрат ва куричак орасида киёсий таккослашда мухим ахамиятга эга. Қариялардаги уткир аппендицитнинг узига хослиги шундаки, операциягача уткир аппендицитнинг у ёки бу клиник формага утишини аниқлаш кийин. Бу актив хирургик юритиш зарурлигини курсатади, бунга яна бир сабаб шуки, қарияларда аппендектомия хавфи баланд.

Огриксизлантириш масаласига келганда умумий анестезияни танлашади. Айникса нафас олиш ва юрак томир касалликлари бор беморларда.

Қари ёшдаги беморларда операциядан кейинги холатини олиб бориш осон эмас организмнинг мухим функционал бошқарувчи органларни контрол килиб туриш зарур. Асосан асосий чораларни нафаснинг бузилиши циркулятор узгаришлар, юрак етишмовчилиги метаболик узгаришлар ва уларни профилактика ва даволашга қаратиш керак. Асосий эътиборни упка артерияси тромбоземболиясини профилактикасига қаратиш лозим.

Охирги ун йилда аппендикуляр инфилтрат ташхиси ультратовуш текшириш усули жуда самарали натижа бермокда, бу усул билан хосиланинг ички структурасини тулик урганиш мумкин, яллигланишнинг динамик кечиши, вақти утган сайин ва даволаш чораларини куллагандан кейинги узгаришлар, шунингдек даволаш тактикасини куллашда мухим ахамият касб этади. Аппендикуляр инфилтратнинг окибати унинг тулик сурилиб кетиши ёки унинг абсцессга айланиши хисобланади. Бу эса хирургик тактикани кулланишида ахамиятга эга, асосий чора булиб консерватив кутиш хисобланади. Операцияга қарши курсатма аппендикуляр инфилтратнинг тинч кечиши хисобланиб, унинг динамикасида хосиланинг аниқ тенденцияси сурилиши кузатилади.

Даволаш чора-тадбирларига беморлар кабул килинган кунданок ёток режими, унгуковук сохасига совуклик куйиш, енгил пархез ва антибиотиклар куллаш. Шу билан биргаликда корин бушлигининг холати тинмсиз кузатилиб, то эгри чизиги ва лейкоцитоз динамикаси доимий назоратга олиниб хар боскичда ультратовуш аппаратида текширув олиб борилади. Агар стационардаги кузатувда булган беморларда кайтадан унгуковурга сохасида кучли огрик туриб, системали яллигланиш реакцияси кучайса (лейкоцитоз ошиб кетиши, тана хароратининг гектик характерда булиши), бунда абсцесланган аппендикуляр инфилтратга шубха килса булади ва бу гумон ультратовуш текширувида аникланади. Шакланган периаппендикуляр абсцесс юмалок формадаги бушликли хосила булиб, у бир киррали гипо ёки анэхоген массадан иборат каттик пиоген капсула булиб, диаметри 5-8 мм гача калинликда булади. Бундай холатларда хирургик аралашув курсатма хисобланади. Йиринглаган инфилтратни очиш одатдагидек умумий огриксизлантириш ва Волювич-Дьяконов кесими билан утказилади. Корин бушлиги очилган жуда хам эхтиёткорлик талаб килади, бу инфилтратлаган ичак ковузлогини зарарланмаслик учун килинади. Ушбу ковузлоклар ва унга якин тукумаларини ажратиб, патологик учок томон кириб борилади. Шундай кейин хосил булган тешик янада кенгайтирилади, йирингли учок олиниб, тозаланиб, урни диоксидин эритмаси билан ювилади, бир ёки икки каватли перчатка-докали тампон ва дренаж трубкаси урнатилади. Жаррохлик ярасини тампонларгача тикилади. Аппендикуляр инфилтрат йиринглаган холда латерал локализацияга эга булса, унда кориндан ташкари усул кулланилади. Бунинг учун Пирогов усулида ёндошиш (у Волкович-Дьяконов кесимига караганда латералрок жойлашади) килинади. Апоневроз очилгандан сунг, пальпация натижасида инфилтрат сохаси топилиб, флюктуация сохасида йиринглаган жой эхтиётлик билан очилади.

Шуни билиш зарурки, йиринглаган аппендикуляр инфилтратни очиш билан бевосита аппендэктомияни куллаш мумкин эмас. Йирингли учок тозалангач деструктив узгаришли чувалчангсимон усимтани олиб ташлаш хирург учун хеч кандай кийинчилик тугдирмасада, жарохатга мойил булган ичаклар, йирингли сохани чегаралаб турган тукума барьерини шикастлаши ва кайтмас асоратларга сабаб булиши мумкин: массив кон кетиш, ичакларда окма билан тугайдиган чукур зарарланиши ва бошкалар. Усимтани факатгина шундай холда олиб ташлаш мумкинки бу жаррох учун хеч кандай техник кийинчилик тугдирмасин (бунда усимга абсцесс бушлигида эркин ётган булиши лозим). Операциядан сунг беморларга дезинтоксикацион терапия ва кенг таъсирга эга булган антибиотиклар килинади. Аппендикуляр инфилтрат йиринглаганда чувалчангсимон усимтанинг тулик деструкциясига сабаб булади, бу эса уни йирингли ажралма устидан некротланган масса куринишида тургандек булади. Баъзан чувалчангсимон усимтанинг бир кисми колиб кетиши уткир аппендицитга сабаб булади. Агар аппендикуляр инфилтрат йирингламасдан консерватив даволаш натижасида сурилиб кетса, беморни стационардан жавоб берилгандан 3-4 ой утгандан сунг уткир аппендицитнинг рецидивидан кочиш максатида режали равишда аппендэктомия операциясини утказиш тавсия килинади.

Корин бушлигида жойлашган локал абсцессларга чувалчангсимон усимтанинг аномал нотугри жойлашиши сабаб булади, бундан ташкари яна корин бушлиги ичи гематомалари, чувалчангсимон усимта сохасидаги инфилтрат жараёнлари сабаб булади. Юкорида келтирилганлардан энг куп учрайдигани бу чанок абсцесидир. Бунга биринчи уринда анатомик сабаб булиб, кичик чанок аъзолари пастда жойлашганлиги учун у ерга тез-тез яллигланиш экссудатлари тушиб туради. Тешилиш атроф органлар тукумалари билан ёпилгандан сунг эпигастрал сохада огрик колиб, аксинча, суюклик тупланиши купайиб боришига караб коринни ёнбош сохаси огрик кучаяди. Бундай ёлгондакам Кохер-Волкович симптоми уткир аппендицит борлиги тугрисида нотугри хулосага олиб келиб, натижада хирургик тактикада хатолик булиши мумкин. Хатолик

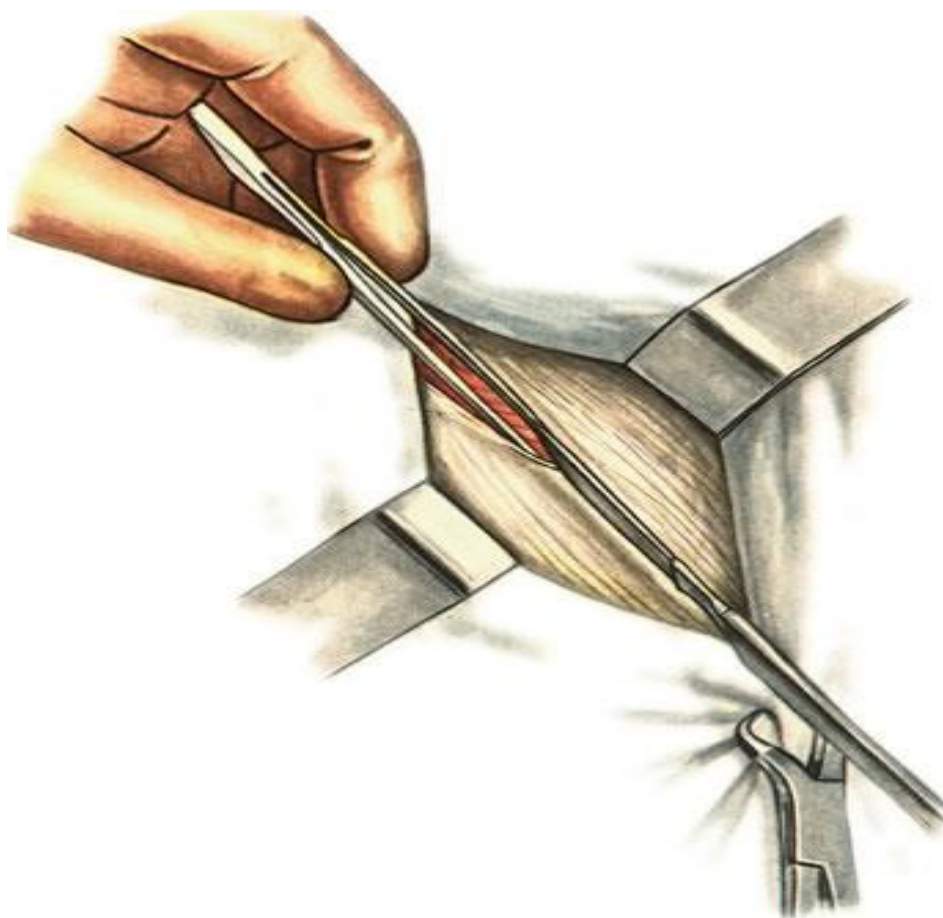
булиши яна ҳам муқаррарли айтиб утилган вазиятда унғ ёнбош соҳада мушак таранглиги ва бошқа корин парда ялиғланиш белгилари: Шёткин-Блюберг, Воскресенский ва бошқалар сабаб булиши мумкин. Шундан келиб чиққан холда яқин ва кейинги анамнезини йиғиш муҳим рол уйнайди. Узок вақт мобайнида меъда дискомфортига ёки касаллиги борлигига, касалликнинг эпигастрал соҳада уткир оғрик билан бошланишига шикоятлар, қусиш йуклиги уткир аппендицит эмаслигидан дарак беради. Иккиланиш ва шубҳалар перкутор ва рентгенологик текширилганда корин бушлигида эркин газ аниқланса, гумонлар йуқолади.

Чувалчангсимон усимтанинг атипик жойлашувида (жигар ости, сийдик чиқариш йуллари атрофи, кичик чанок бушлиги) уткир холецистит, урологик ва гинекологик касалликлар билан дифференциал диагностикага зарурият тугдиради.

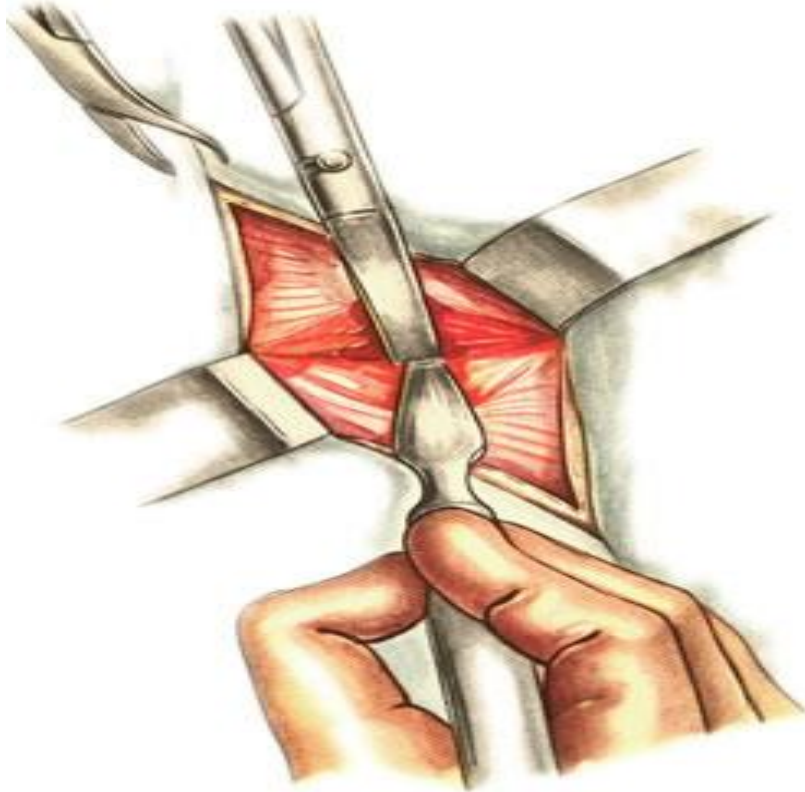
Даволаш.

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриқсизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриқсизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

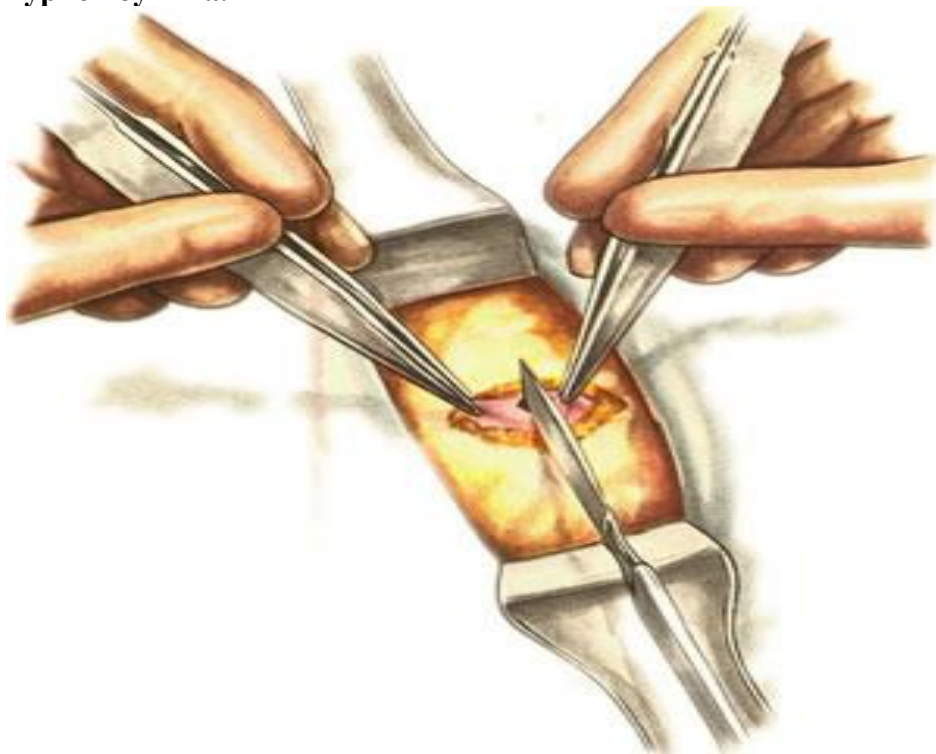
Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади.



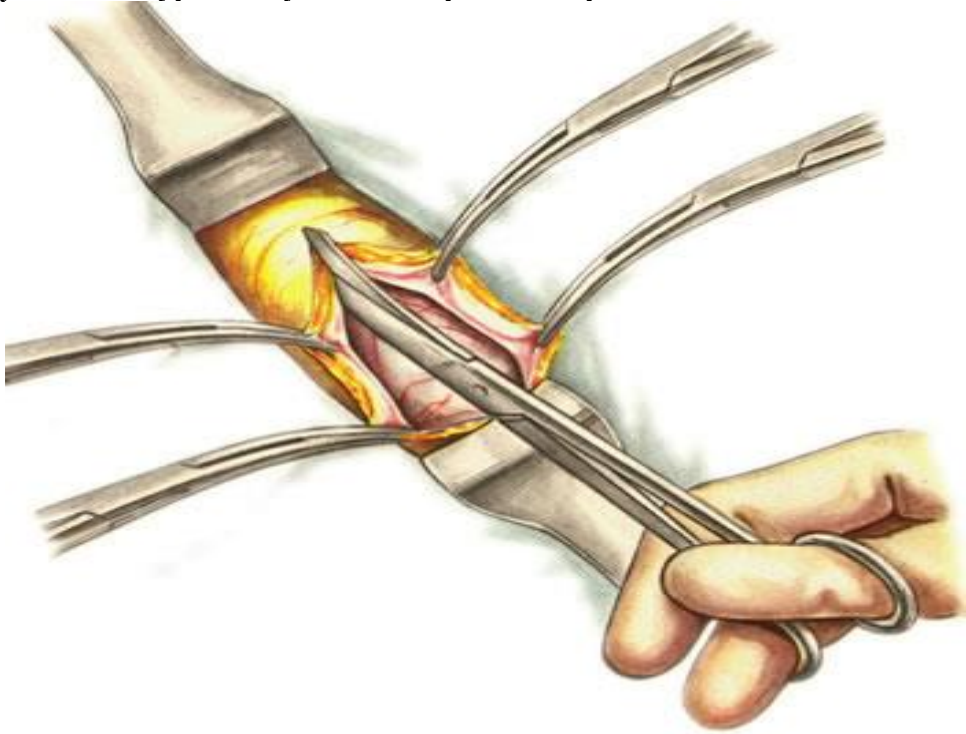
417. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—
Дьяконову—Мак Бурней буйича. Ташки апоневрозни кесилиши.



418. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—
Дьяконову—Мак Бурней буйича.

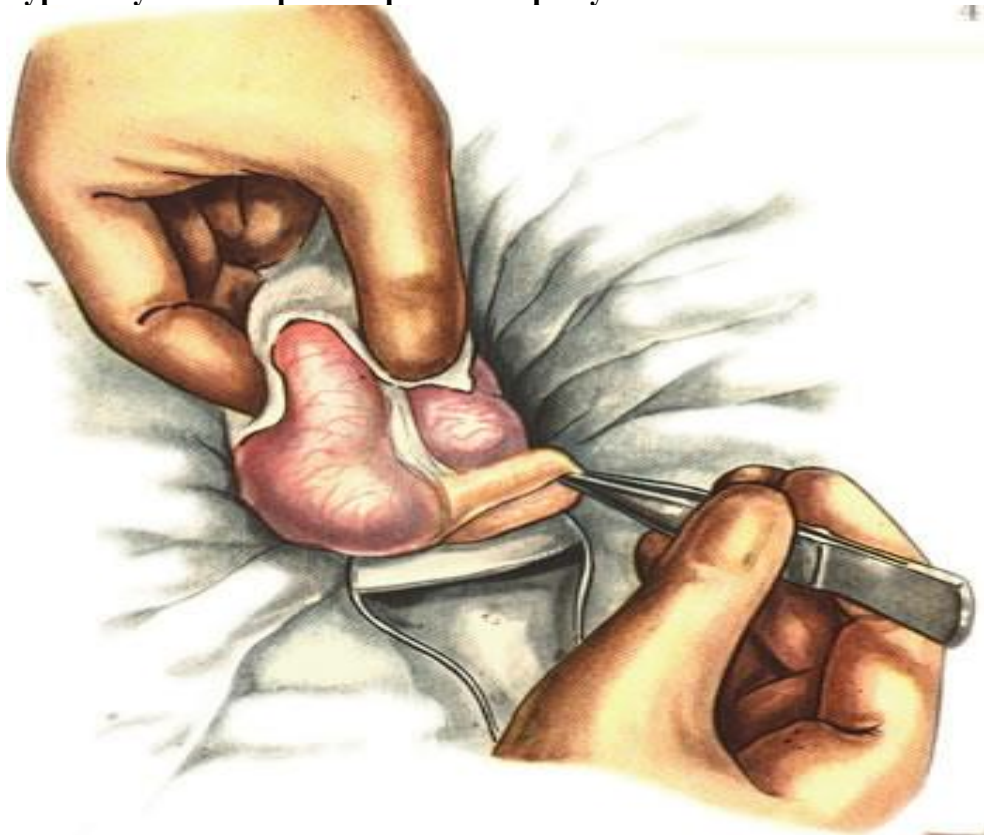


419. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—Дьяконову—Мак Бурней буйича. Париятал брюшина икта пинцет орасидан

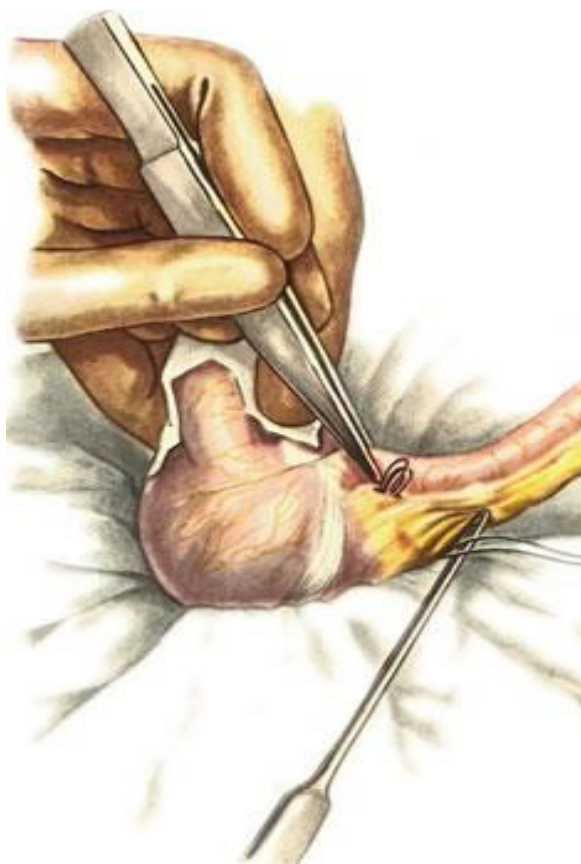


кесилиш.

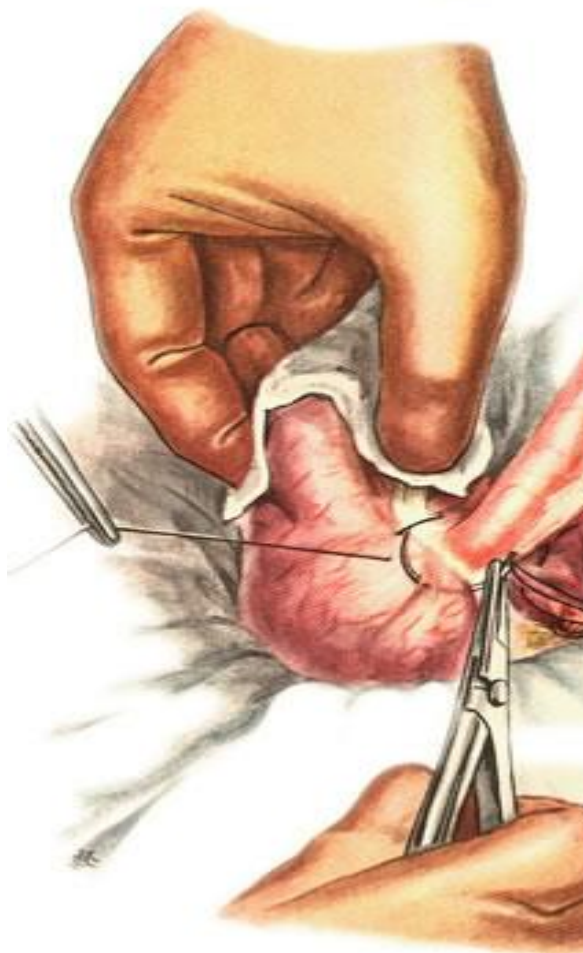
420. Аппендэктомия. Корин олди девори кесилиши Волковичу—Дьяконову—Мак Бурней буйича. Париятал рюшина яра буйлаб кесилиши.



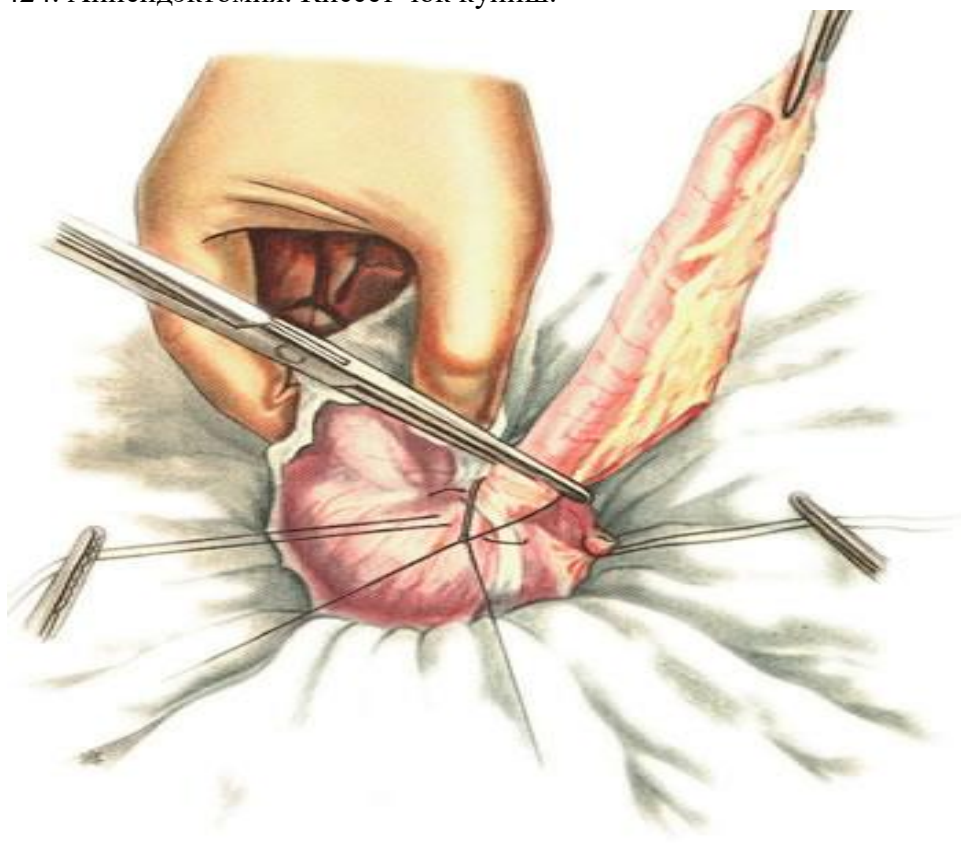
422. Аппендэктомия.



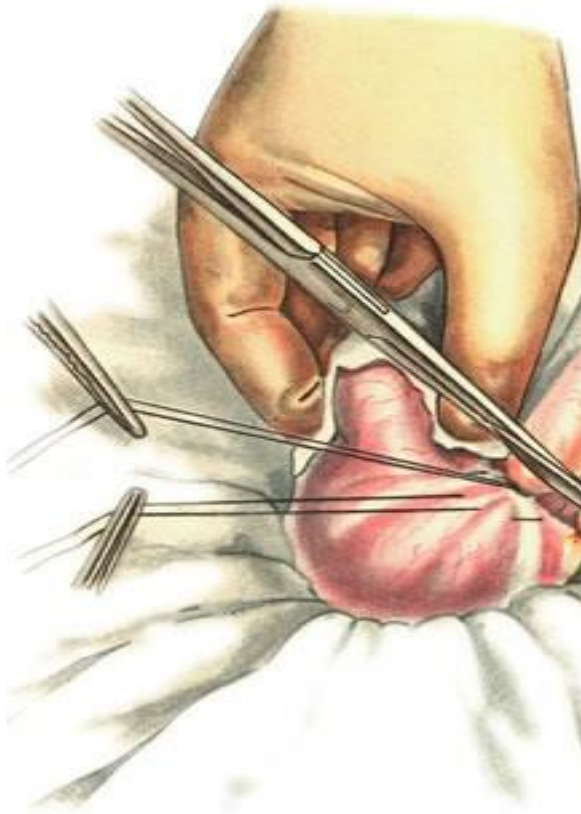
423. Аппендэктомия. Чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси боглаш ва кесиш.



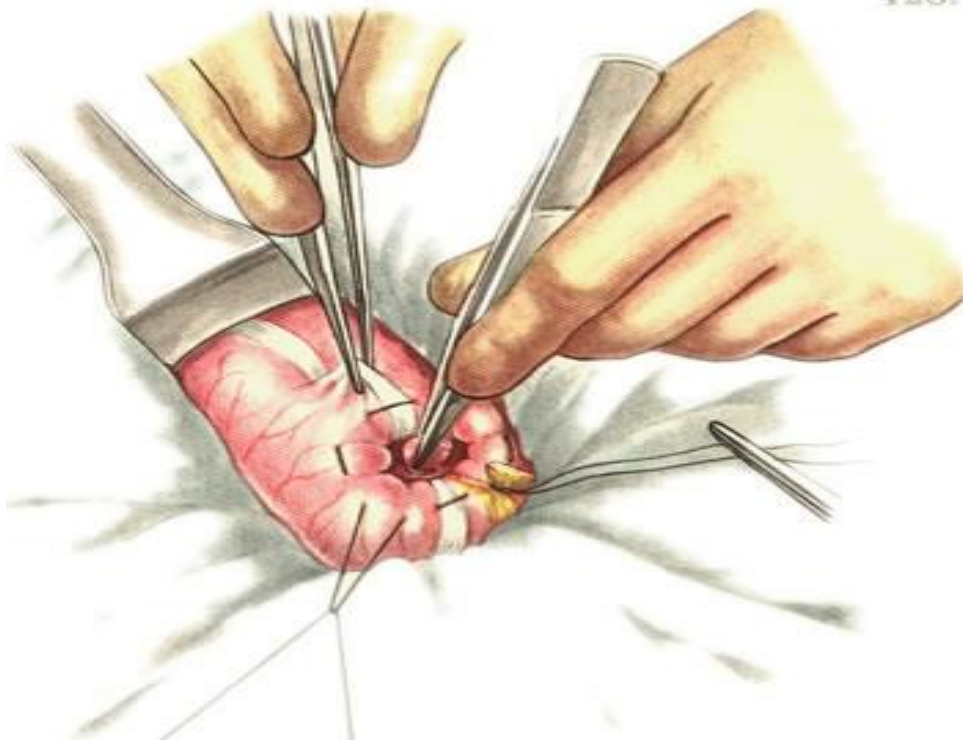
424. Аппендэктомия. Киссет чок куйиш.



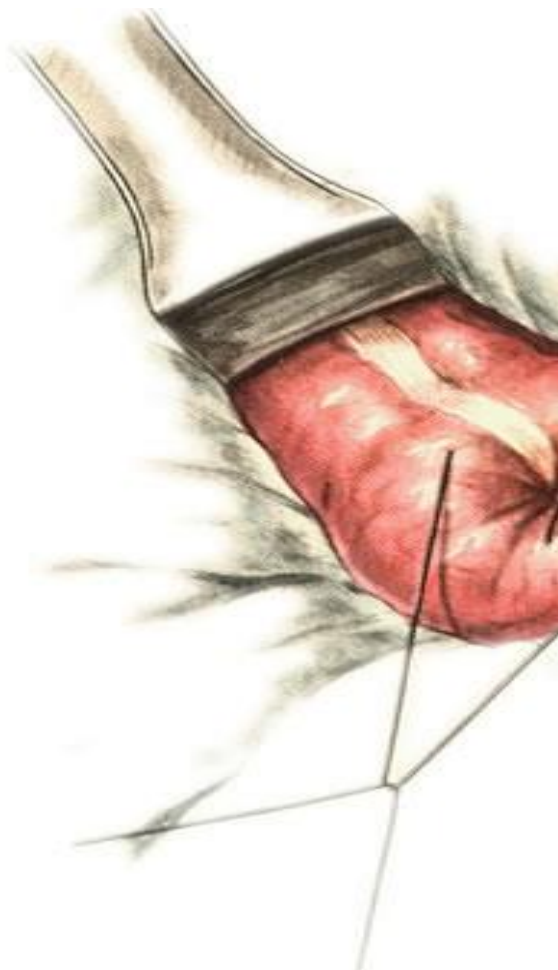
425. Аппендэктомия. Чувалчангсимон ўсимтанини боғлаш.



427. Аппендэктомия. чувалчангсимон ўсимтасини кесиб олиш.



428-429. Аппендэктомия. Чўлтоғига кисет ва Z-симон чоклар қўйиш.



429. Аппендэктомия. Чўлтоғига кисет ва Z-симон чоклар қўйиш.

Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони барабар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кисет ва Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансанал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул қамда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз (расм 3).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ гази юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

Ушбу машғулотда қуйидаги *янги педагогик технологиялар* қўлланилади:

- айланма стол усули
- “академик полемика” усули

Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

- Уткир қорин синдромининг сабабларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталиги ташхиси алгоритмининг кўрсатинг.
- Уткир аппендицитда инструментал текшириш усулларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталигида УАШ нинг тактикасини аниқланг.

“Академик полемика” усулини қўллаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консултациялар (шифокор-бемор) берилади. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консултациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

МАШГУЛОТНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Машғулот №16

Мавзу. Уткир аппендицит. (УА) Унинг болаларда, қарияларда, хомилдорларда узига хослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Уткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессда УАШ ва жарроҳ тактикаси.

Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

- Уткир қорин синдромининг сабабларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталиги ташхиси алгоритмининг кўрсатинг.
- Уткир аппендицитда инструментал текшириш усулларини кўрсатинг.
- Уткир аппендицит хасталигида УАШ нинг тактикасини аниқланг.

“Академик полемика” усулини қўллаш.

4. Ситуацион масалалар.

1. Бемор 30 ёш, унғ енбош сохадаги огрикларга, кунгил айнаши, огиз куриши, дармонсизликка шикоят килади. 9 соатдан бери хаста. Огриклар эпигастрал сохадан бошланиб, унғ енбош сохага кучган. Хуруж 1.

Умумий ахволи нисбатан коникарли. Корин одатдаги шаклда, нафас актида симметрик иштирок этади. Пайпаслаганда унғ енбош сохада огрикли, мушаклар таранглиги аникланади. Щеткина Блумберг, Ровзинг, Ситковский, Бартомье Михельсон белгилари мусбат.

Кон тахлилида: гем- 140г/л, эрит-4,2 лейкоцит- 9,4 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Уткир аппендицит	4
2.	Шикоятлари, курик, унғ енбош сохадаги локал огриклар, корин парда таъсирланиш белгиларининг мусбатлиги, лейкоцитоз.	3
3.	Хирургик булимга ёткизиш, тезкор оператив даво (аппендэктомия)	3

2. Беморда перфоратив аппендицит махаллий перитонит ташхиси билан операция утказилган. Операциядан кейин 7-суткада калтираш, курак кафаси унғ ярмида огрик кузатилган. Рентгеноскопияда унғ плеврал синусда суюклик, унғ диафрагма гумбазининг юкори туриши ва харакатини чекланиши аникланди. УЗД да диафрагма ости сохасида суюклик сакловчи, хажмли хосила аникланди. Кон тахлилида: гем- 120г/л, эрит-3,7 лейкоцит- 18,1 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Диафрагма ости соха абсцесси. Аппендэктомиядан кейинги холат	4
2.	Шикоятлари, курик, рентгеноскопия(унғ плеврал синусда суюклик, унғ диафрагма гумбазининг юкори туриши ва харакатини чекланиши) ва УЗИ (диафрагма ости сохасида суюклик сакловчи, хажмли хосила) хулосалари.	3
3.	Хирургик булимга ёткизиш, тезкор оператив даво (УЗИ контроли остида унғ диафрагма гумбази ости соха троакар ёрдамида дренажлаш ва йиринг санацияси)	3

3. Бемор Носиров Х 34 ёш, гангреноз аппендицит ташхиси билан операция утказилган. Операцияни 7-куни беморда калтираш, тугри ичакда огрик, тенезмлар кузатилган. Ректал текширувда кичик чанокда инфилтрат аникланди. 3 кун давомида беморга иссик ромашкали хукна ва антибиотиклар килинган, бемор ахволи яхшиланмаган. Ректал текширишда инфилтрат юмшаганлиги аникланди. Тана харорати гектик. Сизнинг таххисингиз:

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Дуглас бушлиги абсцесси. Аппендэктомиядан кейинги холат	4
2.	Шикоятлари, анамнез (операция утказганлиги), курик, тана хароратини гектиклиги, ректал курик натижалари	3
3.	Хирургик булимга ётқизиш, тезкор оператив даво (тугри ичак олд девори буйлаб юмшаган инфильтрат устидан дренажлаш ва йирингли бушлик санацияси)	3

4. Аппендикуляр инфильтрат ташхиси билан даволанаётган беморда кунгил айниб қушиш, тана хароратини 40 С гача кутарилиши пайдо булиб корин унг ёнбош соҳасидаги огриклар кучайди. Тили курук, карашли. Локал: корин унг ярми нафасда суст иштирок этади, пальпатор унг ёнбош соҳада енбош суяги киррасига ёпишган, харакатсиз, юзаси гадир-будир, огрикли хосила аникланади. Маҳаллий мушаклар таранглашган, Щёткин-Блюмберг белгиси мусбат. Кон тахлили: лейкоцит- 17,8 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис қуйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Уткир гангреноз аппендицит. Асорати: периаппендикуляр абсцесс.	4
2.	Шикоятлари, анамнез, тана хароратини гектиклиги, унг енбош соҳада енбош суяги киррасига ёпишган, юзаси гадир-будир, огрикли хосила аникланиши, маҳаллий мушаклар таранглашгани, Щёткин-Блюмберг белгиси мусбатлиги, лейкоцит- 17,8 минг.	3
3.	Тезкор оператив даво: Пирогов кесмаси ёрдамида йирингли бушликни очиш, дренажлаш ва йирингли бушлик санацияси	3

5. Бемор Х, 46 ёш. Шикоятлари унг ёнбош соҳадаги суст огрикларга, иштахасизликка. Анамнездан 6 кундан бери хаста. Ахволи нисбатан коникарли. Корин нафас актида симметрик иштирок этади, пальпатор унг ёнбош соҳада ёнбош суяги кирраси билан ёпишган, харакатсиз, огрикли хосила аникланади. Перитонеал белгилар манфий. Тана температураси 36,9С. УТТ: унг ёнбош соҳада d=4 см ли хосила аникланади, гомоген эхоструктурали. Кон тахлили: лейкоцит- 7,4 минг.

Сизнинг тахминий диагнозингиз?

Ташхис қуйишда нималарга асосландингиз?

Беморда кандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Аппендикуляр инфильтрат	4
2.	Шикоятлари, анамнез, тана хароратини нормаллиги, унг енбош соҳада енбош суяги киррасига ёпишган, юзаси гадир-будир, огрикли хосила аникланиши, Щёткин-Блюмберг белгиси манфийлиги, УЗИ хулосаси, лейкоцит- 7,4 минг.	3
3.	Хирургик стационарга ётқизиш, антибактериал ва	3

	инфузион даво, спазмолитиклар, витаминлар. Динамик кузатув: беморнинг умумий ахволи, шикоятлари, динамикада температурани улчаш ва УЗИ.	
--	---	--

Назорат учун тестлар

1. Аппендикуляр инфилтрат шаклланишининг бошлангич боскичига характерли эмас:

А) касалликнинг биринчи кунларида унг ёнбош соҳасида кузатилган огрикларнинг йуқолиши

Б) бемор умумий ҳолатини яхшиланиши

В) мушак зуриқиши ва бошка корин парда таъсирланиш симптомларини камайиши

*** Г) лейкоцитоз ошиши ва лейкоцитар формулани чапга силжиши

Д) унг ёнбош соҳада зич, кам ҳаракат, кам огрикли усмасимон ҳосилани пайдо булиши

2. Аппендикуляр инфилтратни абсцесланишига ҳос эмас:

А) юкори харорат

Б) огрикларнинг кучайиши ёки кайта пайдо булиши

*** В) даволаш мобайнида инфилтратни камайиши

Г) корин парда таъсирланиш симптомларини пайдо булиши

Д) лейкоцитоз ва СОЭ ни ошиши

3. Инфилтрат билан асоратланган уткир аппендицитда шошилиш операцияга қарши курсатма:

А) шаклланмаган инфилтратда (касалликнинг 1-2 суткасида)

Б) касалликнинг 3-4 суткасида

*** В) зич инфилтратда (касалликнинг 5-ва ундан кейинги суткаларида)

Г) абсцесланган инфилтрат клиникаси кузатилганда

Д) аппендикуляр инфилтрат консерватив давоси эффе́кту́сизлиги

4. Уткир аппендицит оқибатида корин парда орти соҳасидага флегмона ривожланишига қуйидагилар сабаб булади:

*** А) чувалчангсимон усимтани ретроперитонеал жойлашиши

Б) унг ёнбош соҳадаги маҳаллий перитонит

В) чувалчангсимон усимтани кур ичакдан латерал томонда жойлашиши

Г) чувалчангсимон усимтани медиал жойлашуви

5. Пилефлебит ривожланиши уткир аппендицитни қайси шакли учун ҳос:

А) катарал

Б) флегмоноз

В) бирламчи гангреноз

***Г) гангреноз турида некротик жараённи туткичга утиши

Д) аппендикуляр инфилтратда

6. Бемор 59 ёш, 3 кун олдин эпигастрал сохада огрик пайдо булиб, унг ёнбош сохага узатилган. Бемор анальгин ичган, корнига грелка куйган, натижада огрик йуколган. Кейинги кун ичган, корнига грелка куйган, натижада огрик йуколган. Кейинги кун ичган, корнига грелка куйган, натижада огрик йуколган. Бемор ахволи огир. Пульс бир минутда 128 та, тили курук. Кориннинг хаммаси сохаси таранглашган ва огрикли. Щеткин-Блюмберг симптоми кориннинг хаммаси сохасида мусбат. Лейкоцитоз - $18.6 \cdot 10^9/\text{л}$. Кайси касаллик хакида уйлаш мумкин?

***А) Уткир перфоратив аппендицит, таркалган перитонит

Б) Пилефлебит

В) Периаппендикуляр абсцесс

Г) Овкат токсикоинфекцияси

Д) Деструктив холецистит

7. Аппендэктомия операцияси утказилган беморда операциядан кейинги 8 суткада калтираш, кукрак кафаси унг ярмида огрик кузатилган. УЗД да диафрагма ости сохасида суюклик сакловчи, хажмли хосила аникланди. Кон тахлилида: лейкоцит - 19,1 минг. Беморга унг диафрагма гумбазининг юкори туриши аникланди. Айтилган хасталикка хос булган рентгенологик узгаришларни курсатинг.

А) унг плеврал синусда суюклик

Б) унг диафрагма харакатини чекланиши

В) корин бушлигида эркин хаво

Г) корин аортаси устида систолик шовкин

Д) унг диафрагма гумбазининг юкори туриши

Тугри жавоблар комбинациясини курсатинг.

А) А,Б,В. Б) А,В,Г. В) Б,В,Д. Г) Б,Г,Д. ***Д) А,Б,Д

8. Уткир аппендицитда хомиладорларда аникланадиган Михельсон симптоми кандай аникланади?

А) чалканча ётганда унг ёнбош соха пайпасланганда огрикни булиши

Б) чалканча ётганда унг оёкни бумасдан кутарилганда бел сохасида огрик пайдо булиши

В) Бемор чап ёнбошига ёнбошлаб ётганда огрик пайдо булиши

***Г) Бемор унг ёнбошига ёнбошлаб ётганда огрик пайдо булиши

Д) Бемор чап ёнбошига ёнбошлаб ётганда унг ёнбош соха пайпасланганда огрик булиши

9.26 ёшли беморда уткир аппендицит (чанокда жойлашуви) ва бачадондан ташқари хомиладорлик ёрилишини киёсий ташхислашда эътиборли холатлар:

- 1)шикоят ва анамнез
- 2)Гемоглобин курсаткичи
- 3)кин орқа гумбази пункцияси натижалари
- 4)Кулленкампф симптоми аникланиши
- 5)ректал ва вагинал текширув натижалари

Тугри жавод комбинациясини тангланг:

А)1,2 Б)1,2,3 В)1,2,3,4 Г)1,2,3,4,5, ***Д) хамма жавоб тугри

10.Уткир аппендицит симптомлари:

- А)Мерфи,Мюси-Георгиевский,Ортнер
- Б)Мейо-Робсон,Образцов,Ситковский,Керте
- ***В)Волкович-Кохер,Ровзинг,Образцов
- Г)Скляров,Валя
- Д)Воскресенский,Мондор

11.Ноаник уткир аппендицит диагностикасида кулланилади:

- А)Ум.кон ва сийдик анализи
- Б)Корин бушлиги умумий рентгенографияси
- В)Лапароскопия
- Г) УЗИ
- ***Д) юкоридаги барча усуллар

12.Факат операция вақтида уткир аппендицитни киёслаш мумкин:

- А)12 бармок ичак ярасини тешилиши
- Б)Уткир панкреатит билан
- ***В)Меккел дивертикулини яллигланиши билан
- Г)унг томонлама буйрак санчиги билан

Д) уткир холецистит билан

Кон гурухини аниклаш	+	1
Резус факторни аниклаш	+	1
Кон лейкоцитар формуласи (лейкоцит, т. Ядроли)	+ -	2
Инструментал ва бошка диагностика усуллари		
Электрокардиография (ЭКГ)	+	1
Кукрак кафаси рентгеноскопияси	+	1
УТТ	+ -	1
Даво усуллари		

14. Унг томонлама буйрак санчигиучун эмас, уткир аппендицитга характерли:

А) сийдикда янги эритроцитларни аникланиши

Б) унг бел ёки ёнбош сохадаги огриклар

В) огрикларни унг сон, оралikka узатилиши

***Г) унг ёнбош сохадаги мушакларни таранглашиши

Д) Дизурик узгаришлар

15. Уткир аппендицитда бирламчи огриклар локлизацияси купинча каердан бошланади:

А) бел сохасидан

Б) эпигастрал сохадан

В) киндик сохадан

Г) унг ёнбош сохадан

***Д) Б ва Г

Диагностик алоритм уткир аппендецитта

Хизмат (текширув) турлари	Тавсия	
	курсатма	сони
Мутахассислар куриги		
Анестезиолог	+	1
Лаборатор тахлиллар		
Умумий кон тахлили	+	1
Умумий сийдик тахлили	+ -	1

Хирургик		
----------	--	--

Эслатма.

*- КВП, ТМШ/ШМШ, ихтисослаштирилган тиббиёт муассаларида утказилади.

** - ТМШ/ШМШ, ихтисослаштирилган тиббиёт муассаларида утказилади.

*** - ихтисослаштирилган тиббиёт муассаларида утказилади

+ - утказилиши шарт

+ - курсатмаларга асосан утказилади.

6.3 Амалий қисм. №1. Ўткир аппендицит белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир аппендицитнинг ҳамма симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.		
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.		
Текшириш босқичлари	Мах балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморни юқорига қараб ётқизиш, қоринни очиш, оёқларини тиззадан букиш.	10	0
2. Қорин кузатув (асимметрия, нафас олишда қатнашув)	10	0
3. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ сохалари ва мушаклар Таранглашувини аниқлаш.	10	0
4. Тери гиперэстезияси сохаларини аниқлаш-Воскресенский белгиси(техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
5. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
6. Раздольский белгисини – перкуссияда яллиғланиш ўчоғини устида оғриқни аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	0
7. Ровзинг белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
8. Ситковский белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
9. Бартомье-Михельсон белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
10. Образцов белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш)	10	0
Станция бўйича максимал балл	100	

7. Билим, кўникма ва ўзлаштиришни назорат қилиш формалари;

- Оғзаки

- Ёзма

- Ситуацион масалаларини ечиш

- Эгалланган ва амалий кўникмаларни намойиш қилиш

6. Билим, кўникма ва ўзлаштиришни назорат қилиш формалари;

- Оғзаки
- Ёзма
- Ситуацион масалаларини ечиш
- Эгалланган ва амалий кўникмаларни намоёниш қилиш

Машғулотнинг хронологик картаси.

№	Машғулотнинг босқичлари ва мавзунинг асосий саволлари	Машғулотнинг шакли	Машғулот давомийлиги 327 минут
1	Ўқитувчининг кириш сўзи (мавзуни асослаш).		15
2	Уткир корин синдроми мавзусини муҳокама қилиш, дастлабки билим даражасини аниқлаш ва муҳокама натижаларини чиқариш	Ўқув-назорат дастури бўйича сўров.	30
3	Талабаларга амалий ишларни бажариш учун вазифалар бериш. Мустақил курация.	Беморларни тақсимлаш, инструктаж.	50
4	Талабаларнинг мустақил амалий иши: Уткир корин синдроми (сўров, кўрик, пальпация, перкуссия) билан оғриган беморлар курацияси, беморлар боғловини алмаштириш, ошқозонни зондлаш ва ювиш.	Касаллик тарихи, боғлов ва манипуляцион хоналаридаги ишлар.	60
5	Уткир корин синдроми билан оғриган беморларнинг клиник-инструментал текшируви натижалари тахлили. Абдоминалогриклар дифф. диагностикаси. беморларни даво тактикасини белгилаш .	Суров, натижалар тахлили, дискуссия	67
6	Талабанинг реферат мавзусини тинглаш ва уни бутун гуруҳ билан тахлил қилиш. Талабалар билимини 100 балли тизимда баҳолаш ва эълон қилиш. системе	Информация	30
7	Талабаларнинг олган назарий ва амалий билимларини асослаш машғулот мақсадига эришилганлик даражасининг муҳокамаси ва кейинги машғулотга тайёрланиш учун топшириқлар бериш (саволлар мажмуаси).	Мустақил тайёргарлик учун саволлар ва маълумотлар.	30
8	Ўқитувчининг машғулот бўйича хулосаси, машғулот мақсадига эришилганлик даражасининг муҳокамаси ва кейинги	Услубий таъминлаш	40

	машғулотга тайёрланиш учун топшириқлар бериш (саволлар мажмуаси). Янги педогогик технологияларни куллаш: кичик гуруҳ услуги, СМ, аудио фильмлар, слайдлар ва бошкалар.		
9	Кутубхонадаги талабанинг мустакил шугулланиши		
	Жами		327

16. Назорат саволлари.

Мустакил тайёрланиш учун саволлар:

- уткир корин синдроми тушунчаси;
- коринда огрик билан кечувчи хасталиқлар;
- коринда огрик билан кечувчи кам учрайдиган хасталиқлар;
- уткир аппендицит клиникаси, диагностика, дифф.диагностикаси, даволаш тактикаси.

11. Тавсия қилинган адабиётлар.

Асосий: 1.Арипов У.А., Каримов Ш.И. Корин бушлиги аъзоларининг ошиғич жаррохлиги. Т.1991й.

8. Аталиев А.Е. и др. Учебное пособие по освоению практических навыков хирургического профиля. Т.2003г.

9. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М.1998г

10. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2005й.

11. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005г.

12. Лопухин Ю.М., Савелев В.С. Хирургия. М.1998г

13. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. Т. 2004г

Кушимча:

19. Ротков И.Л. Диаг. и тактические ошибки при остром аппендиците. М. 1988 г.

2. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М. 2000 г. 8 .Савельев В.С.

3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004 г.

4. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). М. 2006 г

«Ўткир корин синдроми»

Ўткир аппендицит. (ЎА) Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда ўзига хослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Ўткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфильтратда ва абсцессиди УАШ ва жаррох тактикаси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №16

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Ўткир қорин синдроми. ЎҚС

Мавзу№16: Ўткир аппендицит. (ЎА) Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда ўзига хослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Ўткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфильтратда ва абсцессиди УАШ ва жарроҳ тактикаси.

<i>Вақти: 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	Амалий машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-стади - Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида - Экстремал ҳолатларда мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Даствабкин ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усулларини ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - лаборатор ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қила билиш; - ўткир аппендицит хасталиги билан огриган беморларни даволаш тактикаси ва даволашнинг асосий принципларини билиш; - ўткир қорин синдроми билан огриган беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.
Талаба билиши шарт:	<p>беморни текширув усулларини</p> <ul style="list-style-type: none"> - беморни даволаш тактикасини - беморни операциядан кейинги реабилитациясини
Талаба бажариши шарт:	<p>тезкор ва режали операция лозим бўлган хасталиклар аломатларини аниқлай билиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - инструментал текширувлар утказиш, лаборатор, рентгенологик ва инструментал текширувлар интерперетацияси; - қорин бўшлиғи пункциясини ўтказиш ва асцитик суюқликни чиқариш; - Оператив давони тақозо қилувчи, ўткир ва режали хирургик касалликлар симптомокомплексини аниқлаш техникасини билиш; - Ошқозонни зондлаш ва ювиш; - Бемор курацияси, профессионал савол-жавоб ва кўрик ; - Оғриқ синдромида блокада ўтказиш; - қорин пальпациясини бажара олиш; - шошилиш жарроҳликда тез ёрдам кўрсатиш;

<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЎҚС сабабларини билиш: - ЎҚС клиникаси ва ташхисотини билиш: - ЎҚС билан огриган беморларни курация қила олиш: - Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; - касаллик текширув усулларини, лабаратор тахлиллар интерпритациясини ва қиёсий ташхисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.
<p><i>Ўқитиш усуллари</i></p>	<p>Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видео кўриш, дискуссия, беседа, ургатувчи уйин, кейс-стади.</p>
<p><i>Ўқитиш шакли</i></p>	<p>Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда аудиториядан ташқарида.</p>
<p><i>Ўқитиш манбалари</i></p>	<p>Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар</p>
<p><i>Ўқитиш жойи ва шароити</i></p>	<p>Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик тахлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш. Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.</p>
<p><i>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</i></p>	<p>Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.</p>

Машғулотнинг технологик ҳаритаси

Машғулот №16

Мавзу. Ўткир аппендицит. (ЎА) Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда ўзига ҳослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Ўткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфилтратда ва абсцессиди УАШ ва жарроҳ тактикаси.

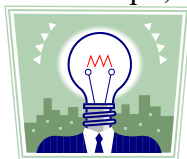
Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машғулотга	2.6. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича	Эшитишади ва конспект сифатида

<p>кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>2.7. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>2.8. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>2.9. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>2.10. Танаффус.</p>	<p>ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-боскич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гурухни натижа ва топшириқларни намоиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар бериледи.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони хал қилган холда варакларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p>

15дақиқа 25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида ҳисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27 дақиқа.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади.саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.

1. Ўқитиш шароити ва жойи

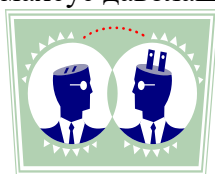
1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
- 2.Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шаҳар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, вазиятли масалалар. натижалари, таркатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивацияси

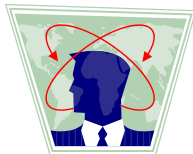
Қориндаги оғриқлар – хавотирли белгидир. Қоринда оғриқ бўлганда авваламбор тезкор операцияни талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир касалликларини (ўткир қорин синдромини) шубҳа остига олиш лозим бўлади. Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан. Қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит (31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%);

Ўткир қорин синдроми билан беморлар биринчи бўлиб умумий амалиёт шифокорига учрашади. УАШ ўткир қорин синдроми асосий симптомларини аниқлаши ва беморни махсус даволаш мўАссасасига йуналтира олиши лозим.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекцион касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология .



2. Дарсинг мазмуни

2.1. Назарий қисм.

Анатомия.

Ўткир аппендицит хирургик касаллик бўлиб, қур ичак чувалчангсимон ўсимтасининг ўткир носпецифик яллиғланишидир. Ўткир аппендицит билан касалланиш ҳар минг кишидан 4-5 тасини ташкил қилади. Айниқса ўткир аппендицит 20-40 ёш орасида, аёлларда эркакларга нисбатан 2 марта кўп касалланади. Леталик 0,1-0,3% ни, операциядан кейинги асоратлар 5-9% ни ташкил қилади. Касалликнинг диагностикаси қийинлиги, асоратларнинг оғирлиги диагностикасининг кечикиши ўз актуаллигини йўқотмаган. Умуман олганда, қориндаги оғриклар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан. Ўткир қорин синдроми қориндаги ўткир оғрикни билдириб, у қўйидаги саволларга ечимни топишни талаб этади: 1) беморга жарроҳ маслаҳати зарурми? 2) жарроҳлик бўлимига ётқизиш керакми? 3) беморга тезкор операция қилиш лозимми? Шифокор нафақат ҳаммага маълум бўлган қоида - «поп посере», балки афсуски, эсдан чиққан 2- қоида - «juve» (ёрдам бер) дан келиб чиққан ҳолда ҳаракат қилишга интилади. Ташхис қўйиш, шифохонага ётқизиш, зарур бўлган текширувлар ва операциянинг кечиктирилиши жуда оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жаҳон статистикаси шундан далолат берадики, қорин бўшлиғи касалликларининг натижаси шифокорга мурожаат қилинган, шифохонага ётқизилгунча ҳамда операциягача ўтган вақтга тўғридан-тўғри боғлиқдир.

Чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши - ўткир аппендицит жарроҳлик амалиётида кенг тарқалган касалликлардан бири ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта кўричакнинг орқа-медиал деворидан узунасига кетган учта мушаклар учрашган жойдан чиқади. У турли ҳолатни эгаллаб, узунлиги 6-16 см, диаметри эса 5-9 мм бўлган ёпиқ цилиндр шаклига эга бўлади. Ёши ўтган организмда ўсимта кичраяди, деворлари склеротик ўзгаришларга учрайди, натижада унинг бўшлиғи торайиб, ҳатто йўқолиб кетиши кузатилади.

Чувалчангсимон ўсимта одатда ўнг ёнбош соҳасида жойлашиб, қорин бўшлиғида пастга ва медиал томонга йўналади, баъзан эса кичик чаноқ соҳасигача тушиши мумкин. Ўсимта кўричакдан медиал ва латерал йўналишда юқорига ҳам кўтарилиши мумкин, баъзан эса ўт пуфагигача етади. Аксарият ҳолларда, чувалчангсимон ўсимта кўричак орқасида ва ҳатто ретроперитонеал жойлашган бўлади. Баъзида, ўсимтани юқорида – жигар остида, ёки пастда – кичик чаноқ бўшлиғида – жойлашиши кузатилиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда кўричак париетал қорин парда билан ҳар томонлама ўралган бўлади, лекин баъзи ҳолатларда мезоперитонеал жойлашган бўлиб, кам ҳаракатчанг ёки умуман ҳаракатсиз ҳолда бўлади. Баъзида чувалчангсимон ўсимтанинг туғма бўлмаслик ҳоллари ҳам учрайди, лекин бу турдаги ҳодисалар камдан кам ҳолларда бўлади.

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

- Қорин парда ичида жойлашиши;
- Қорин девори ичида жойлашиши;
- Қорин орти бўшлиғида жойлашиши.

Ретроцекал жойлашган чувалчангсимон ўсимта, кўпчилик ҳолларда узун бўлиб, ўзининг уч қисми билан жигар, буйрак, 12 бармоқли ичак, умуртқа поғонаси, сийдик найи, тухумдон, сийдик пуфагигача бориши мумкин. Бундай ҳолатларда яллиғланиш жараёни

юқоридаги санаб ўтилган аъзоларга ўтиб, ўткир аппендицит ташхисини аниқлашни мушқўллаштиради.

Эмбриогенез жараёнида кўричак эпигастрал соҳадан ўнг ёнбош соҳасига тушади. Эмбрионал ривожланишдаги нуқсонлар натижасида эмбрионал ичак ва чувалчангсимон ўсимта жигар остида бўлиши 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 ўзида лимфоид тўқима тутган кўп сонли солитар фолликулалар бўлиб, бу тўқима тўсиқ фаолиятини бажаради.

Бугунги кунгача, чувалчангсимон ўсимтанинг функционал хусусиятлари охиригача тўлиқ ўрганилмаган. Бу рудиментар, ҳеч қандай вазифани бажармайдиган аъзо, деган баъзи олимларни тушунчаси ҳозирги кунда асоссиз ҳисобланади.

Чувалчангсимон ўсимта фаолияти:

- Шиллиқ қаватида ишлаб чиқариладиган суюқлик таркибида амилаза ва липаза бўлиб, овқат ҳазм қилиш жараёнида иштирок этади.
- Таркибида кўп миқдорда лимфатик фолликулалар бўлиб, ҳимоя вази-фасини бажаради.
- Таркибида перистальтикани кучайтирадиган гормон бўлиб, чувал-чангсимон ўсимта ҳолати рефлектор равишда меъда, 12 бармоқли ичак ва бошқа аъзоларга таъсир қилади.

Демак, юқоридагиларга асосланган ҳолда қуйидаги хулоса келиб чиқади: чувалчангсимон ўсимта инсон организмида маълум вазифани бажарувчи зарур аъзолардан бири бўлиб, фақатгина патологик ўзгаришлар мавжуд бўлгандагина уни олиб ташлаш тўғри бўлади.

Этиологияси ва патогенези.

Ўткир аппендицит – чувалчангсимон ўсимтанинг носпецифик яллиғла-ниши бўлиб, инсон организми ва бактериялар орасидаги бўлган биологик мулоқотни бузилиши натижасида келиб чиқади. Ўткир аппендицитда инфекция кўзгатувчиси бўлиб одатда стафилококклар, ичак таёқчаси, аралаш ва анаэроб флора ҳисобланади.

Ўткир аппендицит келиб чиқишида турли-туман назариялар мавжуд: димланиш, аскаридалар инвазияси, ангионевротик, инфекцион, кортико-висцерал, аллергик, нейроген ва қон томир назариялари. Қатор ҳолларда организмда бошқа локализацияли яллиғланиш ўчоқлари мавжуд ҳолда, чувалчангсимон ўсимтанинг ўткир яллиғланиши пайдо бўлади, бу ҳол унинг лимфоид тўқимага бойлиги билан боғлиқ бўлади. Ўткир аппендицитнинг ривожланишида кўпроқ овқат ейиш, овқатлар таркибида ичак атониясига ва бижғиш жароёнларига таъсир кўрсатувчи оқсилли маҳсулотларнинг устунлик қилиши маълум аҳамиятга эга бўлади.

Кўпчилик олимларнинг фикрича, ёш улғайганда ва кексаларда ўткир аппендицитга кўпроқ a. appendicularis тромбози сабаб бўлади. Гўдаклик ёшида эса, ўткир аппендицит гижжа инвазияси (острицалар) сабабли вужудга келиши эҳтимоли бор.

Замонавий тушунчаларга кўра, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги патологик жараён силлиқ мушаклар ва қон томирлар спазми ҳодисаларидан бошланиб, шиллиқ парда озикланишининг локал бузилишига ва яллиғланишга олиб келади. Айни вақтда, чувалчангсимон ўсимтадаги димланиш, ундаги микрофлора вирулентлигининг ортишига олиб келади, бу эса микрофлорани чувалчангсимон ўсимта бўшлиғига осонликча киришини таъминлайди. Шу вақтдан бошлаб йиринглаш жараёни бошланади.

Классификацияси. 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 бюирмунча кулай ҳисобланади. Қуйида шу турлашни келтирамиз:

1. Аппендикуляр санчик (колика).
2. Оддий (юзак, катарал) аппендицит.
3. Деструктив аппендицит:
 - а) флегмоноз;
 - б) гангреноз;
 - в) гангреноз-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 чувалчангси-мон 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 ёнбош соҳасига ўтиши мумкин. Тахминан 30-35% беморларда оғриқ эпигастрал соҳасида бошланиб, 4-6 соат ўтгач, ўнг ёнбош соҳасига ўтади (Кохер - Волкович симптоми). Ўткир аппендицитда одатда оғриқ доимий, баъзан эса тутиб-тутиб оғрийди, оғриқ унчалик қаттиқ бўлмайди. Оғриқлар интенсивлиги яллиғланиш жараёнининг тарқалганлигига боғлиқ бўлмайди. Оғриқ, бирданига ўнг ёнбош соҳасида бошланиб, сўнг қориннинг турли соҳаларига тарқалиши мумкин. Бу ҳолат кўпинча, чувалчангсимон ўсимтанинг қаерга жойлашганлигига боғлиқ бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг ретроцекал жойлашишида оғриқлар бел, ташқи жинсий аъзолар соҳасига узатилиб, буйрак санчиғи клиникасини беради. Чувалчангсимон ўсимта юқори жойлашишида, холецистит ёки панкреатит белгиларининг баъзилари кузатилади.

Кўпчилик беморларда, оғриқ ўнг ёнбош соҳасидан ўнг оёққа узатилади. Оғриқ кўнгил айнаши ёки 1 - 2 марта қайт қилиш, тана ҳароратининг 38-39°C 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 ўтилади, 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:

17. Шчеткин – Блюмберг белгиси;
18. Воскресенский (“кўйлак сирпаниши”) белгиси;
19. Образцов белгиси;
20. Ситковский белгиси;
21. Бартомье-Михельсон белгиси;
22. Ровзинг белгиси;
23. Иванов белгиси.

Ўткир аппендицитнинг деструктив турларида мушаклар таранглашуви-дан ташқари қорин пардасининг таъсирланиш симптоми, Шчеткин-Блюмберг симптомини аниқлаш мумкин: ўнг қўл бармоқлари билан қорин девори босиб туриб, бирдан кескин равишда

қўл тортиб олинганда оғриқ кучаяди. Оғриқ яллиғланган қорин пардаларнинг бир-бирига тегиши ёки силкиниши натижасида пайдо бўлади.

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

Ўткир аппендицитда қорин олд девори, ўнг томони соҳаси мушаклари-нинг 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 қўтариш илтимос қилинади. Бунда, оғриқнинг кучайиши кузатилади. Оёқ туширил-ганда оғриқ камаяди. Айниқса, чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганида Образцов белгиси хос белги ҳисобланади.

Бемор чалқанча (юқорига қараб) ётган ҳолатдан чап ёнбош соҳасига ўтганда, ўнг ёнбош соҳасида оғриқларнинг пайдо бўлиши ёки кучайиши кузатилади, бундай ҳолат Ситковский белгисига хос. Қуйидаги белги, қўричак 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 энгил юқорига қараб тўлқинсимон ҳаракат 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.

Яллиғланишга учраган чувалчангсимон ўсимта ретроцекал жойлашганда ўткир аппендицит касаллиги, аксарият ҳолларда типик (хос) клиник манзараси аниқ юзага чиққан ҳолда ўтади. Ўсимтанинг ретроцекал жойлашувида аппендицитни кечиши: А. Оғриқ унинг бел соҳасида бўлиши ва шу соҳадаги мушакларни таранго тортиши характерли. Б. Икрамов- Губергрин симптоми-унг сон артерияси пупарт бойлами тагидан кесиб куйилганда унг ёнбоши соҳасида оғриқ кучаяди. В. Яуре- Рязанов-Габбай симптоми унг петит учбурчак босиб қурилганда оғриққа сабаб булади. Г. Агар яллиғланиш жараёни давом қилса қорин парда ортини флегмонасига олиб келади. /ёки Псоас абсцесси кузатилади./ Д. Ванька-станька симптоми бемор оёқларини узата олмай қорнини тортиб ётиши. Чанок аппендицитининг утиш хусусиятлари. А. Оғриқ кон усти соҳада аниқланади. Б. Клиникаси камрок ривожланган булади. В. Организмнинг реактивлигининг пасайиши ва қарши курашини пастлигидан бундай беморлар врачга кеч, асоратлар пайдо бўлганда мурожат қилишади. Оғриқлар одатда, ўнг ёнбош соҳасида пайдо бўлиб, кейинчалик ўнг чов соҳасига ва сон соҳасига иррадиация қилади (беради). Ўсимтанинг қўричак 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 қилинади (Коуп симптоми). Чувалчангсимон ўсимта чанокда жойлашганда ҳам ўткир аппендицит клиник манзараси атипик ҳолатда ўтади. Одатда, оғриқ унчалик ифодаланмаган, асосан қов устида бўлади, дизурик ҳодисалар билан ўтади. Аксарият ҳолларда, ич кетиш, тенезмлар кузатилади, мушакларнинг ҳимоя тарангланиши ҳам баъзан ифодаланган бўлади. Чувалчангсимон ўсимта кичик чанокда жойлашганда ректал ва вагинал текшириш Дуглас кенглигида оғриқ ва инфилтратни аниқлашга ёрдам бериб, ўткир аппендицит диагностикасида катта аҳамиятга эга бўлади. Чақалоклар 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).

Бирок, ўткир аппендицит касаллиги ёш болаларнинг барча ёшида кузатилиши мумкин. Болалик ёшида ўткир аппендицит касаллигининг кечиши, улар чувалчангсимон ўсимтасида деструктив жароёнларнинг тез ва шиддат билан ривожланишидан кўпинча перитонит асорати келиб чиқади. Клиник манзарасида эса, асосан қуйидаги симптомлар: ўқтин-ўқтин оғриқ бўлиши, кўп марта қайт қилиш, ич кетиш устунлик қилади. Тана ҳарорати кўпинча юқори ($39-40^{\circ}\text{C}$) даражаларга кўтарилади ва оғир интоксикация белгилари билан ифодаланган бўлади. Касаллик кўпинча шиддат билан кечади, баъзан эса ўткир заҳарланиш ёки ўткир гастроэнтерит клиник манзарасига ўхшаб кетади. Ўсимтанинг ретроцекал жойлашувида аппендицитни кечиши:

А. Оғриқ унинг бел соҳасида бўлиши ва шу соҳадаги мушакларни таранго тортиши характерли.

В. Яуре – Рязанов - Габбай симптоми унг петит учбурчак босиб қурилганда оғриққа сабаб булади.

Г. Агар яллиғланиш жараёни давом қилса қорин парда ортини флегмонасига олиб келади. /ёки Псоас абсцесси кузатилади./

Д. Ванька-станька симптоми бемор оёқларини узата олмай қоринни тортиб ётиши. Ўткир аппендицит диагностикасида сийдик ва қон таҳлиллари муҳим ҳисобланади. Диагноз қўйишда қон таркиби лаборатория текшируви – юқори лейкоцитоз: 10×10^9 – 18×10^9 л ($10\ 000$ – $18\ 000$) гача ортиши, лейкоцитар формуланинг чапга сурилиши, ЭЧТ нинг ошиши каби ўзгаришлар пайдо бўлади ва таъхис 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, таъхис қўйишда ва амалиётга кўрсатма бўлиб, фақатгина қон ва сийдик таҳлилларидаги ўзгаришлар асос бўла олмайди.

Кексаларда чувалчангсимон ўсимта, одатда атрофияга ёки склеротик ўзгаришларга учрайди, унинг ҳажми кичраяди, лимфоид аппаратининг хусусиятлари йўқолади. Бунга кекса беморларда бўладиган ареактив ҳолат ҳам инобатга олинса, уларда ўткир аппендицит касаллиги клиник кечувининг бирмунча суст ўтиши тушунарли бўлади. Кекса беморларни қориндаги оғриқ камроқ безовта қилади, мушакларнинг ҳимоя

таранглашуви белгиси деярли бўлмайди, қорин пардасининг таъсирланиши суст юзага чиққади ёки умуман бўлмайди, баъзан гангреноз аппендицитда ҳам аниқланмайди. Тана ҳарорати нормал ёки субфебрил. Лейкоцитлар миқдори оз даражада ошган, лейкоци-тар 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 келтири-ладилар.

Ҳомиладор аёлларда ўткир аппендицит касаллигининг клиник кечуви ҳомиладорликнинг биринчи ярми мобайнида одатдаги (типик) кечувдан деярли фарқ қилмайди. Ҳомиладорликнинг иккинчи ярмида эса, хомиласи бор бачадоннинг катталашгани, юқори ва ён тарафланга кенгайганлиги ҳисобига, умуман қорин бўшлиғи аъзоларининг, жумладан кўричак ва чувалчангсимон ўсимтанинг юқорига сурилиши кузатилади ва шу сабабли касалликнинг клиник кечиши 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 жароёнида ва ундан кейинги даврда гинеколог назоратида бўлиб, хомилани сақлаб қолиш (хавф солаётган бола ташлаш) учун барча чора-тадбирлар қўлланилиши лозим бўлади.

Болаларда ўткир аппендицит катталарникига караганда нибатан кам учрайди. Касаллик пайдо бўлиши кўпинча 5 ёшдан кейинги даврга тўғри келади. Ўткир аппендицитнинг 5 ёшгача бўлган болаларда кам учрашини шу билан тушунтириш мумкинки, чувалчангсимон ўсимта бу даврда варонкасимон шаклда булади, ҳамда бу даврда чувалчангсимон ўсимтадаги лимфатик аппарат суст ривожланганлигидир.

Ўткир аппендицит болаларда катталарга караганда оғир кечади. Бу бола организмнинг инфекцияга нисбатан курашнинг суслиги, бола корнининг суст пластик жихатлари, тулик ривожланмаганлиги унинг чувалчангсимон ўсимтага етиб бормаслиги шу сабабли чегара барериди катнашмаслиги билан тушунтирилади.

Қоринда пайдо бўлган оғриқ узининг санчикли характерга, аниқ динамикага эга эмаслиги билан катталардаги ўткир аппендицитдан ажралиб туради. Шу айтиш керакки 10 ёшгача бўлган болалар оғриқнинг аниқ локализациясини кўрсата олмайди. Бу эса касалликни аниқлашда кийинчилик тугдиради. Болаларда кайт килиш кўп маротаба булади, кичик болаларда кайт килиш ез-тез кузатилади. Боланинг холатида характерли хисобланади. У унг биқинида ёки орқаси билан ётади оёқларини қоринга тортган холда ва қўлларини унг биқини соҳасига куйиб, уни врач карашидан химоя килади. Секин пальпация қилганда, бу ерда гиперэстезияни вниклаш мумкин, мушакларнинг таранглиги ва каттик оғриқ зонаси, хатто касалликни 1-чи соатларида ҳам Шёткин-Блюмберг, Воскресенский, Бартомье-Михелсон симптомлари аниқланади.

Тана харорати касалликнинг бошланишаданок анча юқори, лекин камдан кам холларда лейкоцитлар 20×10^9 л ошади.

Дифференциал диагностика. Болалардаги ўткир аппендицит таккосий ташхискуйидаги касалликлар асосий эътиборни жалб этади: плевропневмония, гастроэнтерит дизентерия, геморрагик васкулит, Шенлейн Генох касаллиги.

Плевропневмонияни такқосий ташхислашда шуни хисобга олиш керакки, ушбу касаллик факат оғриқ билан характерланмай балки оғриқнинг қоринга берилиши, йўутал, лаблар

кукимтирлигига, бурунга утиши ва хансираш билан характерланади. Шуни назарда тутиш керакки, болалардаги нафас ва пулснинг нисбати 1:4, агарда 1:3 ёки 1:2 булса, бу ўткир пневмонияга ишора қилади. Пневмонияда шунингдек хириллашлар ва бошқалар. Гастроэнтерит таққосий ташхисида шуни инобатга олиш керакки, Ушбу касаллик қориндаги оғриқдан эмас балки кайт килиш ва сувли ич кетиш пайдо бўлиш бошланади, оғриқ ўткир аппендицитга нисбатан кейинрок бошланади. Оғриқ бу касалликда хуружсимон характерга эга, шундан сўнг ката тахоратга эҳтиёж сезилади. Ушбу касалликда тана харорати юқори худди аппендицитдаги сингари лекин лейкоцитлар сони нормал ёки анча пасайган нейтрофил силжиши аниқ эмас.

Ўткир аппендицитни дизентериядан фарклаш кўпинча кичик ёшдаги болаларда керак булади. Бу ерда асосий ролни анамнез ўйнайди, асосан ушбу касаллик бир неча болаларда пайдо бўлганлиги айниқса улар бир жамоа жойда бўлганларида билинади. Оғриқлар хуружсимон характерга эга кўпинча қориннинг чап қисмида жойлашади, бунда кўп суюк кон аралаш тахорат булади. Қориннинг пастки чап қисмида максимал пайпаслаш оғриқлари кузатилади жуда кам, холлардагина қориннинг кузгалувчанлик симптомлари булади. Тана харорати дизентерияда кўпинча юқори 38-39 С лейкоцитлар сони унча катта бўлмаган нейтрофил силжиши билан ошган бўлиши мумкин.

Геморрагик васкулитнинг хисобдан чиқариш учун, шуни инобатга олиш керакки, ушбу касалликдаги қориндаги оғриқ кўп майда субсероз кон кетиш ва оғриқнинг аниқ жойлашмаганлиги билан характерланади. Бундан ташқари синчков текширув терини текшириш геморрагик кон куйилишлар тананинг симметрик қисмида, оёқ қўлларда, думба сохаларида унинг борлиги ёки колдикларида кўриш мумкин. Шунингдек лунжнинг шиллик қавати тил ости сохасига эътибор бериш керак, чунки у ерда тошма пайдо бўлишидан олдин майда шиллик парда кон куйилишларини кўриш мумкин. Текширувда қорин девори таранглашмаган аммо Шёткин-Блюмберг симптоми кўпинча яққол, қорин ахлат борлигини кўриш мумкин. Тана харорати айрим холларда 38 С ва юқори лейкоцитлар унчалик катта булмаган нейтрофил силжиши билан кўтарилган.

Агар қориннинг кўзгалувчанлик симптомлари йўқ бўлиб, диарея ректал диагноз қўйиш кийинчилик туғдирса, у холда 6-12 соат болани динамик кузатиш мақсадга мувофиқ. Шу билан бир қаторда шуни инобатга олиш керакки катталарга қараганда оғир кечади. Шунинг учун ҳам касалликни 1-чи суткаларида айрим холларда ўсимтанинг деструкцияси ривожланади. Бундан келиб чиққан холда шуни айтиш мумкинки болаларга хирургик тактикани катталарга қараганда анча актив қилиш керак.

Буларнинг хаммаси касалликнинг иккинчи кунида пайдо бўладиган аппендикуляр инфилтратга таъалукли. Болаларда чувалчангсимон ўсимтанинг анча узунлиги эса аксинча калталиги хисобига қорин катта пластик хоссаларга эга эмаслиги учун пайдо бўлган инфилтрат мустахам эмас. Шу сабабли инфекциянинг қорин бўшлиғига тарқалмаслиги учун тусик була олмайди. Шу билан боғлиқ холда аппендикуляр инфилтратда операция кўрсатилади. Чунки чувалчангсимон ўсимтани чандиқланмаган органдан ажратиб олиш кийинчилик тугдиради. Бу ерда чандик жараёни ва чувалчангсимон ўсимтани бошқа органлар билан ёпишиши йуклиги учун. Бундан хирургик манипуляцияларни тартиби ўсимтанинг ишловидан ташқари худди катталарникидек бунинг сабаби 10 ёшгача бўлган болаларда ингичка ичакнинг шиллик қавати бўлмаслиги учун кisetли чок қўйилади. Шунинг учун болаларнинг 1-2 чи ёшида лигатурали (ампутацияли) аппендэктомия усули қўлланилади, бунда чувалчангсимон ўсимтанинг чултоғи кетгуд билан эмас шёлк ёки бошқа сингиб кетмайдиган ип билан боғланади, шиллик қават электрокоагулятор билан куйдирилади ва шу холида қорин бўшлиғида қолдиради. Кўпчилик клиник экспрементлар шуни кўрсатадики бу усул чувалчангсимон ўсимтани ишлов бериш хавфсизлигини кўрсатади, катта ёшдаги

болаларда катталарникидек чултоқ қисетли чок билан тикилади чунки бу ичак тутилиши сабаби бўлиши мумкин. Операцияни жарохати тикиш ва зарур бўлганда қорин бўшлиғини дренаж қилиш билан тугатилади. Болаларда чувалчангсимон ўсимта қорин бўшлиғида эркин жойлашгани учун, лапароскопик аппендэктомия қилишига катта асос беради.

Ўрта ва кекса ёшдаги беморларда ўткир аппендицит.

Ёш ва ўрта ёшдагиларга караганда кам учрайди. Уларнинг сони ўткир аппендицитнинг 10% ни ташкил этади. Ўрта ва кекса ёшдаги беморларда ўткир аппендицитнинг деструктив формаси кўп учрайди бу бир томондан организмнинг реактивлигини пасайганлиги, бошқа томондан эса кон томирларнинг атеросклеротик шикастланиши билан боғлиқ бўлиб, бу хол чувалчангсимон ўсимта кон айланишнинг бузилиши натижасида некроз ва гангренага олиб келиши мумкин. Шахсан кексаларда катарал ва флегмоноз яллиғланишлардан кейин ривожланадиган бирламчи гангреноз аппендицит учрайди. Бу гуруҳга оид беморларда ўткир аппендицит симптомокомплекси унчалик ёркин кўринишга эга эмас. Касалликни бошланишида кекса беморлар эпигастрал сохадаги абдоминал оғриққа эътибор беришмайди. Бу холат оғриққа нисбатан кучайиши билан боғлиқ. Деструктив жараённинг ривожланиши хисобига ўрта ёшдаги беморларда кунгил айланиши ва қайт килиш, катта тахоратга кам чиқиши эътиборга лойик эмас, чунки кекса ёшда секинлик билан ичак бушатишга физиологик мойиллик мавжуд.

Текширилган аппендицитнинг деструктив холатларда кучли оғриқ сезилади. Ёшга мансуб бўлган қорин деворларининг релаксацияси натижасида мушаклар таранглиги эътиборга лойик эмас. Лекин Шёткин-Блюмберг симптоми мусбат, кўпинча Воскресенский, Ситковский симптомлари мусбат. Айрим холларда ичаклар парези натижасида бўрттирилган метеоризм кузатилади. Бу холат айниқса касалликнинг деструктив формаларида булади. Тана харорати бироз кўтарилган ёки нормал ҳолатда бўлади хатто деструктив аппендицит бўлганда ҳам лейкоцитлар сони нормал ёки унчалик юқори эмас, 10-12x10⁹ л микдорда, нейтрофил силжиши сезиларсиз. Ўрта ёшдаги беморларда кекса ёки қариларга нисбатан аппендикуляр инфилтрат кўп учрайди у аста секин ривожланиши билан характерланади. Беморлар кўпинча ўсимтасимон шиш пайдо бўлганини сезишади, улар кучсиз бўлган оғриқлардан бир неча вақт ўтгач пайдо булади. Бу холат аппендикуляр инфилтрат ва қуричак орасида киёсий таккослашда мухим ахамиятга эга. Қариялардаги ўткир аппендицитнинг ўзига ҳослиги шундаки, операциягача ўткир аппендицитнинг у ёки бу клиник формага утишини аниқлаш кийин. Бу актив хирургик юритиш зарурлигини кўрсатади, бунга яна бир сабаб шуки, қарияларда аппендэктомия хавфи баланд.

Оғриқсизлантириш масаласига келганда умумий анестезияни танлашади. Айниқса нафас олиш ва юрак томир касалликлари бор беморларда. Қари ёшдаги беморларда операциядан кейинги холатини олиб бориш осон эмас организмнинг мухим функционал бошқарувчи органларни контрол қилиб туриш зарур. Асосан асосий чораларни нафаснинг бузилиши циркулятор узгаришлар, юрак етишмовчилиги метаболик узгаришлар ва уларни профилактика ва даволашга қаратиш керак. Асосий эътиборни ўпка артерияси тромбоземболиясини профилактикасига қаратиш лозим.

Охирги ўн йилда аппендикуляр инфилтрат ташхиси ультратовуш текшириш усули жуда самарали натижа бермоқда, бу усул билан ҳосиланинг ички структурасини тулик урганиш мумкин, яллиғланишнинг динамик кечиши, вақти ўтган сайин ва даволаш чораларини қўллагандан кейинги ўзгаришлар, шунингдек даволаш тактикасини қўллашда мухим ахамият касб этади. Аппендикуляр инфилтратнинг оқибати унинг тўлиқ сўрилиб кетиши ёки унинг абсцессга айланиши хисобланади. Бу эса хирургик

тактикани қўлланишида ахамиятга эга, асосий чора бўлиб консерватив кутиш хисобланади. Операцияга қарши кўрсатма аппендикуляр инфилтратнинг тинч кечиши хисобланиб, унинг динамикасида хосиланинг аниқ тенденцияси сурилиши кузатилади. Даволаш чора-тадбирларига беморлар қабул қилинган кунданок ётоқ режими, ун қовуқ соҳасига совуқлик куйиш, енгил парҳез ва антибиотиклар қўллаш. Шу билан биргаликда қорин бўшлиғининг ҳолати тинмсиз кузатилиб, то эгри чизиги ва лейкоцитоз динамикаси доимий назоратга олиниб ҳар босқичда ультратовуш аппаратида текширув олиб борилади. Агар стационардаги кузатувда бўлган беморларда қайтадан ўнг қовуқ соҳасида кучли оғриқ туриб, системали яллиғланиш реакцияси кучайса (лейкоцитоз ошиб кетиши, тана ҳароратининг гектик характерда бўлиши), бунда абсцессланган аппендикуляр инфилтратга шубҳа қилса булади ва бу гумон ультратовуш текширувида аниқланади. Шакланган периаппендикуляр абсцесс юмалок формадаги бушликли хосила бўлиб, у бир қиррали гипо ёки анэхоген массадан иборат қаттиқ пиоген капсула бўлиб, диаметри 5-8 мм гача қалинликда булади. Бундай ҳолатларда хирургик аралашув кўрсатма хисобланади. Йиринглаган инфилтратни очиш одатдагидек умумий оғриқсизлантириш ва Волювич-Дьяконов кесими билан утказилади. Қорин бўшлиғи очилган жуда ҳам эҳтиёткорлик талаб қилади, бу инфилтратлаган ичак қовуқлогини зарарланмаслик учун қилинади. Ушбу қовуқлоглар ва унга яқин тўқималарини ажратиб, патологик ўчоқ томон кириб борилади. Шундай кейин хосил бўлган тешик янада кенгайтирилади, йирингли ўчоқ олиниб, тозаланиб, ўрни диоксидин эритмаси билан ювилади, бир ёки икки қаватли перчатка-докали тампон ва дренаж трубкаси ўрнатилади. Аппендикуляр инфилтрат йиринглаган ҳолда латерал локализацияга эга булса, унда қориндан ташқари усул қўлланилади. Бунинг учун Пирогов усулида ёндошиш (у Волкович-Дьяконов кесимига қараганда латералроқ жойлашади) қилинади. Апоневроз очилгандан сўнг, пальпация натижасида инфилтрат соҳаси топилиб, флюктўАция соҳасида йиринглаган жой эҳтиётлик билан очилади.

Шуни билиш зарурки, йиринглаган аппендикуляр инфилтратни очиш билан бевосита аппендэктомияни қўллаш мумкин эмас. Йирингли ўчоқ тозалангач деструктив узғаришли чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш хирург учун ҳеч қандай қийинчилик тугдирмасида, жароҳатга мойил бўлган ичаклар, йирингли соҳани чегаралаб турган тўқима барьерини шикастлаши ва қайтмас асоратларга сабаб бўлиши мумкин: массив қон кетиш, ичакларда окма билан тугайдиган чуқур зарарланиши ва бошқалар. Ўсимтани фақатгина шундай ҳолда олиб ташлаш мумкинки бу жарроҳ учун ҳеч қандай техник қийинчилик туғдирмасин (бунда ўсимта абсцесс бўшлиғида эркин ётган бўлиши лозим). Операциядан сўнг беморларга дезинтоксикацион терапия ва кенг таъсирга эга бўлган антибиотиклар қилинади. Аппендикуляр инфилтрат йиринглаганда чувалчангсимон ўсимтанинг тулик деструкциясига сабаб булади, бу эса уни йирингли ажралма устидан некрозланган масса қуринишида тургандек булади. Баъзан чувалчангсимон ўсимтанинг бир қисми қолиб кетиши ўткир аппендицитга сабаб булади. Агар аппендикуляр инфилтрат йирингламасдан консерватив даволаш натижасида сўрилиб кетса, беморни стационардан жавоб берилгандан 3-4 ой утганидан сўнг ўткир аппендицитнинг рецидивидан қочиш мақсадида режали равишда аппендэктомия операциясини ўтказиш тавсия қилинади.

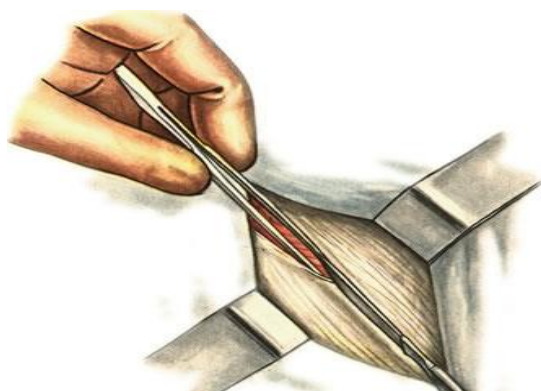
Қорин бўшлиғида жойлашган локал абсцессларга чувалчангсимон ўсимтанинг аномал нотўғри жойлашиши сабаб булади, бундан ташқари яна қорин бўшлиғи ичи гематомалари, чувалчангсимон ўсимта соҳасидаги инфилтрат жараёнлари сабаб булади. Юқорида келтирилганлардан энг кўп учрайдигани бу чанок абсцессидир. Бунга биринчи уринда анатомик сабаб бўлиб, кичик чанок аъзолари пастда жойлашганлиги учун у ерга тез-тез яллиғланиш экссудатлари тушиб туради. Тешилиш атроф органлар тўқималари билан ёпилгандан сўнг эпигастрал соҳада оғриқ қолиб, аксинча, суюқлик тўпланиши кўпайиб боришига қараб қоринни ёнбош соҳаси оғриқ кучаяди. Бундай

ёлгондакам Кохер-Волкович симптоми ўткир аппендицит борлиги тўғрисида нотўғри хулосага олиб келиб, натижада хирургик тактикада хатолик бўлиши мумкин. Хатолик бўлиши яна ҳам муқаррарли айтиб ўтилган вазиятда ўнг ёнбош сохада мушак таранглиги ва бошқа қорин парда ялигланиш белгилари: Шёткин-Блюберг, Воскресенский ва бошқалар сабаб бўлиши мумкин. Шундан келиб чиққан ҳолда яқин ва кейинги анамнезини йиғиш муҳим рол ўйнайди. Узоқ вақт мобайнида меъда дискомфортга ёки касаллиги борлигига, касалликнинг эпигастрал сохада ўткир оғрик билан бошланишига шикоятлар, қусиш йўқлиги ўткир аппендицит эмаслигидан дарак беради. Иккиланиш ва шубҳалар перкутор ва рентгенологик текширилганда қорин бўшлиғида эркин газ аниқланса, гумонлар йўқолади. Чувалчангсимон ўсимтанинг атипик жойлашувида (жигар ости, сийдик чиқариш йуллари атрофи, кичик чанок бўшлиғи) ўткир холецистит, урологик ва гинекологик касалликлар билан дифференциал диагностикага зарурият туғдиради.

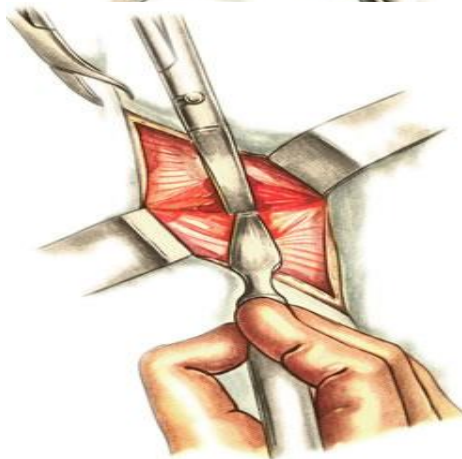
Даволаш.

Жарроҳлик амалиёти (операция) га ўткир аппендицит диагнозини қўйиш кўрсатма бўлиб ҳисобланади, аппендэктомия операцияси ошиғич тартибда ўтказилади. Ўткир аппендицитнинг асорати - аппендикуляр инфильтрат бирдан-бир монелик қиладиган ҳол ҳисобланади, яъни операция қилинмай, муолажа қилинади. Ўткир аппендицитнинг асоратланмаган турларини операция қилишда одатда маҳаллий оғриксизлантириш (А.В.Вишневский усули бўйича инфильтрацион анестезия)дан, асоратланган турларида эса миорелаксантлар ёрдамида умумий эндорахеал наркоз ёки оғриксизлантириш - нинг вена орқали ёки бошқа турларидан фойдаланилади.

Ўткир аппендицитда яллиғланган чувалчангсимон ўсимтани олиб ташлаш операцияси учун қулай кесма, кўпчилик жарроҳлар томонидан тан олинган Мак-Бурней ёки Дьяконов-Волкович кесмаси ҳисобланади.

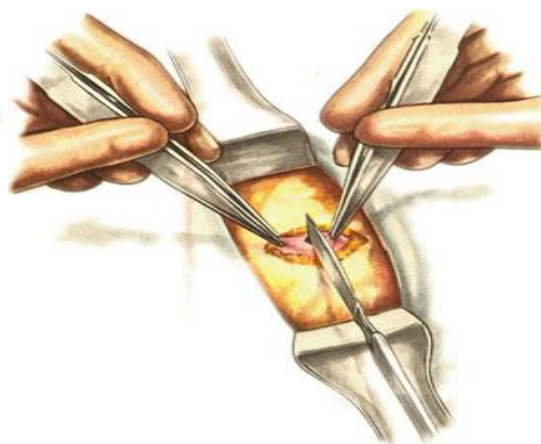


Аппендэктомия. Қорин олди девори кесилиши Дьякон Волкович- Мак Бурней бўйича. Ташқи апоневрозни кесилиши.



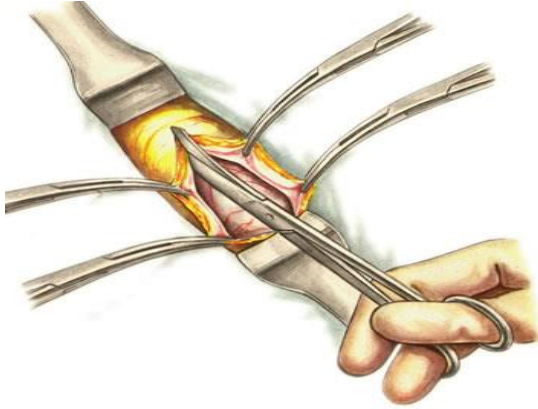
Аппендэктомия. Қорин олди кесилиши Дьякон Волкович- Мак бўйича. Париетал қорин парда

Аппендэктомия. Қорин олди девори кесилиши Дьякон Волкович- Мак Бурней бўйича.



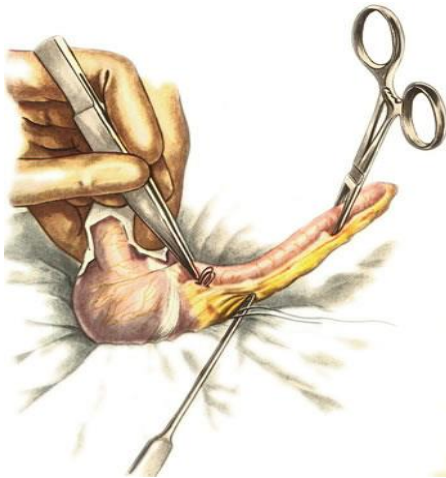
девори Бурней иккита

пинцет орасидан кесилиш.

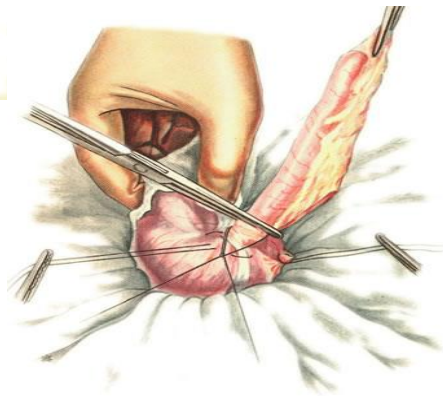


Аппендэктомия. Қорин олди девори кесилиши
Дьякон Волкович- Мак Бурней бўйича.
Париетал рюшина яра бўйлаб кесилиши.

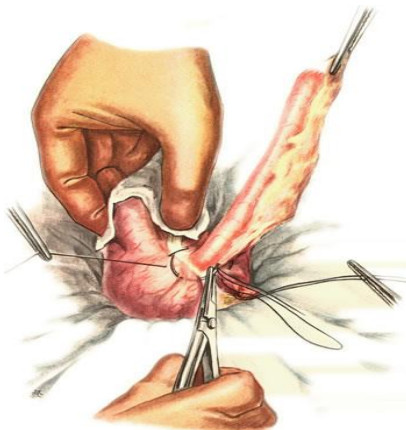
Аппендэктомия.



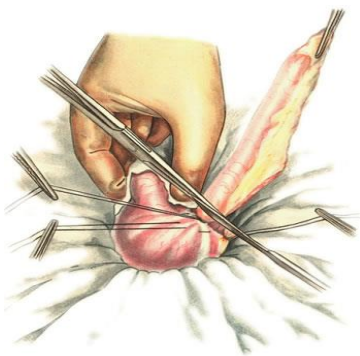
Аппендэктомия. Чувалчангсимон ўсимтанининг
чарвисини боғлаш ва кесиш.



Аппендэктомия.
Киссет чок қўйиш.



Аппендэктомия. Чувалчангсимон ўсимтанини боғлаш.

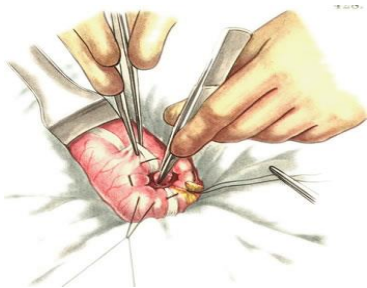


Аппендэктомия.

Аппендэктомия. чувалчангсимон ўсимтасини кесиб олиш.



Чўлтоғига кисет ва Z-симон чоклар қўйиш.



Бу кесма, ўнг ёнбош соҳасида киндик ва ёнбош суягининг ташқи юза ўсимтаси орасидаги ўтказилган чизик 3 қисмга бўлиниб, унинг пастки 1/3 қисмига перпендикуляр, икки томони баравар кесма қилинади. Қорин бўшлиғи очилгач, кўричак гумбази чувалчангсимон ўсимта билан бирга жароҳат соқасига чиқарилади. Яллиғланган чувалчангсимон ўсимтанининг чарвиси (таркибидаги ўсимта артерияси билан) қирқилади ва чок қўйиб боғланади. Чувалчангсимон ўсимта асосидан боғланиб, қирқилади. Унинг чўлтоғига эса кисет ва Z-симон чоклар қўйиш орқали тубига чўктирилади. Гемостазга синчиклаб текширилгач, жароҳатга қаватма-қават чоклар қўйилади. Аппендикуляр этиологияли тарқалган йирингли перитонит асорати юзага келганда, уни даволашнинг умумий қоидалари бўйича тактика қўлланилади: аввало перитонит манбаи бартараф этилади (аппендэктомия), кейин қорин бўшлиғи яхшилаб тозаланади (санация) ва антисептик эритмалар билан ювилади (лаваж) ва операциядан кейинги даврда қорин бўшлиғини мунтазам ювиш имкониятини берувчи усул бўйича дренажлар қўйилади. Шу жумладан, ичак парезини олдини олиш мақсадида ингичка ичак тутқичининг блокадаси (новокаин юбориш) ва ичак декомпрессияси ўтказиш учун ингичка ичакни трансназал интубация қилиш қўлланилади.

Операциядан кейинги даврда беморларда гомеостазнинг бузилишларини коррекция қилишга қаратилган комплекс муолажа ўтказилади, антибактериал муолажа, перитонеал диализ ёки лаваж, ичак декомпрессияси ва кўрсатмалар бўйича энтерал зонд орқали билан озуқалантириш мақсадга мувофиқ бўлади. Касаллик ўткир перитонитнинг тарқалган турлари билан асоратланганда, тўлиқ тафтиш қилишга имкон берадиган ўрта-ўрта лапаротомия кесмаси қўлланилади.

Ҳозирги кун жарроҳлик амалиётига, янги технологиялар: тежамкор ва кам инвазив усул камда услублар шиддат билан кириб келмоқда, уларга алоҳида аҳамият берилмоқда. Жарроҳлик амалиётида уларни қўллаш, нафақат операциялар жароёнида юзага келадиган жароҳат даражасини камайтиришга, бу билан бирга унинг самарадорлигини оширишга ва асоратлар сонини кескин камайтиришга олиб келади. Шунинг учун, ушбу касалликда, бугунги кунда тобора кенг қўлланилаётган усул – лапароскопик аппендэктомияга тўхталиб ўтамиз (расм 3).

Лапароскопик аппендэктомияни бажариш учун, киндик ва унинг атрофини пункция қилиб, қорин бўшлиғига CO₂ газни юборин орқали пневмоперитонеум вужудга келтирилади. Махсус троакарлар орқали қорин бўшлиғига мужазгина видеокамера ва эндохирургик асбоблар киритилиб, чувалчангсимон ўсимта олиб ташлаш жарроҳлик амалиёти бажарилади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17- 14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм. Машғулотда янги педагогик технологияни қўлланиши: Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№ 16 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Мавзу</i>	Ўткир аппендицит. Унинг болаларда, қарияларда, хомиладорларда ўзига ҳослиги. Диагностика ва дифференциал диагностикаси ва даволаш. Ўткир аппендицит асорати. Аппендикуляр инфильтратда ва абсцессда УАШ ва жарроҳ тактикаси.
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	37. Кейсни фикрга киритиш. 38. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 39. Муаммо ва мақсадни аниқ олдига қўйиш ва ечиш. 40. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 41. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 42. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 43. Хулоса.Талабалар олдига қўйилган муаммо ва мақсадни ечишига қараб баҳолаш.
Ўқиш мақсади:	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш; - Экстремал ҳолатларга мустақил ташҳис қўйиш ва шошинч ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш); - Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Тўғри ичакни жарроҳлик касалликларни даволаш тамойилларни ўрганиш; - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 	

<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - ЎҚС сабабларини билиш; - ЎҚС клиникаси ва ташхисотини билиш; - ЎҚС билан огриган беморларни курация кила олиш; - Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; - касаллик текширув усулларини, лабаратор тахлиллар интерпритациясини ва қиёсий ташхисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш; - шифокорининг тактикаси, даволаш тамойиллари ва реабилитацияси;</p>
<p>Усуллар ва техникани ўрганиш</p>	<p>“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”</p>
<p>Воситани ўрганиш:</p>	<p>Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Алоҳида ва гуруҳларда</p>
<p>Ўқитиш шароити:</p>	<p>1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, тахлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.</p>
<p>Баҳолаш</p>	<p>Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.</p>

Машғулотнинг технологик ҳаритаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
<p>Тайёргарлик (30 дақиқа)</p>	<p>Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.</p>	<p>Эшитади.</p>

I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг гмақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тзхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блици сўров ўтказади.	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайдидля. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун таркатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўлларини эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазия учун тайёрланган топшириқларни таркатади.	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейсининг ечимини топишга кўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтииради.	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси.
40 дақиқа		
80 дақиқа		
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади

	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.	Эшитади
--	---	---------

Блиц-сўров:

- ўткир қорин сабаларини айтинг
- ўткир аппендицит ташхис алгоритмини кўрсатинг
- ўткир аппендицит инструментал текширув усулларини кўрсатинг
- ўткир аппендицитта УАШ тактикаси.

1 - топшириқ

Эксперт варағи

1-гурух.

1.катарал ва флекманоз аппендецитдаги оператив даво усулларини фарқи?

2.Чувалчангсимон ўсимта артериялар анатомияси?

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириг

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

2- гурух.

1. ўткир аппендецит ташҳиси билан хомиладор аёлда Михельсон белгиси бажарилиши
- 2.ўткир аппендицит -клиника, ташҳиси, қиёсий ташҳиси ва даволаш турлари

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

2 - топшириқ

“Т-схема” жадвални тўлдириг

Аппендикуляр абсцессда тактика?	Аппендикуляр инфилтратдаги тактика?

Кейс билан ишлашни баҳолаш мезонлари

Аудиторияда ишлашни баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот намоиши мак. 30 б	Аниқ ва тўлиқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак.50 б

1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон.

Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

- Ўткир қорин синдромининг сабабларини кўрсатинг.
- Ўткир аппендицит хасталиги ташхиси алгоритмининг кўрсатинг.
- Ўткир аппендицитда инструментал текшириш усулларини кўрсатинг.
- Ўткир аппендицит хасталигида УАШ нинг тактикасини аниқланг.

“Академик полемика” усулини қўллаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консултациялар (шифокор-бемор) берилади. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консултациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

1. Бемор 30 ёш, ўнг енбош сохадаги оғриқларга, кўнгил айнаши, оғиз қуриши, дармонсизликка шикоят қилади. 9 соатдан бери хаста. Оғриқлар эпигастрал сохадан бошланиб, ўнг енбош сохага кўчган. Хуруж 1. Умумий ахволи нисбатан қониқарли. Қорин одатдаги шаклда, нафас актида симметрик иштирок этади. Пайпаслаганда ўнг енбош сохада оғриқли, мушаклар таранглиги аниқланади. Щеткина Блюмберг, Ровзинг, Ситковский, Бартомье Михельсон белгилари мусбат.

Қон таҳлилида: гем- 140г/л, эрит-4,2 лейкоцит- 9,4 минг.

Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

Ташҳис қуйишда нималарга асосландингиз?

Беморда қандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Ўткир аппендицит	4
2.	Шикоятлари, кўрик, ўнг енбош сохадаги локал оғриқлар, қорин парда таъсирланиш белгиларининг мусбатлиги, лейкоцитоз.	3
3.	Хирургик бўлимга ётқизиш, тезкор оператив даво (аппендэктомия)	3

3. Беморда перфоратив аппендицит маҳаллий перитонит ташхиси билан операция ўтказилган. Операциядан кейин 7-суткада қалтираш, кукрак қафаси ўнг ярмида оғриқ кузатилган. Рентгеноскопияда ўнг плеврал синусда суюқлик, ўнг диафрагма гумбазининг юқори туриши ва харакатини чекланиши аниқланди. УЗД да диафрагма ости сохасида суюқлик сақловчи, хажмли хосила аниқланди. Қон таҳлилида: гем- 120г/л, эрит-3,7 лейкоцит- 18,1 минг.

Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

Ташҳис қўйишда нималарга асосландингиз?

Беморда қандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Диафрагма ости соҳа абсцесси. Аппендэктомиядан кейинги ҳолат	4
2.	Шикоятлари, кўрик, рентгеноскопия (ўнг плеврал синусда суюқлик, ўнг диафрагма гумбазининг юқори туриши ва ҳаракатини чекланиши) ва УЗИ (диафрагма ости соҳасида суюқлик сақловчи, хажмли ҳосила) хулосалари.	3
3.	Хирургик бўлимга ётқизиш, тезкор оператив даво (УЗИ контроли остида ўнг диафрагма гумбази ости соҳа троакар ёрдамида дренажлаш ва йиринг санацияси)	3

3. Бемор Носиров Х. 34 ёш, гангреноз аппендицит ташҳиси билан операция ўтказилган. Операцияни 7-кун беморда қалтираш, тўғри ичакда оғриқ, тенезмлар кузатилган. Ректал текширувда кичик чанокда инфилтрат аниқланди. 3 кун давомида беморга иссиқ ромашкали хукна ва антибиотиклар қилинган, бемор ахволи яхшиланмаган. Ректал текширишда инфилтрат юмшаганлиги аниқланди. Тана ҳарорати гектик. Сизнинг ташҳисингиз:

Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

Ташҳис қўйишда нималарга асосландингиз?

Беморда қандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Дуглас бўшлиғи абсцесси. Аппендэктомиядан кейинги ҳолат	4
2.	Шикоятлари, анамнез (операция ўтказганлиги), курик, тана ҳароратини гектиклиги, ректал кўрик натижалари	3
3.	Хирургик бўлимга ётқизиш, тезкор оператив даво (туғри ичак олд девори бўйлаб юмшаган инфилтрат устидан дренажлаш ва йирингли бўшлиқ санацияси)	3

4. Аппендикуляр инфилтрат ташҳиси билан даволанаётган беморда кўнгил айниб қушиш, тана ҳароратини 40 С гача кўтарилиши пайдо бўлиб қорин ўнг ёнбош соҳасидаги оғриқлар кучайди. Тили курук, карашли. Локал: қорин ўнг ярми нафасда суёт иштирок этади, пальпатор ўнг ёнбош соҳада ёнбош суяги қиррасига ёпишган, ҳаракатсиз, юзаси ғадир-будир, оғриқли ҳосила аниқланади. Маҳаллий мушаклар таранглашган, Щёткин-Блумберг белгиси мусбат. Қон таҳлили: лейкоцит- 17,8 минг.

Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

Ташҳис қўйишда нималарга асосландингиз?

Беморда қандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Ўткир гангреноз аппендицит. Асорати: периаппендикуляр абсцесс.	4
2.	Шикоятлари, анамнез, тана ҳароратини гектиклиги, ўнг ёнбош соҳада ёнбош суяги қиррасига ёпишган, юзаси ғадир-будир, оғриқли ҳосила аниқланиши, маҳаллий мушаклар таранглашгани, Щёткин-Блумберг белгиси	3

	мусбатлиги, лейкоцит- 17,8 минг.	
3.	Тезкор оператив даво: Пирогов кесмаси ёрдамида йирингли бўшлиқни очиш, дренажлаш ва йирингли бўшлиқ санацияси	3

5. Бемор Х, 46 ёш. Шикоятлари ўнг ёнбош сохадаги сушт оғриқларга, иштахасизликка. Анамнездан 6 кундан бери хаста. Ахволи нисбатан коникарли. Қорин нафас актида симметрик иштирок этади, пальпатор ўнг ёнбош сохада ёнбош суяги қирраси билан ёпишган, ҳаракатсиз, оғриқли ҳосила аниқланади. Перитонеал белгилар манфий. Тана температураси 36,9С. УТТ: унг ёнбош сохада d=4 см ли ҳосила аниқланади, гомоген эхоструктурали. Кон тахлили: лейкоцит- 7,4 минг.

Сизнинг тахминий ташҳисингиз?

Ташхис куйишда нималарга асосландингиз?

Беморда қандай даволаш тактикаси олиб бориш керак?

№	Жавоблар	Бал (макс 10)
1.	Аппендикуляр инфилтрат	4
2.	Шикоятлари, анамнез, тана хароратини нормаллиги, ўнг ёнбош сохада ёнбош суяги қиррасига ёпишган, юзаси ғадир-будир, оғриқли ҳосила аниқланиши, Щёткин-Блюмберг белгиси манфийлиги, УЗИ хулосаси, лейкоцит-7,4 минг.	3
3.	Хирургик стационарга ётқишиш, антибактериал ва инфузион даво, спазмолитиклар, витаминлар. Динамик кузатув: беморнинг умумий аҳволи, шикоятлари, динамикада температурани ўлчаш ва УЗИ.	3

Тестлар

1. Аппендикуляр инфилтрат шаклланишининг бошланғич босқичига характерли эмас:

А) касалликнинг биринчи кунларида ўнг ёнбош сохасида кузатилган оғриқларнинг йўқолиши

Б) бемор умумий ҳолатини яхшиланиши

В) мушак зуриқиши ва бошқа қорин парда таъсирланиш симптомларини камайиши

*** Г) лейкоцитоз ошиши ва лейкоцитар формулани чапга силжиши

Д) унг ёнбош сохада зич, кам ҳаракат, кам оғриқли ўсмасимон ҳосилани пайдо бўлиши.

2. Аппендикуляр инфилтратни абсцессланишига хос эмас:

А) юкори харорат

Б) оғриқларнинг кучайиши ёки қайта пайдо бўлиши

*** В) даволаш мобайнида инфилтратни камайиши

Г) қорин парда таъсирланиш симптомларини пайдо бўлиши

Д) лейкоцитоз ва СОЭ ни ошиши

3. Инфилтрат билан асоратланган ўткир аппендицитда шошилиш операцияга қарши кўрсатма:

А) шаклланмаган инфилтратда (касалликнинг 1-2 суткасида)

Б) касалликнинг 3-4 суткасида

*** В) зич инфилтратда (касалликнинг 5-ва ундан кейинги суткаларида)

Г) абсцессланган инфилтрат клиникаси кузатилганда

Д) аппендикуляр инфилтрат консерватив давоси эффе́кссизлиги

4. Ўткир аппендицит оқибатида қорин парда орти соҳасидага флегмона ривожланишига қуйидагилар сабаб бўлади:

- ***А) чувалчангсимон ўсимтани ретроперитонеал жойлашиши
- Б) унғ ёнбош соҳадаги маҳаллий перитонит
- В) чувалчангсимон ўсимтани қур ичакдан латерал томонда жойлашиши
- Г) чувалчангсимон ўсимтани медиал жойлашуви

5. Пилефлебит ривожланиши ўткир аппендицитни қайси шакли учун хос:

- А) катарал
- Б) флегмоноз
- В) бирламчи гангреноз
- ***Г) гангреноз турида некротик жараённи тутқичга утиши
- Д) аппендикуляр инфилтратда

6. Бемор 59 ёш, 3 кун олдин эпигастрал соҳада оғриқ пайдо бўлиб, ўнғ ёнбош соҳага узатилган. Бемор анальгин ичган, қорнига грелка қўйган, натижада оғриқ йўқолган. Кейинги кун оғриқ қайталанган, бутун қорин буйлаб тарқалган, кўп марта қусиш кузатилган. Бемор ахволи оғир. Пульс бир дақиқада 128 та, тили қуруқ. Қориннинг ҳаммаси соҳаси таранглашган ва оғриқли. Щеткин-Блюмберг симптоми қориннинг ҳаммаси соҳасида мусбат. Лейкоцитоз - $18.6 \cdot 10^9/\text{л}$. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин?

- ***А) Ўткир перфоратив аппендицит, тарқалган перитонит
- Б) Пилефлебит
- В) Периаппендикуляр абсцесс
- Г) Овқат токсикоинфекцияси
- Д) Деструктив холецистит

7. Аппендэктомия операцияси утқазилган беморда операциядан кейинги 8 суткада қалтираш, қурак қафаси унғ ярмида оғриқ кузатилган. УЗД да диафрагма ости соҳасида суюқлик сакловчи, хажмли ҳосила аниқланди. Қон таҳлилида: лейкоцит - 19,1 минг. Беморга унғ диафрагма гумбази ости абсцесси диагнози қуйилди. Айтилган ҳасталикка хос бўлган рентгенологик ўзгаришларни кўрсатинг.

- А) ўнғ плеврал синусда суюқлик
- Б) ўнғ диафрагма харакатини чекланиши
- В) қорин бўшлиғида эркин ҳаво
- Г) қорин аортаси устида систолик шовкин
- Д) унғ диафрагма гумбазининг юқори туриши

Тўғри жавоблар комбинациясини кўрсатинг.

- А) А,Б,В. Б) А,В,Г. В) Б,В,Д. Г) Б,Г,Д. ***Д) А,Б,Д

8. Ўткир аппендицитда хомилдорларда аниқланадиган Михельсон симптоми қандай аниқланади?

- А) чалқанча ётганда унғ ёнбош соҳа пайпасланганда оғриқни бўлиши
- Б) чалқанча ётганда унғ оёқни бумасдан қутарилганда бел соҳасида оғриқ пайдо бўлиши
- В) Бемор чап ёнбошига ёнбошлаб ётганда оғриқ пайдо бўлиши
- ***Г) Бемор унғ ёнбошига ёнбошлаб ётганда оғриқ пайдо бўлиши
- Д) Бемор чап ёнбошига ёнбошлаб ётганда унғ ёнбош соҳа пайпасланганда оғриқ бўлиши

9.26 ёшли беморда ўткир аппендицит (чанокда жойлашуви) ва бачадондан ташқари хомиладорлик ёрилишини киёсий ташхислашда эътиборли ҳолатлар:

- 1)шикоят ва анамнез
- 2)Гемоглобин кўрсаткичи
- 3)кин орка гумбази пункцияси натижалари
- 4)Кулленкампф симптоми аниқланиши
- 5)ректал ва вагинал текширув натижалари

Тўғри жавоблар комбинациясини танланг:

А)1,2 Б)1,2,3 В)1,2,3,4 Г)1,2,3,4,5, ***Д) ҳамма жавоб тўғри

10.Ўткир аппендицит симптомлари:

- А) Мерфи, Мюси-Георгиевский,Ортнер
- Б) Мейо-Робсон,Образцов,Ситковский,Керте
- ***В)Волкович-Кохер,Ровзинг,Образцов
- Г) Скляров, Валя
- Д) Воскресенский, Мондор

11.Ноаниқ ўткир аппендицит диагностикасида қўлланилади:

- А)Ум.кон ва сийдик анализи
- Б)Қорин бўшлиғи умумий рентгенографияси
- В)Лапароскопия
- Г) УЗИ
- ***Д) юқоридаги барча усуллар

12.Факат операция вақтида ўткир аппендицитни киёслаш мумкин:

- А) 12 бармоқ ичак ярасини тешилиши
- Б)Ўткир панкреатит билан
- ***В) Меккел дивертикулини яллиғланиши билан
- Г) ўнг томонлама буйрак санчиги билан
- Д) ўткир холецистит билан

14.Унг томонлама буйрак санчигиучун эмас,ўткир аппендицитга характерли:

- А) сийдикда янги эритроцитларни аниқланиши
- Б) ўнг бел ёки ёнбош сохадаги оғриқлар
- В) оғриқларни ўнг сон,ораликка узатилиши
- ***Г) унг ёнбош сохадаги мушакларни таранглашиши
- Д) Дизурик узгаришлар

15.Ўткир аппендицитда бирламчи оғриқлар локлизацияси кўпинча каердан бошланади:

- А) бел сохасидан
- Б) эпигастрал сохадан
- В) киндик сохадан
- Г) ўнг ёнбош сохадан
- ***Д) Б ва Г

5.Амалий қисм.

№1. Ўткир аппендицит белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир аппендицитнинг ҳамма симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима

килаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.		
Текшириш босқичлари	Мах балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморни юқорига қараб ётқизиш, қоринни очиш, оёқларини тиззадан буқиш.	10	0
2. Қорин кузатув (асимметрия, нафас олишда қатнашув)	10	0
3. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ сохалари ва мушаклар Таранглашувини аниқлаш.	10	0
4. Тери гиперэстезияси сохаларини аниқлаш-Воскресенский белгиси(техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
5. Щеткин-Блумберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
6. Раздольский белгисини – перкуссияда яллиғланиш ўчоғини устида оғриқни аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	0
7. Ровзинг белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
8. Ситковский белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
9. Бартомье-Михельсон белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	0
10. Образцов белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш)	10	0
Станция бўйича максимал балл	100	

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

7.Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс- стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

4	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл
---	-------------	-------------	------------	------------	------------	---------

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Ошқозон ичак трактидан қон кетиш синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Организмда қон кетиш механизми, постгеморрагик шок тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетишни даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, коагулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари ва коагулограмма интерпретациясида битта ҳатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Организмда ошқозон ичак трактидан қон кетиш механизмини, қон кетиш синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб

			<p>бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулаграмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда қон кетиш сабабларини, қон кетиш синдроми тўғрисидаги тушунчани, қон кетиш симптомлари, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, қон кетиш синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.</p>
6	71-75%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми классификациясини билади, лекин қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қон кетиш синдроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда хатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.</p>
7	66-70%	Қониқарли ”3”	<p>Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдромининг моҳиятини, қон кетиш синдроми классификациясини, қон кетиш сабабларини билади, лекин беморларни</p>

			текшириш усуллари ва қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли "3"	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми моҳиятини билади, қон кетиш классификациясида ва қон кетиш сабабларида адашади. Қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритминини ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
9	55-60%	Қониқарли "3"	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифференциал диагностикасида ва қон кетиш синдромини даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54% дан паст	Қоникарсиз "2"	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифференциал диагностикасида, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари била таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунити тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	

5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари.

Мустақил тайёрланиш учун саволлар:

- ўткир қорин синдроми тушунчаси;
- қоринда оғриқ билан кечувчи хасталиклар;
- қоринда оғриқ билан кечувчи кам учрайдиган хасталиклар;
- ўткир аппендицит клиникаси, ташхиси, қиёсий ташхиси, даволаш тактикаси.

11. Адабиетлар:

Асосий: 1.Арипов У.А., Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ошиғич жарроҳлиги. Т.1991й.

14. Аталиев А.Е. и др. Учебное пособие по освоению практических навыков хирургического профиля. Т.2003г.

15. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М.1998г

16. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т. 2005й.

17. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005г.

18. Лопухин Ю.М., Савелев В.С. Хирургия. М.1998г

19. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. Т. 2004г

Қўшимча:

20. Ротков И.Л. Диаг. и тактические ошибки при остром аппендиците. М. 1988 г.

2. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М. 2000 г. 8 .Савельев В.С.

3. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004 г.

4. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). М. 2006 г

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

«Ўткир корин синдроми»

Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ). Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Диагностика методлари ва дифференциал диагностика, даволаш. Ўткир ичак тутилиши ни даволашда уш тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

Ўқитиш технологияси

Амалий дарс №17

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №17: Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ). Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Диагностика методлари ва дифференциал диагностика, даволаш. Ўткир ичак тутилиши ни даволашда уш тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси.

<i>Вақти: 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони: 8-10</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	Амалий машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тўзилиши</i>	1. Кириш. 2. Назарий қисм

	<p>3. Аналитик қисм: - Кейс-стади - Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.</p>
Ўқув машғулоти мақсади:	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида - Экстремал ҳолатларда мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Дастлабқин ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерпретация қилишни ўрганиш; - Перианал соҳадаги тери ва тери ости ёғ клеткаси йирингли касалликларининг даволаш усуллари ўрганиш (парапроктит, флегмона, чипқон, ҳасмол ва бошқалар); - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.</p>
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • Ошқозон ичак тракти анатоми физиологиясини • ЎИТ этиопатогенези ва клиникаси • Қориндаги оғриқда дташхислаш ва киесий ташхислаш. • Госпитализация критическое вақти. • ЎИТ асоратлари. • Беморлар даво тактикаси; • Беморлар операциядан кейинги реабилитацияси. •
Талаба бажариши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> • ЎИТ беморларни клиник текширувларини ўткази олиш. • ЎИТ клиник шакллари аниқлай олиш. • ЎИТ билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. • Қорин пальпациясини бажари олиш. • Шошилиш жарроҳликда тез ердам кўрсати олиш. • Ошқозонни зондлаш ва ювиш; • Турли хил хукналарни кила олиш. • Рентген суратларини уқий олиш. • Клиник разборда иштирок этиш. • Диспансер кўзатув картасини юрита олиш. • Хавф омилларини, ташхислашни, ўз вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ургатиш.

<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ЎИТ сабабларини билиш: - ЎИТ клиникаси ва ташхисотини билиш: - ЎИТ билан оғриган беморларни курация кила олиш: - Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; - касаллик текширув усулларини, лаборатор тахлиллар интерпритациясини ва киесий ташхисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.
<p>Ўқитиш услублари</p>	<p>Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видео кўриш, дискуссия, беседа, ургатувчи уйин, кейс-стади.</p>
<p>Машгулотни ташкил қилиш шакллари</p>	<p>Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.</p>
<p>Ўқитиш манбалари</p>	<p>Ўқув материалларини тарқатиш, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар.</p>
<p>Ўқитиш жойи ва шароити</p>	<p>Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.</p>
<p>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</p>	<p>Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.</p>

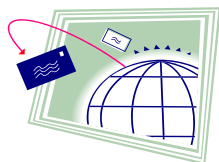
Машгулотнинг технологик ҳаритаси

Машгулот №17

Мавзу: Ўтқир ичак тугилиши (ЎИТ). Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Диагностика методлари ва дифференциал диагностика, даволаш. Ўтқир ичак тугилиши ни даволашда уаш тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси.

вақт	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>3.1. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>3.2. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>3.3. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>3.4. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>3.5. Танаффус.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади. Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар бериллади.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий кўникмаларни</p>

<p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.</p>	<p>бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида ҳисобот.</p>
<p>3- қисм</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади.саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб олишади.</p>



1. Машғулот ўрни ва талаблари

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, таркатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



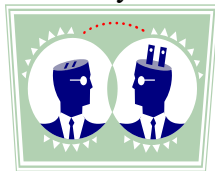
1.1. Мотивация

«Ўткир қорин» синдроми умумлаштирилган тушунча бўлиб, бу ташхис анамнез йиғиш ва клиник белгиларнинг аниқлаш натижасида қориндаги «катастрофа» сабаби аниқ бўлмаган вақтда қўйилади. «Ўткир қорин» билан мурожат этган беморлар ташхисини аниқлаш мақсадида шошилиш равишда хирургик стационарга ётқизиши керак.

Адабий манбаларда берилишича қорин бўшлиғи ўткир хирургик хасталиқлари, хирургик патологик хасталиқларнинг 50-60% ни таққил этади. Буларнинг 1/3 да «Ўткир қорин» синдроми кўзатилади. Агар қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишлари, дивертикулит, терминал илсит (охирги иккитаси болаларда кўп учрайди), экинококкоз асоратлари (йиринглаш ёрилиш), тромбоземболиялар, ўсмалар асоратларини ҳисобга олганда, «Ўткир қорин» сони янада ошади. Ўткир хирургик касалликларида тез ва тўғри ташхис қўйиш ва хирургик стационарга тез юбориш самарасини оширадиган омилдир. Қорин бўшлиғида ўткир жарроҳлик касалликлар ичидаги жиддий хавфлиси ўткир ичак тугилишидир.

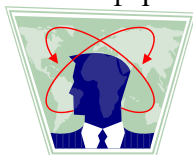
“Илеус” юнонча сўз бўлиб – “ёпаман, бурайман” деган маънони билдиради. Ичакнинг ўткир тугилиши овқат моддаларининг ошқозон – ичак тракти бўйлаб ҳаракатнинг қисман ёки тўлиқ бўзилишига айтилади. Ичак тугилиши бутун жарроҳлик касалликларига нисбатан 1,2% ва қорин бўшлиғининг ўткир жарроҳлиги

касалликларининг 9,4%ини ташқил этади. Илеус эркакларда аёлларга нисбатан икки баробар кўп учрайди. Ўткир ичак тутилиши клиник утиши оғир бўлиши билан бирга “Ўткир қорин” сабабли операция килинганлар ичида энг фоиз улим кўрсатгичини беради. Операциядан энг юқори улим кўрсатгичи 5 ёшгача бўлган болаларга тўғри келиб, сўнг 60 ёшдан юқори ва қарияларга келиб яна кўпаяди. Диагностика ва госпитализацияни кечиктириш ўта оғир оқибатларга олиб келади. УАШ шифокори ўткир ичак тутилиши хасталиги билан тез тукнаш келади ва шунинг учун хасталик хақида тўлақонли маълумотга эга бўлиши керак.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекцион касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология.



2. Дарсинг мазмуни

2.1. Назарий қисм.

Анатомия.

Ингичка ичак (intestinum tenue) ҳазм найининг энг узун қисми бўлиб, меъда билан йўғон ичакнинг (меъданинг чиқиш қисми билан илеоцекал қопқоқ) ўртасида ётади. Ингичка ичакнинг узунлиги 3,5-3,75 м, баъзида 2,2дан 7-8 мгача бўлиши мумкин. Унинг узунлиги еш, жинс, тана тўзилишига ва х.к. ларга боғлиқ. Ингичка ичакда сўлак ва меъда шираси билан парчаланган овқат бўтқаси ичак шираси, меъда ости беши шираси ва ўт таъсирида парчаланadi. Бу ерда парчаланган озуқа моддалар қон ва лимфа томирларга сўрилади. Ингичка ичакда уч қисм: ўн икки бармоқли ичак, оч ичак ва ёнбош ичак тафовут қилинади. Оч ва ёнбош ичакда ичактутқич бўлгани учун ингичка ичакнинг тутқичли қисми дейилади. Ўн икки бармоқли ичак (duodenum) узунлиги мурдада 25-30 см. У кўп ҳолатда тақа шаклида бўлиб, I-III бел умуртқалари соҳасида, меъда ости безининг бошини ўраган ҳолатда жойлашади. Унда тўрт: юқори, пастга тушувчи, горизонтал ва кўтарилувчи қисмлари тафовут қилинади. **Қоринпарда копламаси, ичак тутқич ва фиксация.** Ингичка ичакнинг ичак тутқич қисми интраперитонеал жойлашган бўлади. Сероз коплама факатгина ичак тутқични букиш жойида йўқ бўладию. Қориннинг орка деворига ингичка ичак ичак тутқич ёрдамида фиксацияланади, у қоринпардани дубликатурасини ҳосил қилади, уларни парда катламлари орасида ёғ катламлари, қон ва лимфа томирлари, нерв чигаллари жойлашган бўлади. Баъзида нафақат ингичка, балки йўғон ичак ёки унинг бир қисми умумий ичак тутқичга эга бўлади. Бундай ҳолатларда бутун ичакнинг кучли ҳаракатланиши натижасида ингичка ва йўғон ичакларнинг буралишларини пайдо бўлиши мумкин. Ингичка ичакнинг ичак тутқичи, mesenterium, умуртка погонасининг чап томонидан flexurae duodenojejunalis олдидан бошланади ва ун ёнбош чуқурчада тугайди. Унинг баландлиги, flexurae duodenojejunalis дан бошланиб бир маромда узунлашади ва ичакнинг урта қисмига бориб 15-20 мл ни ташқил қилади. Баъзиларда у киска – 10 см, бошқаларда 25-30 см бўлиши мумкин. Ингичка ичакни йўғон ичакка утиш жойида ичак тутқич узунлиги 3-4 см атрофида бўлади. Баъзи ҳолатларда ингичка ичакнинг йўғон ичакка утиш жойида ичак тутқич. Умуман ривожланмаган бўлади ва ингичка ичак қорин бўшлиғини орка деворининг қорин пардаси билан бириккан бўлади. Ичак тутқич илдизини узунлиги 10-18 см атрофида

бўлади, уртача 15 см га тенг бўлади. Қорин деворини ичак тутқич илдизи парда катламлари орасида ёғ катламлари, юқори ичак тутқич артерияси, венаси, юқори ичак тутқич чигали, лимфа томирлари ва лимфа тугунлари бор бўлади. Ичак тутқич илдизи олд томондан аортани, пастки палан венани, ични уруг томирларини ва унг сийдик найини айлантириб олади. Баъзида ичак тутқич илдизи унг сийдик найига таъсир кўрсатилади. Бу ходиса сийдик йўли куричакни оркасида утганда кўзатилади. Аортани ичак тутқич илдизи билан кесишиши ҳолати доимий бўлмайди, бифуркация тепасида 0-10 сига тебраниб туради. Кўп ҳолатларда кесишув жойи аорта бифуркациясидан 3 см юқорида жойлашган бўлади.

Синтопия. Ингичка ичакнинг топографик-анатомик хусусиятлари ўзгарувчан бўлади, бунга ичакнинг ҳаракатчанлиги, унинг тўлиқлик даражаси бошқа органлар ҳолати, тана ҳолати, организмнинг индивидуал ҳолати таъсир қилади. Ингичка ичакни петиялари ёнбошдан ва юқридан чамбар ичак билан чегараланган: унгдан улар кўтарилиувчи чамбар ичак билан чегараланган: унгдан улар кўтарилиувчи чамбаричак ва куричак билан, чапдан – пастга тушувчи чамбаричак ва сигмасимон ичак билан, юқоридан – кундаланг чамбаричак ва унинг ичак тутқичи билан оркадан ингичка ичак қовузлоклари орка қорин бўшлиғини органларига (буйрак, сийдик найлари, 12 бармоқ ичакнинг пастга-тушувчи ва кўтарилиувчи қисмлари, аорта ва пастки ковак вена) тегиб туришади, олдидан эса қорин деворининг олди қисмига ва катта чарвига тегиб туради.

Ингичка ичакнинг қовузлоклар ичакни ичак тутқичини унг ва чап томонида жойлашган ичак тутқич синусларида жойлашган бўлади. Унг ва чап мезентериал синуслар мавжуд. Унг мезентериал синус учбурчак шаклига эга. Унинг деворлари бўлиб: чапдан – ингичка ичак ичак тутқичининг илдизи, унгдан-кўтарилиувчи чамбар ичак, юқоридан – кундаланг чамбар ичак ва унинг ичак тутқичи. Унг ва чап мезентериал синуслар узаро *flexurae duodenojejunalis* олдида ёриг ёрдамида бирикишган, бу ёриг ингичка ичакнинг бошлангич қисмидан ва кундаланг чамбар ичакнинг ичак тутқичидан ҳосил бўлган. Мезентериал синусларда гематомалар, калталанган перитонитлар жойлашиш мумкин. Чап мезентериал синусдаги экссудат ёки қон кичиқ чанок (тос) бўшлиғига таркалиши мумкин, унг мезентериал синуснинг ичидаги суюқлик эса синус деворлари билан маълум бир даражагача сакланиб туриши мумкин.

Ўн икки бармоқли ичак, duodenum, қорин орти аъзоларга киради. Узунлиги 25—30 см. Ўн икки бармоқли ичак 4 қисмдан иборат: юқори, патга тушувчи, пастки ва юқорига кўтарилиувчи.

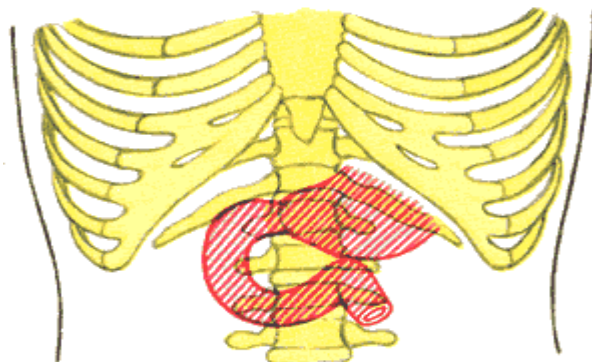
Юқори қисм, pars superior, Ўн икки бармоқли ичак бошлангич қисми, узунлиги уртача 5-6 см бўлиб, XII кўкрак ёки I бел умуртқаси соҳасида кийшик йўналиб чапдан унга, олддан-оркага йўналиб ейсимон буқилади ва юқори эгриликни *flexura duodeni superior* ҳосил қилади.

Пастга тушувчи қисм, pars descendens, умуртка бел қисмининг унг томонида жойлашган, узунлиги 7—12 см бўлиб пастги қисмга ўтади. У III бел умуртқаси соҳасида чапга бурилиб, ўн икки бармоқли ичакнинг пастки бўрилиш бурчагини ҳосил қилиб горизонтал қисмига ўтади. Утиш жойида пастки эгриликни *flexura duodeni inferior* ҳосил қилади.

Пастки қисм, pars inferior, узунлиги 6—8 см, унгдан-чапга йўналиб, умурткани кундаланг йўналишда кесиб ўтиб, юқорига эгилади ва юқорига кўтарилиувчи қисмга давом этади. Горизонтал қисми чапга томон йўналиб III бел умуртқаси танаси соҳасида юқорига кўтарилиб кўтарилиувчи қисми қисмига давом этади.

Юқорига кўтарилувчи қисм, pars ascendens, узунлиги 4—5 см. умуртка бел қисмидан чапда бўлиб, ўн икки бармоқли ичак-оч ичак эгрилигини flexura duodenojejunalis ҳосил қилади. Кўтарилувчи қисми II бел умуртқаси танасини чап чеккаси соҳасида ўн икки бармоқли-оч ичак бўрилиш бурчагини ҳосил қилиб оч ичакка ўтиб кетади.

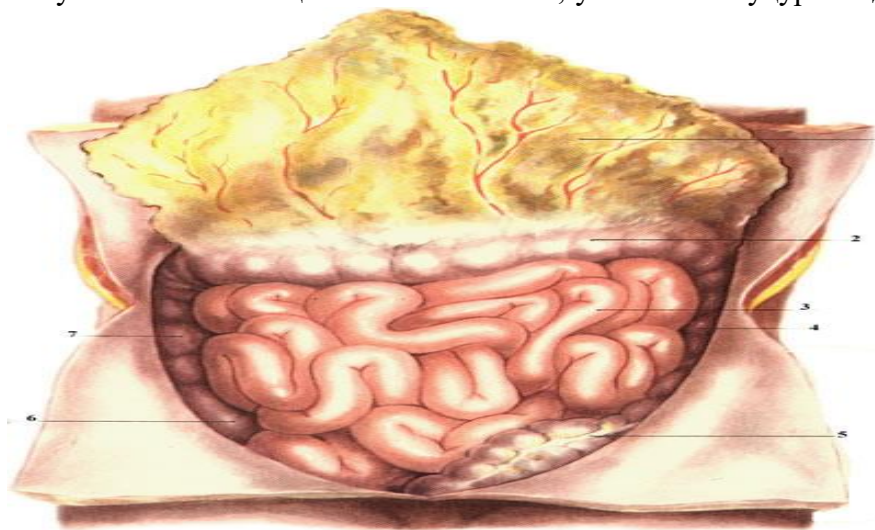
Ўн икки бармоқли ичак скелетотопияси [расм. 13](#)



13. Ўн икки бармоқли ичак скелетотопияси.

Ўн икки бармоқли ичакни қорин парда бошланиш ва охириги қисмларини ҳар томондан ўраса, қолган қисмлари қоринпарда орқасида ётади. Ўн икки бармоқли ичакнинг шиллик пардасида айланма бурмалар, ҳамда пастга тушувчи қисмининг медиал деворида жойлашган бўйлама бурма бор. Бу бурманинг пастки қисмидаги ўн икки бармоқли ичакнинг катта сўрғичига умумий ўт йўли ва меъда ости бези найи очилади. Ундан юқорироқда жойлашган кичик сўрғичга меъда ости безининг қўшимча найи очилади. Бундан ташқари ўн икки бармоқли ичак бўшлиғига унинг хусусий безлари ҳам очилади. Янги туғилган чақалоқ ўн икки бармоқли ичаги ҳалқа ёки II шаклида бўлиб, узунлиги 7,5-10 см. Бошланиш жойи ва охири I бел умуртқаси соҳасида жойлашган. Беш ойлик болада ўн икки бармоқли ичакнинг юқори қисми XII кўкрак умуртқаси соҳасида жойлашган. Унда пастга тушувчи ва кўтарилувчи қисмлари пайдо бўлади. Бола ҳаётининг биринчи йилида ўн икки бармоқли ичакда тўрт: юқори, пастга тушувчи, горизонтал ва кўтарилувчи қисмлари тафовут қилинади. Болаларда у ҳаракатчан бўлиб тез ўсиши 5 ёшгача давом этади, кейинчалик секинлашади. Ингичка ичакнинг тутқичли қисмини 2/5 қисми оч ичакка, 3/5 қисми ёнбош ичакка тўғри келади. Бу икки бўлим ўртасида аниқ чегара йўқ. Оч ичак (jejunum) ўн икки бармоқли ичакнинг бевосита давоми бўлиб, қорин бўшлиғини чап юқори қисмида ётади. Ёнбош ичак (ilium) қорин

бўшлиғининг ўнг пастки қисмини эгаллаб, ўнг ёнбош чуқурчасида кўричакка



ўтиб кетади.

4. Ингичка ичакнинг қорин бўшлиғидаги жойлашуви. 1 — omentum majus; 2 — colon transversum; 3 — петли тонкой кишки; 4 — colon descendens; 5 — colon sigmoideum; 6 — caecum; 7 — colon ascendens.

Ингичка ичакнинг девори қуйидаги тўзилишга эга:

1. Шиллик қават пушти рангда бўлиб ҳалқа шаклидаги бурмалар бор. Шиллик пардада кўп сонли (4 млн) ичак ворсинкалари унга духобага ўхшаш кўриниш беради. Ворсинкалар оралиғида ичак безларининг найлари очилади. Ингичка ичак шиллик пардасида кўп сонли (15.000 яқин) яқка ҳолдаги лимфатик фоликуллар ва (20-30 та) лимфатик фолликуллар тўплами жойлашган.

2. Шиллик ости қават нисбатан қалин бўлиб, юмшоқ толали бириктирувчи тўқимадан ташқил топган бўлиб қон ва лимфа томирлар, нервлар жойлашган.

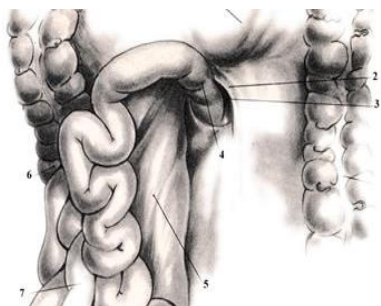
3. Мушак қават икки ташқи бўйлама ва ички айланма қаватларидан иборат.

4. Сероз ости қават мушак қаватни сероз қаватдан ажратиб туради.

5. Сероз қават қорин парданинг висцерал варағидан ҳосил бўлиб, ингичка ичак деворини ҳамма томондан ўраб ичак тутқич ҳосил қилади.

Янги туғилган чақалоқ ингичка ичаги узунлиги 150-300 см бўлиб, оч ичак қовузлоқлари горизонтал, ёнбош ичакники эса вертикал ҳолатда жойлашган. Угил болаларнинг ичаги қиз болаларга нисбатан узун. Ингичка ичакнинг кенлиги 1 ёшда 16 мм, 3 ёшда 2,3 см. Ёш болаларда ингичка ичак девори шиллик пардаси юпқа, қон томирларга бой бўлиб, бурмалари ворсинкалари ва безлари яхши тараққий этмаган. Ичак безлари катталарга нисбатан йирик бўлиб бир ёшга бориб сони кўпаяди. Эмизикли даврда ингичка ичак қовузлоқлари қорин деворига тегиб туради. 12 бармоқли ичакни ингичка ичакка утиш жойида flexurae duodenojejunalis ҳосил бўлади - (2-расм). Одатда у II бел умуртқаси танасини олдида кундаланг чамбар ичакни ичак тутқичини илдизини тагида жойлашган бўлади. 12 бармоқ – аччиқ ичакни қовузлогикни чап томонида recessus duodenojejunalis жойлашган бўлади. Бу чунтак ўнгдан 12 бармоқли ичакни кўтарилувчи қисмини охириги қисми ва 12 бармоқ – аччиқ ичакни қовузлогини, юқоридан кўндаланг чамбар ичакни ичак тутқичи ва чапдан – қорин пардасини бурмаси – plica duodenojejunalis билан чегараланган. Баъзида париетал қорин парда ва 12 бармоқ ичакнинг кўтарилувчи қисми

орасида қорин парданинг яна битта бурмаси жойлашган бўлади, у чўнтакни пастдан чегаралаб туради. Баъзи ҳолатларда *recessus duodenojejunalis* аниқ билиниб туради унинг чуқурлиги 2-3 см га етади, баъзида эса у билинмайди ёки умуман йўқ бўлади.



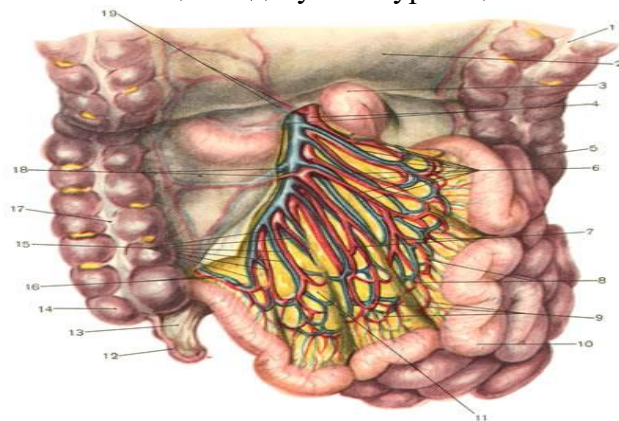
Расм 2. *Flexura duodenojejunalis*. 1 - *mesocolon*; 2 - *plica duodenojejunalis*; 3 - *recessus duodenojejunalis*; 4 - *flexura duodenojejunalis*; 5 - *colon descendens*; 6 - *mesenterium*; 7 - *петли тонкой кишки*; 8 - *colon ascendens*.

Клиник практикада *flexurae et Plica duodenojejunalis* жуда муҳим ахамиятга эга, операция вақтида ундан ингичка ичакнинг бошланғич қисмини топишда фойдаланилади (гастроэнтероскопия; ошқозон резекцияси, қизилунгачни ичакни пластикасида). Уларни топиш учун катта чарвини, кўндаланг чамбар ичакни ва унинг ичак тутқичини юқорига кўтариброк туриш керак, ингичка ичакнинг петияларини эса чапга ва пастга суриб туриш керак – шунда *flexurae et plica duodenojejunalis* аниқ топилади, ингичка ичакнинг бошланғич петияси хам. Баъзи ҳолатларда *flexurae duodenojejunalis* атрофида ички грыжалар кўзатилади (Трейу чурралари). Улар орқа қорин бўшлиғи ёғ тўқимасига ўтиб, ўзларига *recessus duodenojejunalis* орқали йўл хосил қилишади. Бундай ҳолатларда чўнтак ўлчамлари катталашади ва чурра қопчасига айланади. Ингичка ичакни йўғон ичакка ўтиш жойида имоцекал бурчак хосил бўлади. Унинг томонлари бўлиб ингичка ичакни тўғай қисми ва кўричак хизмат қилади. Бурчак тўғри, ўткир ёки ўтмас бўлиши мумкин, бу ингичка ичакни тўғаш қисмини йўғон ичакни бошланғич қисмига нисбатан жойлашишига боғлиқ бўлади. Кўп ҳолатларда ингичка ичакнинг тўғаш қисми кўтарилувчи ҳолатда бўлади ва йўғон ичакни медиал девори билан ўтмас бурчак остида бирикади. Ёнбош ичакни тугаш қисмини шиллик пардаси тарафидан, унинг чамбар ичакка ўтиш қисмида ёнбош-қуричак бурчаги бор бўлади, *valvula ilcosaecalis*. У ёнбош ичакнинг шиллик пардаси ва (мускулларини) циркуляр қават мускулларидан иборат. Унда юқори ва пастки лаблар. Кўринади, улар йўғон ичакни оралиғига йўналган бўлади.

Ёнбош ичакнинг тугаш қисмининг тепасида имоцекал бурчак атрофида *recessus ilcosaecalis superior* жойлашган, у юқоридан қорин пардаси букламаси билан чегараланган, *plica ilcocolica*, у *ileum* ва *colon asundens* орасида тортилган бўлади. Ёнбош ичакдан пастда, қуричак ва чувалчангсимон ўсимта орасида *recessus ilcosaecalis inferior* жойлашган бўлади. У пастдан *plica ileosonalis* билан чегараланган. Илиоцекал бурчак атрофидаги қорин пардалари чўнтаклари баъзида ички чурралар пайдо бўладиган жойлар бўлиши мумкин.

Қон билан таъминланиши. Ингичка ичакнинг қон билан таъминланиши ичак тутқич артериясини юқориги шохлари орқали амалга оширилади, *a.mesenterica superior*, у қорин аортасидан, I бел умуртқаси жойидан ўтади (расм 3). Юқори ичак тутқич артериясини бошланғич қисми ошқозон ости безининг орқа томонида жойлашади, бундан сўнг артерия безининг пастки қисмидан чиқиб ДПК нинг олди томонини пастки қисмига ўтади. У пастга йўналиб, ингичка ичакнинг ичак тутқичини илдизига ўтади. Юқори ичак тутқич артериясидан ингичка ичакка аччиқ ичак ва ёнбош артериялар келади, *aa jejunaes et aa iliacae*. Бу артерияларни сони доимий эмас, 7 тадан 20 тага бўлиши мумкин, кўпроқ 12-15 та артерия учрайди. Аччиқ ичак артерияларини ёнбош ичак артерияларига қараганда диаметрлари катта бўлади. Хар бир аччиқ ичак артерияси ичакка йўналиб 2 шохга бўлинади, улар кўшни артерияларни шохлари билан бирлашишади, ва бирламчи қатор ёйларини (орқадагиларини) хосил қилишади. Бу артериал ёйлардан шохлар чиқади, улар бир бирлари билан анастомозлар хосил қилишиб иккинчи қатор орқадаларини хосил қилишади, шундай қилиб 3 чи қатор орқадалари хам хосил бўлади. Артериал ёйларнинг миқдори ичак бўйлаб ўзгариб туради. Ичакнинг

бошланғич қисмида унинг ўрта қисмига Қараганда ёйлар хам бўлади.



Расм 2. Ингичка ичак артериаллари ва веналари. 1 - *colon transversum*; 2 - *mesocolon*; 3 - *flexura duodenojejunalis*; 4 - *a. et v. mesenterica superior*; 5 - *colon descendens*; 6 - *aa. et vv. jejunales*; 7 – биринчи катор артериал шохлари; 8 - иккинчи катор артериал шохлари; 9 – учунчи катор артериал шохлари; 10 – ичак қовузлоқлари; 11 - *mesenterium*; 12 - *appendix vermiformis*; 13 - *mesenteriolum appendicis vermiformis*; 14 - *caecum*; 15 - *aa. et vv. ilei*; 16 - *a. ileocolica*; 17 - *colon ascendens*; 18 - *a. et v. colica dextra*; 19 - *a. et v. colica media*

Артериал ёйларнинг ўзилмас занжири, ичак деворига яқин жойлашган бўлиб, параллел томир деб номланади. Охири орқадалардан ичак томонга кўп сонли тўғри артериялар йўналади, улар ичак деворига кўпгина шохларга бўлинади.

Ингичка ичакнинг веналари шу номли артерияларни кўзатиб боради ва юқори ичак тутқич венасига тушади. Юқори ичак тутқич венаси пастки ичак тутқич ва талок веналари билан бирикиб, қопка томирни ҳосил қилади.

Лимфа оқими. Лимфани оқими ингичка ичакдан периферик лимфа тугунларига (ўртача 30 тугун периферик артериал ёйларда ётади), ва ўрта ичак тутқич (180-200 тугун, ингичка ичак ичак тутқичини ичида бир неча катор бўлиб жойлашган) ларга амалга ошади. Ўрта лимфа тугунлари бир-бири билан кўп сонли лимфа томирлари орқали бириккан, улар ингичка ичакни ичак тутқичида мураккаб лимфатик чигал ҳосил қилади, улардан лимфатик устунлар ҳосил бўлади.

Ўрта ичак тутқични ва марказий тугунларни чиқарувчи томирлари бирга йўналади, бир-бирлари билан анастомозлар ҳосил қилинади. Бунинг натижасида ҳосил бўладиган лимфа устунлари қуйидаги йўналишларга эга: 1) орқа ошқозон ости тугунларига 2) аорта олди 3) орқа ошқозон ости – 12 бармоқ тугунларига 4) юқори ошқозон ости 5) чап латероаортал 6) интераортокавал 7) ретрокавал тугунларга ва 8) кўкрак йўлига

Иннервация. Ингичка ичакнинг иннервацияси юқори ичак тутқич чигалини шохлари орқали амалга ошади, бу чигал юқори ичак тутқич артериясини ва унинг шохларини кўзатиб боради.

Юқори ичак тутқич чигалининг тўзилиши доимий эмас. Баъзи ҳолатларда юқори ичак тутқич артериясининг бошланғич қисмидан олдинда 45 та катта бўлмаган тугунлар жойлашган, улар бир-бири билан бириккан, аортал чигали билан хам бириккан. Бошқа ҳолатларда эса юқори ичак тутқич артериясини олди юзасида жойлашган 1 та йирик тугун мавжуд, бу нерв шохлари шохлари *plexus coeliacus* ва *plexus abdominalis* билан бириккан.

Симпатик тугунлардан ошқозон ости безига, ингичка ичакка, ва кўр ичакка, кўтариловчи ва пастга тушувчи чамбар ичакларга шохлар ўтади.

ИНГИЧКА ИЧАК ФИЗИОЛОГИЯСИ

Ингичка ичак жуда хам муҳим орган ҳисобланади, унда қуйидагилар амалга ошади: 1) ошқозондаги ҳазм бўлишни ичак ҳазм бўлишига ўтиши 2) учта асосий ҳазм бўлиш турлари (бўшликдаги, мембранадаги ва хужайра ичи) 3) сўрилиш ва ажратиб чиқариш (секреция) 4) секрецияни бир неча турларини бирикиши (ташқи ва ички) 5) ишлаб

чиқариш – ичак гормонларини ва биологик актив моддаларни, б) организмни ички мухитига кирувчи хар хил зарарли моддаларни организмга киришидан тўскинлик, химоя.

Овқат ҳазм қилиш

Овқат ҳазм қилиш деганда мураккаб моддаларни соддаларга ферментлар ёрдамида қайта ишланишига айтилади. Бу жараён аниқ кетма-кетликда, овқатни ошқозон-ичак тракти бўйлаб ҳаракатланишида содир бўлади. Ферментатив парчаланиш натижасида овқат парчалари ташқи кўриниш спецификасини йўқотади, лекин энергетик ва пластик қийматини ва сўрилиш хусусиятини сақлаб қолади. Мономерлар ҳолатида улар қонга ва лимфага ўтишади ва организм улардан энергетик ва пластик материал сифатида фойдаланилади.

Замонавий овқат ҳазм қилиш теорияси А.М.Угалев томонидан яратилган. У учта этапдан иборат: бўшлиқдан ҳазм бўлиш – мембраналардаги ҳазм бўлиш сўрилиш.

Ичакдаги ҳазм бўлиш жараёнидан олдин ҳазм бўлиш оғиз бўшлиғида ва ошқозонда содир бўлади.

Оғиз бўшлиғидаги ҳазм бўлиш. Қабул қилинган овқат оғиз бўшлиғида номланади сўлак ёрдамида ва механик таъсир орқали қайта ишланади. Кимёвий қайта ишланишда: углеводларни сулак амилазаси билан гидролизи содир бўлади, бунинг натижасида крахмал декстринларга ва мальтозага парчаланаяди.

Ошқозондаги ҳазм бўлиш. Ошқозонни ҳазм бўлишдаги ахамияти шундан иборатки, у овқатни парчаланишида ва эритишида, сулак ферментлари билан гидрализи: меъда шираси билан қайта ишланишини таъминлайди. Ошқозонда овқат парчалари ўртача 3,5-4 соат давомида туради ва унчалик катта бўлмаган қисмлар билан ичакка ўтади. Бу вақтнинг ичида ошқозон ичида оқсиллар денатурацияси HCL таъсирида содир бўлади. Гидролизга тахминан 10% пептид боғлар учрайди. Бунинг натижасида оқсиллар халта занжирли бўлиб қолади ва сувда осон эрийди. Ошқозон липазаси таъсирида сут ва тухум сариғи таркибидаги ўрта ва халта занжирли ёғлар қисман парчаланаяди.

Ингичка ичакдаги ҳазм бўлиш. Асосий гидролитик жараёнлар ингичка ичакда содир бўлади. Ичакдаги мухит нейтралга яқин бўлади. Бу нейтраллик ичакка тушаётган ўт ва панкреотик суюқликлари, Na, Cl ионларини, бикарбонат ва сувнинг актив секрецияси ва абсорбцияси ёрдамида таъминланади. Овқат таркибида оқсиллар, ёғлар, углевод ва нуклеин кислоталар бўлади. Уларнинг хар бири учун ферментлар йигими бўлади, улар полимер макромолекулаларни мономерларгача парчалайди улар сўрилиши мумкин.

Бўшлиқдаги ҳазм бўлиш. Ошқозон ости беши ишлаб чиқарадиган ферментлар хисобига амалга ошади. Пептидлар трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза ва эластаза билан гидролизланишади. Бу ферментларнинг кетма-кет таъсири натижасида пастилолекуляр пептидлар ва оз миқдордаги аминокислоталар хосил бўлади. Углеводлар (крахмал ва гликоген) панкреатик амилаза таъсирида диохаридлар ва кўп миқдорда бўлмаган глюкозага гидролизланади. Бўшлиқдаги ҳазм бўлиш жараёни сув мухитида содир бўлади, бу мухитда ферментлар эриган бўлади. Улар хар қандай полимер боғларни парчалаш хусусиятига эга.

Мембраналардаги ҳазм бўлиш. Бушлиқдаги гидролиз жараёнида хосил бўладиган олигомерлар энтероцитларни щеточный наёмка зонасига киради, у ерда улар мембрана гидролизига учрайди, хосил бўладиган мономерлар эса плазматик мембранани юзасига чиқади ва сўрилади.

Мембраналардаги ҳазм бўлиш энтероцитларни а пикал мембранасини ташқи юзасида содир бўлади. Мембраналардаги ҳазм бўлишда иштирок этадиган ферментлар микроворсинкаларни юзасида жойлашган. Ферментларни актив марказлари сув мухитига каратилган. Ферментатив гидролизга фақат майда молекулалар учрайди, олигомерлар, чунки йирик молекулалар щеточной каемка зонасига кира олишмайди. Шунинг учун мембран ҳазм бўлиш ёрдамида гидролизни якуний босқичлари амалга оширилади. Адсорбцияланган ферментлар асосан биополимерлар гидролизини оралик босқичларини амалга оширади, ичак ферментлари асосан – оксил, углевод ва ёғларни

охирги парчаланиш босқичларини амалга оширади. Гидролизнинг бошлангич босқичлари ичак ичига секрецияланадиган панкреатик ферментлар ёрдамида амалга ошади. Тугалланмаган гидролиз натижасида ҳосил бўлган моддалар шеточный каемкага бирикиб, у ерда адсорбцияланган панкреатик ва мембран. Ферментлар таъсирида мономерларга гидролизланади ва сўрилади.

СЎРИЛИШ

Сўрилиш овқат ҳазм бўлишининг якуний босқичи ҳисобланади, унда мураккаб биологик жараёнлар, яъни моддаларни ичакдан қон ва лимфага сўрилиши содир бўлади. Эпителиоцитлар орқали нутриентлар биринчи хужайрани апикал мембранасига келиш организмни ички мухитига базал ва базолатерал мембрана орқали ўтади. Сўрилиш жараёнида трансмембран ўтказиш (актив ва пассив транспорт) эндоцитоз, персорбция қатнашади. Ингичка ичакда углеводларни, аминокислоталарни, ўт кислоталарини ёғларни, витамин, Na ва сув, Cl, Ca ва Fe ни сўрилиши содир бўлади.

ЭНДОКРИН СИСТЕМА

Ингичка ичак нафакат овқат парчаларини осимиляция жараёнлари содир бўладиган орган балки ички секреция органи ҳам ҳисобланади. Бу вазифани АРИД – системасини эндокриноцитлари бажаради, улар ичакни шиллиқ пардасини эпителиал пласти орасида сочилган бўлади. Ичак фаолиятини бошқарувчи гормонларни хусусиятлари

Секретин эпителиоцитлар пролихлациясини тезлигига ингибирловчи таъсирга эга, ичакни шиллиқ пардасидаги инвертаза ва мальтозани активлигини оширади.

Холецистокнин ичакни ҳаракатланиш фаолиятини бошқаради, ёнбош ва аччиқ ичакдан сув ва ионлар сўрилишини секинлаштиради.

Гастрин физиологик дозаларда сўрилишни тормозлайди. Ингичка ичакни ион, фермент, сув секрециясини бошқаради. Ичакни қон билан таъминланишини, моторикасини бошқаради. Фармакологик дозаларда ичак эпителийсини пролиперациясига таъсир қилади.

Мотилик ингичка ичакдаги тукчаларни қисқаришини бошқаради, бу билан эса ичакдаги ҳазм бўлишни ва сўрилишни оширади.

Гастроингибирловчи полипептид ёнбош ва аччиқ ичакдаги секрецияни бошқаради.

Вазоактив пептид сув ва электролитлар секрециясини бошқаради. Бу таъсир панкреатик холларда, гормонал актив ўсмалар бу полипептидин (hcnorea) ишлаб чиққанда содир бўлади.

Энкефалинлар энкефалинергик турдаги специфик рецепторларга таъсир қилади, шундай қилиб секреция жараёнларини (бошқаради), ҳаракатланиш функциясини, шу билан бирга ичакни хар хил кўп сонли антигенларга нисбатан иммун жавобини бошқаради. Энкефалинларни рецепторлари организмни хар бир қисмида бўлади, айниқса улар бош мияда ва овқат ҳазм қилиш органларида кўп бўлади. Рецепторлар нерв чигалларида кўп бўлади.

ИММУН СИСТЕМА

Овқат ҳазм қилиш системаси организмни антигенлардан, вирус, бактерия, токсин ва дори препаратлардан имун химояловчи органлардан бири ҳисобланади. Ингичка ичакнинг шиллиқ пардасида 400 минг/мм² плазматик хужайралар ва 1 млн/см² атрофида лимфоцитлар мавжуд. Бу кучли лейкоцитар қават эпителиал қават билан энтерал ва гуморал мухитларни ажратиб туради. Ингичка ичакнинг хужайралари кўпгина иммуноглобулинлар ишлаб чиқаради (JgA, JgM, JgE, JgG), лекин JgA ва Jg E ичак ичига чиқарилади, унга ичак шиллиқ қаватига адсорбцияланишади. Гиоламикс атрофида кўшимча химоя қаватини барпо қилади. Секретоз иммуноглобулинлар ишлаб чиқарган махсулотлар шиллиқ қаватнинг махаллий иммунитетини таъминловчи асосий воситалар ҳисобланади. Секретор иммуноглобулинни асосий функциялари шундан иборатки, улар шиллиқ қават орқали кирувчи хар хил антигенлардан химоя қилади, эпителий колонизациясини бактерия ва вируслар билан ингибировать қилади ва бўшлиқ протеолизидан химоя қилади.

МОТОРИКА

Овқат ҳазм қилиш системасини мотор фаолияти асосида Силлиқ мускуллар хужайраларини қисқариши ва таъсирга қисқариш билан жавоб бериши ётади. Силлиқ мускулларни спонтан активлиги уларни мембрана хужайраларини пермодик деполяризацияси билан тушунтирилади циклик жараён кўринишида. Циклик ион силжишлар ва мембран потенциалнинг даражасини ўзгариши мускуллар қисқаришга олиб келади. Сушт тулкилар базал электрик ритми деб ҳам аталади. Перистальтик қисқаришларни частотаси, тезлиги ва йўналиши сушт электрик тулки билан аниқланади. Перистальтик қисқариш сушт тулкидан кичик келади, лекин унинг пайдо бўлиш сабаби бўлиб потенциал таъсир хисобланади. Сушт тулки Силлиқ мускулларни қисқариш фаолиятида интегратив ёки синхронлашган вазифани бажаради. Ҳаракатланиш компонентлари 90-минутли циклларда 20-30 мин давом этадиган қисқариш даврларидан таркиб топган. Тинчлик нисбатини давомийлик даври 60-70 мин.ни ташкил қилади. Қисқариши ва тинч даврларни умумлашуви кайталанувчи циклларни хосил қилади – периодик фаолиятни ритми.

Силлиқ мускулларни қисқариш жараёнларини 2 гуруҳга бўлиш мумкин: сегментловчи ритмик ва перистальтик қисқаришлар.

Сегментловчи ритмик қисқаришлар. Улар айланма мускул қаватини қисқариши хисобига содир бўлади, бунинг натижасида ичак навбат билан лата бўлмаган сегментларга бўлинади. Бунинг натижасида ичак ичидаги массани аралашуви ва гомогенизацияси содир бўлади. Хар бир қисқариш, химусни маятниксимон ҳаракатлантириб, уни ичак бўйлаб силжитади.

Перистальтик қисқаришлар. Перистальтик тулкилар ингичка ичакнинг хар бир қисмида содир бўлиши мумкин. Улар ичак таркибидаги массани дистал йўналишда силжитади. Бундан ташқари, бу перистальтика тури бўйлама мускул толаларини ритмик қисқариши тарзида ҳам намоён бўлади, улар айланма мускул қаватини қисқариши билан бирикади. Ва маятниксимон ҳаракатни хосил қилишади. Қисқарувчи тулкилар биринчи дистал сўнг проксимал йўналишда пайдо бўлади. Бундай қисқаришлар туфайли ичак ичидаги масса биринчи бир тарафга, кейин бошқа томонга силжийди, бунинг натижасида бу масса хар сафар шиллиқ парданинг Янги қисмларига тегиб ўтади. Бу ритмик маятниксимон ҳаракатларнинг частотаси 1 мин. 10-12 мартани ташкил қилади. Бу қисқаришлар оддий, монофаз, амплитудаси 8 дан 40 мм сим.уст. ва давомийлиги 12-60 с. Бўлган формада регистрацияланади. Улар учун хос бўлган босим 60-80 мм сим.уст ва қисқариш давомийлиги 15-20 с ни ташкил қилади.

Пропульсив ҳаракатлар перистальтик тулкиларни келтириб чиқаради, улар химусни ичак бўйлаб силжитади. Бу ҳаракатлар ичак қонунига асосланади. Бу қонун W.M.Bouliss ва E.H.Starling (1899,1901) томонидан аниқланган локал ичак реакциясида (ички интенционал лефликс) у шиллиқ мускуллар билан чегараланган. Перистальтик рефлекс изоляцияланган ичак сегментида содир бўлади ва денервацияланган ичак (сегментида) петлиясида қолади.

Ичакдаги асосий (базис) босим мускул деворини тонуси а қорин девори босими билан аниқланади. Одамда у 8-9см сув.уст. ташкил қилади. Деворларни қисқариши ичак ичидаги босимни тебранишига олиб келади.

Базис ритми. Базис қисқаришлар, очикдаги периадик фаолиятга хос бўлади, уларни 3 та асосий гуруҳга бўлиш мумкин (ритмга нисбатан): секундлик, минутлик ва 1 соатлик.

Шу нарса аниқландики, уларнинг орасида перорхик муносабатлар мавжуд. Секундлик ритм ўзининг катта стабиллиги ва доимийлиги билан ажралиб туради ва ингичка ичакнинг ҳамма қисмларида очлик фаолияти активлашган даврда кўзатилади. Минутлик ритм факат аччиқ ичакнинг проксимал қисмида кўзатилади, соатлик бутун овқат ҳазм қилиш системаси учун хос у мотор функциясини доимийлигини таъминлайди, тинчлик ва активлик фазаларини алмашиши билан кўзатилади.

Ҳазм бўлиш жараёнидаги фаолият. Ҳазм бўлиш жараёнидаги ингичка ичакнинг моторлик фаолияти овқатнинг хусусиятларига боғлиқ. Нон ва гўшт ейилгандан сўнг кучли қисқаришлар пайдо бўлади, тонус ошади, бу жараён аччиқ ичакда 1-2 соат давом

этади. Кейинги фазадан бошлаб моторли тулкинсимон сусайиши давом этади. Ҳазм бўлиш жараёни тугагунча. Ёғли овқат қилгандан кейин 2-3 соат давомида кўп фазали моторика содир бўлади, юқори амплитуда ва тонусли қисқаришлар 3-8 мин утгандан сўнг 4-7 мин давом этадиган тормозланиш билан алмашинади.

Кейинчалик мотор активлигини кайта тикланиш содир бўлади, бўшлиқ давлиясини амплитуда тебранишлари 1,4 мартага ошади. Кичик тинчлик даври келади: бўшлиқ босимини параметри пасаяди. Актив ҳазм бўлиш тугаши билан 30-50 минут давом этадиган давр бошланади, у ката бўлмаган амплитудага эга бўлган қисқаришлар билан характерланади.

Ворсинкалар ва шиллик қаватнинг ҳаракатчанлиги, ворсинкалар ҳаракатчанлиги тебранувчи ҳаракатлар д-қисқаришлардан хосил бўлади. Ворсинка ҳаракатчанлиги воликинин таъсирида содир бўлади. Традикинин, каллидин ва элеоидин каби полипептидлар қисқариш частотасини камайтиради.

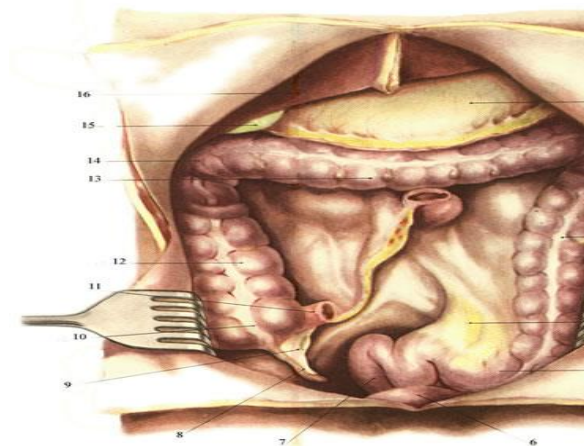
ИНГИЧКА ИЧАКНИНГ БАРЕР ФУНКЦИЯСИ

Озик моддаларнинг ассимиляция жараёни нафақат пластик ва энергетик материаллар қабул килиниши билан, яна организм ички мухитига антиген ва токсик моддаларни кириши билан ҳам хавфли бўлади. Катта хавфни ёт оксиллар ҳам кўрсатади. Овқат ҳазм қилиш системасида эволюция жараёнида кучли химоя системаси пайдо бўлган. Ингичка ичакнинг барьер ёки химоя функцияси унинг фуликатив активлиги иммун хусусияти макро ва микро структуралари ўтказувчанлигига боғлиқ бўлади. Ингичка ичакнинг нормал борьер функцияси овқат ҳазм қилиш системасидан оксил молекулаларини утишини чегароловчи мухит фолтал хисобланади. Бу вазифа амалга оширилади: 1) оксил антигенларини сўрилишини чегароловчи, химоя борьер системаси орқали 2) организм ички мухитига ўтувчи йўллар орқали 3) оксилларни хар-хил иммунокомпотент органлари билан таъсирланиш 4) организмни иммун жавоби орқали.

Патоген микроорганизмларни оксилли токсинларни елган барьерларини утиш хусусиятига эга. Нормада ингичка ва йўғон ичакнинг борьерли микроорганизмлар учун ўтиб бўлмас хисобланади. Лекин ёмон овқатланиш натижасида, совуқ ўтиб кетганда, чиак ишемиясида, шиллик қавати жарохатланиши натижасида, узок тўлиқ парентерал ва элементлар энтерол овқатланиш натижасида кўпгина бактериялар ичак борьеридан ўта олади ва жигар, талок, лимфа тугунларига ўтади.

Ичак борьерининг бўзилиши оксидан факторлар таъсирида, ичакнинг механик ишемиясида ва микроциркуляцияни бўзилишида, томирлар спазмида, пайдо бўлади. Алманмас аминокислотларни элементар деспици тида, эёлозоноид ва А витаминини дестицитида шилик қаватнинг нормал репарацияси бўзилади, апикал мембрани ультра тўзилиши ўзгариб кетади.

Йўғон ичак (intestinum crassum) ингичка ичакнинг бевосита давоми бўлиб, орқа чиқарув тешиги билан тугайди. Йўғон ичак қорин ва чаноқ бўшлиғида жойлашиб узунлиги 1-1,5 м, кенглиги 5-8 см, охириги қисмида 4 см га яқин. Йўғон ичакда қуйидаги қисмлар: кўричак чувалчангсимон ўсимта билан, кўтарилувчи, кўндаланг, тушувчи чамбар ичак, сигмасимон ичак ва тўғри ичак тафовут қилинади.



8. Йўғон ичак умумий кўриниши. 1 — ventriculus; 2 — flexura coli sinistra; 3 — colon descendens; 4 — mesocolon sigmoideum; 5 — colon sigmoideum; 6 — vesica urinaria; 7 — rectum; 8 — appendix vermiformis; 9 — mesenteriolum appendicis vermiformis; 10 — caecum; 11 — ileum (отсечена); 12 — colon ascendens; 13 — colon transversum; 14 — flexura coli dextra; 15 — vesica fellea; 16 — hepar.

Йўғон ичак тўзилиши жиҳатидан ингичка ичакдан бир нечта белгилари билан фарк қилади.

1.Йўғон ичакнинг бўйлама мушак қавати ташқи юзасида кенглиги 1 см бўлган учта: эркин тасма, тутқич тасмаси, чарви тасмасини ҳосил қилади.

2.Йўғон ичакнинг ташқи юзаси текис бўлмай, мушак тасмалари ўртасида ташқарига бўртиб чиққан пуфаксимон кенгаймалари бор. Улар мушак тасмалари ва ичак қисмлари узунлигининг мос келмаслигидан ҳосил бўлади.

3.Йўғон ичакнинг ташқи юзасида эркин ва чарви тасмалари бўйлаб узунлиги 4-5 см бўлган ёғ ўсимталари бор.

4.Йўғон ичакнинг кенглиги ингичка ичакка қараганда икки мартагача катта.

Йўғон ичак девори қаватларининг тўзилиши ҳам ўзига хос бўлади:

1.Шиллик қават яхши ривожланган, ворсинкалари бўлмайди. Унда яримойсимон бурмалар бўлиб, улар уч қатор мушак тасмалари ўртасида, гаустралар оралиғида жойлашади. Шунингдек якка ҳолдаги фоликуллар ва йўғон ичак безлари бор.

2.Шиллик ости қават яхши ривожланган бўлиб, шиллик пардада бурмалар ҳосил бўлишда аҳамияти катта.

3.Мушак қават икки қаватдан иборат. Бўйлама қават учта лента шаклида жойлашган. Айланма қават яримойсимон бурмалар остида бироз қалинлашади.

4.Сероз ости тана йўғон ичакнинг қорин парда билан ўралган қисмида учрайди.

5.Сероз қават унинг ҳамма қисмини бир хил ўрамайди.

Янги туғилган чақалоқ йўғон ичаги узунлиги ўрта ҳисобда 63 см. Унинг мушак ленталари кам тараққий этган, қабариклиги ва ёғ ўсимталари йўқ. Йўғон ичакнинг пуфаксимон кенгаймалари бола 6 ойлик бўлганида, ёғ ўсимталари эса икки ёшда пайдо бўлади. Йўғон ичакнинг узунлиги 1 ёшда 83 см, 10 ёшда 118 см га етади. 6-7 ёшларда йўғон ичакнинг мушак тасмалари, пуфаксимон кенгаймалари ва ёғ ўсимталари тўлиқ шаклланиб бўлади. Кўричак (саесум) йўғон ичакнинг бошланғич кенгайган қисми бўлиб, ўнг ёнбош чуқурчасида жойлашган. У ёнбош ичакнинг йўғон ичакка тушиш жойидан пастда бўлиб узунлиги 6-8см, кенглиги 7-7,5 см. қоринпарда билан ҳар томондан ўралган. Кўричакнинг орқа медиал юзасида мушак тасмалари ўзаро бириккан жойдан чувалчангсимон ўсимта (appendix vermiformis) бошланади. Унинг узунлиги 2-20 см кенглиги 0,5-1,0 см. У қоринпарда билан ҳамма томондан ўралиб тутқич ҳосил қилади. Бу ўсимтанинг жойлашиши турлича: юқори, паст, кўричакнинг орқасида бўлиши мумкин. Унинг шиллиқ пардасида жуда кўп гуруҳ шаклидаги лимфоид тугунлар жойлашган. Ёнбош ичакни кўр ичакка ўтиш жойида яхши тараққий этган бурма шаклидаги илеоцекал қопқоқ бор. У воронка шаклида, тор қисми кўр ичак бўшлиғига қарагани учун овқат массасини бир томонга қараб ўтказиши. Илеоцекал қопқоқдан бироз пастроқда кўр ичакнинг ички юзасида чувалчангсимон ўсимта тешиги жойлашган. Янги туғилган чақалоқ кўричаги қисқа ва кенг бўлиб, қонуссимон шаклга эга. Унинг узунлиги 1,5 см, кенглиги 1,7 см. 7 ёшда унинг шакли катталарникига ўхшаб қолади. Янги туғилган чақалоқда кўр ичак ёнбош суяги қанотидан юқорироқ жойлашган бўлиб, 14 ёшда у ўнг ёнбош чуқурчасига тушади. Янги туғилган чақалоқда чувалчангсимон ўсимта узунлиги 2-8см. Кўтарилувчи чамбар ичак (colon ascendens) кўричакнинг юқори томонга давоми бўлиб, қорин бўшлиғининг ўнг ён томонида ётади. Унинг узунлиги 15-20 см. Жигарнинг висцерал юзасига борганида ўнг чамбар ичак бўрилиш бурчагини ҳосил қилиб, кўндаланг чамбар ичакка ўтиб кетади. қоринпарда билан олд ва икки ён томонидан ўралган. Янги туғилган чақалоқда у яхши тараққий этмаган, узунлиги 7 см. Эмизикли даврда у ўзига хос букилмалар ҳосил қилади. Эмизикли даврда кўтарилувчи чамбар ичак тез ўсиб узунлиги 9,6 см, 10 ёшда эса 13 см. Балоғат ёшида тўзилиши катталарникига ўхшайди.

Кўндаланг чамбар ичак (colon transversum) ўнг чамбар ичак бўрилиш бурчагидан бошланиб кўндаланг жойлашади. Унинг узунлиги 30-83 см (ўртача 50 см) бўлиб, чап чамбар ичак бўрилиш бурчагини ҳосил қилиб пастга тушувчи чамбар ичакка ўтиб кетади. Кўндаланг чамбар ичакнинг узунлиги унинг бошланиш ва охириги нуқталари оралиғидан узун бўлгани учун одатда у пастга қараган равоқ шаклида жойлашади. Кўндаланг чамбар ичак қоринпарда билан ҳар томондан ўралган бўлиб, ичактутқич ҳосил қилади. Бола ҳаётининг биринчи йилида кўндаланг чамбар ичакнинг узунлиги 26-28 см бўлса, 10 ёшда 35 см. Янги туғилган чақалоқ ва эмизикли болаларда кўндаланг чамбар ичак тутқичи қисқа бўлгани учун у кам ҳаракатли. Ичак тутқич узайган сари кўндаланг чамбар ичак ҳаракати эркин бўлади ва бўйига ўсади.

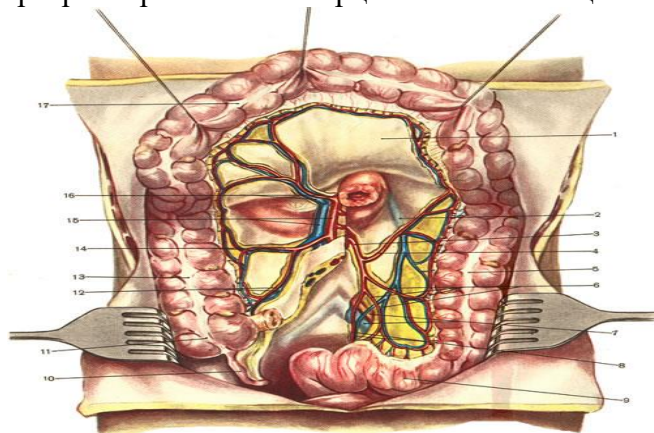
Пастга тушувчи чамбар ичак (colon descendens) чап чамбар ичак бўрилиш бурчагидан бошланиб пастга томон чап ёнбош чуқурчасига тушиб S-симон ичакка ўтиб кетади. У қорин бўшлиғининг чап ён томонида ётади. Пастга тушувчи чамбар ичакнинг узунлиги 10-15 см. Уни қоринпарда уч томондан ўраган. Янги туғилган чақалоқда пастга тушувчи чамбар ичак узунлиги 5 см. Бола ҳаётининг биринчи йилида унинг узунлиги икки барабар ўсиб 10 см га етса, 5 ёшда 13 см, 10 ёшда эса 16 см бўлади. Униг ўсиши билан бирга йўғон ичакнинг талоқ букилмаси пайдо бўлади.

S-симон ичак (colon sigmoideum) чап ёнбош чуқурчасида ётади. У юқорида ёнбош суяги кирраси соҳасидан бошланиб, думғаза-ёнбош бўғими соҳасида тўғри ичакка ўтиб кетади. Сигмасимон ичакнинг узунлиги 15-67 см бўлиб, одатда иккита қовузлоқ ҳосил қилиб

жойлашади. У қоринпарда билан ҳар томондан ўралган, ичактутқичи бор бўлгани учун ҳаракатчан. Янги туғилган чақалоқда сигмасимон ичакнинг ичак тутқичи узун бўлгани учун қорин бўшлиғининг юқори қисмида жойлашади. Янги туғилган чақалоқда унинг узунлиги 20 см бўлса, 5 ёшда 30 см, 10 ёшда эса 38 см бўлади. Тўғри ичак (rectum) ҳазм каналининг охириги қисми бўлиб, кичик чанок бўшлиғида жойлашади. Унинг узунлиги катта одамда ўртача 15 см, кенглиги 2,5-7,5 см. Тўғри ичакнинг орқасида думғаза ва дум суяклари турса, олд томонида эркакларда қовуқ, протата бези, уруғ пуфакчалари ва уруғ олиб кетувчи най ампуласи, аёлларда эса бачадон ва қин жойлашади. Тўғри ичак одатда тўғри турмай сагиттал сатҳда иккита букилма: думғаза суяги ботиклигига мос думғаза букилмаси ва оралиқда олдинга йўналган оралик букилмаси ҳосил қилади. Тўғри ичакнинг юқори қисми кенгайиб ампула қисмини ҳосил қилса, пастки торайган қисми орқа чиқарув каналини ҳосил қилади. Бу канал пастда ташқи тешик (anus) бўлиб тугайди. Тўғри ичакнинг бўйлама мушак толалари уни деворини тўлиқ ўраб, пастда орқа тешикни кўтарувчи мушак толалари билан чатишиб кетади. Ички айланма қавати эса чиқарув канали соҳасида ташқи тешикнинг ички (ихтиёрдан ташқари) қисувчи мушагини (*m. sphincter ani internus*) ҳосил қилади. Ташқи тешикни ташқи (ихтиёрий) қисувчи мушаги бевосита тери остида жойлашиб, чанок диафрагмаси мушаклари таркибига киради. Тўғри ичакнинг шиллиқ пардасида ичак безлари, якка ҳолдаги фоликуллар, кўндаланг ва бўйлама бурмалар бор. Тўғри ичакнинг ампула қисми шиллиқ пардасида 2-3 та тўғри ичакнинг кўндаланг бурмалари бор. Орқа чиқарув каналида эса 6-10 та бўйлама бурмалари бўлиб, уларнинг ўрталарида орқа тешик синуслар бор. Тўғри ичак қисмлари қоринпарда билан турлича ўралади. Унинг юқори қисми интраперитонеал, ўрта қисми мезоперитонеал ва пастки қисми экстраперитонеал ўралади. Янги туғилган чақалоқ тўғри ичаги цилиндр шаклида бўлиб, узунлиги 5-6 см. Унинг ампула қисми ажралмаган ва букилмалари йўқ. Биринчи болалик даврида ампула қисми, 8 ёшдан сўнг эса букилмалари пайдо бўлади. Бу даврда орқа тешик синуслари ва устунлари яхши такомиллашади. Балоғат даврида тўғри ичак узунлиги 15-18 см, кенглиги 3,2-5,4 см бўлади.

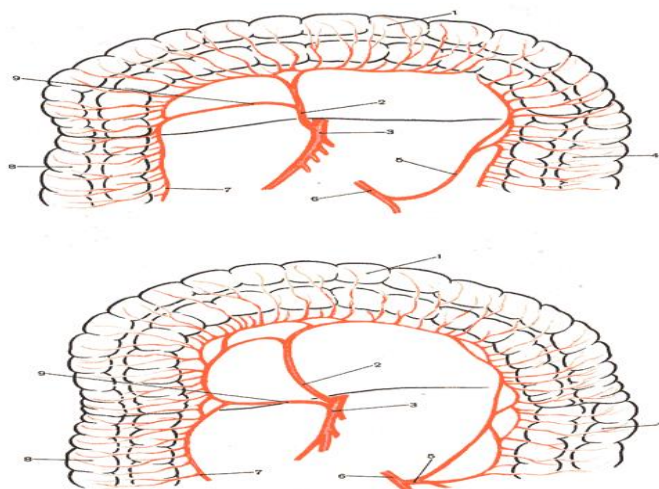
ҚОН ТАЪМИНОТИ

Йўғон ичак қон таъминланиши бир неча артериялар орқали амалга оширилади. Йўғон ичак унги ярми юқори ичак тутқич артерияси *a. mesenterica superior* орқали, чап ярми пастки ичак тутқич артерияси *a. mesenterica inferior* орқали амалга оширилади. Йўғон ичак охириги қисмини-тўғри ичак пастки ичак тутқич, ички енбош ва ички уятли артериялар орқали қон таъминланади.

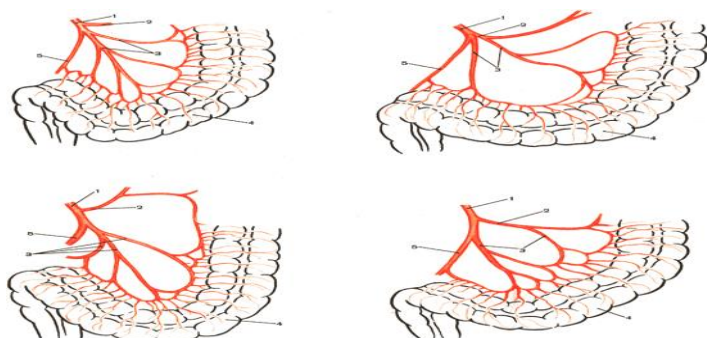


9. Йўғон ичак қон таъминоти. 1 — *mesocolon transversum*; 2 — *v. mesenterica inferior*; 3 — *a. mesenterica inferior*; 4 — *a. colica sinistra*; 5 — *colon descendens*; 6 — *aa. et vv. sigmoideae*; 7 — *a. et v. iliaca communis*; 8 — *a. et v. rectalis superior*; 9 — *colon sigmoideum*; 10 — *appendix vermiformis*; 11 — *caecum*; 12 — *a. et v. ileocolica*; 13 — *colon*

ascendens; 14 — a. et v. colica dextra; 15 — a. et v. mesenterica superior; 16 — a. et v. colica media; 17 — colon transversum.



10. Кундаланг чамбар ичакни қон билан таъминланиш вариантлари. 1 — colon transversum; 2 — a. colica media; 3 — a. mesenterica superior; 4 — colon descendens; 5 — a. colica sinistra; 6 — a. mesenterica inferior; 7 — a. ileocolica; 8 — colon ascendens; 9 — a. colica dextra.



11. Сигмасимон ичак қон таъминоти вариантлари. 1 — a. mesenterica inferior; 2 — a. colica sinistra; 3 — aa. sigmoideae; 4 — colon sigmoideum; 5 — a. rectalis superior.

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

Мойиллик турдирадиган омиллар жумласига қорин бўшлиғининг ривожланиш нуқсонлари (турма етишмовчиликлари) ва турмушда орттирилган камчиликлари ёки аномалиялари киради:

а) қуричак билан ёнбош ичак тутқичининг битта, умумий бўлиши; долихосигма (сигмасимон ичакнинг узун бўлиши); қорин бўшлиғида ҳар хил ҳалқумлар бўлиши.

б) бўлиб утган яллиғланиш жараёнлари ёки шикастлар натижасида ичак қовузлокларининг бир-бирига ёпишиб, битишиб қолгани, чандик тортмалари; ўсмалар; ёт жисмлар, ут ва ахлат тошлари борлиги.

в) ичак деворидан чиққан ўсмалар, чандиклар, гематомалар ёки қўшни аъзолардаги ўсмалар, боғламларнинг узунлиги сабабли аъзоларнинг хаддан ташқари ҳаракатчанлиги, қур ичакнинг ўз тутқичи бўлганлиги сабабли қўзғатувчанлиги.

г) овқатланишнинг бўзилиши, ўз вақтида овқат емасдан бирдан кўп овқат ейиш. Дағал овқатлар истеъмол қилиш.

Касалликни юзага чиқарадиган омиллар жумласига қорин ичидаги босимнинг тусатдан кўтарилиб, унинг натижасида ичак қовузлокларининг жойидан сўрилиши (тугун бўлиб қолиши, инвагинацияланиши ва хоказо) киради.

Шундай қилиб, ичак тутилишининг ҳамма хиллари қуйидагиларга бўлинади:

1) келиб чиқишига кура, туғма ва турмушда орттирилган хиллари (турма ичак тутилишига ривожланиш нуқсонлари — ингичка ва йўғон ичак битуви, орка тешик битуви, яъни атрезияси киради);

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

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

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

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

4) Клиник утишига кўра — Ўткир ва хроник, чала ва тўла ичак тутилиши бўлиши мумкин.

Олиб келувчи сабаблар: ичакнинг буралиб қолиши- ичак ўз ўқи атрофида 180 С буралса қон айланишининг бўзилиши ҳам микдорда бўлади. Лекин ичак ўз ўқи атрофида 360 С буралса ичак деворида патологик узганришлар тез вақт ичида ва шиддатли равишда ривожланиб некроз ва таркалган перитонит кўринишини беради.

Бундан ташқари ичакнинг тугунланиши, ичак халқисининг битишмаларига қисилиши, чурра дарвозасида ичакнинг қисилиши оқибатида странгуляцион ичак тутилиш келиб чиқади.

Бундан ташқари қорин (бўлинмаларидаги) бўшлиғидаги операциядан сўнг патологик жараён оқибатида қўшни аъзоларини яллиғланиши сабабли хосил бўлган фибрин иплар ёрдамида ёпишиб, битишма касаллигига олиб келиши мумкин.

Механик ичак тутилишига олиб келувчи сабаблардан Яна бири ичак-инвагинациясидир. Унинг механизм-ичакнинг бир бўлими иккинчи бўлимининг ичкарасига кириши-кул қопни ечганда, бармоқларнинг ичкари томонига букланиб, қайтарилиб қоладиган ҳолатни эслатади. Бу ерда ичак цилиндири пайдо бўлади ва учта найчадан ташқил топган. Бундан ташқари 5-7 қаватли инвагинция ҳам бўлиши мумкин. Ингичка ичакка кириб, сўнг қур ичакка кирса мураккаб инвагинация, ичак перисталтика йўналиши бўйлаб кирса – пастга кетувчи инвагинация, ичак перисталтика йўналишига қарши кирса ретроград инвагинация дейилади.

Динамик ичак тутилиши-ичакдаги нерв толаларининг органик ёки функционал шикастланиш натижасида ичак мушак пардасининг тонуси бўзилади.

Бу икки хил бўлади:

А) спастик илеус келиб чиқишида қуйидагилар муҳим рол уйнайди: ичакнинг ўт тошлари билан таъсирланиши, қорин деворининг лат ейиши, қорин бўшлиғидаги гематомалар, МНС нинг органик ва функционал бўзилиши (кризлар, мия инсульти, функционал неврозлар), ичак қон томирлари ишемияси.

Б) Паралитик илеус- энг кўп учраганлиги сабабли-перитонит. Қорин парданинг лат ейиши, қон, сийдик, панкреас шираси ёки утнинг тутиши ичакнинг парез, кейин паралитик ҳолатига олиб келади. Бундан ташқари деворлари чўзилиб, унинг деворларидаги вена капиллярларида стаз, цианоз, ичак шиши пайдо бўлиб, капиллярлар деворининг ўтказувчанлиги кучайиб, энг сўнгида қорин бўшлиғида экссудат тўпланади. Паралитик ичак тутилишининг клиник кўриниши бор ўтиб, гемодинамик ва модда алмашинувининг чуқур бўзилишлари кўзатилади.

Беморнинг ёши. Бирдан ичак тутилиши ҳамма ёшдаги одамларда кўрилаверади, лекин 30 ёшдан 60 ёшгача бўлган одамларда кўпроқ учрайди. Болалик чорида ичакнинг

ривожланиш нуқсонлари туфайли бошланган ичак инвагинациялари ва тутилиш холлари кўпроқ учраб туради. Ичак буралиши асосан ёши 40 дан ошган ва кекса одамларда кўрилади.

Битишма туфайли ичак тутилиб қолиши асосан ёш ва навкирон одамларда учрайди (К. С. Симонян, 1966).

Тарқалиши. Бирдан ичак тутилиши ер юзидаги ҳамма халқлар орасида кўрилади. Чунончи, ичак буралиши ва тугун бўлиб қолиши Шарқий Европа ва Болқон мамлакатларида (асосан овқатланиш усимлик махсулотларидан иборат бўлади) кўзатилса, Раббий Европа билан Шимолий Америкада ичак инвагинацияси кўпроқ ва ичак буралиши камроқ учрайди (бу ерларда гўштли овқат кўпроқ ейилади).

Бирдан ичак тутилиши касаллигининг учраши хар 100 минг киши ахоли хисобидан олганда 4 тадан то 20 тагача боради. С. А. Масумов (1961) маълумотларига караганда жумхуриятимизда жаррохлик касалликлари билан оғриган беморларнинг 20 фоизи Ўткир жаррохлик касалликлари билан касалхонага келган беморларнинг 11,6—12,1 фоизида ичак тутилиши ходисаси бўлади. Лекин шошилинич тарзда операция керак бўлган беморлар орасида бу касаллик сўнгги йилларда, хар холда камроқ учрамоқда.

Патогенези.

Ичак тутилишлари патогенезини тушунтиришда бир қанча назариялар мавжуд:

А) Қон айланишининг бўзилиши назарияси-ичакнинг тутилган қисмида, айникса ичак тутқич қон томирлари билан бирга қисилган бўлса, қисилиш натижасида артериялардан қон келиши ва вена қон томирларидан қоннинг кайтиб кетиши сусаяди. Ичак деворида, шиллиқ пардада гипоксия бўлиб, дегенератив ўзгаришлар чакиради. Ичакнинг қисилган жойида ва келадиган қисмида ичак халқаларида газ тўпланиб, дуппайиб, олдин парез, кейин параличга олиб келади.

Б) аутоинтоксикацион назария- 1838 йил Амюсса тўғри ичак ўсмаси билан касалланган беморнинг охири даврини кўзатиб, ичакка тўпланиб қолган моддаларнинг сўрилиши натижасида организм ўзини-ўзи захарлайди деган фикрни айтган.

В) овқат ҳазм қилиш йўлларидаги шира алмашинувининг бўзилиши назарияси.

Хар куни сулак безлари, ошқозон ва 12 бармоқли ичак. Ичаклар уртача 8000-8500 мл шира ферментларини ишлаб, ошқозон – ичак трактига чиқаради, шулардан 7900-8400 мл мода алмашинувида қатнашади, қолган 100 мл чамаси нафас Билан ташқарига чиқарилади. Н.Н. Самарин, В.П. Петровларнинг фикрича, Ўткир ичак тутилишида организмга зарур шира-ферментлар қусиш Билан ташқарига чиқариб ташланиб, мода алмашинувининг ҳамма турлари бўзилиб, тўла парчаланган оралик махсулотлар пайдо бўлиб, организмни захарлайди.

Г) асаб рефлектор назарияси. Бортуа ва Браунларнинг фикрича, ичак тутилиши билан шу жойда тинимсиз патологик импульс оқими вегатив асаб тизимида ва цероброспинал марказларига кетади. Бунинг оқибатида ичак ҳаракати, қон томирларининг ҳаракати бўзилиб, паралич бўлиб қолганлиги туфайли сўнгра умумий қон айланишига ўтади. Ичакнинг тутилган жойидан марказга кетаётган импульслар гемодинамикани бутунлай бўзиб, мия марказларининг қашшоқланишига олиб келади. Ичакнинг тутилиши сатхи қанча юқорида, яъни кизилунгач ва ошқозонга яқин бўлса, клиник кўриниши шунча оғир ўтади. Бунинг сабаби патологик афферент импульслар тизимида адашган нерв толалари кўшилиб рефлектор ҳолатда гемодинамика ва нафас олиш тизимларини бўзиб, нормал ҳолатда ишлайди.

Хозрги вақтда энг етакловчи карашлардан бири-шоҳ ҳолатининг пайдо бўлишидир. Бунда ичак тутилиши жойида ва унинг олиб келувчи қисми дуппайиб, ичида суюклик пайдо бўлади. Бу суюкликнинг таркибида ҳам ширалари, сасиб чириб бошлаган овқатнинг буткасимон қисми, трансудат бўлади. Бу суюкликка микроблар, экзотоксинлар, энтдоксинлар кўшилиб, лимфа томирлар томонидан сўрилиб, кўкрак лимфа йўлига кўшилиб буйин веналари учбурчагида умумий қон айланиш тизимга кўшилади. Нормал ҳолатда ҳазм аъзоларидан чиққан вена қон томирлари портал венага

куйилиб, жигар хужайраларида зарарсизлантириб, сўнг умумий қон айланиши тизимига тушади. Ичак тутилишида эса зарарли моддаси бўлган қон жигарнинг умумий артериясига келиб, жигар хужайраларининг барча функцияларини бўзилишига олиб келади.

Бундан ташқари, кўп ва узоқ муддат кушиш дуоденум ичидаги босимнинг ошиб, панкреас ширасининг окмасдан тургун бўлиб қолишига олиб келади. Бу ўз навбатида интерстициал панкреатитни чакириб, қонда амилаза микдори кўпаяди. Бундан сўнг панкреас ферментлари дуоденум деворларидан бемалол қорин бўшлиғига тушиб, қонга сўрилади. Бу эса юрак ишини бўзиб, токсик миокардит чакиради. Бундан ташқари, буйрак ости безида қон айланиши бўзилиб, хромафин моддаси камайиб, БУБ иш фаолиятини пасайтиради. Мия ва пустлок кинларида диффўз некробиотик ўзгаришлар содир бўлади.

Шу сабабли ҳам, яъни шок ҳолати, БУБ иш фаолиятнинг бўзилиши, организмнинг умумий зарарланиши сабабли беморнинг қон босими паст бўлиб, ахволи соат сайин оғирлашиб боради. Ичак тутилишида организмда биохимик ўзгаришлар келиб чиқади, оксил камаяди. Сув-тўз алмашинуви бўзилиб, қонда хлоридлар, К ва Na элементларининг камайиши дегидратация кўзатилади.

Ўтқир ичак тутилиши классификацияси

Ичак тутилишининг биринчи-таснифини 1899 йилда Вал берган ва у ичак утилишларини 2 гуруҳга бўлган:

1. Странгуляцион ичак тутилиши
2. Обтурацион ичак тутилиши

Ундан кейин 1906 йилда Вильямс Э.Вал таснифига қўшимча киритди. Бундан ташқари В.А.Опель, А.Б.Чухриенко, А.С.Соловьев ва бошқалар таклиф қилган таснифлар ҳам мавжуд.

Хамма ичак тутилишлари қуйидаги асосий гуруҳларга бўлинади:

1. Келиб чиқишга кура:

- А) тўғри ичак тутилиши-ингичка, йўғон ичак ва орка тешик атрезияси;
- Б) орттирилган

2. келиб чиқиш механизмига кура:

1. Механик тутилиши; 1. обтурацион тутилиш;
 - а) ичак девори билан боглик бўлмаган обтурация;
 - б) ичак деворидан келиб чиққан обтурация
 - в) ичак девори ташқарисидан обтурация
2. Странгуляцион тутилиш:
 - а) буралишлар
 - б) ичакнинг тугун ҳосил қилиши
3. Аралаш ичак тутилиши:
 - а) инвагинация
 - б) битишма сабабли ичак тутилиши
 - в) ичак чурраларнинг қисилиши
2. Динамик тутилиши: 1. паралитик ичак тутилиши
2. Спастик ичак тутилиши

3. Ичак тутилишининг сатхига караб:

- а) юқори (ингичка) ичак тутилиши
- б) пастки (йўғон) ичак тутилиши

4. Клиник кечишига караб:

- а) қисман ёки тўлиқ
- б) Ўтқир ва сурункали

Ўтқир ичак тутилиши касаллигининг хамма хилларини А. Г. Соловьев (1948) иккита асосий гуруҳга бўлади: динамик ва механик ичак тутилиши; механик ичак тутилиши эса,

ўз навбатида, обтурацион, странгуляцион ва битишма туфайли бошланган ичак тутилишига бўлинади.

А. В. Норенберг-Чарквиани (1969) ўз классификациясида ичак тутилишининг А. Г. Соловьев классификациясидаги битишма туфайли пайдо бўладиган хили ўрнига бу касалликнинг аралаш (хам обтурация, хам странгуляция аломатлари бўладиган) хилларини қўяди. Ичак инвагинацияси, туғма ривожланиш нуқсонлари туфайли бошланган ичак тутилишини, қорин ичида қисилиб қолган чурраларни хам бу олим шу тоифага киритади.

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

А. Механик ичак тутилиши:

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

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

- а) ўт тошлари;
- б) ахлат тошлари;
- в) ёт жисмлар;
- г) гижжалар сабаб бўлиши мумкин.

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

- а) ўсмалар;
- б) чандикли стенозлар.

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

4. Ўн икки бармоқ ичак обтурацияси:

- а) артериоме-зентериал ичак тутилиши;
- б) гематома билан босилиб қолиши.

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

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

1. Меъда-ичак буралиши:

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

2. Ичакда тугун ҳосил бўлиши.

3. Йўғон ичак чарвисининг буралиши.

4. Катта чарвининг буралиши.

III. Аралаш хиллари:

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

- а) мальротация;
- б) меккель дивертикули катнашувида;
- в) дубликация.

2. Инвагинация.

3. Битишмалар туфайли ичак тутилиши.

4. Чурранинг ичкарида қисилиб қолиши.

Б. Динамик ичак тутилиши:

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

2. Спастик ичак тутилиши:

- а) спазм туфайли бошланадиган хили;
- б) кургошиндан захарланиш туфайли бошланадиган ичак санчиғи.

Клиник манзараси

Бирдан ичак тутилишининг асосий аломатлари қоринда оғрик туриб, ич ва газлар юришмай қолиши, қориннинг дам бўлиб, шишиб кетиши, ичак перистальтикаси кучайиб (вақтидан утган холларда ичак бутунлай «жимиб қолади») кайт қилиш, томир уриши (пульсининг) тезлашиб кетишидир.

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

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

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

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

Қоринни текшириб кўриш бирдан ичак тутилишига хос бўлган бир қанча қимматли аломатларни кўрсатиб бериши мумкин: қориннинг дам бўлиб тургани энг характерли аломатларнинг бири ҳисобланади, лекин ичакнинг қайси жойи тутилиб қолгани ва касалликнинг муддатларига караб қорин хар хил даражада дам бўлиб туриши мумкин. Чунончи, ичакнинг юқори қисмлари тутилганида қорин жуда арзимас даражада дам бўлиши ёки мутлақо дам бўлмаслиги ҳам мумкин. Ичакнинг тутилиб, тиқилиб қолган жойи қанчалик пастда бўлса, қорин шунча кўп дам булаверади (йўғон ичак тутилиб қолганида қорин айникса жуда дам бўлиб, шишиб кетади). Касаллик муддати ўтиб борган сайин ел тўпланиши (метеоризм) ҳам зўрайиб боради.

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

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

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

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

Ичак перистальтикасининг кўриниб туриши ичак тутилишининг жуда муҳим аломати ҳисобланади (бу нарса касалликнинг бошида, шок босилиб қолганидан кейин айникса

руйи-рост билиниб туради). Бу **И. И. Греков симптоми** бўлиб, «устма-уст келаётган тулкинлар ёки бирдан пайдо бўлиб, бирдан йўқолиб кетадиган думбаймалар» манзарасини беради. Уни қорин деворини салгина уриб кўриш ёки силкитиб кўриш йўли билан юзага келтириш мумкин (Греков симптоми хроник ичак тутилишида анча аниқ ифодаланган бўлади, чунки бунда ичакнинг тутилиб қолган жойидан юкоғирокдаги мускуллари гипертрофияга учрайди).

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

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

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

Қоринни пайпаслаб кўриш (пальпация). Бирдан ичак тутилишида қорин пресси мускулларининг химояланиб, таранг тортиб қолишига сабаб бўлмаслик учун қоринни авайлаб, майин ҳаракатлар билан пайпаслаб кўриш керак. Чуқур пальпацияда безиллаб турган жойни, «текшираётган бармоқларга каттиккина бўлиб уннайдиган ичак қовузлокларини» (И. И. Греков, 1928) ёки хали фалаж холига тушмаган ичакларнинг «худди пружинага ўхшаб, қаршилик кўрсатаётганини» (М. В. Парташников, 1955) сезиш мумкин.

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

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

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

Қорин плессиметр билан перкуссия килиниб, айна вақтда стетоскоп орқали эшитиб кўрилганида баъзан металлга хос аниқ жарангли овоз эшитилади, бу — ичак газлар билан тўлиб-тошиб, худди баллондек жуда шишиб кетган маҳалда аниқланадиган **Kiwull симптоми** бўлиб, сигмасимон ичак буралишига хос деб ҳисобланади.

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

Ичак шовқинлари (перистальтикасини) бор-йўқлигини аниқлаш учун аускультация — эшитиб кўриш усулидан фойдаланилади. Обтурацион ичак тутилишида касалликнинг бошлангич даврида, ичакнинг ҳаракат функцияси хали бўзилмаган маҳалда «бир талай чўзик шовқинлар эшитилади, булар анча бир текис, жарангдор, ичак қовузлокларида акс садо берадиган, тони баланд ва тембри деярли бир хил бўлади. Странгуляцион ичак тутилишида шовқинлар факат касалликнинг энг бошида эшитилади ва тез орада йўқолиб кетади.

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

Шундай килиб, ичак тутилишида қорин аускультациясидан олинадиган маълумотлар касаллик бошланганидан бери қанча вақт утганига борлиқ бўлади:

а) илк муддатларида (касаллик шоксиз утаётган махалларда) гулдирайдиган, шитирлайдиган, кучи билан узук-чўзиклигини ўзгартириб турадиган жуда хилма-хил шовқинлар эшитилади;

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

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

г) касалликнинг кечки даврида, ичак парези бошланганида перистальтика кучайиши муносабати билан эшитиладиган овозларнинг ҳаммаси, шунингдек перистальтиканинг ўзи ҳам аста-секин йўқолиб кетади, қорин тинчиб, «сув куйгандек жим-жит» бўлиб қолади, бу — касалликнинг дахшатли аломати бўлиб, ичак фалажланиб бўлганидан, ичак деворининг ўзи эса башарти хали некрозга учрамаган бўлса ҳам, лекин шунга яқинлашиб қолганидан дарак беради.

Қорин жуда ҳам дам бўлиб, шишиб турган мана шу пайтда *Lotheissen симптоми* аниқлаш — нормада қорин орқали эшитилмайдиган нафас шовқинлари ва юрак тонларини эшитиш мумкин. Бу улим яқинлашиб қолганидан дарак берадиган ёмон аломатдир (Л. А. Кирснер, 1936). Тўғри ичакни бармоқ билан текшириб кўриш диагностика учун шарт деб ҳисобланадиган усулдир. Бирдан ичак тутилишида тўғри ичак ампуласи, одатда, бум-буш турган бўлиб чиқади, олдинги девори думалок эластик тўзилма кўринишида думбайиб туради (И. И. Греков томонидан тасвирланган *Обухов касалхонаси симптоми*). И. И. Греков: «илеус бошланганини билиб олиш учун биргина шу аломатнинг ўзи кифоя» деган эди. Тўғри ичакни текшириш билан бир вақтнинг ўзида қорин бимануал йўл билан пальпация қилиб кўрилганида дам бўлиб турган ичак қовузлокларини, инвагинат танаси ёки ичакка тикилиб қолган ёт жисм (ут ёки ахлат тоши) ни бирмунча аниқ пайпаслаб топса бўлади. Вагинал текшириш бачадон ва ортикларигадаги ўсмалар, яллиғланиш инфилтратларини аниқлаб олишга имқон берадики, булар ҳам хар хил турдаги ичак тутилиши ҳоллари билан бирга давом этиб бораётган бўлиши мумкин.

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

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

Ичак деворида деструктив ўзгаришлар зўрайиб, ичак тонуси пасайиб борган сайин газ пуфакларининг баландлиги камайиб, сатхининг узунлиги ортиб боради (А. П. Хомутова, 1962). Бундай косалар сони биттадан 12—15 тагача бориши ва бундам кўра кўпрок бўлиши мумкин.

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

Ингичка ичак юқори бўлимларидан тутилиб қолганида косалар сони кўп бўлмай, борлари ҳам қориннинг чап томондаги устки квадрантидан жой олади. Ингичка ичакнинг пастки бўлимлари тутилиб қолганида бу косалар аксари унг томондаги пастки квадрантда бўлади.

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

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

Беморга суяк барий ичириб туриб меъда-ичак йўлини текшириш ичакнинг қайси қисми тутилиб қолганини аниқлаб олишга имқон беради (асосан касалликнинг илк даврида).

Утиши. Бу касалликнинг бутун манзараси гоҳо фожиона бўлиб, шиддат билан утса, гоҳида кам-камдан зўрайиб бориб, секинлик билан ўтади. Унинг кай тарика ўтиб бориши ичак тутилишининг хили ва табиатига, ичак найининг қайси қисми зарарланганига, ичак қовузлори ва тутқичининг нечоғлик қисилиб қолганига боғлиқдир.

Касалликнинг утишида шартли равишда учта даврни тафовут қилиш мумкин:

Биринчи даври — дастлабки босқичи — 1 соатдан 12 соатгача давом этади. Кўпчилик ҳолларда шок ҳолатига олиб борадиган оғрик бу даврда касалликнинг устун турган асосий аломати бўлиб ҳисобланади. Клойбер косалари хали бўлмайди. Ичак перистальтикаси зўрайган бўлади.

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

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

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

Қон клиник анализида олинadиган маълумотлар. Бирдан ичак тутилишининг дастлабки даврида периферик қонда қандай бўлмасин бирор тарздаги ўзгаришлар топилмайди. Лекин касаллик зўрайиб борган сайин қоннинг аста-секин куюк тортиб бораётганига ҳос аломатлар пайдо бўлади.

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

Касаллик диагнози. Анамнез ва клиник текширишлардан олинган маълумотларни тахлил қилиб чиқишга асосланади. Бирдан ичак тутилишини эрта муддатларда, барвақт аниқлаб олиш ана шу дахшатли касалликнинг давосида муваффақият қозонишнинг хал килувчи шартларидан биридир.

Касалликнинг бирдан-бир аломати фақат оғриқдан иборат бўладиган, бошқа аломатлари эса хали маълум бермай турадиган дастлабки даври диагностика учун ҳаммадан кийин бўлади. Бирок бирдан ичак тутилган маҳалларда оғриқлар тўтиб-тўтиб турадиган, перистальтика кучайган пайтда зураядиган бўлишини эсда тутиш керак.

Касалликнинг иккинчи даврида уни аниқлаб олишга ёрдам берадиган асосий аломати — Клойбер косалари бўлишидир.

Текшириши усуллари . Рентгенологик текширув ЎИТ вақтида асосий инструментал текширув усули бўлиб қолмоқда. ЎИТ га бироз бўлсада гумон бўлганда ҳам бу текширув усулини бажаришимиз керак. Дастлаб қорин бўшлиғи обзор рентгенскопияси ва лозим бўлса рентгенография бажарилади. Бунда қуйидаги аломатлар топилади:

1. Ичак аркаси ингичка ичак газлар туфайли кенгайиб кетганда юқорида газ, пастда эса суюқлик сатҳи аниқланади.

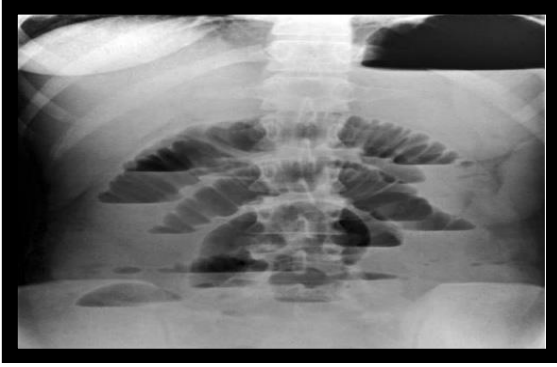


Рис .Қорин бўшлиғи обзор рентгенограммаси.Ичак аркалари.

2. *Клойбер косачалари* (рис. 7.2) – горизонтал суюклик сатхи гумбазсимон еругланиш (газ) билан.Агар суюклик сатхи эни кенгрок бўлса бу ингичка ичак тутилишидан дарак беради.

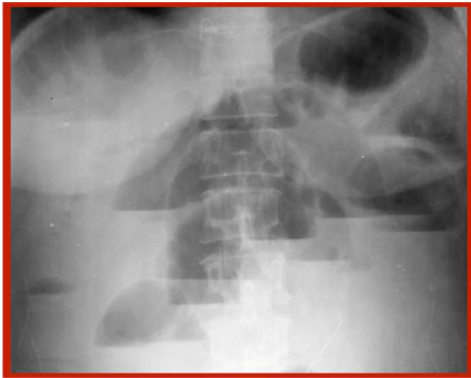


Рис .Қорин бўшлиғи обзор рентгенограммаси. Клойбер косачалари.

3. *Симптом перистости* (тортилган пуржинани эслатади) юқори ичак тутилишида кўп учрайди .



Рис . Симптом Кейси еки «балик скелети».

Рентгеноқонтраст текширув қорин бўшлиғи обзор ретгенограммаси наф бермаганда бажарилади.

Колоноскопия хозирда йўғон ичак обтурацион тутилишларида жуда самарали текширув усулидир. Колоноскопия тегишли ичак тайергарлигидан сўнг йўғон ичак тикининг аниқ

жойлашувини аниқлаб, лозим бўлса шу соҳа интубация килиниб Ўткир жараен камайтирилиб, «сокин» даврда оператив даво амалга оширилади

Ультра товуш тешируви қорин бўшлиғидаги эркин суякликни, ичак қовузлоги кенглигини, ўсма жараен борлиғни ва яллиғланиш инфилтроти жойлашув ўрнини аниқлаб буради .

Дифференциал-диагностикаси

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

Ўткир аппендицит. Ўткир аппендицит билан бирдан ичак тутилишининг бир қанча умумий аломатлари бор; қоринда оғрик туриши, ич юришмай қолиб, ел тўпланиб бориши, кайт қилиш шулар жумласидандир. Лекин аппендицитда оғриклар аста-секин бошланади ва ичак тутилишидагидек кучли бўлмайди. Ўткир аппендицитда оғриклар унғ ёнбош соҳасида сезилади, шу жойнинг ўзида қорин девори таранг тортиб туради ҳам, Шчеткин — Блюмберг симптоми мусбат бўлиб чиқади. Беморнинг ўзини тутиши ҳам бошқача бўлади — бирдан ичак тутилишида бемор безовталаниб, ўзини хар ёкка ташлайди, оғрик тўтиб қолиши билан ўз вазиятини хар сафар ўзгартираверади. Нихоят, бирдан ичак тутилиши учун ичак перистальтикаси кучайиб, Клойбер косалари пайдо бўлиши характерлидирки, Ўткир аппендицитда бундай ходисалар кўзатилмайди.

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

Меъда яраси тешилган вақтда бемор мажбурий ҳолатга тушади (оёқларини қорнига тортиб, икки буқилиб олади), перкуссия қилиб кўрилганида жигар тепасидан ичак тутилишидагидек бўғик овоз чиқмасдан, балки тимпаник овоз чиқади. Яра тешилган бўлса, рентгеноскопияда, беморда диафрагма гумбази тагида эркин газ турганлиги, ичак тутилишида эса Клойбер косалари борлиги топилади.

Ўткир холецистит. Бу касалликка ҳам хос бўлган умумий симптомлар қоринда каттик оғрик пайдо бўлиши, кайт қилиш, қориннинг дам бўлиб туришидир; шуниси ҳам борки, Ўткир холециститда одам кайт қилгани билан кунгли равшан тортиб, ахволи яхшиланмайди. Лекин оғриклар доимий бўлади, одамнинг унғ елкасига, курагига ўтиб туради. Пальпация махалида ут пуфаги турадиган жой соҳаси ҳаммадан кўп безиллайдиган бўлади. Шу жойда қорин мускуллари ҳам таранг тортиб туради. Шчеткин-Блюмберг симптоми мусбат бўлиб чиқади. Баъзи-баъзида катталашиб, безиллаб турган ут пуфаги кулга уннайди. Тана харорати одатда кўтарилган бўлади.

Қоринда тусатдан жуда каттик оғриклар туриб, беморнинг умуман оғир ахволга тушиши, тез-тез кайт қилиб туриши, баъзида қорни дам бўлиб кетиши **Ўткир панкреатитга** ҳам характерлидир. Лекин Ўткир панкреатитда оғриклар одамнинг орқаси билан чап курагига ўтиб туради. Мейо-Робсон, Морган симптомлари ва бошқалар характерли бўлади. Қон ва сийдикда — амилаза кўпайган бўлиб чиқади.

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

Тухумдон кистаси буралиб қолганида ҳам тусатдан каттик оғрик бошланиб, одам кайт қилади, қорни юмшоқ бўлиб тураверади. Лекин тухумдоннинг кистаси буралишида оғриклар ичак тутилишидагидек тўтиб-тўтиб турадиган бўлмай, балки доимий бўлади, орқа тешик атрофига, думгазага ўтиб туради.

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

Мезентериал томирлар тромбози ва эмболияси ўз симптомитикаси жихатидан бирдан ичак тутилиши ходисасига кўп ўхшайди: касалликнинг биринчи ва иккинчи даврларида қоринда каттик оғриқлар пайдо бўлиб, одам оғир ахволга тушади, кайт килаверади, корни юмшоқ бўлиб, нафас актида иштирок қилиб туради, ичи юришмай, корнида ел тўпланиб бораверади, тез орада шок бошланади. Лекин ичак девори йнфарктида энг бошиданок перистальтика йўқолиб кетади, қорин асимметрияси, Обухов касалхонасининг симптоми бўлмайди (баъзида ахлат қон аралаш бўлиб тушади). Диагностикада рентгенологик текшириш ёрдам беради (ичак тутилишида Клойбер косалари топилади).

Обтурацион ичак тутилиши

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

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

Умуман ичак тутилиши муносабати билан килинадиган ҳамма операцияларнинг 4—5 фоизида ичак тутилиши обтурацион хилда бўлиб чиқади.

Обтурацион ичак тутилиши странгуляцияцион ичак тутилишига караганда бирмунча секин ўтиб бориши билан фарк қилади. Организмда интоксикация ходисаси анча кеч бошланади, шок одатда кўзатилмайди.

Ўт тошлари ичакка кўпинча ут пуфаги билан ичак уртасида (аксари кундаланг-чамбар ёки Ўн икки бармоқ ичак уртасида) хосил бўлган йўллар (окма яралар) орқали тушиб қолади. Ичакка тош тушган махалдан то ичак тутилиши ходисалари авж олгунча орадан ўтадиган вақт хар хил. Баъзи холларда касаллик анча тез авж олиб боради, бошқа холларда эса орадан неча кунлар, хафталар ва хатто ойлар утиши мумкин. Касаллар аксари анча ёшга бориб қолган, кекса бўлади, чунки ичак тутилишининг бундай хиллари ут-тош касаллигининг кечки асоратлари бўлиб хисобланади (С. П. Федоров, 1936; А. И. Корнеев, 1961; У. О. Орипов, 1987 ва бошқалар).

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

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

Одам кайт килиб, ичи юришмайди ва корнида ел тўпланиб боради, оғрик тўтиб қолган махалда ичак перистальтикаси кўриниб туради, рентгенологик йўл билан текшириб кўрилганида Клойбер косалари топилади, ичакда тош сояси кўриниб туриши мумкин. Обтурация узок давом этганида ичак девори чакаланиб ёрилиши, перитонит бошланиши мумкин. Касалликни тўғри аниқлаб олишга қуйидагилар ёрдам бера олади:

- 1) бу касаллик кўпрок ёши кайтиб қолган аёлларда учрайди;
- 2) анамнезда жигар санчиклари бўлиб утганига ишора килинади;
- 3) тусатдан бошланиб, тўтиб-тўтиб турадиган оғриқлар аввалига бутун қоринда сезилади, кейинчалик эса унг ёнбош сохаси билан чекланиб қолади (ўт тоши кўпинча ингичка ичакнинг йўғон ичакка утар қисмида тикилиб қолади);
- 4) одам кайт килиб, тез орада «ахлат аралаш» куса бошлайди;
- 5) меъда-ичак йўли рентгенда текшириб кўрилганида тегишли маълумотлар олинади.**

Давоси — операция, энтеротомия килиниб, тош олиб ташланади (тош одатда ичакнинг пучайиб турган қовузлоклари билан дам бўлиб кетган қовузлоклари чегарасида

топилади). Ичак деворида морфологик ўзгаришлар юзага келган бўлса, ичак резекция килинади.

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

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

Давоси — операция.

Ичакнинг ўсма билан тикилиб қолиши 1,6-9,3 фоиз холларда учрайди, шу билан бирга хавфли ўсмалар ҳам, хавфсиз ўсмалар ҳам ичак найида тикилиб қолиши мумкин. Ингичка ичакда хавфсиз ўсмалардан липомалар, миомалар, фибромалар, аденомалар, полиплар, ангиомалар, лейомиомалар учрайди. Йўғон ичакда кўпрок хавфли ўсмалар: рак, саркома бўлади. Ингичка ичакда рак камдан-кам учрайдиган касалликдир. Унинг икки хили учраши мумкин:

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

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

Йўғон ичакнинг чап ярмида пайдо бўладиган рак унг ярмидаги ракка караганда ичак тикилиб қолишига кўпрок сабаб бўладики, бу — йўғон ичак дистал қисмининг проксимал қисмидан кўра торроқ бўлишига, ўсманнинг халкага ўхшаб усиши ичакнинг чап ярмидаги суюкликни унг ярмида бўладиган каттик ахлатга караганда камроқ тўтиб қолишига боғлиқ.

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

Ичакка ўсмалар тикилиб қолишининг характерли хусусиятларидан қуйидагиларни кўрсатиб ўтса бўлади:

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

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

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

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

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

Оғриклар асосан туш ости соҳасида бўлиб, одамнинг оркасига ҳам ўтади, улар тўтиб-тўтиб турадиган бўлади. Касалликнинг энг бошиданок одам варак-варак кусаверади, кусуги меъда ва Ўн икки бармоқ ичакдаги суюклик ва ейилган овқатдан иборат бўлади,

буларга сафро аралашиб тушади-ку, лекин ичак суюклири аралашмаган бўлади. Туш ости сохаси шишиб туради, шу ернинг ўзида перистальтика кучайган бўлиб, «чакиллаб томиб турган томчи» овози эшитилади, меъда устидан баланд тонли тимпаник овоз чиқади. Касалликнинг бошида ўз-ўзидан ич келиши мумкин.

Ўн икки бармоқ ичак бирдан тутулиб қолганида рентгенологик йўл билан текшириш анча характерли аломатларни кўрсатиб беради: қориннинг устки бўлимида иккита катта горизонтал сатх, кўзга ташланади, уларнинг бири меъдада, иккинчиси пастрокда — Ўн икки бармоқ ичакда бўлади. Ичак тутулган жойдан пастда — ингичка ичакда бўлсин, йўғон ичакда бўлсин газ борлиги топилмайди.

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

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

Бирламчи хилида ингичка ичак тутқичи ўз томирлари билан биргаликда шу ичакнинг тазъийки билан пастга тортилиб, Ўн икки бармоқ ичак горизонтал қисмининг қисилиб қолишига сабаб бўлади. Касалликнинг бу хили учун меъда тонуси ва перистальтикасининг сакланиб қолиши характерлидир. Жуда камдан-кам учрайди.

Ўн икки бармоқ ичакдаги артерио-мезентериал тутулишнинг *иккиламчи хили* нисбатан олганда кўпроқ учрайди ва меъда бирдан кенгайиб кетган холларда кўзатилади, бунда меъда ўзининг бутун зарвари билан ичак тутқич илдизига босади, натижада ингичка ичак қовузлоклари кичик чанок бўшлиғига сўрилиб, унинг тутқичи таранглашади-да, Ўн икки бармоқ ичакни умуртка поронасига томон босиб қўяди.

Бу холда олдин меъда парезга учрайди, ичак тутулиши ходисаси ундан кейин, иккиламчи тартибда бошланади.

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

Давоси. Касалликнинг бирламчи хилида энтероанастомоз килинади, иккиламчи хилида консерватив даво қилиб борилади — беморни Шницлер усулича корни билан ёткизиб қўйиб, меъдасига суюклик чиқиб туриши учун доимий зонд солинади, организмдан йўколаётган сув, электролитлар ва оксил ўрнини тулдириб бориш чоралари кўрилиб, вегетатив нерв системасига таъсир ўтказадиган дори-дармонлар (диголин ва бошқалар) буюрилади.

Странгуляцион ичак тутулиши.

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

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

Меъда буралиши (volvulus ventriculi).

Меъда буралишининг икки хили: кундаланг ўқи бўйлаб буралиши ва узунасига кетган ўқ бўйлаб буралиши тафовут килинади.

Меъданинг кундаланг ўқи бўйлаб буралиши (vol. ventriculi mesenterico — axialis) га унинг соат стрелкаси йўналиши бўйлаб айланиб қолиши сабаб бўлади, volvulus isoperistalticus деб шуни айтилади. Бунда меъданинг пилорик қисми унгдан чапга ва юкорига-олдинга караб, кардиал бўлими эса орқага ва унга-караб пастга томон сиргалади. Меъда

буралганида орка томондаги юқори қисми пастга тушиб, катта эгрилиги юқори кўтарилади.

Меъда бунда тескари йўналишда — соат стрелкаси йўналишининг аксига караб буралиши хам мумкин — *volvulus antiperistalticus* деб шуни айтилади, бу халда пилорик қисми оркага томон бурилиб, меъда туби қориннинг олдинги девори бўйлаб сирралиб боради-да, пастга ва чапга буралиб қолади.

Меъда билан бирга *ligamentum gastrocolicum* оркали унга боғланган кундаланг-чамбар ичак хам ўз вазиятини ўзгартиради. Меъда буралганида чамбар ичак сўрилиб, кўпинча унинг устига чиқиб қолади-да, меъдани олдиндан тусиб туради (*volvulus ventriculi infracolicus*), гохида эса меъда тагида туриб қолади (*vol. ventriculi supracolicus*).

Меъданинг узунасига кетган ўки бўйлаб буралиши — *volvulus ventriculi organo-axialis* — икки хил кўринишда учрайди. Биринчи хилида меъданинг катта эгрилиги олдинги юзасига бурилиб, кейин қориннинг олдинги девори бўйлаб сиргалади-да, кичик чарвига караб боради. Кейин меъда кичик чарвининг юпка тукумасини ёриб, унинг халтаси (*bursa omentalis*) га тушиб қолади. Шу тарика сўрилиб борганида меъданинг катта эгрилиги кундаланг чамбар ичакни хам ўзи билан эргаштириб кетади — *volvulus ventriculi anterior infracolicis* хосил бўлади.

Иккинчи хилида меъданинг катта эгрилиги орка девори бўйлаб тескари томонга ҳаракат қилади, чарви халтасига тушиб, юқори ва унга караб боради-да, кичик чарви тагида туриб қолади, уни ёриб юбориши хам мумкин. Кундаланг-чамбар ичак хам катта чарви билан биргаликда оркага ва юқорига караб эргашиб боради, *vol. ventriculi posterior infracolicus* хосил бўлади.

Меъда ўзининг узунасига кетган ўки бўйлаб шу тарика буралиши натижасида меъдага кириш йўли хам, ундан чиқиш йўли хам буралиб қолади. Меъда 180° га буралганида унинг кириш ва чиқиш йўллари батамом берқилиб қолади (тўла меъда буралиши), агар буралиш бурчаги бундан кўра камроқ бўлса, у холда чала буралиш хосил бўлади.

Меъда буралишининг **этиологияси** нуктаи назаридан олганда бунга мойиллик турдирадиган ва уни келтириб чиқарадиган омиллар тафовут қилинади. Мойиллик гурдирадиган омилларга қуйидагилар киради:

а) меъда бойлам аппаратининг туғма ёки турмушда орттирилган сабабларга кўра заиф бўлиб қолгани, бу нарса меъданинг паст тушиб, кардиал бўлими хам, пилорик бўлими хам бирмунча ҳаракатчан бўлиб қолишига, шунингдек уларнинг бир-бирига яқинлашувига сабаб бўлади, шу тарика бу органнинг бирор томонга караб буралиши учун қулай шароитлар юзага келади;

б) пилорус стенозида меъда тонусининг ўзгариб қолиши;

в) чандикланган яралар туфайли меъда шакли ўзгариб, пилоруси билан кардиясининг бир-бирига яқинлашиб қолгани (меъданинг кум соат кўринишига кириши);

г) кундаланг — чамбар ичакнинг хаддан ташқари узунлиги;

д) диафрагманинг бушашиб туриши ва диафрагма чурралари бўлиши;

е) талокнинг ҳаракатчан бўлиб, меъда устига тушиб қоладиган даражада узун оёғи борлиги.

Келтириб чиқарувчи омилларга қуйидагилар киради:

а) меъданинг овқат билан тўлиб-тошиб кетиши;

б) меъда перистальтикасининг хаддан ташқари кучли бўлиши;

в) меъдани бошқа орган, чунончи дам бўлиб кетган ичак қовузлиори, талок ва бошқалар суриб куйиши;

г) бирор шикает етиши, жисмоний жихатдан кўп зур бериш ёки бошқа сабабларга кўра қорин ички босими-нинг бирдан ортиб кетиши.

Клиникаси. Бу касаллик урта яшар эркакларда кўпроқ учрайди. Касаллик баъзи холларда тусатдан бошланиб, бир неча соат давомида ўзининг авжи, юқори нуктасига етади — оғир шок ҳолатига олиб боради. Бошқа холларда бу касаллик бирмунча секинлик билан 1—2 кун ва бундан кўра кўпроқ вақт ичида авж олиб боради. Бемор қориннинг юқори қисми, асосан чап томони чидаб бўлмас даражада оғриётганидан, бу

оғриклар кўкрак кафасининг чап томонига ўтиб турганидан, туш ости сохаси тўлиб кетгандек сезилиб, нафасни кийинлаштириб куяр даражада тикилиб турганидан нолийди. Касалликнинг энг бошиданок одам варак-варак кусаверади, лекин кусиш тез орада тухтаб қолади, аммо кунгил айниши давом этаверади. Кусук массалари олдинига ейилган овқатдан, кейин сулак билан шилимшиқдан иборат бўлади, лекин уларга сафро аралашиб тушмайди, чунки пилорус босилиб турганлигидан меъдага ут тушиши мумкин эмас; худди шу сабабдан «ахлат аралаш» кусиш ходисаси ҳам беморда ҳеч қачон бўлмайди. Чанкоклик хисси беморни жон-холига куймайди, лекин одам бирор нарса ичмокчи бўлиб қилган уринишлари беҳуда кетади: суюклик меъдага утмаиди ва уша захоти кайтиб тушиб, оғрикни янада зўрайтиради. Бемор ортик даражада безовталаниб, кўп азоб чекади, ўзини хар ёнга ташлаб, бакириб-чакиради. Мажбурий ҳолатга киради — утириб олади ёки тиззалари билан тирсакларини, ё бўлмаса, оёқларини корнига тортиб, ёнбошлаб ётиб олади. Томир уриши тезлашган, артериал босими пасайган, нафаси тезлашган, юза бўлади. Кўздан кечириб каралганида рангги бирмунча окариб тургани ёки кўпинча кукариб кетгани ҳам маълум бўлади. Корнида бир қадар асимметрия бўлади — устки қисми дам бўлиб, пастки қисми ичига тортилиб туради (*Борхардт симптоми*). Баъзан дам бўлиб шишиб кетган меъда четлари аниқ билиниб туради.

Пайпаслаб кўрилганида туш ости сохаси безиллаб, девори кулга таранг бўлиб уннайди, «чайқалиш шовқини» эшитилади. Меъдага зондни ўтказиб бўлмайди!

Диагностикаси. Меъда буралишининг диагностикаси учун куйидаги уч симптомдан иборат *Борхардт триадаси* хозир ҳам ўз ахамиятини йўқотган эмас:

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

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

Дифференциал диагностикасида бу касалликни меъданинг бирдан кенгайиб кетишидан (меъда буралишида Борхардт триадаси мавжуд); қисилиб қолган диафрагма чуррасидан (қориннинг устки қисми дам бўлиб турмайди, рентгеноскопияда меъданинг бир қисми кўкрак бўшлиғида турган бўлади), Ўткир панкреатитдан ажратиш керак. Ўткир панкреатитда ҳам, худди меъда буралишидагидек туш остида чидаб бўлмас даражада оғриклар пайдо бўлиб, одам кусаверади, тезгина шок ҳолатига тушиб қолади. Лекин панкреонекрозда одам нукул меъда, Ўн икки бармоқ ичак суюклиги, сафро аралаш варак-варак кусади. Мейо-Робсон, Мондор симптомлари, амилаземия, амилазурия кўзатилади. Ичак йўли юқори қисмларининг тутилиб қолиши ҳам каттик оғриклар, қорин устки ярмининг дам бўлиб туриши, кайт қилиш, умумий ахволнинг оғир бўлиши билан бирга давом этиб боради. Лекин бунда оғриклар тайинли бир жойда сезилмасдан, тарқоқ бўлади, қорин девори таранг тортиб турмайди. Одам сафро аралаш тез-тез кусиб туради-да, кейин кусугига ахлат ҳам аралашиб тушади. Меъдага зонд солиш осон бўлади, меъда буралиб қолганида эса бундай ходисаларнинг ҳеч бири бўлмайди.

Давосини меъдага зонд солишга уриниб кўришдан бошлаш керак, бунинг диагностик ахамияти билан бир каторда шифо бўладиган томони ҳам бор. Операцияси меъдани троакар ёрдамида пункция қилиш йўли билан уни бушатишдир, бунда меъда бушаганидан кейин жаррохнинг кулларида сиргалиб тушиб кетмаслиги учун уни тутгичлар билан ушлаб туриш керак. Меъда бушатилиб, пункция қилинган жойи турвача чок билан чатилганидан кейин керакли томонига осонгина бурилиб, ростланиб олади, сўнгра битишмалари бўлса, булар кесиб ташланади, диафрагма чурраси бор-йўклиги текшириб кўрилади (агар бўлса, жаррохлик йўли билан бартараф этилади).

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

Кўричак буралиши

Куричак ҳаракатчан бўлган холларда (ривожланиш аномалияси жараёнида куричак ёнбош ичак билан битта ичак тутқичга эга бўлган маҳалларда), одамнинг мудом ичи котиб, кабзият бўлганидан сурункали колитда бир талай газлар хосил бўлиб туриши; йўғон ичакнинг юқорига кўтарилиб борадиган қисми кенгайиб кетиши натижасида куричак буралиши мумкин. Куричакнинг буралиб қолишига мускул аппаратининг гипоплазиясига алоқадор турма атонияси ҳам сабаб була олади.

Куричак буралишининг асосан уч хили кўзатилади:

- 1) куричакнинг ёнбош ичак билан бирга бўлган умумий ичак тутқичи атрофида буралиши. Бунда ичакларнинг иккаласи ҳам мезогастриумга сўрилиб қолади. Некроз бўлиши мумкин;
- 2) кур ичакнинг узунасига кетган ўки атрофида буралиб қолиши (буниси куричакнинг ўз ичак тутқичи бўлган холларда учрайди, айти вақтда куричак соат стрелкаси юрадиган томонга қараб ҳам, бунинг аксига қараб ҳам буралиши мумкин);
- 3) куричакнинг кундаланг ўки атрофида буралиб, буқилиб қолиши. Бунда куричак қорин олдинги девори бўйлаб сирғалиб бориб, жигар тагида туриб қолади, ичак буралишининг олдинги икки хилига қараганда томирлар тури камроқ зарарланади.

Шундай қилиб, куричак буралиб қолганида у кўпинча ўзининг одатдаги жойидан (ёнбош чуқурчасидан) кучиб, мезогастриум ёки ковургалар тагидаги сохага ўтиб қолади.

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

Касаллик тусатдан бошланади. Лекин беморнинг умумий ахволи ингичка ичак буралишидагидек унчалик тез оғирлашмайди. Томир уриши ва тана харорати айтарли даражада ўзгармайди. Оғриклар зур, тўтиб-тўтиб турадиган бўлади, қориннинг унғ ярмида, пастида ёки киндик атрофида сезилади. Касаллик бошланишида одам кусади, кейинчалик эса кусиш озрок ёки кўпроқ вақт оралатиб такрорланиб туради, бориб-бориб кусукка ахлат аралашиб тушади, лекин бу касаллик одамни кустирмасдан утиши ҳам мумкин. Ич юришмай, ел тўпланиб бориши хамиша қайд қилинадиган ходисадир, лекин касаллик бошида йўғон ичак дистал бўлими перистальтикасининг кучайиши натижаси уларок ич юришиб, одам ўз холича хожатга бориши ёки клизмадан кейин ичи келиши мумкин.

Қорин кўздан кечириб қаралганида гуж бўлиб уралаб турган ичаклар дупшайиб чиқиши натижасида кўпинча қорин асимметрик шаклга кириб қолган (устки қисми ёки киндик атрофида), Валь симптоми мусбат бўлиб чиқади. Пайпаслаб кўрилганида қорин юмшоқ бўлиб кулга уннайди, дупшайиб турган жвй атрофи эса безиллаб, худди «волейбол коптогидек» таранг тортиб туради, баъзан илеоцекал соха, куричак сўрилиб қолган-лигидан, «буш» бўлади (*Шиман — Данс симптоми*).

Перкуссия қилиб кўрилганида дам бўлиб турган куричак тепасидан паст тонли «ногора» овози эшитилади. Мана шу перкутор товуш баъзан жарангдоррок тусга қиради (Kiwull симптоми), лекин куричак суюкликка тўлиб-тошиб кетган маҳалда атрофдаги ичаклар тимпанити орасида бир қадар бўғикрок эшитилади. Қорин аускультация қилиб кўрилганида бирдан ичак тутилишига хос бўлган характерли ичак шовқинлари эшитилади; кўпинча «чайқалиш шовқини» кулоқка чалинади (Склярров симптоми) ва Обухов касалхонаси симптоми мусбат бўлиб чиқади.

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

Куричак буралишини сигмасимон ичак буралишидан ажратиш учун В. Г. Цеге-Мантейфель одатдагича клизма қилиб кўришни таклиф этади. Куричак буралган бўлса,

клизма суви бемалол, сигмасимон ичак буралганида кийинлик билан (кўп деганда 500 мл) ўтади. Ирригогра-фия диагнозни аниқ қилиб беради.

Давоси — операция. Куричакни айлантириб, ростлаб олингандан кейин унинг нечоглик зарарланганлиги аниқланади (анча дам бўлиб турган бўлса «турвача» чоки солиб туриб, пункция қилиш йўли билан бушатилади). Агар унда гангрена бошланган бўлса, омон туқималар чегарасигача резекция қилиниб, энтероколостомия ясалади.

Куричак зарарланмай, омон турган бўлса, профилактик мулохазаларидан келиб чиқиб, аппендэктомия ўтказиш уринлидир.

Сигмасимон ичак буралиши.

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

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

Ахлат массалари ва газлар йўғон ичакда бир-бирига аралашмайди ва олдинма-кейин юришиб боради, айни вақтда сигманинг газ билан тулган қисми юқоғирок кўтарилишга ҳаракат қилади, ахлат билан тулган қисми эса пастга тушади, шунинг натижасида ичакнинг буралишига олиб борадиган икки куч юзага келади — сигманинг иккала тиззаси бир-бири билан кесишиб, узунасига кетган ўки атрофида буралади. Буралиш аксари унча катта бўлмайди — 180°-270°-360° га етади, камдан-кам холларда ичак жуда кўп- 540° ва хатто 720° гача буралади, яъни ўзи ўки атрофида бир-икки марта айланиб қолади.

Сигмасимон ичак камрок- 270° гача буралганида мустакил равишда, шунингдек консерватив даво таъсири билан ҳам ўз холига келиб, ростланиб олиши мумкин.

Ичакнинг ўз атрофида неча марта буралганлиги касалликнинг оғир-енгиллигини кўрсатадиган мезон эмас, хали. Агар ичак туткич каттик қисилиб қолган бўлса, ичак 180° га бурилганида ҳам у некрозга учраши мумкин. Ичак туткичида чандиклар борлиги ҳам ахамиятга эга бўлади: ичак туткич каттик бўлиб қолган бўлса, томирлари камрок босилади.

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

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

Клиник манзараси. Одамнинг хожат вақтида оғрик ёки ортикча босим сезадиган бўлиб қолгани, анчадан бери ичи котиб, кабзият бўлиб юргани, кўпинча «ичи юришмай», кейин ўзича бархам топиб кетгани анамнездан маълум бўлади. Бу касалликнинг утишида асосан *икки кили* тафовут қилинади:

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

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

Сигмасимон ичакнинг буралиши баъзи холларда қутилмаганда, тусатдан бошланса, бошқа холларда аста-секинлик билан зимдан бошланиб боради (аввалдан давом этиб келаётган кабзият гуё ичак тутилишига айланади).

Беморнинг умумий ахволи касаллик хилига қараб ўзгаради: «яшиндек тез» хилида бемор оғир ахволга тушиб, юзи чакак-чакак бўлиб кетади, томир уриши тезлашиб, артериал босими пасаяди, тана харорати ҳам пасаяди ёки одатдагича бўлиб тураверади, тили

курук бўлади. Каттик оғрик тўтиб қолган махалда бемор ўзини куйгани жой топмай, аксари тиззалари билан тирсақларига таяниб олади.

Касаллик нисбатан эсон-омон утаётган махалда беморнинг умумий ахволи каноатланарли даражада қолиб, бадан терисининг тургори унча ўзгармайди, тили нам бўлиб тураверади, томир уриши билан артериал босими норма атрофида бўлади. Бемор ўзини осойишта тўтади. Корни шишиб, каттақон бўлиб кетгани кўзга ташланиб туради. Бундай ҳолат 4—5 кун давом этиши мумкин, лекин интоксикация аста-секин зўрайиб боради.

Оғриклар қориннинг кўпроқ пастки қисмида сезила-ди, лекин тарқоқ бўлиши ва аксари думгазага ҳам ўтиб туриши мумкин.

Ич юришмай, ел тўпланиб бориши, қориннинг «бир томонга тортиб, кийшик бўлиб тургани» — асимметрик шаклга киргани касалликнинг етакчи аломатлари бўлиб хисобланади. Дамланиб, катта бўлиб кетган ичак қовузлоги, айникса касалликнинг бошида, бир кўтарма кўринишида қорин девори орқали билиниб туриши мумкин. Касалликнинг кейинги муддатларида ичак парези бошланиб, қорин хар хил даражада дам бўлиб туради. Пальпация қилиб кўрилса, қорин девори юмшоқ бўлиб кулга уннайди, оғримайди. Баъзан қориннинг қисилиб қолган сигма оёкчасига тўғри келадиган қисми сал безиллаб туради, холос. Қорин деворини салгина силкитиб кўриш «чайқалиш шовқини»га сабаб бўлади, (Склярлов симптоми, касалликнинг илк босқичида маълум беради). Перкуссия қилиб кўрилганида дам бўлиб, чўзилиб кетган сигма устидан «буш кутича» овози аралаш жарангдор тимпанит эшитилади; шу ерда баъзан Kiwull симптоми мусбат бўлиб чиқади. Ичак перистальтикаси сакланиб турган бўлса, аускультацияда баралла сезиладиган хар хил ичак шовқинлари, шунингдек «чакиллаб томиб турган томчи шовқини» эшитилади. Ичак парезида шовқинлар йўқолиб кетади, лекин юрак уриши ва нафас шовқинлари руйи-рост эшитилади, буларни шишиб кетган ичакдаги газлар уступи бемалол ўтказиб туради (Лейтайсен симптоми).

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

Рентгеноскопияда суюклик билан газ сатхи кўриниб турадиган «ёруг қорин» ёки «қўштир милтик» манзараси кўзга ташланади.

Ирригоскопияда контраст модда факат тўғри ичакни ва сигманинг дистал қисмини шаклан «тумшук» кўринишида тулдиради, холос.

Давоси — касалликнинг «яшиндек тез» хилида операция қилиш. Ичак резекцияси, йўли тикланади. Бу ишларнинг хаммаси буралиб қолган сигмани асл ҳолатига келтириб, бушатиб олинганидан кейин бажарилади (орка тешик орқали йўғон зонд солиб ёки пункция йўли билан сигмани мумкин қадар юқорирогигача бушатиб олгандан ва ичакнинг омон қолганлигини текшириб кургандан кейин бажарилади. Лекин сигма узун бўлса, у омон бўлиб чиққан тақдирда ҳам яна буралиб қолишига йўл қуймаслик учун уни резекция қилган маъкул).

Тугун хосил бўлиши.

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

Сигмасимон ичак билан ингичка ичак уртасида тугун хосил бўлиши ҳаммадан кўра кўпроқ учраса, ингичка ичакнинг айрим қовузлоклари уртасида тугун хосил бўлиши камроқ, қуричак билан ингичка ичак уртасида тугун хосил бўлиши эса янада кам учрайди.

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

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

Мойиллик турдирадиган омиллар жумласига қуйидагилар киреди:

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

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

- а) ичак қовузлокларининг бир-бирини кисиб куйиши осон бўладиган тахлитда жойлашганини;
- б) ичак перистальтикаси кучайишини;
- в) ичак қовузлокларининг буралишгача бориб етадиган даражада айланишини;
- г) ичак қовузлокларининг газ ва ахлат массалари билан нотекис тулишувини.
- д) қорин ички босими кўтарилиб кетишига олиб борадиган хар хил омилларни.

Ичак қовузлоклари орасида тугун хосил бўлганида ичакнинг икки букланган узун қовузлокларидан бири (аксари сигма шу ролни уйнайди) асосий ук хизматини утайди, бошқа бир узун ичак қовузлори (кўпинча ингичка ичак) бояги асосий ук атрофида уралиб, ўзини ҳам, ураб олаётган ичакни ҳам тортиб, кисиб қўяди. Ичакнинг юришмай куйиши ва қаршилиқ пайдо бўлганлиги туфайли перистальтиканинг кучайиши тугуннинг янада кўпроқ тортилишига ва бунга қўшилган ичак тутқичининг каттикрок қисилиб қолишига олиб боради.

Ингичка ичак билан сигмасимон ичак уртасида хосил бўладиган тугунларнинг хаммасини Wilms (1909) икки хилга бўлади: сигма қовузлоги юқорига караб турадиган тугун ва сигма қовузлоги пастга караб турадиган тугун.

Сигма билан ингичка ичак уртасида тугун хосил бўлганида кисиб қўядиган халка одатда ингичка ичак қовузлоридан иборат бўлади.

Тугун хосил бўлиши устига баъзан сигманинг кундалангига кетган ўз уки, атрофида айланиб, буралиб қолиши ҳам қўшилади.

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

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

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

Бу касаллик жуда шиддат билан ўтади.

Диагностикаси. Симптомитикаси характерли бўлади — касаллик тусатдан бошланиб, қоринга алоқадор аломатлар нисбатан кам бўлгани холда шок тез авж олиб боради. Меъда ва Ўн икки бармоқ ичак яраси тешилиши, Ўткир панкреатит ва алиментар интоксикация билан дифференциал диагноз ўтказиш керак бўлади.

Давоси — факат операция.

Ичак тутилишининг аралаш хили.

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

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

Буларнинг биринчисига:

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

Мальротация

Мальротация меъда-ичак йўлининг нормал эмбриологик ривожланиши издан чиқишига алоқадордир. Шунинг учун ҳам она корнидаги хомилада бу ходисанинг кай тарика руй беришини кискача эслатиб утамыз.

Меъда-ичак йўли ўз тараккиётининг энг бошида умуртка погонаси бўйлаб огиз бўшлиғидан то анусгача чўзилиб борадиган пайдан иборат бўлади. Она корнидаги хаётнинг 5—6 хафтасидан бошлаб бу ичак найи тез усиб боради ва киндик қовузлогини хосил қилиб букила бошлайди (тизза хосил қилади). Киндик қовузлоги киндик тешиги орқали қорин бўшлиғидан ташқарига чиқади ва киндик тизимчасидан жой олади. Хомиланинг 10—11-хафтасида ичак қовузлори қорин бўшлиғига кайтиб тушади ва айни вақтда устки ичак тутқич артерияси атрофида соат стрелкаси йўналиши бўйлаб 270° га буралади. Ичак қовузлогининг буралиши қуричак унг ёнбош соҳасида ўз ҳолатини эгаллаганидан кейин поёнига етган бўлиб хисобланади.

Она корнидаги хомила хаётининг 4—5-ойида ингичка ичак тутқичи умуртка погонасининг олдинги юзасида қориннинг орқа девори билан кийшик йўналишда — устки ичак тутқич артериясидан то қуричаккача бўлган жойда битишиб кетади — ичак тутқич илдизи — *radix mesenterii* пайдо бўлади.

Мана шу жараён бола туриладиган вақтга келгунча хамиша ҳам поёнига етавермайди, бунда кейинчалик хар хил ўзгаришлар руй бериши мумкин. Ичак найининг нормал ротацияси издан чиққанида катта ёшли одамларда уч хил аномалия бўлиши мумкин:

1) *нонротация* — урта ичак дастлаб 90°С га буралганидан кейин ортик буралмай қўяди — бутун ичак битта ичак тутқичга эга бўлиб қолади, бунда Ўн икки бармоқ ичакнинг дистал қисми ва бутун ингичка ичак унг томонда, йўғон ичакнинг бошланрич қисми эсачап томонда бўлади;

2) *мальротация* — чала буралиш (чала ротация, энг кўп учрайдиган хили) ингичка ичакнинг урта бўлими 180° га буралади, Ўн икки бармоқ чакнинг пастки қисми ичак тутқич илдизи тагида, қуричак эса туш ости соҳасидан унг томонда ётади. Бунда ичак тутилишининг хар турли хиллари учраши мумкин. Диагностикаси синчиклаб рентгенологик текшириш ўтказишни талаб қилади.

3) *дубликация* — меъда-ичак йўлининг икки буқилиб туришидир, «*ileum duplex*», «каттақон дивертикул» деб шуни айтилади. Х,азм йўлининг бор буйида учраши мумкин, лекин ёнбош ичак соҳасида кўпроқ учрайди.

Бундай тўзилмаларнинг ичидаги суюклик кўпинча шилимшик парда секретидан иборат бўлади («интрамурал киста» ёки «эндоген киста» деган номи шундан олинган). Агар бу тўзилма ичак йўли билан туташган бўлса, унда ичак суюклири ҳам бўлиши мумкин.

Бундай тўзималарнинг шакли ва катта- кичиклиги хар хил бўлади, баъзида улар ичак деворидан чиқиб келган, узунлиги 40—50 см га борадиган дивертикул шаклига киради. Дубликациялар асосий ичакни босиб қуйиб, обтурацияга (ичак йўлининг беркилиб қолишига) сабаб була олади, лекин ичак тутилишининг бошқа турлари хам учраши мумкин.

Диагностикаси кийин. Рентгенологик, лапароскопик текшириш усуллари кулланилади. Қорин бўшлиғи кислоталари ва ўсмалари билан дифференциал диагностика ўтказилади.

Давоси — операция.

Меккель дивертикули туфайли бирдан ичак тутилиши

Турли олимларнинг маълумотларига караганда, барча ичак тутилиш холларининг 0,9—5 фоизига Меккель дивертикули *сабаб* бўлади. Меккель дивертикули турма аномалияларнинг энг кўп учрайдиган тури бўлиб, тахминан одамларнинг 2 фоизда топилади. У она корнидаги хомила хаётининг 6—8-хафтасига келиб одатда батамом беркилиб кетадиган ва боланинг тутилиш чоғига келган-да бутунлай битиб қоладиган бирламчи ичак найчасини киндик билан боғловчи рудимент орган — *ductus omphaloentericus* — дир.

Лекин инволюция кечиқиб қоладиган бўлса, баугин тусигидан 25—60 см масофада Меккель дивертикули шаклланиб боради (ичакнинг кабарик юзасидан, яъни ичак тутқичининг рупарасидан чиқиб келади). Дивертикул узунлиги 2 см дан 30 см гача бориши мумкин. Унинг девори ичак билан бир хилдаги тўзилишга эга бўлади.

Дивертикулнинг учи киндик билан боғланган бўлиши мумкин (йўли гохо сакланиб қолади), баъзан учида тортма бўлиб, у қорин пардаси варагига, лекин аксари ичак тутқичига бириккан бўлади, ниҳоят, у қорин бўшлиғида эркин холда ётиши мумкин.

Дивертикул нечорлик узун бўлса, унинг ичак қовузлогига қисилиб қолишига сабаб була олиш эҳтимоли шунча кўп бўлади. Дивертикул қорин бўшлиғида эркин ётган бўлса, унинг ўзи қисилиб қолиши мумкин.

Клиникаси. Меккел дивертикули туфайли ичаги тутулиб қолган касаллар анамнезида оғрик хуружлари, кунгил айниши, кайт қилиш холларининг кайта-кайта такрорланиб турганини айтиб утиш мумкин. Баъзан киндик соҳасида рудиментар ичакнинг битмай қолганидан дарак берадиган тешик яра бўлиши мумкин.

Дивертикулда ичак қовузлогига қисилиб қолиши туфайли бирдан бошланган касаллик вақтида ингичка ичак тутулиб қолишига хос манзара яккол намоён бўлади. Баъзида бошқа ривожланиш аномалиялари (тиртик лаб, олти бармоқлик ва бошқалар) бўлиши мумкин.

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

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

Инвагинация

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

Инвагинатнинг ички учи — ички цилиндрнинг урта цилиндрга ўтадиган жойи — «бошчаси» деб унинг асоси, ташқи цилиндрнинг урта цилиндрга айланадиган жойи эса «буйинчаси», «ёқаси» деб аталади.

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

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

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

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

Кириб қоладиган ичак деворида қандай бўлмасин бирор хил патологик ўзгаришлар (оёкчали ўсма, яллиғланиш инфилтрати ва бошқалар) борлиги ахамиятга эга бўлади, булар перистальтика ҳаракатлари натижасида ичак йўлидан дистал томонга қараб сўрилиб бориб, ичак деворини ўзига эргаштириб кетади. Шунингдек ичак деворининг мудом спазм ҳолатида бўлишининг ҳам ахамияти бор, чунки ичакнинг спазмга учраган булагини ўзидан юқорирокдаги булақларининг перистальтик ҳаракатлари натижасида ичакнинг парез ҳолатида бўлган бошқа булагига кириб қолади, яъни ичак деворида гир айлана бўлиб ва узунасига жойлашган мускуллар қисқаришининг уйрунлиги бўзилганида, нервлар билан идора этилиши издан чиққанида шундай бўлади. Инвагинациянинг бу хили кўпинча ингичка ичак қуричакка кириб қолганида кўзатилади. Инвагинация ходисаси болалар ва усмирларда кўпроқ, катта ёшли одамларда камроқ учрайди (Л. М. Рошаль Д. П. Чухриенко, М. И. Кўзин).

Инвагинациялар классификацияси:

А. Ўткир хиллари.

1. Ингичка ичак билан йўғон ичак соҳасида учрайдиган инвагинациялар:
 - а) ингичка ичакнинг ингичка ичакка кириб қолиши (хам пастга тушиб борувчи, хам ретроград хили);
 - б) илеоцекал бурчак соҳасидаги ингичка ичак билан йўғон ичак инвагинацияси;
 - в) йўғон ичакнинг йўғон ичакка кириб қолиши (хам пастга тушиб борувчи, хам ретроград хили);
 - г) чувалчангсимон усимтанинг қуричакка кириб қолиши.
2. Меъда ва Ўн икки бармоқ ичак соҳасида учрайдиган инвагинациялар.

Б. Инвагинацияларнинг хроник хиллари.

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

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

Асосий аломати тўтиб-тўтиб турадиган каттик оғриқлар бошланишидир, бу оғриқлар перистальтика кучайиши билан баравар зўрайиб бориб, чидаб бўлмас даражага етади ва сўнгра секин-секин камайиб қолади. Вақт утган сайин оғриқлар тўтиб туриши уртасидаги оралиқлар қисқариб боради. Оғриқлар вақтида одам қайта-қайта кусади. Хожат вақтида ахлатига қон аралашиб тушади, тенезмлар бўлиб туради. Қон аралаш ич келганида ахлат кўпинча «малина желеси» кўринишида бўлади.

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

Диагностикаси характерли симптомлар триадасига:

- тўтиб-тўтиб турадиган оғриқлар борлиги,
- қориннинг унги ярмида колбачасимон тўзилма кулга уннаши,
- тўғри ичакдан қон аралаш суюклик келиб туришига асосланади.

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

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

Давоси — операция. Касалликнинг илк босқичларида инвагинатни осойишта ва авайлаб туриб, босиб чиқариш (дезинвагинация қилиш), ичак терминал бўлимни ичак тутқичга тугун чоклар билан чапиб қуйиш мумкин бўлади.

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

Динамик ичак тугилиши

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

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

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

Клиникаси ва диагностикаси. Динамик ичак тугилишининг асосий аломатлари қоринда оғрик туриб, «ахлат аралаш» кайт қилиш, ич юришмай қолиб, ел тўпланиб бориши ва шунинг натижасида қориннинг шишиб кетишидир. Оғриklar босиб тургандек, ёриб юбораётгандек бўлиб сезилади ва одатда доимий бўлади. Кунгил айнаиб, одам кайта-кайта кусаверади, кусукка туриб қолган, куланса хидли бир талай суюклик аралашиб тушади. Перистальтика йўқолиб кетганлигидан қоринда «сув куйгандек жимлик» бўлади (Лойтейссен симптоми).

Давоси. Меъда-ичак йўлини тинмай дренажлаб туриш йўли билан перистальтикани тиклаш чоралари кўрилади (бурундан ичакка зонд солиш ва йўғон ичакни дренажлаш йўли билан). Паралитик ичак тугилиши перитонитга борлик бўлса, уни келтириб чиқарган сабабни бартараф этиш керак.

Перистальтикани жонлантириш учун аминазин (симпатик нерв системасининг перистальтикани сусайтирувчи таъсирини кесади) ва прозерин, убретид ишлатилади (булар парасимпатик нерв.системаси функцияларини кучайтиради, беморга аминазин берилганидан кейин 45-50 минут ўтказиб туриб юборилади).

Умумий коидаларга амал қилиб, гомеостазни ўрнига келтириш чоралари кўрилади.

Бирдан меъда кенгайиши

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

Бу касалликнинг невропатик қонституцияли кишиларда, озиб-тўзиб кетган одамларда кўпроқ бўлиши пайкалган.

Патогенези етарлича урганилган эмас. Меъданинг ҳаракатлантирувчи периферик аппарати адашган ва симпатик нервлардан келиб турадиган импульслар таъсирида рефлектор йўл билан тормозланиб қолади деб ҳисобланади. Меъда девори тонусини йўқотиб, бушашиб қолади, бу — унинг хаддан ташқари кенгайиб кетишига олиб келади. Меъда ниҳоят даражада катталашиб, ингичка ичакни пастга, кичик чанок бўшлиғига суриб қўяди-да, деярли бутун қорин бўшлиғини эгаллаб олади. Айни вақтда ингичка ичак тутқичи жуда таранг тортилиб, Ўн икки бармоқ ичакнинг горизонтал тиззасини

босиб қўяди, бу — меъданинг бушалиб туриши учун, ўз навбатида, қўшимча кийинчиликларни турдиради.

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

Клиник манзараси. Касаллик туш ости сохасининг босилиб тургандек оғир бўлиб сезилиши билан бирдан бошланади, уртача даражада оғрик бўлиб туради.

Бирдан меъда кенгайишида одам олдинига кўп-кўп кусади, кусукка сафро аралашиб тушади, кейинрок айниб бораётган қон қўшилганидан кусук жигарранг-корамтир тусга кириб, куланса хидли бўлиб қолади, лекин унга «ахлат аралашган» бўлмайди, чунки ингичка ичак суюклири меъдага утмайди.

Бирок меъда девори жуда тез фалаж бўлиб қолганида одам кайт килмаслиги ҳам мумкин (Борхардт симптоми).

Туш ости сохаси кўп утмай дам бўлиб, шишади, қориннинг шу тарика дам бўлиши аста-секин чап ковургалар тагига таркалади, сўнгра киндикдан пастга ҳам тушиб, иккала ёнбош чуқурчаларини айтмаганда қориннинг деярли ҳамма томонига ёйилади.

Қорин пайпаслаб кўрилганида девори каттиккина таранглашиб тургани — «футбол коптоги» симптоми (*Шварц симптоми*) аниқланади, меъда перистальтикаси бўлмайди.

Перкуссия қилиб кўрилганида дам бўлиб турган меъда устидан тимпаник овоз эшитилса, бирмунча паст жойлардан бўғик овоз эшитилади. Кўпинча «чайқалиш шовқин» ни ҳам эшитиш мумкин бўлади. Тез орада коллапс бошланади, у касалликнинг бошидан хисоблаганда 2—3 соатдан кейинрок маълум бериб қолиши мумкин. Бемор хадеб кусаверганидан кўзлари киртайиб, юзи чакак-чакак бўлиб кетади. Томир уриши тезлашади, пульси сезилар-сезилмас бўлади, артериал босим пасайиб, беморнинг кул-оёқлари муздек бўлиб туради, тана харорати пасайган бўлади. Нафас тезлашиб, юза бўлиб қолади (диафрагма юқорига кўтарилиб туради).

Шундай холлар ҳам бўладики, меъда бирдан кенгайиб кетганида хлоридлар кўп йўкотилганлиги туфайли бунга «меъда тетанияси» ҳам қўшилади. Клиник жихатдан олганда бу ҳолат одамнинг умуман талвасага тушиб, оёк бармоқларининг *res equina vagus* кўринишида буқилиб туриши, энса мускуллари таранг тортиб, тризм бўлиши ва бошқалар билан ифодаланади. Беморга венасидан кальций хлорид эритмаси куйиш ва бошқа суюкликларни мул-кул юбориб туриш йўли билан бу ходисалар бартараф этилади. Рентгеноскопияда меъданинг жуда катта бўлиб кетгани маълум бўлади.

Касаллик диагностикасида унинг учта асосий симптоми:

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

Зонд солиб кўрилса, у бемалол меъдага ўтади, зонддан сафро аралаш бир талай меъда суюклири келади (меъда кенгайиши шу билан меъда буралишидан фарк қилади, меъда буралиб қолганида унга зонд утмайди).

Давоси. Қонсерватив йўл билан даво килинади — йўғон зонд солиб, меъда ювилади, кейин бурундан меъдага доимий зонд солиб куйилади. Бемор унг ёнбошини босиб ёки чалқанча тушиб ётгани маъкул, шунда Ўн икки бармоқ ичак камроқ босиладиган бўлади. Гомеостазни ростлаб, ўрнига келтириш чоралари кўрилади.

Даволаш.

Ўткир ичак тутилишини даволаш мураккаб масаладир.

Аввало қабул қилиш бўлимида ичакнинг Ўткир тутилиши деб гумон килинган бемор келтирилса, қуйидагиларни бажариш шартдир:

1. Анамнез йиғиш-оғрик бошланишининг тури, қанча вақт утди ва х.к.з.
2. Экспресс лаборатория текширишлари: қон гурухи, резус-фактор в ах.к.з.

Бемор шок холда бўлса, налгетиклар, кўрсатмага караб юрак препаратлари берилади (наркотиклар мумкин эмас) ва қорин бўшлиғи рентгенография килинади. Рентгенологик текширишдан олдин клизма куйиш мумкин эмас (соғлом одамга ҳам тозаловчи клизма куйилиб, рентген килинганда косачалар кўринади).

Ўткир ичак тутилиши қонсерватив ва оператив усулда даволанади. Ичак тутилишининг қайси тури бўлишидан катъий назар даволаш қонсерватив усулдан бошланади.

Қонсерватив даволашга кўрсатмалар:

1. Динамик ичак тутилишининг ҳамма турлари.
2. Буйрак ва жигар санчиғи вақтида рефлектор ҳолатида ичак тутилиши.
3. Кўпол овқатлар ичак бўшлиғини тулдириб, обтурацияга олиб келганда.
4. Ичакда гижжалар урами тикилиб колса.
5. Битишма сабабли ичак тутилишининг бошлангич даврида.

Қарши кўрсатмалар:

Механик ичак тутилиши, қон босими паст, цианоз, тахикардия, тили курук, дегидратация ҳолати бўлса, «ахлатли кусук». Қоринда перитонит белгилари бўлиши.

Қонсерватив даволаш қуйидагилардан иборат:

1. Назогастрал зонд ёрдамида суюклини ошқозон-ичакдан суриб олиш.
2. Вишневский усулида 0,25% новокоин билан паранефрал блокада.

Агар қонсерватив даво яхши натижа бермаса, оператив даволанади.

Кўрсатмалар: ингичка йўғон ичакларнинг буралиб қолиши, тугун хосил қилиши, сигмасимон ичак буралиши, қисилиши, обтурация ва х.к.

Операцияда энг яхши оғриксизлантириш усули мушак релаксантларини куллаган ҳолда комбинацияланган эндотрахеал наркоз. Урта-урта лапаротомия қилинади, кесим киндикнинг чап томонидан айланиб ўтиб, 20 см дан кам бўлмаслиги керак. Лапаротомиядан кейин рефлексоген зоналарни блокада қилиш мақсадида ингичка ва йўғон ичак тутқичи ва куёш чигали соҳасига 0,25% 100-150 мл новокаин юборилади (шокнинг олдини олиш учун).

Ичак тутилиши бўлган жой ичак чокларининг ҳолатига қараб аниқланади.

Ичак тутилган жойдан юқориси шишган, пастки бушашган бўлади.

Оператив даволаш принциплари:

1. Механик тўсиқни йўқотиш. Ингичка ичак тутилишларида тўсиқ батамом йўқотилади, хатто ичак резекцияси қилиниб, ичаклараро анастомоз қуйилади, бу қонда йўғон ичак тутилишларига таълуқли эмас, бунда анастомоз қуйилганда чоклар етишмовчилиги ва перитонит олиб келиши мумкин. Факат чамбар ичак обтурациясига сабаб бўлган, унг томонлама ичак ўсмаси бўлганлигида гемиколэктомия қилиниб, гемотрансверзоанастомоз қуйилади. Бошқа ҳолларда 2 ёки 3 этапли операциялар ўтказилади.

2. Этапли операция 1- ўсма бор ичакни резекция қилиб, олиб келувчи ичак чокига гайритабий орка тешик қуйиш 2- олиб келувчи ва олиб кетувчи ичаклар чиқига анастомоз қуйиш.

3. Этапли операцияда обтурациядан қуйиш устамаси бор ичак қисмини резекция қилиб, ичаклараро анастомоз қуйиш, цекостомани ёпиш.

2. Ичакнинг некрозга учраган ёки эхтимоли бўлган қисмини олиб ташлаш. Қонун буйича ичакнинг келувчи қисмидан 30-35 см, кетувчи қисмидан 20-25 см қўшиб резекция қилинади.

Операция тугагач, қорин бўшлиғи илик антисептик билан ювилиб, суюкликлар электросургич ёрдамида суриб олинади.

Ичакларни қорин булигига қуйиб, контрапертуралардан найчалар колдирилиб, қорин деворини тикиш керак, лекин шишиб бургтган ичак халқаларини ўз ўрнига қуйиш осонликча бўлмайди. Шунинг учун ичакларнинг ичидаги газлар ва суюкликлардан бушатиш лозим.

□ “соғиб чиқариш” усули газ ва суюкликлар ингичка ичакдан йўғон ичакка силжитилиб, сўнг тўғри ичакдан зонд юборилиб, ташқарига чиқарилади.

□ Ичакларни суриш трубкаси бор аппаратлар найчаси (актив сургич) ёрдамида бушатиш.

□ Ингичка узун резина най операция вақтида гастростом ёки энтеростом йўли билан ичак ичидаги газ ва суюкликлардан бушатилади.

Қорин парданинг яллиғланиши-перитонит бўлса, ичакнинг ўзгарган қисмини резекция қилишга қарши кўрсатма ҳисобланмайди. Тартибни бузмасдан, ошқозондан тўғри ичакка ва кетма-кет ичакнинг ҳар бир қисмини синчиқлаб текшириш зарур. Қорин пардасининг йиртилган жойи бўлса, чоклар ёрдамида перитонизация қилинади. Ичак тутқичида дарчалар бўлса, тикилиб, қорин пардасидан ичакларга кетган битишмалар тикилиб, ўрни перитонизация қилинади. Перитонит бўлган тақдирда ичакнинг некрозли қисми резекция қилинса, унғ ва чап ёнбошдан дренаж найчалар қолдирилади. Энг охирида операция қилган жаррох тўғри ичак сфинктерин дивульсия қилиб, сўнғ йўғон резина зондни тўғри ичакка киритиши керак.

Йўғон ичак буралиб қолган бўлса уни жаррохлик усули билан даволашда айрим ўзгаришлари бор: клизма билан юборилганда сув илеоцекал бурчакка боришини билганимиз ҳолда, йўғон ичакнинг буралиб қолишини айрим вақтларда клизма билан тугирлашимиз мумкин. Бу яхши натижа бермаса операция қилинади.

Текширилганда илеоцекал бурчакдаги некроз бўлса ва уни резекция қилиш зарур бўлса, биринчи ингичка ичакни йўғон ичакнинг кундаланг қисмига анастомоз ёнма-ён қилиниб, сўнғ некрозга учраган қисм олинади.

Сигмасимон ичак некрози бўлса-уша қисмини олиб ташлаш ва яна улаш хавфлидир. Шунинг учун бу ерда нотабий орқа чиқарув тешиги чап ёнбошдан қилинади.

Операция қилинганда қорин бўшлиғи очилгандан кейин агар ўсма бўлиб, операция йўли билан олиб ташлаш иложи бўлса, шу қисми резекция қилиниб, анастомоз қуйилади. Агар ичаклар шишиб кетган, перитонит ҳолати бўлса, вақтинчалик қур ичакдан окма ҳосил қилинади. Йўғон ичакдаги ўсмани олиб ташлашни иложи бўлмаса, уни айланиб ўтадиган анастомоз қилиниб, полиатив операция бажарилади.

Ичак обтурацияси каттик ёт жисмлар ёки гижжалар тугуни натижасида ҳосил бўлса, ичак узунасига кесилиб, ёт жисм олиб ташланиб, ичак кундаланига тикилади.

Инвагинация бошланганига кўп вақт утмаган бўлса, клизма ёрдамида дезинвагинация қилишга ҳаракат қилиш керак, иложи бўлмаса операция қилинади. Операция вақтида инвагинати тортиб олиш мумкин эмас, уни итариб чиқариш керак. Чиқарилган ичак текширилиб кўрилади, некрозга учраган бўлса резекция қилинади. Дезинвагинация қилишнинг иложи бўлмаса ичакнинг инвагинация қилинган қисмини инвагинат билан биргаликда резекция қилинади.

Битишмалар сабабли ичак тутилишида қорин бўшлиғи очилгандан сўнғ кесилиб, ичаклар эркин ҳолатга келтирилади. Ичакнинг кучган сероз қавати бўлса перитонизация қилинади. Ичакда морфологик ўзгаришлар бўлса, шу қисм резекция қилинади.

Оғир битишма касаллиги бўлиб, қорин бўшлиғининг кўп қисмини эгалланган бўлса, Нобель операцияси тавсия этилади. Ичак иплари ёрдамида сероз-мушак чоклар билан, ичак тутқичининг анатомик узгачалигини ҳисобга олиб, ичак қовузлокларининг энг қулай ҳолатини кўзатиб, горизонтал, вертикал ёки аралаш ҳолда бир-бири билан тикилиб, фиксация қилинади.

Операциядан кейинги патогенетик даво.

Ошқозон ва ичакларнинг мотор функциясини тиклаш мақсадида назогастрал зонд ёрдамида суюклик аспирация қилинади. Антихоленэстераз препаратлар берилади, ичакни электростимуляция сеанслари ўтказилади.

Дезинтоксикация мақсадида нормал диурез тикланади. Синтетик плазма ўрнини босувчи суюкликлар (реополиглюкин, гемодез) токсин адсорбентлари бўлиб, буйрақлар орқали чиқарилишига ёрдам беради.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
---	------	------	------	-----------	------------	------

	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

Тромбоэмболик асоратларининг олдини олиш мақсадида оёк веналарини эластик компрессия килинади, актив режим, дезагрегентлар, бевосита ва билвосита таъсирли антикоагулянтлар қўлланилади.

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши: Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№ 17 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Мавзу</i>	Ўткир ичак тутилиши (ЎИТ). Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Диагностика методлари ва дифференциал диагностика, даволаш. Ўткир ичак тутилиши ни даволашда уш тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси.
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	44. Кейсни фикрга киритиш. 45. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 46. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш. 47. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 48. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 49. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 50. Хулоса.Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш.
Ўқиш мақсади: - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш; - Экстремал ҳолатларға мустақил ташҳис қўйиш ва шошилинч ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш); - Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш.	
Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишға ва этика и деонтологияни сақлашға ўргатиш, меҳнатни севишға, чидамли бўлишға, масъулятли, интилиши ва мақсадға эришиши инсонларға ва давлатға пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник	Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - ЎИТ сабабларини билиш: - ЎИТ клиникаси ва ташҳисотини билиш: - ЎИТ билан оғриган беморларни курация кила олиш: - Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; - касаллик текширув усулларини, лабаратор таҳлилар интерпритациясини ва киесий ташҳисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини

фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.	ва олиб бориш тактикасини билиш.
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Машғулот технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказилади.	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан	Муҳокама қилади, савол беради.

	таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўлларини эшитишни таклиф қилади.	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади.	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради.	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.	Эшитади

Блиц-сўров:

4. **ЎИТ даги энг информатив инструментал текширув усул.**
 - Қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси ва колоноскопия.
5. **ЎИТ учун характерли бўлган рентгенологик аломатлар.**
 - Клойбер косачалари, «балик скелети» ва еркин қорин аломатлари.
6. **Беморда ЎИТ топилганда УАШ тактикаси?**

- Дархол хирургик стационарга етказиш.
- 4. Қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси етарли маълумот бермаганда кулланиладиган текширув усули?**
- ошқозон ичак тракти контрастли - барийли пассажини куллаймиз.
- 5. ЎИТ қиесий ташхисланиши лозим бўлган касалликлар?**
- Қорин бўшлиғи Ўткир яллиғланиш касалликлари (Ўткир аппендицит, холецистит, панкреатит, перфоратив яра ва х.к.), Ўткир юкумли касалликлар (овқатдан захарланиш, Ўткир дизентерия, инфекцион гепатит, тифо-паратифоз инфекция, токсик грип), уремиёй, табетик криз, кургошинли захарланиш билан.
- 6. ЎИТ да оператив давога кўрсатмалар.**
- Консерватив даво наф бермаганда, беморда перитонит бўлганда.

1 - топшириқ

Эксперт варағи

1-группа.

1. ЎИТ этиопатогенези.
2. ЎИТ таснифи.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

2- группа.

2. ЎИТ клиникаси.
3. ЎИТ ташхисоти ва қиёсий ташхисоти.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

2 - топшириқ

“Т-схема” жадвални тўлдириш

Ўпка гангренази.	Ўпка абцесси..

Кейс билан ишлашни баҳолаш мезонлари

Аудиторияда ишлашни баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот намоиши мак. 30 б	Аниқ ва тўлиқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак.50 б
1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон.

Ушбу машғулота қўлланиладиган янги педогогик технологиялар: «Паутина», «Айлана стол» усули, “Сўроқли копток” усули.

Айлана стол усулини қўллаш:

1. Айлана бўйлабтопшириқли варақ тарқатилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Хамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади. нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

№	Баҳолаш	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масала ва тестлар

1. Вазиятли масала: 1. Бемор 35 ешда клиникага қориндаги тулгоксимон оғриқка, кунгил айниш, қорин дам бўлишига, ич келмаслигига ва газ чиқмаслигига, умумий холсизликка шикоят қилиб келди. Сўздан 12 соатдан буен хаста. Анамнездан 2003 йил кесарча кесиш операциясини ўтказган. Бемор ахволи урта оғирликда. Тери қоплами рангпар. Упкада ваезикуляр нафас. сони-22та. Юрак тонлари бўғик. пулс ритмик-95та. АБ – 100/60 мм. сим. уст. Қорин катталашган. нафас актида катнашмайди. Бутун қорин юзаси бўйлаб палпацияда. оғрик. мушаклар таранглашган. Перисталтика ешитилмайди. Қорин дамлаган. ич котган. охирги ич келиши 2 кун олдин қўзатилган. Вал, Кивул, Щеткин Блюмберг, Лотейссон, Склярлов симптомлари мусбат. Қорин бўшлиғи азолари рентгенографиясида кўп микдорда Клойбер косачалари. ичак пневматози аниқланди. Лейкоцитоз 15 минг.

1. Дастлабки ташхис?
2. Ўткир қорин синдромининг асосий сабаби?
3. Касални олиб бориш тактикаси қанака?
4. Касалликни келтириб чиқарувчи факторларни кўрсатинг?

5. Йўғон ва ингичка ичакнинг фарк килувчи характерли белгиларини санаб беринг ?

№	жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Ўткир ичак тугилиши	5	5	0
2.	Кесарча кесиш операциясидан кейинги қолган чандиқ	4	4	0
3.	Бирламчи тайоргарликдан кейин тезкор операция ўтказиш	4	4	0

4.	1. тусатдан қорин ичи босими ошиши. 2.ҳазм трактида оғирлик ва бош	4	2	0
			2	0
5.	1. taenia coli 2. haustrae coli 3. appendices epiplioicae	3	1	0
			1	0
			1	0

2. Вазиятли масала: Бемор Ш.62 ёш.Тез ёрдам шифокори томонидан «Ўткир ичак тутулиши» ташхиси билан жаррохлик бўлимига ётказилди. Охириги 2 ой давомида кабзият.қорин дам бўлиши, қонда шиллик ва қон излари.12 соат олдин қоринда хуружсимон оғриқ кўнгил айнаши.қорин катталашиб кетди.газ келиши камайди. Тили нам.қорин бир хилда катталашган.перкутор тимпаник товуш, аускультацияда ичак шовкини кучайган.Ректомоноскопияда ўсма аниқланди.сигмасимон ичак бўшлиғини ёпиб куйган.

1. Дастлабки ташхис?
2. Ташхисни шакллантиринг ?
3. Ректоманоскопия фойда килмаганда қайси ?
4. Колостома қўйилгандан сўнг қандай муддатларда ичак тутулиши бартараф қилинади?
5. Ўткир ичак тутулишининг рентгенологик белгиларининг сананг?

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	Ўткир ичак тутулиши	5	5	0
2.	обтурацион	4	4	0
3.	Р-скопия (графия) , Ирригография.	4	4	0
4.	Иккинчи этап (стомани бартараф этиш) операциясини биринчи этапдан к-4 ой утгач амалга ошириш мақсадгамувофик.	4	2	0
			2	0
5.	1. «Клойбера» косачалари 2. ичак аркалари 3. Кейси симптомеки «балик скелети».	3	1	0
			1	0
			1	0

3. Вазиятли масала: Бемор Н 82 ёш, ўткир ичак тутулиши операцияси пайтида уни сабаби хажми 6*4 см ли ошқозон шаклидаги ўт тоши эканлиги аниқланди. Келтирувчи ичак шишган, олиб кетувчиси эса спазм ҳолатида.

1. Беморда ичак тутулишининг қайси шакли?
2. Ўт тошини ичакка тушиш механизми?
3. Ичакдан тошни олиб ташлаш усули?
4. Валя синдроми белгиларини сананг?
5. Некроз билан асоратланганда ичакни резексия қилиш қоидалари ?

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	Ўткир обтурацион ичак тутулиши	5	5	0
2.	Ут копининг катта тошлари (кўп йиллик ЖКБ анамнези билан) ут копи деворига еток хосил қилиб ичак	4	4	0

	бўшлиғига тушади			
3.	1. Энтеротомия ва безоарни олиб ташлаш 2. Ичак резекцияси ва энтеро-энтеро анастомоза қўйиш	4	2 2	0 0
4.	1. кўринадиган қорин асимметрияси 2. ичак шишган қисми пайпасланиши 3.кўзга кўринадиган перистальтика 4. перкуссияда эшитиладиган юқори тимпанит	4	1 1 1 1	0 0 0 0
5.	Ичак резекциясида олиб келувчи қисмдан 30-40 см , олиб кетувчидан эса 15-20 см олиб ташланади	3	3	0

4. Вазиятли масала: Бемор 28 ёш, 3 йил олдин мураккаб гинекологик операция ўтказган. Шу вақтдан бери 5 марта чандикли ичак тугилиши хуружи бўлган. Хамма хуружлар қонсерватив усул билан енгил бартараф қилинган. Бу сафар хуруж бирданига бошланган ва аввалгиларига қараганда оғир ўтган. Умумий ахволи оғир, оғриқ кучли, қоринни пастини сиқиб олувчи кўринишда. Қайт қилиш кўп маротаба, газ ва ахлат келиши тўхтаган. безовта ҳолатини ўзгартириб туради. Пульс 100 та минутига. АҚБ 90—60 мм рт. ст. Тили қуруқ. Қорин юмшоқ оғриқсиз. умумий фонда шиш киндикдан чапда перисталтикасиз ичак тутқичи зонасида.

1. Сизнинг дастлабки ташхисингиз?
2. ЎИТ ривожланиш сабаби.
3. Беморга қанақа тактика қилинади?
4. ЎИТ қонсерватив давосини 4 та принципини кўрсатинг.
5. ЎИТ да шошилиш операцияга 3 та кўрсатма.

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	Ўткир битишмали странгуляцион ичак тугилиши	5	5	0
2.	Ўтказган гинекологик операциясидан сунги битишмалар	4	4	0
3.	Операция олди тайергарлигидан сўнг тезкор оператив даво	4	4	0
4.	1. Ошқозонни ювиш . 2. Сифонли клизма . 3. Спазмолитик терапия . 4. сув-электролит мувозанати коррекцияси.	4	1 1 1 1	0 0 0 0
5.	1. Странгуляцион ичак тугилиши. 2. Перитонит аломатлари бўлиши . 3. Ўтказилган қонсерватив даво эффектсизлиги.	3	1 1 1	0 0 0

4. Вазиятли масала: Бемор, 42 ёш, қоринда бирдан пайдо бўлган хуружсимон оғриққа ва кўп марта қайталанувчи қайт қилишга шикоят қилиб келди. Стул йуқ, қорин дам. Сўзига кўра кеча боярка истеъмол қилган. Анамнезига кўра 10 йил олдин сурункали ошқозон яраси ташхиси билан ошқозони 2/3 қисми резекция қилинган. Кўздан кечирганда бемор ҳолати ўртача оғирликда, оғриқлар даврий равишда кучайиб бормоқда, ўзини нотинч тутаяпти, ҳолатини тез тез ўзгартириб туради. Тана ҳарорати нормал, пульс 112 та минутига. Тили нам. Қорин юқори қисми дам, пальпацияда қорин мушаклари таранглашгани ва кучли оғриқ аниқланади, қорин парда таъсирланиш симптомлари шубхали. Қорин бўшлиғида эркин суюқлик аниқланди. Киндик юқориси ва чап томонида овал шаклли ва зич эластик қонсистенцияли ҳосила пайпасланади, ҳосила пастада перистальтика эшитилмайди. Тўғри ичак текширувида патология аниқланмади. Рентгенологик текширишда кўп сонли «Клойбера косачалари» ва ингинка соҳасида газ аниқланди.

2. Беморда қайси турдаги ичак тутилиши?
3. Қасални олиб бориш тактикаси?
4. Оператив даво усули?
5. Ўткир ичак тутилиши патогенезининг 3 асосий звеносини санаб беринг?
6. Ичак тириклик белгиларини санаб ўтинг?

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Қоникарси з жавоб
1	Ўткир обтурацион ичак тутилиши . Фитобезоар.	5	5	0
2	Қонсерватив (операция олди)даво: . Ошқозонни ювиш , сифонли клизма , спазмолитик терапия, сув-электролит мувозанати коррекцияси ва юқоридагилар наф бермаса оператив даво.	4	4	0
3	1. Тош дефрагментация ва уни йўғон ичак бўшлиғига эвакуацияси . 2. Энтеротомия ва фитобезоарни олиб ташлаш.	4	2 2	0 0
4	1. Оғрикли шок. 2.Интоксикация. 3. сув-электролит мувозанати бўзилиши.	3	1 1 1	0 0 0
5	1.Пушти ранг, 2. Шаффофлиги , 3. Перистальтикани мавжудлиги, 4. Ичак тутқич артериялари пульсацияси.	4	1 1 1 1	0 0 0 0

Тестлар:

1"Ўткир қорин"ни симуляция қилувчи касалликларга қиради:

- @ миокард инфаркти
- @ коклюш (қук йутал)
- @ умуртка остеохондрози

@ сепсис

2"Ўткир қорин" клиник манзарасини берувчи буйрак касалликлари:

@ буйрак санчиғи

@ буйрак туберкулези

@ уретритлар

@ буйрак касалликлари Ўткир қорин манзарасини бермайди

3"Ўткир қорин" касалликларига кирмасдан, ўхшаш манзара бериши мумкин:

@ кандли диабет

@ йўғон ичак дивертикулёзи

@ эрозив гастрит

@ Крон касаллиги

4 Нафас системаси касалликларида қоринда оғрик пайдо бўлиши механизмини кўрсатинг:

@ плевранинг китикланиши ковургалараро нервлар орқали қорин юқори қисмларига узатилади

@ ошқозон ва ошқозон ости безининг органик ўзгаришлар

@ висцеро-висцерал рефлекс туфайли ошқозон Силлиқ мушакларига таркалади

@ қорин узаги /ствол/нинг китикланиши

5 Қон касалликларида қоринда оғрик пайдо бўлиши асосий сабаби:

@ жигар ва талок кобигининг кенгайиши окибатида

@ орка миядан чиқувчи нервлар китикланиши

@ қорин пардадаги органик ўзгаришлар

@ қорин узаги /ствол/нинг китикланиши

6 Ичак тутилишида қусиш характери:

@ кечки ахлат хидли

@ бир маротаба

@ икки марта

@ даврий қусиш

7 Ичакнинг пастки тутилиши патогенезида асосий ахамият касб этади:

@ интоксикация

@ гипергидратация

@ дегидротация

@ гемодилюция

8 Кайси ичак тутилишида сув, электролит ва оксиллар кўп йўқотилади?

@ ичакнинг юқоридан тутилишида

@ ичакнинг пастдан тутилишида

@ инвагинацион ичак тутилишида

@ обтурацион ичак тутилишида

9 Ўткир ичак тутилишининг асосий белгилари:

@ қоринда оғрик, кунгил айниши, қусиш, ел ва ахлат чиқмаслиги, қорин дамлаши

@ кўкрак кафасида ва белда оғрик, кўп марта қусиш, олигурия, огиз кўриши

@ қорин ва бел сохасида оғрик, қорин дамлаши, 1-2 марта қусиш, сийдикда лейкоцитоз

@ кунгил айниши ва кайт қилиш

10 Ичак Ўткир тутилиши терминал даврининг асосий белгилари:

@ ахлат хидли қусиш, қорин кескин дамлаши, КБнинг тушиб кетиши

@ хушсизлик, нафас етишмовчилиги, T + 39*С

@ тухтовсиз қусиш, эпигастрал сохаси дамлаши

@ юрак етишмовчилиги, ахлат келмай қолиши, хушсизлик

11Тўғри ичак ампуласи кенгайиши ва орка тешик сфинктери бушашиб туриши кайси белги?

@ Обухов касалхонаси

@ Валь

@ Клойбер

@ Мондор

12 Қорин бўшлиғи рентгенологик текширилганда косача кўринишидаги суюклик сатхи кўрилса:

@ Клойбер белгиси

@ Валь белгиси

@ Обухов касалхонаси белгиси

@ Мондор белгиси

13 Ичак ўткир тутилишининг қайси турида операция килинмайди?

@ операциядан кейинги паралитик

@ битишмали

@ тугунланиб қолишида

@ сурункали обтурацион ичак тутилишида

14 Йўғон ичак паталогияси бўлган беморларни албатта текшириш лозим бўлган усуллар (нотўғри жавобни кўрсатинг!):

@ компьютер томография

@ тўғри ичакни бармоқ билан текшириш

@ ректал ойна билан текшириш

@ аноскопия, ректоманоскопия

15 Сурункали йўғон ичак стази (колостаз) - бу:

@ ичак сакланмасининг бирор бир сегмент ёки бутун йўғон ичакда ушланиб қолиши

@ ичак сакланмасининг бирор бир сегмент ёки бутун йўғон ичакда сўрилишининг бўзилиши

@ йўғон ичак дистал қисмининг специфик касалликлари

@ йўғон ичакда ўтказилган операциялардан кейинги ҳолат

16 Кабзият деб айтилади:

@ юқори шлакли диетага карамасдан хафтасига 3 марта дефекация акти бўлиши

@ паст шлакли диетага карамасдан хафтасига 3 марта дефекация акти бўлиши

@ юқори шлакли диетага карамасдан хафтасига 7 марта дефекация акти бўлиши

@ хафтасига 7 марта дефекация акти бўлиши

#Сурункали йўғон ичак стази (колостаз) клиник классификациясида ичак тонуси ҳолатига қараб фаркланади (нотўғри жавобини топинг!):

@ гипертоник

@ нормотоник

@ спастик

@ атоник

17 Йўғон ичак гипомотор дискинезияси учун характерли:

@ атоник кабзият

@ ахлатда қон ва шиллик бўлиши

@ ич кетиш

@ қориндаги тумток оғриклар

№	Баҳо	аъло	яхши	кониқарли	кониқарсиз	ёмон
1	Узлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36%ва паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15- 12,9балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм.**Ўткир ичак тутилиши белгиларини аниқлаш.**

Талаба учун топширик: ушбу беморда ўткир ичак тутилишининг симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади.	10	5	0
2. Қорин кўздан кечириш: асимметрия, шиш борлиги, нафас актида иштирок этиши.	10	5	0
3. Қоринни пайпаслаш, мушаклар таранглашувини, катталашган ичак қовузлоқларини аниқлаш.	15	7,5	0
4. Склярлов белгисини («чайқалиш шовқини белгиси») аниқлаш.	15	7,5	0
5. Аускултацияд ичак перистальтикасининг ўзгарганлигини аниқлайди.	10	5	0
6. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Вал белгисини аниқлаш: колбасасимон катталашган ичак қовузлоғини аниқланиши, унинг устида тимпаник товуш эшитилиш ва ичак перистальтикасининг кўриниб туриши.	10	5	0
8. Обухов шифохонаси белгисини аниқлаш: ректил текширувда бўш ва кенг ампула аниқланади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари:

ЎИТ этиопатогенези.

ЎИТ таснифи.

ЎИТ клиникаси.

ЎИТ диагностикаси ва диф. диагностикаси.

ЎИТ даволаш.

Касаллик асоратларини олдини олиш ва даволаш.

11. Тавсия этилган адабиётлар:

Асосий:

1. Цуканов Ю. Т. «Хирургические заболевание» М.2000
 Наврузов С.Н. «Хирургические болезни» Т.2004
 Каримов Ш.И «Хирургик касалликлар» Т.2005
 Каримов Ш.И «Хирургические болезни» Т.2005
 Савельев В.С. «Хирургические болезни» (2х томах) М.2006

Қўшимча:

Семейная медицина. Под редакцией проф. Краснова А.Ф. Самара, 1996.
 Хирургия кишечника. Ш. Дробни 1983. Будапешт.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

«Ўткир қорин синдроми»

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиши. Клиник манзараси, ташхис қўйиш усуллари ва қиёсий ташхис. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси. Реабилитация:

Мавзуси бўйича амалий машғулот**Ўқитиш технологияси****Амалий дарс №18**

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №18: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиши. Клиник манзараси, ташхис қўйиш усуллари ва қиёсий ташхис. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси. Реабилитация.

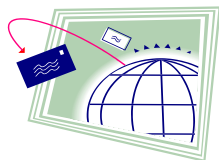
Машғулотнинг технологик харитаси**Машғулот №18**

Мавзу: Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиши. Клиник манзараси, ташхис қўйиш усуллари ва қиёсий ташхис. Умумий амалиёт шифокорининг тактикаси. Реабилитация.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи

<p>1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>3.6. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>3.7. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>3.8. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>3.9. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>3.10. Танаффус.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўлларини аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гурухни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилади.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони ҳал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий куникмаларни бажаришади ва</p>

15дақиқа 25дақиқа	Танаффус. Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.	сўрашади. Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида ҳисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27мин.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эштади. Ўз-ўзини баҳолашади.саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.



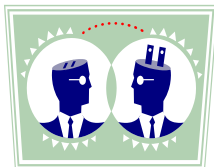
1. Машғулот ўрни ва талаблари

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. жадваллар комплекти, услубий қўлланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, таркатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



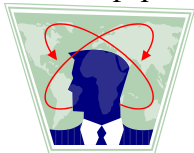
1.1. Мотивация

Перфоратив яра – бу ошқозон еки ўн икки бармоқли ичак деворида дефект пайдо бўлиб, ошқозон сакланмасининг эркин қорин бўшлиғига тушишига ва уни инфекцияланишга олиб келади. Адабиетларда берилишича қорин бўшлиғи ўткир хирургик хасталиклари, хирургик патологик хасталикларнинг 50-60% ни такшил этади. Буларнинг 1/3 да «Ўткир қорин» синдроми кузатилади. Агар қорин бўшлиғи аъзолари шикастланишлари, дивертикулит, терминал илсит (охирги иккитаси болаларда кўп учрайди), экинококкоз асоратлари (йиринглаш ёрилиш), тромбоэмболиялар, усмалар асоратларини ҳисобга олганда, «Ўткир қорин» сони янада ошади. Ўткир хирургик касалликларида тез ва тугри ташхис қўйиш ва хирургик стационарга тез юбориш самарасини оширадиган омилдир. Охирги пайтларда антибиотик ва бошқа дориларнинг бемалол контрольсиз узини-узи врач контрольсиз даволаш ҳоллари кўпинча ўткир хирургик касаллик ташхисини аниқлашни кийинлаштирамоқда ва клиник белгиларнинг узгаришига ва ташхис қўйишнинг кийинлашувига сабаб булмоқда. Меъда ва ўн икки бармоқли ичак ярасини тешилишида ўлим ҳолатини камайтириш ва жарроҳлик усулида даволаш натижаларини яхшилаш мақсадида беморларга вақтида ташхис қўйиш ва стационарга ётқизиш. Диагностика ва госпитализацияни кечиктириш ута оғир оқибатларга олиб келади. УАШ шифокори ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси ва унинг асоратлари билан тез-тез тукнаш келади ва шунинг учун хасталик ҳақида тулақонли маълумотга эга бўлиши керак.



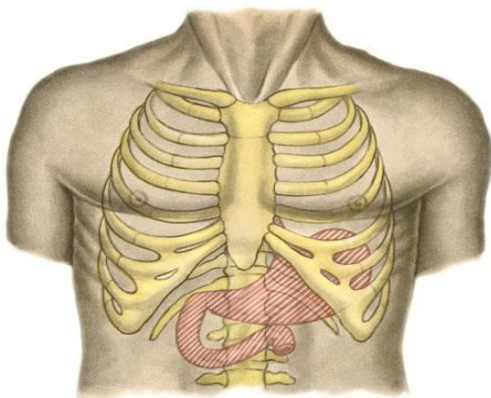
1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология.



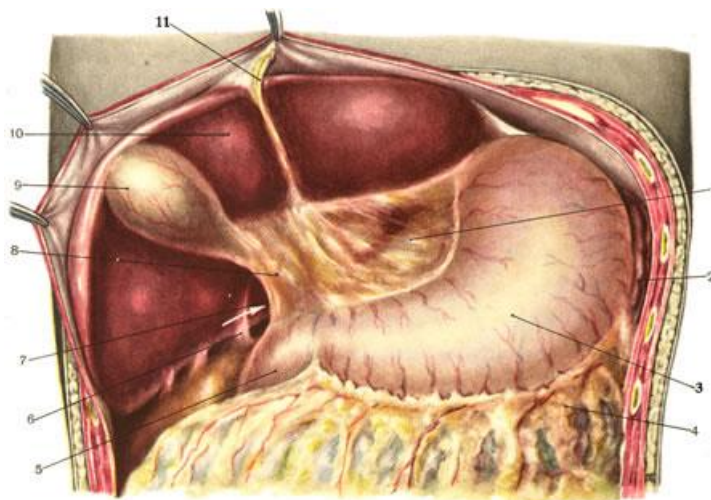
2. Дарсинг мазмуни

2.1. Назарий қисм.



Анатомия. Ошқозон қорин бўшлиғи юқори қаватида жойлашган. Асосий қисми чап қовурға ейи остида, бир қисми эса эпигастрал сохага тўғри келади. Ошқозон ўртача тўлганда катта эгрилик туш суяги ханжарсимон ўсиғи ва киндик ўртасида жойлашган.

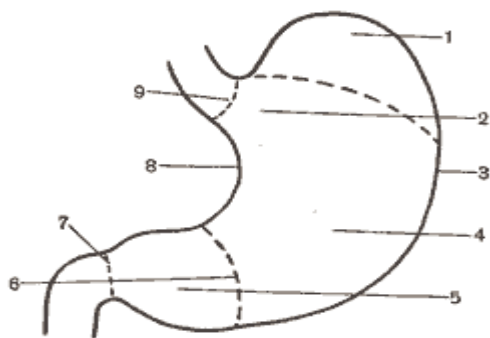
1. Ошқозон қорин олд деворидаги проецияси ва склетотопияси.



2. Ошқозоннинг қорин бўшлиғидаги ҳолати.

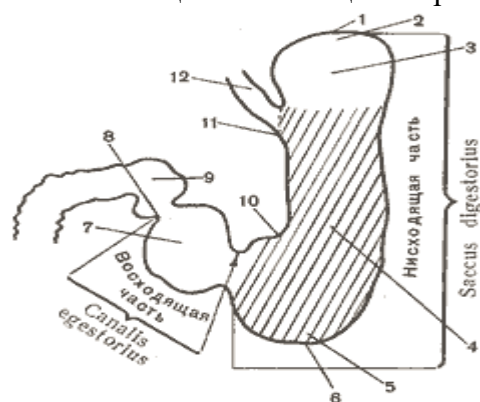
1 — lig. hepatogastricum; 2 — lien; 3 — ventriculus; 4 — lig. gastrocolicum; 5 — duodenum; 6 — lig. hepatorenale; 7 — foramen epiploicum (Winslovi); 8 — lig. hepatoduodenale; 9 — vesica fellea; 10 — hepar; 11 — lig. teres hepatis.

Ошқозонда олд ва орқа девор, ҳамда ката ва кичик эгриликлар фарқланади. Кизилунгачдан ошқозонга утиш кириш дейилади, *ostium cardiacum*, ошқозон бошланғич қисми кардиал қисм дейилади, *pars cardiaca*. Кириш қисмидан чапда ошқозон туби жойлашган, *fundus ventriculi*. Кириш қисмидан ўнгда тана ва пилорик қисмлар жойлашади; охиригининг иккита қисми фарқланади пилорик қисмга кириш, *antrum pyloricum*, ва уни кий бармоқли ичакка ўтувчи пилорик канал, *canalis pyloricus*



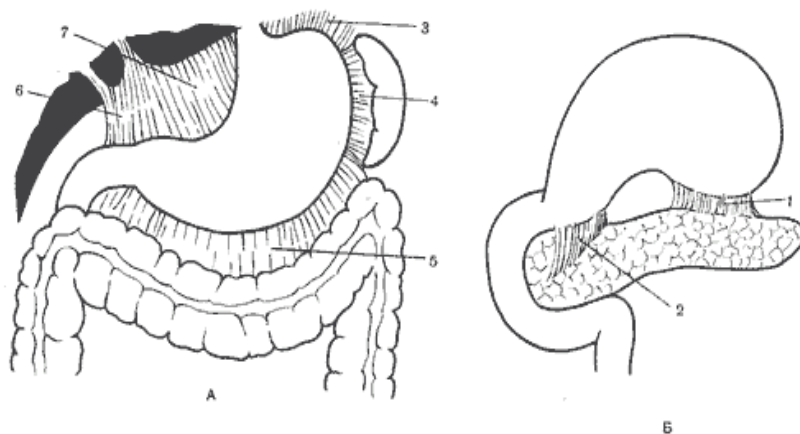
3. Ошқозон қисмлари анатомик номенклатураси. 1 — fundus ventriculi; 2 — pars cardiaca; 3 — curvatura ventriculi major; 4 — corpus ventriculi; 5 — pars pylorica; 6 — antrum pylori; 7 — ostium pyloricum; 8 — curvatura ventriculi minor; 9 — ostium cardiacum.

4. Ошқозон қисмлари рентгеноанатомик номенклатураси.



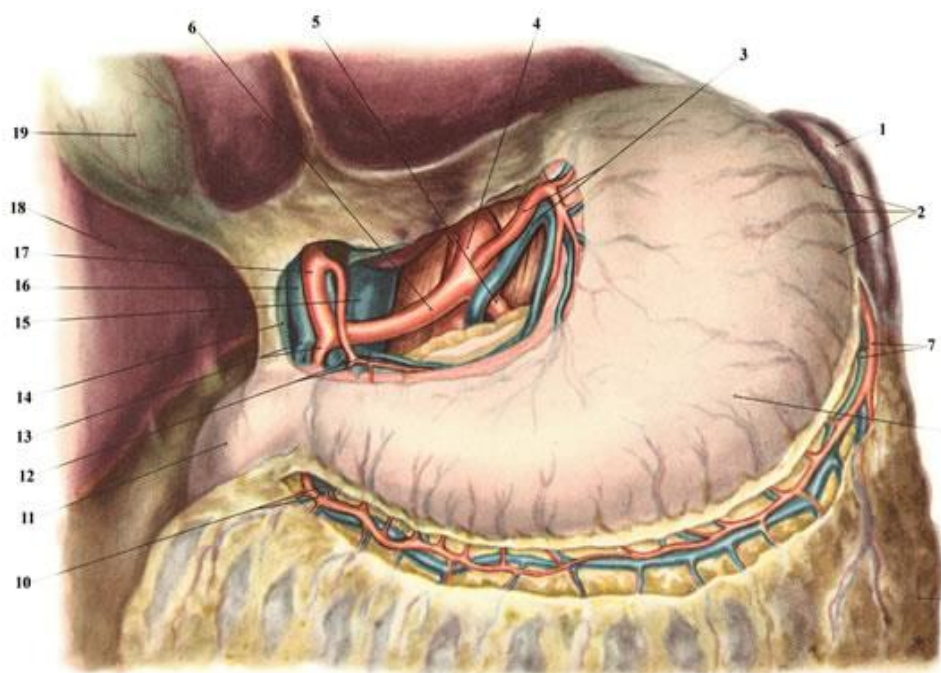
1 — polus cranialis; 2 — formix; 3 — pars cardiaca; 4 — corpus; 5 — sinus; 6 — polus caudalis; 7 — antrum pylori; 8 — pylorus; 9 — bulbus duodeni; 10 — angulus; 11 — cardia; 12 — oesophagus.

Боғловчи аппарати. Бойламлар ошқозонни хар томонлама ўраб олиб унинг фиксациясида мухим ахамия касб этади. Бойламларда қорин парда орасида ёғ клетчаткаси, қон ва лимфа томирлари, ҳамда асаб толалари жойлашган. Ошқозон бойламлари .



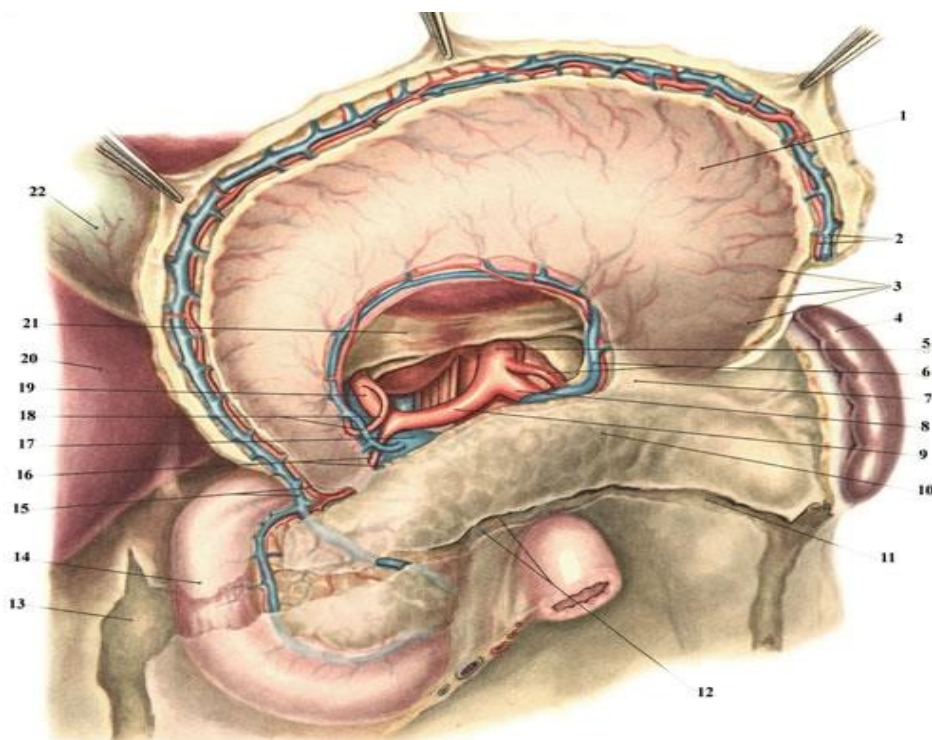
5. Ошқозон бойламлари. А — олд юзаси; Б — орқа юзаси.

Қон таъминоти. Ошқозон қон таъминоти чап ва унғ ошқозон артериялари, чап ва унғ ошқозон-чарви артериялари ҳамда ошқозон қиска артериялари ёрдамида амалга оширилади .



1 — lien; 2 — aa. et vv. gastricae breves; 3 — a. et v. gastrica sinistra; 4 — truncus coeliacus; 5 — a. lienalis; 6 — a. hepatica communis; 7 — a. et v. gastro-epiploica sinistra; 8 — ventriculus; 9 — omentum majus; 10 — a. et v. gastro-epiploica dextra; 11 — duodenum; 12 — a. et v. gastrica dextra; 13 — a. et v. gastroduodenalis; 14 — ductus choledochus; 15 — v. cava inferior; 16

— v. portae; 17 — a. hepatica propria; 18 — hepar; 19 — vesica fellea.



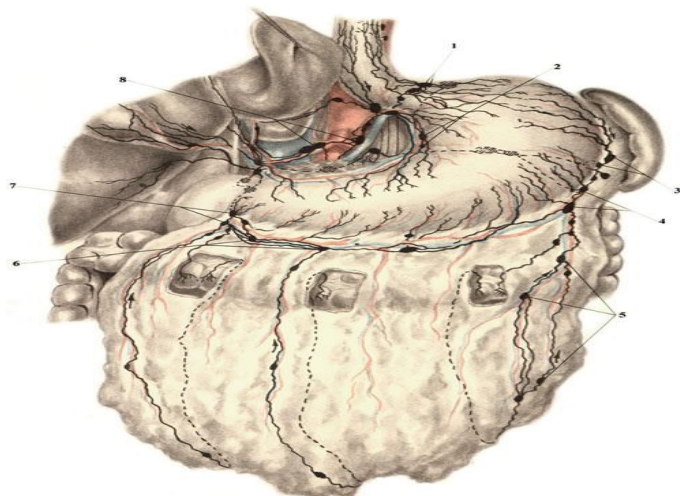
1 — ventriculus; 2 — a. et v. gastro-epiploica sinistra; 3 — aa. et vv. gastricae breves; 4 — lien; 5 — truncus coeliacus; 6 — a. et v. gastrica sinistra; 7 — plica gastropancreatica; 8 — a. lienalis; 9 — a. hepatica communis; 10 — pancreas; 11 — radix mesocolici; 12 — a. et v. colica media; 13 — ren dexter; 14 — duodenum; 15 — a. et v. gastro-epiploica dextra; 16 — a. et v. gastroduodenalis; 17 — v. portae; 18 — a. et v. gastrica dextra; 19 — a. hepatica propria; 20 — hepar; 21 — lig. hepatogastricum; 22 — vesica fellea.

Бу қон томирларнинг ҳаммаси ўзак артерия тизими (*truncus coeliacus*) тармоқларидир.

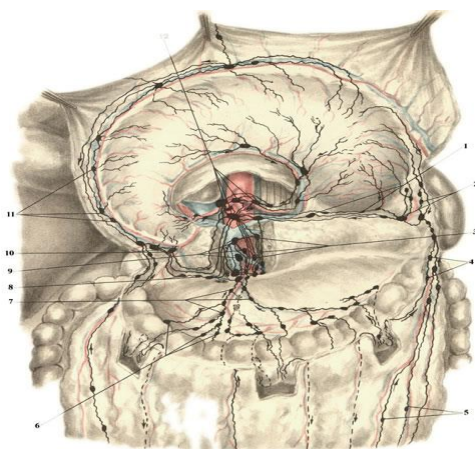
Лимфатик система. Ошқозонни ўраб турувчи лимфа тугунлар 3 гуруҳга бўлинади: 1) Кичик эгрилик бўйлаб жойлашган лимфа тугунлар, асосан ошқозон туби унғ ярми ва тана қисмидан лимфа оқими келади; 2) талок дарвозаси ва ошқозон ости беши думида жойлашган лимфа тугунлар, асосан ошқозон туби чап ярми ва тана қисмидан лимфа

оқими келади; 3) Катта эгрилик буйлаб жойлашган лимфа тугунлар, асосан ошқозон туби унг ярмидан лимфа оқими келади;

Ошқозон лимфа тизими

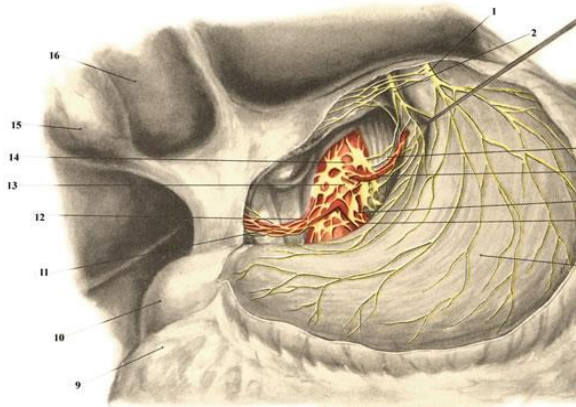


Ошқозон лимфа тизими (Д. А. Жданов). 1 — кардиальные лимфатические узлы; 2 — верхние желудочные лимфатические узлы; 3 — селезеночные лимфатические узлы; 4 — нижние левые желудочные лимфатические узлы; 5 — сальниковые лимфатические узлы; 6 — нижние правые лимфатические узлы; 7 — нижние пилорические узлы; 8 — печеночные и чревные лимфатические узлы.

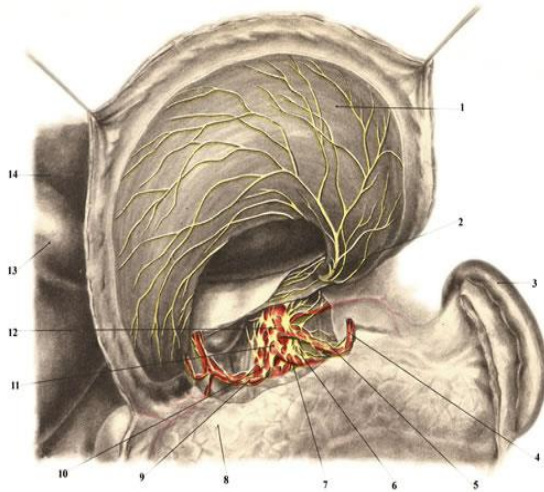


Ошқозон лимфа тизими (Д. А. Жданов). 1 — желудочно-поджелудочные лимфатические узлы; 2 — селезеночные лимфатические узлы; 3 — преаортальные левые и правые латероаортальные лимфатические узлы; 4 — нижние левые желудочные лимфатические узлы; 5 — сальниковые лимфатические узлы; 6 — околоободочные лимфатические узлы; 7 — промежуточные лимфатические узлы; 8 — нижние поджелудочно-двенадцатиперстные лимфатические узлы; 9 — центральные брыжеечные лимфатические узлы; 10 — нижние пилорические лимфатические узлы; 11 — правые нижние желудочные лимфатические узлы; 12 — печеночные и чревные лимфатические узлы.

Иннервация. Ошқозон симпатик ва парасимпатик асаб толалари билан иннервацияланади. Симпатик нерв толалари куёш чигалидан plexus coeliacus келса, парасимпатик тизим адашган нерв толалари иккита ствол truncus vagalis anterior et posterior ердамида амалга оширилади.



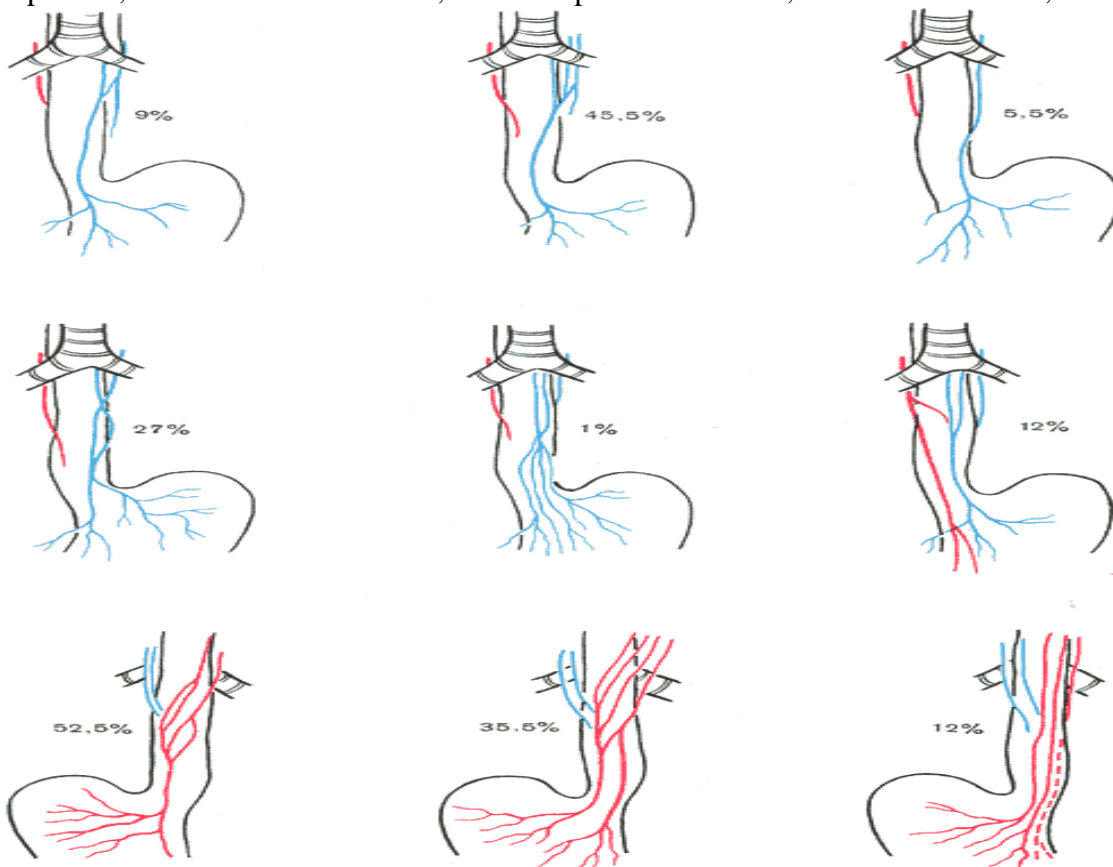
Иннервацияси. truncus vagalis anterior. 1 — truncus vagalis anterior; 2 — truncus vagalis posterior; 3 — lien; 4 — plexus gastricus; 5 — a. gastrica sinistra; 6 — plexus lienalis; 7 — a. lienalis; 8 — ventriculus; 9 — omentum majus; 10 — duodenum; 11 — a. hepatica communis; 12 — plexus hepaticus; 13 — plexus coeliacus; 14 — truncus coeliacus; 15 — vesica fellea; 16 — hepar.



11. Иннервацияси truncus vagalis posterior.

1 — ventriculus; 2 — truncus vagalis posterior; 3 — lien; 4 — a. gastrica sinistra; 5 — plexus gastricus; 6 — plexus lienalis; 7 — a. lienalis; 8 — pancreas; 9 — a. hepatica communis; 10 —

plexus hepaticus; 11 — truncus coeliacus; 12 — plexus coeliacus; 13 — vesica fellea; 14 —



hepar.

Адашган нерв олд ва орқа узанлари тармоқланиш турлари (С. С. Юдин).

Ўн икки бармоқли ичак, duodenum, корин орти аъзоларга киради. Узунлиги 25—30 см. Ўн икки бармоқли ичак 4 қисмдан иборат: юқори, пасга тушувчи, пастки ва юқорига кўтарилувчи.

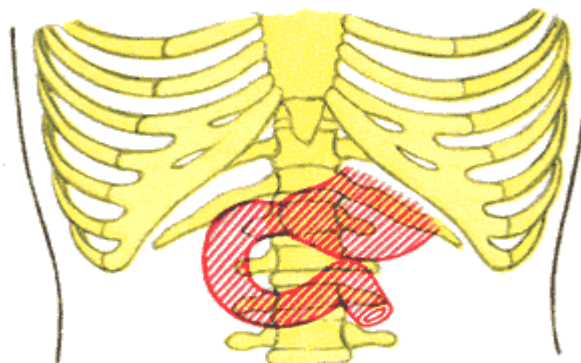
Юқори қисм, pars superior, ўн икки бармоқли ичак бошланғич қисми, узунлиги ўртача 5-6 см. У қийшиқ йўналиб чапдан ўнгга, олдиндан-оркага йўналиб ёйсимон букилади ва юқори эгриликни flexura duodeni superior хосил қилади.

Пастга тушувчи қисм, pars descendens, умуртка бел қисмининг ўнг томонида жойлашган, узунлиги 7—12 см бўлибпастги қисмга ўтади. Ўтиш жойида пастки эгриликни flexura duodeni inferior хосил қилади.

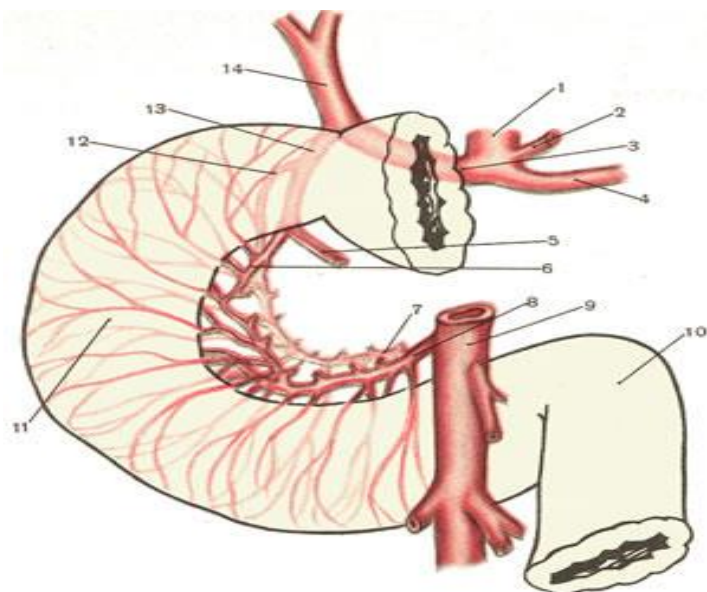
Пастки қисм, pars inferior, узунлиги 6—8 см, ўнгдан-чапга йуналиб, умурткани кўндаланг йўналишда кесиб утиб, юқорига эгилади ва юқорига кўтарилувчи қисмга давом этади.

Юқорига кўтарилувчи қисм, pars ascendens, узунлиги 4—5 см. умуртка бел қисмидан чапда бўлиб, ўн икки бармоқли ичак-оч ичак эгрилигини flexura duodenojejunalis хосил қилади.

Ўн икки бармоқли ичак скелетотопияси



Қон таъминоти. Ўн икки бармоқли ичак 4 та ошқозон ости бези-ўн икки бармоқли ичак артериялари ердамида амалга оширилади.



Ўн икки бармоқли ичак артериялари (схема).

1 — truncus coeliacus; 2 — a. gastrica sinistra; 3 — a. hepatica communis; 4 — a. lienalis; 5 — a. gastro-epiploica dextra; 6 — a. pancreaticoduodenalis superior anterior; 7 — a. pancreaticoduodenalis inferior posterior; 8 — a. pancreaticoduodenalis inferior anterior; 9 — a. mesenterica superior; 10 — flexura duodenojejunalis; 11 — duodenum; 12 — a. pancreaticoduodenalis superior posterior; 13 — a. gastroduodenalis; 14 — a. hepatica propria.

Этиологияси ва патогенези.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак сурункали яра касаллиги борлиги аниқланган даврдан буён бир неча ва турли назариялар касаллик келиб чиқишини тушунтиришга йўналтирилган. Яра касаллигини патогенезини тушунтириб берувчи бир қанча назариялар мавжуд. Улардан 1952 йилда Вирхов таклиф қилган. Қон томир назарияси, атеросклероз ривожланиши билан бўладиган ошқозон ва 12 бармоқли ярасини кекса кишиларда учраши, Бернарнинг (Будапешт 1856) нептик назарияси, Ашофнинг 1912 механик ёки травматик назарияси. Конечпийнинг 1930 яллиғланиш назарияси, Бергманнинг 1913 неврогематив назарияси бундан ташқари К.М.Биков ва И.Т.Курция 1952 кортиковицерал назарияси ҳамда Сельеннинг 1953 стресс назарияси мавжуд. Кейинги 10 йил давомидаги изланишлар натижасида хеликобактер пилори назарияси меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллигининг келиб чиқиш сабабини маълум даражада асосланади. Золлингер ва Елиссон гормонал факторни аниқлашди. У меъда ости безнинг бош ва тана қисмларида ривожланадиган улцероген аденомалардир. Меъда

ва 12 бармоқ ичак яра касалликнинг ривожланиши генетик факторлардан: конституционал (астеник конституций), меъда шиллиқ пардасида копловчи хужайралар, сонини нормага нисбатан кўп бўлиши кон гурухи кўпинча кайд этилади.

12 бармоқ ичак яра касаллиги ривожланиши асосида НСІ кислотасининг пепси фактор туради.

Аввалам бор шуни айтиш керакки, меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги кўпрок ёш ва ўрта ёшдаги эркакларда аёлларга нисбатан кўпрок учрайди. Яра касалигининг адабиётда кўплаб классификациялари мавжуд бўлиб, жаррохлик нуктаи назаридан яралар жойлашуви ва клиник кечишига кура куйидаги турларини фарқлаш мумкин:

1. Меъда яралари
 2. Ўн икки бармоқли ичак яралари
 3. Меъда ва ўн икки бармоқли ичак биргаликдаги яралари
- Кечишига кура:

1. Асоратланмаган
2. Асоратланган (перфорация, пенетрация, стеноз, кон кетиш ва малигнизация билан)

Паталогик анатомияси. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигида ошказон ва 12 бармоқли ичакни шиллиқ ости каватларида махаллий яллиғланиш туфайли айланма ёки овал шаклидаги яра пайдо бўлади. Кўпинча бундай холларда яранинг атрофи кўпол яллиғланади. Яранинг атрофи 0,3см дан 5-6см гача бўлиши мумкин. Яранинг чуқурлиги 0,5-2см гача бўлади. Микроскоп текширувда ярада некрозланган тўқималар топилади. Яра атрофи хужайралари инфилтрацияланган бўлиб лейкоцитлар сони кўпайган бўлади. Меъда 12 бармоқ ичак яраларнинг куйидаги морфологик таснифи кайд этилади.

- Оддий (ўткир ривожланган) яра
- Сурункали яра
- Каллёз яра
- Пенетрацияловчи яра
- Перфорацияловчи яра.

Меъда ва 12 бармоқ ичак ярасини битиб чандиқланиши натижасида яра урнида “юлдуз”га ухшаш чандиқлар пайдо бўлади. Чандиқлар ривожланиши сабабли меъда ва 12 бармоқ ичак девори торайиб стеноз холати ривожланади.

Клиникаси. Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги асосий ва иккиламчи белгиларга эга. Асосий белгилар: оғриқ. Бу белги овкат қабул қилиш билан боғлиқдир. Оғриқ овкатни қабул қилгандан, оч қолганда, овкатлангандан сўнг 2-3 соат утгач пайдо бўладиган оғриқлар билан характерланади. Меъда ярасида оғриқ тез пайдо бўлади. 12 бармоқ ичак ярасида оғриқ кўпинча тунда пайдо бўлади (бемор уйқудан уйғонганда). Бундай холда бемор кучсиз, аммо ниҳоят симилловчи ва узок давом этувчи оғриқ сабабли қийналади. Тўсатдан пайдо бўлган кучли оғриқ перфорацияланган яра касаллигига хосдир. Симилловчи кучли оғриқ пенетрацияловчи ярага хос. Оғриқ кучайиши натижасида беморлар кўпинча овкат содаси эритмасини қабул қилишга мажбур бўладилар, ёки оғриқни камайтириш мақсадида беморларда узок ушлаган иссиқлик натижасида, беморларни қорин девори соҳасида терида пигментли белгилар пайдо бўлади. Оғриқ пайдо бўлиш соҳаси меъда ва 12 бармоқ ичак проекциясига тугри келиб, беморлар айнан уша соҳани курсатадилар. Меъданинг кардинал қисмида жойлашган яранинг оғриги беморнинг эпигастрал соҳасидаги “ханжар” симон ўсимта (просессус хифоидеус) остида жойлашган бўлади ва овкатлангандан сўнг 10-20 дақиқа ўтар-ўтмасдан ривожланади. Оғриқ ривожланиши механизмига куйидаги сабаблар асос бўлади.

- 1). Меъда перисталкаси кучайиши ёки антиперисталтиканинг ривожланиши;
- 2) Меъда ширасини (НСІ) ажралишини кучайиши натижасида яра юзасини емирилиши;
- 3). Меъда ичидаги босимнинг кутарилиши, ошказон 12 бармоқли ичак деворига босимнинг таъсири;

4). Овкат лукмаси (химус) бориб яра юзасига урилиши натижасида унинг яллиғланган юзасининг юзасини емирилишини кучайиши;

5). Кардиал жомнинг кисилиши ва очилиши.

Меъда ва 12 бармоқ ичакни сурункали яра касаллигига чалинган беморларда диспепсик белгилар турлича намоён бўлади. Булардан: кўнгил айнаши, иштаханинг патологик узгариши, жигилдон кайнаши, қусиш ва ичак фаолиятининг бузилишидир.

Диагностикаси. Ташхис қўйишни-беморни объектив кўришдан бошлаш лозим. Кузатув натижасида врач бемор танасини конституцион тузилишига, асаб холатининг холерик типига мансуб эканлигига, терисида дермографизм ривожланганлигига, терлашнинг кучайганлигига ва тилнинг оқимтир шиллиқ билан копланганлигига диққатини йўналтиради. Беморнинг қорин пайпасланганда одатдагидан тортиқ бўлади. Яра касаллигининг кўзгалиш даврида қорин девори мушаклари нисбатан эпигастрал сохада таранглашган ва оғриқли бўлади. Меъда ярасида эпигастрал ва киндик чап томонда, 12 бармоқ ичак ярасида қорин ўрта чизигининг ўнг ёнбош қисми, киндик атрофини ўнг томонида оғриқ аниқланади. Перкуссия вақтида қорин деворининг эпигастрал сохасининг чап томонида ошказон ярасида киндикнинг ўнг ёнбош қисмида 12 бармоқли ичакни ярасида бемор оғриқ сезади-Мендель белгиси. Қорин девори терисида гипертестезия сохасини (Захарин-Гед) ичакни утмас бошчаси билан тирналганда куриш мумкин. Оғриқли холат-Баос, Оппенховский нукталари мавжудлигини курсатади.

Лаборатор текширувларидан: умумий қон тахлили, меъда ширасининг миқдори ва холатини текшириш, қон, сийдик, копрологик тахлиллар 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 қўйидаги усуллари мавжуд:

1. зонд ёрдамида.

2. зондсиз усулда текшириш (радиотелеметрик, гастроацидотест, ионалмашинуви) усуллари.

Зондсиз текшириш усуллари ҳозирги пайтда кенг қўлланилмайди.

Меъда ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги рентгенологик текшируви.

Хозирги замон рентген аппаратлари ёрдамида меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигини 85-95% ини тугри ташхислаш мумкин. Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллигида асосий ва йўлдош (ёрдам берувчи) рентгенология симптомлар мавжуддир. Асосий белгиларга: яранинг кратерга ўхшаш “ниши”сига барий эритмаси кириши сабабли аниқ куринади.

Юзаки яраларда барий таркок жойлашиб, контрастнинг яра бўлган жойда тангага ўхшаш тўпланиши кузатилади. Асосий симптомлардан-меъда шиллик пардасидаги буқилишлар релйфининг бузилиши (конвергенцияланиши) кўринади. Конвергенция- яра атрофидаги бурмалар чандикланиши сабабли буралиб радиар формага эга бўлади ёрдам берувчи белгиларга:

1. Меъда катта айланмасини бармоқга ўхшаш тортилиши (бу белги ярага қарама-қарши турган қисмда кузатилади);
2. Меъданинг перисталтик харакати кучайиши;
3. Меъда пилорик қисмининг торайиши (стеноз);
4. Ўн икки бармоқ ичак ”пиёз” симон қисмини дискинезия холатига тушиши.
5. Меъда умумий хажми кенгайиб атония холатига тушиши;
6. Гастроэзофагеал рефлюксининг бўлиши узиги хос асосий рентгенологик симптомлар хисобланади.

Гастродуоденоскопия.

Гастродуоденоскопия меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали касаллигида асосий текширув муолажаридан хисобланади. Гастродуоденоскопия ёрдамида яраининг қайси жойида жойлашганлиги, шакли, кон томирларга нисбан холати, 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 усмалар Меллора-Вейс синдроми холатларини ҳам аниқлаш шароти туғилади.

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

Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали ярасининг тешилиши (перфорация).

Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги 3% дан 30%гача яра тешилиши билан асоратланади. Яраининг тешилиши асорати асосан аёлларга нисбатан эркакларда кўпрок учрайди. Бу мувозанат 4:1ни ташкил этади. Яраининг тешилиши ҳамма ёшдаги беморларда ҳам учрайди. Аммо яра перфорация кўпрок 20-40 ёшдаги беморларда учрайди. 70-75% 12 бармоқ ичак яралари перфорацияланади. Перфорацияланган яра 90% холларда 12 бармоқ ичак олдинги деворида бўлиб, меъданинг кичик айланасида ва пилорик қисмида жойлашади. Факатгина 5-10% яралар тешилиши 12 бармоқ ичакнинг орқа деворида кузатилади. Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яраси тешилишининг асосий сабаблари қуйидагилар:

меъда ва 12 бармоқ ичак мушакларининг тусатдан кискариш, шу аъзолар ичидаги босимнинг кутарилиши, меъдани истеъмол қилган овқат билан тулиши, алкоголь ичимликларни кўп микдорда ичиш. А.Н.Спиридонов (1967);В.С.Савельев (1992)

кузатувларидан маълумки, 41.7% беморларда овкатлангандан кейин биринчи соатларда яра тешилади. Лекин баъзи бир холларда беморларда уйку пайтида кам, оч қолган пайтда кам яра тешилиши мумкин. Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали ярасининг тешилиши асорати ривожланишида асабийлашиш, хаяжонланиш кам муҳим урин эгаллайди. Иккинчи Жаҳон уруши йилларда меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги тешилиши асорати 4 маротаба кўпайган. Сурункали яранинг тешилиши асорати кўпроқ баҳор ва куз фаслида кузатилади, бу хол меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллигининг кузгалиши билан боғлиқдир.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллиги тешилиши (перфорация) асорати таснифи.

А. Этиологияси бўйича: ярали ва гормонал.

Б. Локализацияси бўйича:

Меъда яраси:

- кичик эгриликда (кардиал, антрал, препилорик, пилорик);
- Олдинги деворда (антрал, препилорик, пилорик);
- Орка деворда (антрал, препаилорик, пилорик).

Ўн икки бармоқ ичак яраси:

- Олдинги деворда;
- Орка деворда.

В. Кечиши бўйича:

- Эркин қорин бўшлиғига тешилиши;
- Тешилиб ёпилган яра;
- атипик тешилиш (қорин парда орти клетчаткасига, кичик чарвига тешилиши).

Г. Яра тешилишининг даврлари:

- бирламчи шок даври;
- яхши давр босқичи;
- терминал даври (таркалган перитонит даври).

Қуйида яра перфорацияси учраш холлари келтирилган.

1. Яранинг қорин бўшлиғига тешилиши 87-90% холларда учрайди;
2. Тешилиб қисман ёпилган яра (9%);
3. Атопик тешилиши (4%).

Клиник кечиши.

Меъда 12 бармоқ ичак яраси перфорацияси 1-соатларда ўзига хос кечади. Асосий белгилари бўлиб: қорин эпигастрал соҳасида тўсатдан оғриқ пайдо бўлади ва қорин девори мушаклари каттик таранглашади. Баъзан кучли оғриқдан сўнг бемор қусиши ҳам мумкин. Беморлар 80-90% холларда меъда ёки 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги борлигини эътироф этишади. Меъда сурункали яраси перфорациясида бемор кучли оғриқни ўнг умров остида ҳам сезиш мумкин (Елекер симптоми). Бу белгининг пайдо бўлиш механизми Н.Френикус ва диафрагмани меъда шираси таъсирида шикастланиши билан боғлиқ. Иккинчи асосий белгилардан бири қорин девори мушакларининг таранглашишидир. Қорин қаттиқ таранглашиб тахтани (тахтасимон қоринни) эслатади. Қорин девори нафас олишда катнашмай мушакларнинг шакли кузга ташланади (бу асосан ёш ва оғриқ беморларда кузга ташланади) ва Чугаев белгиси дейилади. Юқоридаги факат 2-3 соат давомида кузатилиб, таркалган перитонит ривожланиши билан бемор қорни дамланиб, оғриқ бутун қорин буйлаб таркалади. Шчеткин-Блумберг симптоми бутун қорин девори буйлаб мусбат бўлади. Шуни қайд этиш лозимки, семиз ва 60 ёшдан ошган беморларда қорин девори мушакларининг ўта таранглашиши, ёшлардагидек аниқ, кучли булмайди. Учинчи асосий белги беморлар анамнезидаги сурункали яра касаллиги ҳақида маълумот ёки 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллигидан даволанганликни қайд этадилар ва курик пайтида қўли билан айнан яра нуктасини кўрсатишади. Перфоратив яра касаллиги кўп холларда меъдадаги ёки 12 бармоқ ичакдаги сурункали яра кузгалиш даврида ривожланади бу даврда беморда симилловчи оғриқ, қўнгил айниши, қусиш ва субфебрил харорат бўлади. 2-10%

беморларда меъда ёки 12 бармоқ ичак сурункали яра касаллиги анмнезидан кайд этилган холатда меъда шикояциз яра перфорацияси ривожланади. Бундай холат “гунг” яраларда кузатилади. Меъда ёки 12 бармоқ ичак яраси тешилишидан сўнг дастлабки пайтларда бемор пулси сусайиб секинлашади (брадикардия). Тарқалган перитонит ривожланиши билан пулс тезлашиб тахикардия холатига ўтади ва субфебрил харорат кузатилади. Беморнинг тили биринчи 6 соат давомида намлигича қолиш мумкин. Тарқалган перитонит даврида тили қурийдиги ва сарғиш парда билан қопланади. Беморнинг қорин бўшлиғида турган хаво борлигини рентгенологик текшириш пайтида аниқлаш мумкин. Агар бемор турган холатда рентгенда қурилса диафрагманинг унги булагига қўтарилганлиги ва жигар усти соҳасида “ёй” симон газ пайдо бўлганлиги аниқланади. Меъда ва 12 бармоқ ичак яра перфоратив касаллигида бемор қорнида буш хаво борлиги перкусия пайтида жигар “товуши”нинг йуналиши ташхис қўйишга катта ёрдам беради.

Бундай пневмоперитопником фақатгина 50-80% яраси перфорацияланган беморларда кузатилади. Лекин рентгенологик текширувларда бемор қорнида бўш газ кўринмаса перфорацияланган меъда ёки 12 бармоқ ичак яра тешилганлигини инкор қилиб бўлмайди. Меъда ва 12 бармоқ ичак яраси тешилишининг клиник кечиши

Меъда ва 12 бармоқ ичак яраси перфорациялангандан сўнг кечиши учун даврдан иборат.

1. Шок даври;
2. Ёлғон (сохта) тузалиш даври;
3. Тарқалган перитонит даври.

Шок даври 6 соатгача давом этиб, қўйидаги белгилар билан кечади: эпигастрал соҳада кучли оғриқ, бемор қорнига тиззаларини букиб, ўнг ёнбошида ётади. Бемор ранги оқарган ва совук тер билан қопланган, нафаси юзаки. Иситмаси муътадил ва бродикардик пулс бўлиб, қорин девори мушаклари таранглашади. Пальпация пайтида эпигастрал соҳада оғриқ нихоят кучаяди, жигар товуши ковурга остида қутарилади. Рентгеноскопияда қорин бўшлиғида “буш” газ аниқланади. Ёлғон (сохта) тузалиш даври – яра перфорациясидан 12 соат ўтгач, бемор маълум даражада енгиллик сезади, қориндаги оғриқ сусаяди, қорин девори мушаклари таранглиги камаяди. Тана харорати қутарилади ва пулси тахикардия холатига ўтади. Перитонит даври 12-24 соат ривожланиб, беморнинг ахволи умумий ўта оғирлашади.

Тешилиб-қисман ёпилган яра белгилари.

Меъда ва 12 бармоқ ичак сурункали ярасини перфорацияланиш асоратининг 5-9%ини қисман ёпилган перфорациялар ташкил этади.

Перфорацияланган меъда ёки 12 бармоқ ичак сурункали ярасининг қисман ёпилиши, қўпинча диаметри 10мм гача бўлган яраларда кузатилиб, катта чарви, жигар, қўндаланг ичак ёки овқат булаклари билан ёпилади. Тешилган яранинг қисман ёпилиши сабабли меъда ва 12 бармоқ ичакдан қорин бўшлиғига истеъмол қилинган овқат ва меъда шираси тухтайди.

Перфорацияланиб қисман ёпилган меъда ва 12 бармоқ ичак яра касаллигининг кечиши 2 даврдан иборат:

1. Перфорация даври;
2. Перфорация белгиларининг сусайиши ва йўқолиши даври.

Перфорация даврида касалликнинг кечиши тулик перфорацияланган яра белгиларига айнан ухшашдир.

Перфорация белгиларининг сусайиши ва йўқолиш даврида эпигастрал соҳадаги оғриқ 2-6 соат ўтгач сусаяди ва беморнинг ахволи енгиллашади. Қорин девори мушакларининг

таранглашиши сусайиб, факат эпигастрал сохада сакланади ва 8-12 кун давомида йўколади (Ратнер-Виккер симптоми).

Меъда ва 12 бармоқ ичак ярасининг атипик тешилиши (перфорацияси).

Атипик перфорациялар факатгина меъданинг кардиал ва 12 бармоқ ичакнинг орка деворидаги яралар тешилиши учрайди. Бундай холатларда яра ретроперитонеал сохага тешилади ва меъда 12 бармоқ ичакдаги суюқлик оз микдорда чиқарилади. Атипик перфорациянинг кечишида қоринда пайдо оғриқ симилловчи бўлади. Қорин девори мушаклари таранглашуви маълум даражада суст бўлади. 12-48 соат утгач ретроперитонел флегмона ривожланади ва беморнинг умумий ахволи септик холатни эслатади. Атипик яра перфорацияси ривожланганда меъда ёки 12 бармоқ ичакдан чиккан ретроперитонеал сохадан кукрак кафасининг орка куксига утиши мумкин. Бундай холатда беморнинг умумий ахволи ута оғирлашиб, медиастенит ўлим сабаби бўлиши хам мумкин.

Меъда ва 12 бармоқ ичак яра тешилиш асоратини даволаш.

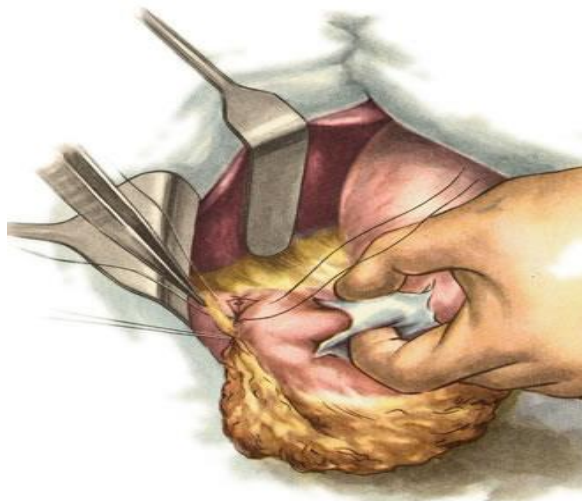
Агар беморда меъда 12 бармоқ ичак ярасининг тешилиши ташхиси қўйилса, бу беморни жаррохлик усулида шошилиш даволаш учун абсолют кўрсатма бўлади. Шошилиш операциядан асосий мақсад бемор ҳаётини саклаш. Меъда яраси тешилганда асосан тешилган ярани тикиш ёки ромбсимон резекция билан чегараланади.

12 бармоқ ичак яраси тешилганда ярани тикиш, ярани тикиш ва ваготомия, ярани ромбсимон кесиб олиш ва пилоропластика бажарилиб, ваготомия амалга оширилади.

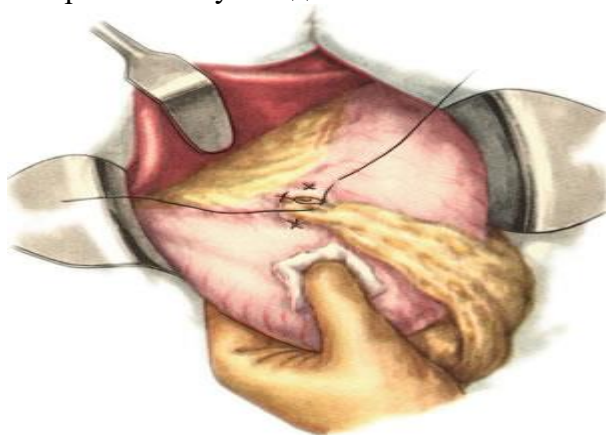
Оператив даво ни танлаш. Операция тури ва ҳажми ҳар бир беморга индивидуаль танланиб, яра турига, перфорациядан кейин ўтган вақтга, перитонитнинг ривожланганлик даражасига, бемор ёшига, хамроҳ касалликлари оғирлигига хамда оператив гуруҳ малакасига боғлиқ холда белгиланади. Паллиатив операция(тешилган ярани тикиш)ва радикал операция (ошқозон резекцияси, ярани кесиб олиш ваготомия билан ва бошқалар). Жаррохлик ендош турини танлаганда асосийси бемор ҳаётини саклашдир. Шу сабабли кўпгина беморларда перфоратив тешикни тикиш билан чегараланиш мумкин. Бу операцияни хамма хирурглар амалга ошира олади ва хаттоки соматик оғир касалларда маҳаллий оғриқсизлантириш остида амалга ошириш мумкин.

Тешилган ярани тикиш таркок перитонит (перфорациядан 6 соатдан кўп вақт утганда), операцион хавф жуда юқори бўлганда(оғир хамроҳ касаллик ва қарияларда), ешларда эса «янги» яралар хамда стресс яра бўлганда амалга оширилади.

«Усмир» яралар тикилгандан сўнг медикаментоз даводан сўнг 90 % кузатувларда рецидивсиз кечиши кузатилади. Еши катта беморларда ошқозон яраси малигнизацияси хавфи борлиги учун кўпинча ошқозон резекцияси бажарилади еки буни бажариш имкони булмаса биопсия олинади. Перфоратив тешикни икки каторли тугунли чоклар билан, Оппель, Поликарпов ва бошқа тикув усуллари мавжуд Перфоратив тешикни тикишда ошқозон ўқиға кундаланг чоклар қийилади ва чарви билан перитонизация қилинади.



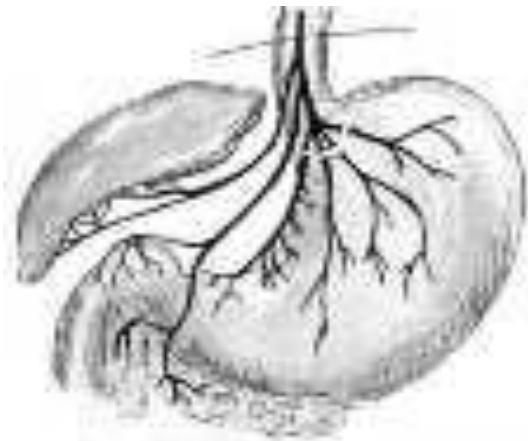
Эндовидеохирургия амалиет. Агар мос қулайликлар ва хирург малакаси жавоб берса лапароскопик перфоратив тешикни тикиш мумкин. Агар операция вақтида таркок перитонит, яллиғланиш инфилтрати еки корин бўшлиғи абсцесси аниқланса лапаротомияга ўтилади.



Перрфоратив тешикни Поликарпов усулида тикиш. Дефект катта чарви бир қисми билан тампонада қилинади. Чарви ва ошқозон сероз каватига фиксацияловчи тугунли чоклар қўйилади.

Ошқозон резекцияси сурункали, каллез ошқозон яраларида(қайсики малигнизация хавфи бўлганда), декомпенсаялашган пилоро-дуоденаль стенозда курсатма бўлиб хисобланади. Ушбу операцияни қуйидаги холатларда бажариш мумкин: 1) таркок фибриноз-йирингли перитонит булмаса,одатда бу 6-12 соатдан сўнг ривожланади; 2) бемор еши 60-65 ешдан кичик ва оғир хамрох касалликлари бўлмаса; 3) малакали жаррохлар бригадаси .

Ярани кесиш ваготомия билан биргалиқда. Кўрсатмаси ўн икки бармоқли ичак пиезчаси олд деворидаги яллиғланиш инфилтрати катта бўлмаган яра. Бунда яра соғ тўқима доирасида кесилиб, кўндаланг йўналишда бир ёки икки қаторли тугунли чоклар билан тикилади. Сўнгра ўзанли, селектив ёки селектив проксимал ваготомия бажарилади.



Ўзанли ваготомия:

№	Баҳо	аъло	яхши	қоникарли	қоникарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:
Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№ 18 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Мавзу</i>	Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиши. Клиник манзараси, ташхис қўйиш усуллари ва қиёсий ташхис. Умумий амалиёт шифоқорининг тактикаси. Реабилитация.
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	51. Кейсни фикрга киритиш. 52. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 53. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш. 54. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 55. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 56. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 57. Хулоса.Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш.

Ўқиш мақсади:

- Беморни мустақил кўришни ўрганиш;
- Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш;
- Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш;
- Экстремал ҳолатларға мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш);
- Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш;
- Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлилари интерпретациясини

<p>ўрганиш; - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш.</p>	
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - Меъда тешилган яраси сабабларини билиш; - Меъда тешилган яраси клиникаси ва ташхисотини билиш; - Меъда тешилган яраси билан беморларни курация кила олиш; - Касаллик асосий белгиларини аниқлай олиш; - касаллик текширув усуллари, лабаратор тахлиллар интерпритациясини ва киесий ташхисотини билиш; - Касалликни даволашни асосий принципларини ва олиб бориш тактикасини билиш.</p>
<p>Усуллар ва техникани ўрганиш</p>	<p>“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”</p>
<p>Воситани ўрганиш:</p>	<p>Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Алоҳида ва гуруҳларда</p>
<p>Ўқитиш шароити:</p>	<p>1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, тахлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.</p>
<p>Баҳолаш</p>	<p>Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.</p>

3.2. Машғулот технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба

Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказилади.	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўлларини эшитишни таклиф қилади.	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади.	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтирилади.	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташҳиси.

III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.	Эшитади

Блиц-сўров:

1. Мондор триадаси аломатлари
2. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси келиб чиқиш патогенези
3. Перфоратив яра клиникаси?
4. Ошқозон резекциясига курсатма?
5. Ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яраси консерватив даво тамойиллари.

1 - топшириқ**Эксперт варағи****1-гуруҳ.**

1. Перфоратив яра этиопатогенези.

2. Перитонит классификацияси.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли вазиятни келтириб чиқарувчи сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ.

2. Перфоратив ярака олиб келувчи факторлар.

3. Перфоратив яра ташхисоти ва қиёсий ташхисоти.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли вазиятни келтириб чиқарувчи сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2 - топшириқ**“Т-схема” жадвални тўлдириш**

Ўпка гангренаси.	Ўпка абцесси..

Кейс билан ишлашни баҳолаш мезонлари

Аудиторияда ишлашни баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот намоиши мак. 30 б	Аниқ ва тўлиқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак.50 б
1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон.

Ушбу машғулота қўлланиладиган янги педогогик технологиялар: Айлана стол» усули.

Айлана стол усулини қўллаш:

1.Айлана бўйлаб топшириқли варақ тарқатилади.Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади.Жавоблар қайтарилмаслиги керак.Хамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади. нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

“Академик полемика” усулини қўллаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консультациялар (шифокор-бемор) берилади. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консультациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

4. Вазиятли масала ва тестлар

№	Баҳолаш	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18балл

1. вазиятли масала: 31 ешли эркак қорин юқори қисмидаги тўсатдан бошланган хуружсимон оғриқ билан келди. 12йиллик яра анамнезига эга. Бемор безовта, оғриқдан азият чекмоқда. Умумий ахволи ўрта оғирликда. Пулс – 78 та. Қорин палпацияда кучли оғриқли, қорин олд девори таранглашган. Жигар бўғиқлиги аниқланмади.

1. яра касаллигининг қайси асорати ҳақида шубҳа қилинмас?
2. Ўз таъхисизни асослаш учун яна қандай қўшимча текширув усуллари қўллайсиз?
3. Беморни қайси муассасага ва қандай ҳолатда юборасиз?
- 4.Беморни даволаш тактикаси?
- 5.Ўн икки бармоқли ичак қисмларини санаб беринг?

№	жавоблар	Макс.ба лл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	А. кон кетиш Б. перфорация В. пенетрация Г. Привратник стенози Д. малингизация	5	5	0
2	А. ЭГДФС Б. қорин бўшлиғи рентгеноскопияси В. УЗИ	4	4	0

	Г. КТ			
3	А. Тез ердам машинасида хирургик стационарга Б. Тез ердам машинасида терапевтик стационарга В. Уйда даволаш Г. Бу муаммони ечишда идеал ёндошув керак	4	4	0
4	Тезкор оператив даво -лапаротомия	4	4	0
5	1.юкори pars superior, 2.пастга тушувчи pars descendens, 3.пастки горизонтал pars inferior, 4. юқорига кўтарилувчи pars ascendens.	4	1 1 1 1	0 0 0 0

2-вазиятли масала: Аввал қорин оғриғи билан шикоят қилмаган 33 ёшли беморда меда яраси перфорацияси кузатилди. Операция пайтида ревизия ўтказилиб еда кичик егрилигида 0,5x0,5 см ли перфорация майдони топилди.атрофида инфилтрация белгилари аниқланмади.

- 1.Операция ҳажми қанча майдонни егаллайди?
2. Бемор касалхонадан чиққач қандай тафсиялар бериш керак?
3. Касаллик ривожланиш фазалари ?
- 4.Перфоратив яраларда қандай операциялар ўтказилади ?
5. Де Кервен триадаси белгиларини санаб беринг?

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	Перфоратив тешикни тикиш.	5	5	0
2.	Мавсумли(бахор ва кузда) ярага Карши комплекс даво ва динамикада ЭГДФС .	4	4	0
3.	1. «Абдоминальный шок» - перфорациядан 6 соат утгунгача. 2.Елгон яхшиланишщ- 6-12 соат. 3. Таркок перитонит – 12 соат утгач.	4	4	0
4.	1.Перфоратив тешикни тикиши. 2. Ваготомия ошқозонни дренажловчи операция. 3. Ошқозон резекцияси.	3	1 1 1	0 0 0
5.	1. ўткир қориндаги ханжарсимон оғрик; 2. тахтасимон қорин; 3. яра анамнези. 4. Эрта енбош каналда тумтоқлик	4	1 1 1	0 0 0

	юзага келиши.		1	0
--	---------------	--	---	---

3-вазиятли масала: Бемор 43 ёш, касаллик бошланганидан 2 соат ўтгач меда яраси перфорацияси билан ётқизилди. 8 йилдан буён касал. Терапевтик муассасаларда кўп марта даволанган, фойдаси бўлмаган. Ревизияда меданинг пилорик қисимда 0,5x0,3 см ли перфорация аниқланди, атрофий инфилтрацияланган. Беморнинг сўзларига кўра меда кислоталиги 90.

1. Операция ҳажми қанча майдонни эгаллайди?
2. Меда ярасида оғриқлар пайдо бўлишини схематик тасвирланг ?
3. Перфоратив яраларнинг кечишига кўра таснифи ?
4. Меданинг қон билан таминланиши?
5. Мондор триадаси белгиларини айтинг?

№	жавоб	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Қоникарсиз жавоб
1.	Ошқозон резекцияси.	5	5	0
2.	Овкат→оғриқ→очлик→енгилашиши.	4	4	0
3.	1) эркин қорин бўшлиғига тешилиши, 2) тешилиб беқилиши, 3) атипик тешилиш.	3	1 1 1	0 0 0
4.	1. чап ошқозон артерияси, 2. унг ошқозон артерияси, 3. чап ошқозон-чарви артерияси, 4. унг ошқозон-чарви артерияси, 5. ошқозон киска артериялари.	5	1 1 1 1	0 0 0 0
5.	1. ўткир қориндаги ханжарсимон оғриқ; 2. тахтасимон қорин; 3. яра анамнези	4	1 1 1	0 0 0

3-вазиятли масала: 58 ёш, меда яраси перфорациясидан 28 соат ўтгач касалхонага мурожаат қилди. Тарқалган перитонит белгилари аниқланди. Бемор аҳволи оғир. Жаррохлик амалиёти ўтказилди. Яра пилорик қисмнинг марказида жойлашган. Яра соҳаси тикилганда меда чиқиш жойи торайиб, пилоростеноз келиб чиқиши мумкин.

1. Қандай жаррохлик амалиёти ўтказилиши керак?
2. Перфоратив яранинг рентгенодиагностикаси?
3. Дебейк синамаси қачон қўлланилади?
4. Вангестин -Тейлор бўйича консерватив даволаш ?
5. Де Кервен триадаси белгиларини айтинг?

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ	Қоникарсиз
---	----------	-----------	-------	------------

			жавоб	жавоб
1.	Ваготомия ошқозонни дренажловчи операция.	5	5	0
2.	Қоринда эркин газ аниқланиши	4	4	0
3.	Агар рентгеноскопияда перфорация аломати топилмаса ошқозонга газ рукалиб динамикада қайта рентгеноскопия қилинади.	4	4	0
4.	1.Фовлер холати, 2. ошқозон сакланмаси аспирацияси, 3. дезинтоксикацион терапия, 4. антибиотиклар, 5. қоринга совук қўйиш.	3	1 1 1	0 0 0
5.	1. ўткир қориндаги ханжарсимон оғриқ; 2. тахтасимон қорин; 3. яра анамнези. 4. Эрта ёнбош каналда тумтоқлик юзага келиши.	4	1 1 1	0 0 0

Тестлар:

1 Қайси холатларда ошқозон ёки 12 бармоқ ичак яраси тешилиши хақида уйлаш мумкин:

- @ доскасимон қорин
- @ эпигастрал сохадаги кучли оғриқ
- @ бел сохасидаги оғриқ
- @ лейкоцитознинг 15000 гача ошиши

2 Унг ёнбош сохада мушаклар таранглашиши қўпинча 12 бармоқ ичак ярасининг тешилишида кузатилади. Буни қуйидагича тушунтириш мумкин:

- @ тешилган ярадан чикган суюқликнинг унг ёнбош канал орқали оқиши
- @ қорин бўшлиғида хаво тупланиши, қисман унг ёнбош сохада
- @ таркалган перитонитнинг ривожланиши
- @ чувалчангсимон усимтада висцеро-висцерал рефлекслар ривожланиши

3 Қайси холатларда яра касаллиги асоратида шошилишч хирургик ёрдам курсатилади:

- @ яра перфорациясида
- @ тухтаётган кон кетишда
- @ пенетрацияланган ярада
- @ малигнизацияланган ярада

4 Ошқозон ёки дуоденум яраси тешилиши вақтида асосан кузатилади:

- @ бирдан кузатилган кучли оғриқ
- @ хуружсимон оғриқ
- @ локализацияланган, кучсиз оғриқ
- @ тахикардия

5 12 бармоқ ичак яраси тешилганда асосан қўлланилади:

- @ тешилган ярани тикиш
- @ ошқозон резекцияси

- @ ваготомиянинг турли шакллари тежамли ошқозон резекцияси ва бошқа дренажланувчи операциялар билан бирга куллаш
- @ ярани тикиш, гастроэнтероанастомоз
- 6 Ошқозон ва 12-б. ичак яраси тешилишининг клиник даврини курсатинг?**
- @ шок, сохта хотиржамлик, терминал
- @ оғрик, клиник манзара ривожланиши, терминал
- @ перитонит, токсик шок, терминал
- @ реактив, токсик, терминал
- 7 Ошқозон ва 12-б ичак яраси тешилганини аниқлаш учун керак:**
- @ анамнез, клиник куриш, қорин бўшлиғи рентгеноскопияси
- @ анамнез, клиник куриш, ошқозонни зондлаш
- @ анамнез, клиник куриш, лапароскопия
- @ анамнез, клиник куриши, эндоскопия
- 8 Ошқозон ва 12-б. ичак яраси тешилиши учун қандай оғрик хос?**
- @ ханжарсимон оғрик
- @ доимий оғрик
- @ белбогсимон оғрик
- @ дардсимон оғрик
- 9 Ошқозон ва 12-б. ичак яраси тешилиши ташхиси қўйиш учун қушимча текширишга кирмайди:**
- @ селектив ангиография
- @ пневмогастрография
- @ қорин бўшлиғи рентгеноскопияси
- @ қорин бўшлиғи рентгенографияси
- 10 Ошқозон ва 12-б. ичак яраси тешилганда жигар тўмтоқлигининг йўқолиши қайси белги?**
- @ Спизар
- @ Чугаев
- @ Элекер
- @ Холстед
- 11 Ошқозон ва 12-б.ичак яраси тешилишида рентгеноскопияда характерли белги хисобланади:**
- @ жигар устида уроксимон соя
- @ Клойбер косачалари
- @ ичак пневматозининг кучайиши
- @ ошқозоннинг газли пуфак холда қуринмай қолиши
- 12 Ўн икки бармоқли ичак ёки меъда яраси касаллигида рентгеноскопия қилинганда қайси белги характерли?**
- @ «ниша» (токча, уйик) симптоми
- @ тулиш дефекти
- @ ичак пневматози
- @ 12-б. ичак ёйининг кенгайиши
- 13 Яра касаллигини қайси асоратида Щеткин-Блюмберг белгиси аниқланади?**
- @ тешилганда
- @ стеноз бўлганда
- @ пенетрацияда
- @ малигнизацияда
- 14 Ўн икки бармоқ ичакнинг ўткир яраси учун характерли:**
- @ анамнезида аспирин ёки кортикостероидлар қабул қилганлиги
- @ эпигастрал соҳада кучли хуружсимон мавсумий оғрик
- @ кайт қилингандан сўнг енгиллик хисси
- @ ошқозондаги чайкалиш шовқини (шум плеска)

15 Қуйидагилардан қайси бири 12 бармоқ ичак яра касаллигининг шикоятти хисобланмайди:

@ сариклик

@ овкат қабул қилгандан сўнг 1-1,5 соатдан сўнг оғриқ бўлиши

@ тунги оғриқлар

@ қайт қилиш

№	Баҳо	аъло	яхши	кониқарли	кониқарсиз	ёмон
1	Узлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36%ва паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5 . Амалий қисм:

Тешилган яра белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда тешилган яранинг ҳамма белгиларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморнинг ҳолатини аниқлаш, оёқлари букилган, ортиқча ҳаракатсиз мажбурий ҳолат.	10	5	0
2. Анамнезида Мондор учлиги аниқланади (яра анамнези, «ханжарсимон» оғриқлар, мушак таранглиги)	14	7	0
3. Тилни кўздан кечириш, тил қуруқлиги ва қараш бор-йўқлигини аниқлаш.	10	5	0
4. Қоринни кўздан кечириш, симметриклиги, нафас олиш актида қатнашиши (қатнашмайди ёки орқада қолади).	13	6,5	0
5. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ соҳалари ва мушаклар таранглашувини аниқлаш.	10	5	0
6. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Тукиллатганда жигар бўғиқлигининг йўқолиши (Спижарский белгиси) ва ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқлаши (техникаси, натижани баҳолаш).	13	6,5	0
8. Аускультацияда ичаклар перистальтикасининг бўлмаслиги ёки сусайиши.	10	5	0
9. Томир уриши ва унинг тавсифини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма

- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш
-

10. Назорат саволлари:

1-Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорати этиопатогенези.

2- Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорати классификацияси.

3- Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорати клиник курилиши.

4- Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорати диагностикаси.

5-Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асоратини даволаш.

11. Адабиётлар:

асосий:

1. Наврузов С.Н. Хирургические болезни. Т. 2004г.

2. Ашурова М.Р. Амалиёт шифоқорининг кутубхонаси. УзССВ, 2005й.

3. Чазов Е.И. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. М. 1990г.

4. Савельев В.С. Неотложная хирургия органов брюшной полости. М. 1986г.

5. Ситуационные задачи.

6. Тестовые вопросы.

7. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Под редакцией Усманова Р.И. Т. 2003г.

8. Алгоритм диагностики и лечения хирургического профиля. Под редакцией акад. Каримова Ш.И. Т. 2003г.

қўшимча:

1. Семейная медицина. Под редакцией проф. Краснова А.Ф. Самара, 1996.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Ўткир қорин ва абдоминал оғрик синдроми. Тушунча, классификация. Этиология, патогенез, клиника. Ўткир қоринга сабаб бўлувчи гинекологик, терапевтик, урологик, қон-томир хасталиклар қисий таъхис оти. Ўткир қорин синдромида УАШ нинг даволаш тактикаси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

ўқитиш технологияси

Амалий дарс №15

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №15: Ўткир қорин ва абдоминал оғриқ синдроми. Тушунча, классификация. Этиология, патогенез, клиника. Ўткир қоринга сабаб бўлувчи гинекологик, терапевтик, урологик, қон-томир хасталиклар қисий ташҳис оти. Ўткир қорин синдромида УАШ нинг даволаш тактикаси.

Вақти: 327 дақиқа	Талабалар сони: 8-10
Машғулот кўриниши ва шакли	Амалий машғулот.
Машғулот структураси:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-стади - Вазиятли масала ва тестлар 4. Амалий қисм.
Машғулот мақсади:	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморларни мустақил кўришга ўргатиш; - Тиббий хужжатлар ва касаллик тарихини тўлдиришга ўргатиш; - Сидромал принципга, диагностика алгоритми ва давога асосланиб кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни диагностика, даволаш ва профилактика қилишга ўргатиш; - Шошилиш холатларда мустақил холда ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни билишга ўргатиш; - Тахминий ташҳис қўйишга ва қиёсий ташҳис ўтказишни ўргатиш; - Беморларни текшириш усулларини ва лаборатор маълумотларни интерпритация қилишга ўргатиш; - Жаррохлик касалликларни даволашни асосий принципларини ўргатиш; - Аҳолини профилактика, диспансеризация ва соғломлаштириш усулларини ўргатиш; 	
Талаба билиши шарт:	
<ul style="list-style-type: none"> - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак анатомиясини ва физиологиясини; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясини этиопатогенези ва клиникасини; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясини диагностик усулларини; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясида жаррохлик даво турларини. 	
Талаба кила билиши шарт:	
<ul style="list-style-type: none"> - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси бор касалларда клиник текширишни ўтказишни билиш; - Қоринни пальпация қилишни; - Турли вақтда Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси билан госпитализация булган беморларда жаррохлик даво тури ва хажмини аниқлаш; - Клиник ташҳис ни тугри тузиш ва асослашни; - Беморларни диспансер кузатув картасини олиб бориш. 	
Педогогик топшириқ:	Ўқув фаолияти натижалари:
<p>Талабаларга</p> <ul style="list-style-type: none"> - тиббиёт этикаси ва диантология негзини ўргатиш; - меҳнатсеварликни, чидамлиликни, масъулиятни, қатъийликни тарбиялаш, халққа фойда келтириш ва давлатимиз учун керакли булишни уқтириш; - замонавий клиник фикрлашни, кенг дунёқарашга ўргатиш, СНГ ва Ўзбекистон 	<ul style="list-style-type: none"> - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси ҳақида умумий тушунча ва тасаввурни тўғри етказиб бериш; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясини клиникаси ва текшириш режасини билиш; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясини замонавий диагностикасига ўргатиш; - Талабаларда клиник фикрлашни ўргатиш; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияли касалларни УАШ даражасида колдириб булмайдиган тиббий ёрдам беришни ва ўз вақтида касалларни

жаррохлик мактабларидан жароҳат, жароҳат инфекциялари, БЖИ каби билим кўникмаларни сингдириб олиш ва шу ҳақдаги муаммоларни ечишга, дионтология ва шифокорлик этикасини ўргатиш зарур.	стационарга госпитализация килишни ўргатиш; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси бор касалларни даволаш.
Ўқитиш услублари	Маъруза, “мияга хужум” , тарих, кўргазма, видео усул, амалий ишлар, адабиёт билан ишлаш, сухбат, ўргатувчи ўйинлар, Кейс-стади.
Ўқитиш усуллари	Тарқатма ўқув материаллар, видеофилмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стентлар, рентгенограмма мажмуи.
Машғулотни ташкил қилиш шакллари	Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, якка ўйинлар.
Ўқитиш шароити ва жойи	Поликлиника, ўқув хона, жаррох хонаси, боғлов ва операцион хоналар. Тематик беморлар, амбулатор беморлар касаллик тарихи, қон ва сийдик анализлари, инструментал текширув натижалари, услубий тавсиялар, вазиятли масалалар, тест саволлари, амалий куникмани бажариш алгоритми, интерактив усулларни ўргатувчи сценарийлар, стандарт протоколлар, интернетдан тарқатма материаллар, слайдаскоп, слайдлар, TV-видео.
Қайта боғланиш усуллари ва услуби	Блиц-сўров, ўқув топшириқни бажарганлиги ҳақидаги презентация, тиббий карталарни тулдириш, амалий кўникмаларни бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси №15

Мавзу: Ўткир қорин ва абдоминал оғриқ синдроми. Тушунча, классификация. Этиология, патогенез, клиника. Ўткир қорин сабаб бўлувчи гинекологок, терапевтик, урологик, қон-томир хасталиклар қиёсий ташҳис оти. Ўткир қорин синдромида УАШ нинг даволаш тактикаси.

1. Амалиёт ўтадиган жой, асбоб- аслахалар.

Ўқитиш шароити ва жойи

1. УАШ жаррохлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жаррохлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий кўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, тахлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.

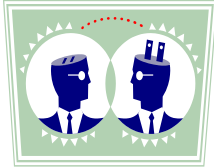


1.1. Мотивация

Қориндаги оғриқлар – хавотирли белгидир. Қоринда оғриқ бўлганда авваламбор тезкор операцияни талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир касалликларини (ўткир қорин синдроми) шубҳа остига олиш лозим бўлади. Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан. Қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит

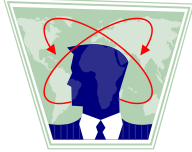
(31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%);

Ўткир қорин синдроми билан беморлар биринчи бўлиб умумий амалиёт шифокорига учрашади. УАШ ўткир қорин синдроми асосий симптомларини аниқлаши ва беморни махсус даволаш муассасасига йуналтира олиши лозим.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция қасалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.



2. Машғулотлар мазмуни

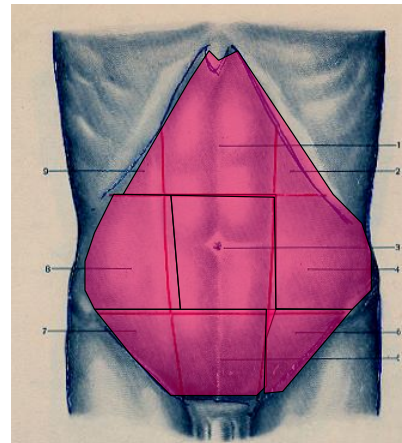
2.1 Назарий қисми;

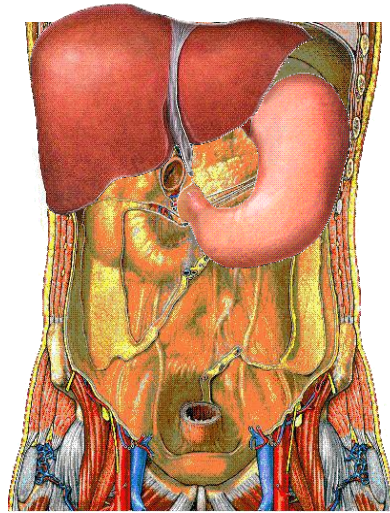
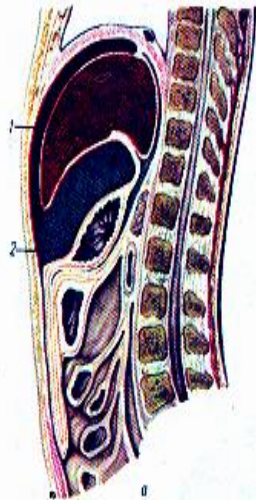
Қорин сохалари:

I. Эпигастрия.

II. Мезагастрия

III. Гипогастрия





Кўп ҳолларда оғриқларни қорин соҳасига иррадиация берувчи касалликлар:

Патологик ўчоқ локализацияси	Касаллик
Кўкрак қафаси	Миокард инфаркти Пневмония Плеврит Перикардит Қовурғалар синиши ТЕЛА
Қорин пардадан ташқари	Буйрак санчиғи Пиелонефрит Буйрак инфаркти Қорин аорта аневризмаси ёрилиши Псоас-абсцесс
Кичик чаноқ	Тухумдон апоплексия Бачадондан ташқари хомилдорлик Эндометриоз Сальпингит, пиосальпингит, пиовар. Тухумдон кистаси оёқчасини буралиб қолиши.
Қорин девори	Мушаклараро гематома Мушаклар шикастланиши

Қориндаги оғриқлар – хавотирли белгидир. Қоринда оғриқ бўлганда авваламбор тезкор операцияни талаб қилувчи қорин бўшлиғининг ўткир касалликларини (ўткир қорин синдромида дақиқай) шубҳа остига олиш лозим бўлади. Умуман олганда, қориндаги оғриқлар беморларнинг умумий амалиёт шифокорига мурожаат қилишга сабаб бўладиган энг кўп учрайдиган шикоятлардан биридан. Россиянинг турли шифокорлари томонидан киритилган «Ўткир қорин» ташҳисини қўйишга ҳаққимиз борми? «Ҳа» бўлса керак, негаки УАШ дан аниқ ташҳис қўйиш мумкин эмас. Шундай тизим ва шунақа ташҳис чет элда ҳам мавжуд. Ўткир қорин синдроми қориндаги ўткир оғриқни билдириб, у қуйидаги саволларга ечимни топишни талаб этади: 1) беморга жаррох маслахати зарурми? 2) жаррохлик бўлимига ётқизиш керакми? 3) беморга тезкор операция қилиш лозимми? Биз сиз билан ўткир қорин масаласини ўрганаётган бир

махалда бутун дунёда юзлаб ва дақиқаглаб жаррохлар (хашаматли VIP – шифохоналарда ҳам, камбағаллар касалхоналарида ҳам, палаткали шахарчаларда ҳам, харбий ҳаракатлар театрида ҳам) ер юзида дақиқаглаб касалларни кўрмоқдалар. Уларнинг ҳаммаси умумий ва ҳайрон қоларли даражада ўхшаш ва оддий ҳолат билан тўқнашдилар – шифокор қориндаги оғриқлар каби ташвиш билан курашадилар. Улар билан бемор оғрийди, у ўз ахволидан ташвишга тушган. Бемор эса ташҳис қўйиш, кейинги тактика билан оввора. У нафақат ҳаммага маълум бўлган қоида - «non nocere», балки афсуски, эсдан чиққан 2- қоида - «juve» (ёрдам бер) дан келиб чиққан ҳолда ҳаракат қилишга интилади.

Ташҳис қўйиш, шифохонага ётқизиш, зарур бўлган текширувлар ва операциянинг кечиктирилиши жуда оғир оқибатларга олиб келиши мумкин. Жаҳон статистикаси шундан далолат берадики, қорин бўшлиғи касалликларининг натижаси шифокорга мурожаат қилинган, шифохонага ётқизилгунча ҳамда операциягача ўтганг вақтга тўғридан-тўғри боғлиқдир.

Қориндаги оғриқларнинг ўткир, ўткир ости, сурункали ва қайталанувчи турлари фаркланади. қориндаги оғриқ сабаблари хирургик, гинекологик, психик касалликлар ва куплаб ички хасталиклар бўлиши мумкин. қориндаги ўткир оғриқларни эрта диагностикаси ва сабабларини аниқлаш хасталик асоратлари ва улим ҳолатларини камайтиради. Ўткир қоринда купчилик ҳолларда жаррохнинг тезкор маслаҳати зарур бўлади.

Умумий маълумотлар

- қориндаги ўткир оғриқнинг энг кўп учрайдиган сабаблари: катталарда - ўткир аппендицит (31% ҳолларда), шунингдек ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (29%); катталар ва болаларда эса - ўткир аппендицит (21% ҳолларда), ичак, буйрак, ўт қопи санчиқлари (16%), мезаденит (16%);

- Одатда эпигастрал соҳадаги оғриқлар меъда-ичак тизими юқори қисми аъзолари зарарланганда, гипогастрал соҳада эса - пастки қисм аъзолари хасталанганда кузатилади;

- Тўлғоқсимон оғриқ, қайтарилувчи қайт қилиш ингичка ичак тугилишига хосдир;

- қориндаги тўлғоқсимон оғриқлар, қориннинг симметрик шишиши эса йўғон ичак тугилишига хосдир;

- қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир жаррохлик хасталикларида деярли доимо дастлаб оғриқ, кейин қайт қилиш кузатилади;

- Атеросклероз, мерцал аритмия ёки яқинда миокард инфаркти ўтказган ёши улуг беморларда қоринда оғриқ бўлса, энг аввало мезентериал қон айланиш ўткир бузилишига шубҳа қилиш керак бўлади.

Пайдо бўлиш механизмига кўра абдодақиқаал оғриқлар бўлади:

- спастик – ошқозон-ичак тракти силлиқ мушаклар спазми;

- дистензион – қорин бўшлиғи кавак аъзоларни кенгайиши

- перитонеал – қорин бўшлиғидаги патологик жараёнлар

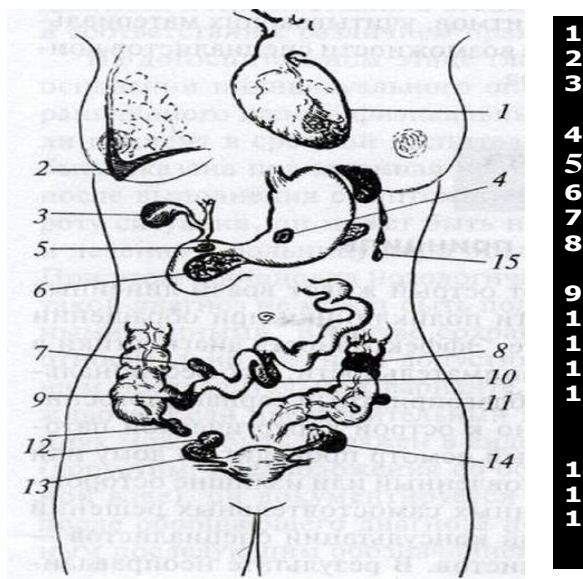
- қон-томир – қорин бўшлиғи аъзолар ишемияси билан боғлиқ

Тўғри ташҳис лаш мақсадида, оғриқни келиб чиқишини тўғри баҳолаш лозим. Характер бўйича бўлади:

Қориндаги париетал оғриқ– қорин парда ва қорин деворининг патологик жараёнга қўшилиши билан; аниқ локализациялашган; тана ҳолатини ўзгартирганда ва йўталганда кучаяди.

Висцерал оғриқ - бу турдаги оғриқ манбаи бўлиб ошқозон-ичак тракти ковак аъзолари манба бўлади; одатда, улар аниқ локализациялашмаган, бироқ, қорин ўрта чизиғи буйлаб марказлашган бўлади. Мушаклар тортилиши ва қорин парданинг таъсирланиш симптомлари аниқланмайди.

Қоринда оғриқ синдромида туорли касалликларда кузатиладиган оғриқлар локализацияси.



«Ўткир қорин» кўйида келтирилган яққол намоён бўлувчи кўринишларнинг ҳеч бўлмаганда биттасини ўз ичига олади:

- к) Қоринда оғриқ ва шок;
- л) тарқоқ перитонит (бутун қорин бўйлаб оғриқ ва таранглик);
- м) маҳаллий перитонит (қорин чоракларининг бири билан чегараланган);
- п) ичак тутили белгилари;
- о) турли-туман ички касалликлар.

Кўп учрайдиган сабаблар:

Ўткир қориннинг энг кўп учрайдиган сабаблари - ўткир аппендицит, ўткир гастроэнтерит, таъсирланган ичак синдроми, ўт, буйрак ва ичак санчиғи ва овуляция; болаларда - мезаденит. қориндаги сурункали оғриқларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари - қорин олд девори ва бел мушаклари шикастланиши (16%), таъсирланган ичак синдроми (12%), гинекологик касалликлар (8%), меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги ва диафрагма кизилунгач тешиги чурраси (8%); қориндаги сурункали оғриқларнинг 50% сабаблари ҳозиргача ноаниқ бўлиб қолмоқда.

Энг хавфли касалликлар:

Қориндаги оғриқлар кўпинча бемор ҳаётига хавф солувчи, ўткир касалликларнинг белгиси бўлиб, тезкор диагностика ва жаррохлик аралашувини талаб қилади. Қориндаги оғриққа шикоят қилиб келган беморларда қорин аортаси аневризмаси ва қаватланувчи аневризма ёрилишини, мезентериал қон айланиши ўткир бузилишини, миокард инфаркти гастралгик шаклини, меъда ва ўн икки бармоқли ичак яра тешилишини, странгуляцион (ичак буралиб қолишида, ичак ковузлогининг чурра дарвозасида сиқилишида), обтурацион ичак тутилишларини кетма-кет истисно қилиш лозим. Аёлларда қорин пастки қисмларида ва қов устида оғриқ бўлганда бачадондан ташқари хомиладорликнинг бузилишини истисно қилиш керак.

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ўткир касалликларига шубҳа туғдирувчи белгиларига қуйидагилар киради:

- бош айланиши;
- қайта-қайта бесабаб қусиш;
- қориннинг ўсиб боровчи шиши (метеоризми);
- қориндаги оғриқларнинг кучайиши;
- кучли ифодаланган холсизлик, апатия (бефарклик);
- рангпарлик, совук тер босиши;
- артериал гипотония;
- хилпилловчи (мерцал) аритмия, тахикардия;

- юқори харорат;
- Щеткин-Блюмберг белгиси;
- қорин олд девори мушаклари таранглашуви;
- дефекация пайтида хушдан кетиш (қорин бўшлиғига қон кетганда, кўпинча бачадондан ташқари хомиладорлик ёрилганда);
- олигоурия.

Шуни эсда тутиш лозимки:

- бачадондан ташқари хомиладорликда бачадон найларининг йиртилиши ва қорин аортаси аневризмаси ёрилиши гиповолемик шок кўринишида намоён бўлиши мумкин;
- гангреноз аппендицит қорин бўшлиғи абсцесси ёки тарқоқ перитонит билан асоратланади;
- ичак тутилиши ичаклар инфаркти, перитонит, гиповолемик шокни чақиради;
- меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраларининг тешилиши перитонит билан асоратланади.

Нотўғри ташхис манбалари.

Кўпинча болалардаги ва қариялардаги ўткир аппендицит клиник шакли атипик бўлганлиги туфайли диагнозда хатоликлар кузатилади. Аппендицитда ўнг ёнбош сохадаги оғриқ эпигастрал сохадаги оғриқдан 4-6 соатдан кейин пайдо бўлади. Шунинг учун кўпинча ўткир гастро-энтерит билан адаштирилади. Чувалчангсимон ўсимта чанок бўшлиғида жойлашган бўлса хатоликлар янада кўп кузатилади, негаки оғриқ диарея билан биргаликда кузатилади. Дисахаридазларнинг, масалан, лактазининг етишмовчилиги сут ёки сутли махсулотлар истеъмол қилгач қориндаги ўртача ифодаланган ёки кучли тўлғоқсимон оғриқлар сифатида намоён бўлади. Оғриқ бир неча соат давом этиб сувсимон нажас билан бирга кечади. Лактаза танқислигида беморлар оғриқларнинг кўпинча сут истеъмол қилиш билан боғламайдилар. Қориндаги оғриқлар дифференциал диагностикасидаги кўп учрайдиган сабаби, айниқса қарияларда ўраб олувчи темирлатки ҳисобланади. Шуни эсда тутиш лозимки, бу касалликда оғриқ доимо бир тарафлама бўлиб, бир ёки бир нечта дерматомаларда жойлашган бўлади. Қориндаги оғриқлар, шунингдек, миокард инфаркти, ўпка артериясининг тромбоземболияси ва зотилжамда ҳам кузатилиши мумкин. Диабетик кетоацидоз порфирия, Аддисон касаллиги, кўрғошин билан захарланиш, орқа мия захми, ўроқсимон хужайрали камқонлик, гемогроматоз ва уремияларни қориндаги оғриқларнинг нисбатан кам учрайдиган сабаблари қаторига киритса бўлади.

Хатolik (адашиш) сабаблари.

Бачадондан ташқари хомиладорлик диагностикасидаги хатоликлар:

- перорал контрацептивлар қабул қилаётган ва хомиладорликни катъиян рад қилаётган аёлларда;
- киндан қон аралаш ажралмалар бўлганда (уларни хайздаги ажралмалар сифатида қабул қилинади).
- Ичак тутилишида қорин девори заиф сохаларини тулақонли текширмаслик.
- Чувалчангсимон ўсимта ҳамда меъда ва ўн икки бармоқли ичак яраси тешилгач бемор ахволи вақтинча яхшиланишини билмаслик.
- Кортикостероидлар қабул қилаётган шахсларда (оғриқ бусагасининг кўтарилиши) ва қарияларда перфорация диагностикасидаги хатоликлар.
- Мезентериал қон айланишининг ўткир бузилиши диагностикасидаги хатоликлар: у одатда қарияларда юзага чикиб, киндик сохасидаги кучли тўлғоқсимон оғриқлар билан тавсифланади.
- қориндаги оғриқлар ва тезлашган ҳамда оғриқли сийишнинг сийдик йўллари инфекцияларигагина хос эмаслиги, бу белгининг дивертикулит, аппендицит (чувалчангсимон ўсимтанинг тосда жойлашувида), салпигоофарит ва бачадон найининг ёрилишларида ҳам учрашишини билмаслик.

Умуртка поғонаси касалликларида оғриқ одатда бир тарафлама бўлиб тананинг маълум бир ҳолатларида ва ҳаракатларида юзага чиқади, оғриқ жойлашуви дерматомаларнинг чегаралари билан мос келади. Умуртка поғонасининг пастки қисмлари шикастланганда қоринда “узатилувчи оғриқлар” кузатилади. қориннинг унғ томонидаги оғриқларда холецистит, аппендицит, Крон касаллиги ва пиелонефрит ўртасида, чап томонидаги оғриқларда эса дивертикулит ва пиелонефрит ўртасида дифференциал диагностика утказилади.

Асаб бузилишлари ва симуляция

Асаб бузилишлари қориндаги қайталанувчи ва сурункали оғриқларнинг куп учрайдиган сабабларидан биридир. Айрим маълумотларга кўра катталарда 40% холларда оғриқда ички аъзоларнинг органик узгаришлари топилмайди, бунда 28% холда оғриқ асаб бузилишлари, 6% холда эса таъсирланган ичак синдроми туфайли чақирилади. Асабий узгаришларни анамнез йиғиш ёки асаб статусини текшириш вақтида гумон қилиш мумкин.

Анамнез Беморнинг оғир ахволи кўпинча батафсил анамнез йиғиш имқонини бермайди. Оғриқнинг тавсифи, жадаллиги, жойлашуви ва иррадиациясини, унинг пайдо бўлиш ва йуқолиш вақтини, давомийлигини, оғриқни нима кучайтиришини ёки камайтиришини албатта сураб билиш керак қўйидаги белгиларнинг мавжудлиги аниқланади:

- иштаханинг йўқолиши, кўнгил айниши, қайт қилиш;
- тезлашган ва оғриқли сийиш;
- қабзият, ич кетиши.

Бемор қандай дори воситаларини қабул қилиши аниқланади. Аёлларда ?айз куришнинг даврийлиги ва тавсифи урганилади.

Умумий тавсиялар

- қоринни жуда эҳтиётлик билан текширилади. Пайпаслаш вақтида қорин парда таъсирланиш белгилари - қорин олд девори мушаклари таранглашуви, Щеткин-Блюмберг белгиси кидирилади. Одатда энг кучли оғриқ кузатилган соҳа шикастланган аъзога мос келади;
- текширув вақтида бемордан энг кучли оғриқ соҳасини курсатиш сура-лади - агар қорин парда таъсирланган бўлса (соматик оғриқ), оғриқ маҳаллий бўлиб, ушбу соҳани бемор бармоғи билан курсатиши мумкин, бордию ички аъзолар шикастланган бўлса (висцерал оғриқ), оғриқ тарқоқ бўлиб, уни бемор қорнига қафтини куйган холда курсатади;
- мерцал аритмия мавжуд бўлганда мезентериал қон айланишининг ўткир бузилишини истисно қилиш лозим;
- тахикардия мавжуд бўлганда сепсис ва гиповолемияни истисно қилиш лозим;
- гиповодемик шокда қорин бўшлиғига қон кетишини истисно қилиш лозим;
- сепсис, зотилжам, ацидозда хансираш кузатилади.

Семизликда, ёши улуғ одамларда, оғир беморларда ҳамда кортикостероидлар қабул қилинганда ўткир қориннинг клиникаси силлиқлашади.

Лаборатор текширувлар

Айрим касалликларнинг лаборатор белгилари:

- камқонлик (сурункали қон йўқотиш оқибатида) меъда ва 12 бармоқли ичак яра касаллигида, хавфли усмаларда ва эзофагитда кузатилади;
- эритроцитлар шаклининг узгариши уроксимон хужайрали камқонликка хос;
- лейкоцитоз аппендицит, ўткир панкреатит, мезаденит (касалликнинг дастлабки кунларида), ўткир холецистит, пиелонефритларда кузатилади;
- ЭЧТ нинг ошиши хавфли усмаларда, Крон касаллигида, қорин бўшлиғи хуппозларида кузатилади;
- қон зардобидидаги амилаза фаоллигининг меъёрдагига нисбатан 5 баробардан зиёд кўтарилиши ўткир панкреатитга хос; амилазанинг фаоллиги, шунингдек, бачадондан ташқаридаги хомиладорликнинг бузилишида, меъда ва 12 бармоқли ичак ярасининг

тешилишида, ут пуфаги эмпиемасининг ёки қорин аортаси аневризмасининг ёрилишида ҳам кузатилиши мумкин;

- қон зардоби ва сийдикда хорионик гонадотропиннинг В-суббирлиги микдорининг ошиши хомиладорликда кузатилади;

- сийдик умумий таҳлилидаги узгаришлар:

гематурия - буйрак санчиғи (сийдик йўллариининг тош ёки қон лахталари билан тикилиб қолиши оқибатида) ва сийдик йўллари инфекциясида кузатилади;

лейкоцитурия - сийдик йўллари инфекцияси ва аппендицит учун (аппендиксининг тосда жойлашувида) хос;

билирубинурия - жигар ва ут йўллари касалликларида келиб чиқади;

сийдикдаги порфобилиногенни аниқлаш учун (порфирияда) унга Эрлих реактиви кушилади;

кетонурия - диабетик кетоацидозда кузатилади;

сийдикда газ пуфак ва ичак ўртасида окма бўлган холларда (дивертикулит, тосдаги хупозлар, хавфли усмаларнинг асорати) пайдо бўлади;

- нажасда қон мезентериал қон айланишининг ўткир бузилишида, ичак инвагинациясида (смородинали желе шаклидаги нажас), йугон ичак ракида, дивертикулитда, Крон касаллигида кузатилади.

Инструментал текширувлар

- қорин бўшлиғи рентгенографияси бемор тикка турган ҳамда ётган холатларда тугри проекцияда бажарилади. Бунда қуйидагиларни аниқлаш мумкин:

- буйрак жомлари ва косачаларидаги тошларни (70% холларда);

- ут пуфагидаги тошларни (10-30% холларда аниқланади);

- қорин аортаси аневризмасидаги кальцификатлар;

- буралиб қолгандаги газ билан кенгайган сигмасимон ичакни, йугон ичак тутилишидаги кенгайган сигмасимон ичакни;

- ичак тутилишида кенгайган ичак ковузлокларини ҳамда улардаги суюклик сатхини;

- аппендицитда (ўсимтанинг ретроцекал жойлашувида) унги бел мушаги контурининг ноаниқлигини;

- меъда ёки 12 бармоқли ичак яраси тешилганда диафрагма гумбази остидаги эркин газни.

қорин бўшлиғини УТТ қилиш қуйидагиларни аниқлаш имқонини беради:

- ўт пуфагидаги тошларни;

- бачадондан ташқаридаги хомиладорликни;

- меъда ости безининг хакикий ва ёлгон кисталарини;

- қорин аортаси аневризмасини;

- қорин бўшлиғи аъзоларининг усмалари, жигардаги метастазларни;

- аппендицитда ўсимта деворининг калинлашувини;

- параколитларни.

- Экскретор урография;

- ирригоскопия;

- ўткир холецистит шубха остига олинганда - холесцинтиграфия (HIDA-2,6-диметилидақиқаодисирка кислота ишлатилади);

- қорин бўшлиғини КТ қилиш;

- эндоскопик усуллар - эзофагогастроуденоскопия, ректороманоскопия, колоноскопия;

- эндоскопик ретроград холангиопанкреатография;

- ЭКГ.

АЙРИМ КАСАЛЛИКЛАРДАГИ ОҒРИҚ ТАВСИФИ

Умумий қоидалар

- эпигастриядаги оғриқ асосан МИЙ нинг юқори бўлимлари касалликларида, гипогастриядаги оғриқлар эса - МИЙ нинг куйи бўлимлари ҳамда кичик тос касалликларида юзага чиқади;

-тусатдан булувчи тухтатиб булмас қусиш юқори ичак тутилишига хос;

-ўткир аппендицитда белгилар кўпинча қуйидаги кетма-кетликда юзага чиқади: қоринда оғриқ, иштаха йуқолиши, кунгил айниши, қусиш.

Оғриқ тавсифи

Ўткир қоринда оғриқ доимий ёки хуржсимон бўлиши мумкин. Аста-секин кучайиб бориб, кейин бирданга йуқоладиган хуржсимон оғриқлар санчик дейилади. Ичак, буйрак ва жигар санчиклари фаркланади. Буйрак ва ут пуфаги касалликларидаги оғриқлар санчик дейилишига карамасдан, куп холларда улар доимий тавсифга эга бўлади. Сийдик найи тикилиб колгандаги оғриқлар эса айнан санчик шаклида бўлади.

Оғриқ локализацияси

Эпигастриядаги оғриқ қизилўнғач, меъда, 12 бармоқли ичак, меъда ости беши, кора талок, жигар ва ўққа сурилган бўлади. Киндик соҳасида оғриқлар ингичка ичак касалликларида, гипогастрияда эса – тутри ичак касалликларида келиб чиқади.

Болаларда қоринда оғриқ

Болаларда қориндаги, айниқса, доимий ва қайталанувчи оғриқ врачга муружат қилишнинг энг кўп учрайдиган сабабидир. Болаларда ҳам худди катталардаги сингари ўткир қорин сабабини иложи борица вақтлик аниқлаш ва даво тактикасини ишлаб чиқиш лозим.

Ўткир аппендицит

3 ёшдан ошган болаларда аппендицит катталарга караганда купрок учрайди. 80% холларда болаларда аппендицит кайт қилиш билан, 20% холларда ич кетиши билан кечади. харорат одатда унчалик юқори булмайди. 5% холлардагина у 39⁰С дан ошади. Болаларда физикал текширувларни (қоринни пайпаслаш, ректал текширувлар) жуда эҳтиётли бўлиб бажариш лозим, бунинг учун матонат, сабр токат ва чидам зарур бўлади. Чувалчангсимон ўсимтанинг тосдаги жойлашувида кийинчиликлар тугилади. Бундай холларда аппендицит ич кетиш ва кайт қилиш билан кечади ҳамда гастроэнтеритни эслатади. Тушунарсиз холларда беморда аппендицит бор, деб хисоблаб, уни жаррохга юборилади.

Айниқса, жуда кичик ёшли ҳамда аклан заиф болаларда аппендицитни аниқлаш жуда кийин бўлиб, уларга ташҳис асосан аппендикс тешилиб, перитонит ривожлангач қуйилади.

ўткир аппендицит ва мезаденитнинг дифференциал диагностикаси

Аппендицитни мезаденит билан дифференциация қилиш лозим, чунки уларнинг белгилари жуда ўхшаш бўлади. Шуни эса тутиш лозимки, мезаденитда оғриқ унчалик аниқ жойлашувга эга эмас, қорин олд девори мушаклари таранглашуви кучсиз ифодаланган, иштаханинг йуқолиши, кунгил айниши ва кайт қилиш камрок кузатилади. Аммо, беморларнинг тана харорати юқори бўлади. Мезаденит 5 кунча давом этиб, сохайиш билан яқунланади.

Кўпинча физикал текширувлар ёрдамида аниқ диагноз қуйишнинг имқони булмайди. Бундай холларда тактика ўткир аппендицитдаги каби бўлади. Лекин шуни назарда тутиш лозимки, мезаденитли беморлар умумий оғриқсизлантиришни ёмон утказишади, уларда операциядан кейинги эрта асоратларнинг ривожланиш хавфи юқорирок бўлади.

Қориндаги қайталанувчи оғриқ

Мақтаб ўқувчиларининг тахминан 10% да қориндаги қайталанувчи оғриқлар кузатилади. Уларнинг 5-10% дагина оғриқнинг органик сабаблари топилади, холос. Қориндаги қайталанувчи оғриқларнинг келиб чиқишида асабий омилларнинг аҳамияти хақидаги тушунча машхурдир, аммо у исбот қилинмаганлигича қолмоқда.

Исталган қориндаги қайталанувчи оғриқларда биринчи навбатда органик сабаблар истисно қилиниши лозим. Оғриқ органик сабаблар туфайли чақирилганлигининг белгилари:

- жойлашуви - киндикдан ташқари қориннинг исталган соҳаси;
- иррадиация;
- оғриқ тунда пайдо бўлади, ухлашга халакит беради;
- оғриқ хуружи қайт қилиш билан кечади;
- хуружлар орасида кувватсизлик кузатилади;
- физик ривожланишнинг секинлашуви ва озиш кузатилади.

Болаларда қориндаги қайталанувчи оғриқларнинг энг кўп учрайдиган сабаблари:

- ассоциялашган мигреннинг абдодақиқаал шакли (хуруж кучли ифодаланган тери оқариши билан кечади),
- лактаза етишмовчилиги (хуруж сут қабул қилгандан кейин ривожланади,
- ичак гелдақиқатозлари (беморлар кўпинча ухлагандан кейин дарров оғриқдан уйғониб кетишади).

Оғриқ сабабини аниқлаш учун қуйидаги текширувлар утказилади:

- нажасни микроскопия қилиш ва экиш,
- сийдик тахлили,
- Эритроцитларнинг чуқиш тезлигини кушган холда қон умумий тахлили.

Қарияларда қориндаги оғриқ

Ёш улғайган сари қоринда оғриқ билан кечувчи касалликлар сони ошиб боради. Улар қуйидагилардир: атеросклероз, хавфли усмалар, дивертикулёз, камрок даражада - 12 бармоқли ичак яра касаллиги.

қарияларда қориндаги оғриқнинг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин:

- томир касалликлари:
- қорин аортаси аневризмасининг ёрилиши,
- мезентериал қон айланишининг ўткир ёки сурункали бузилиши,
- меъда ёки 12 бармоқли ичак ярасининг тешилиши,
- ут санчиғи ёки ўткир холецистит,
- дивертикулит,
- сигмасимон ичак буралиб қолиши,
- сикилган чурралар,
- ичак тутилиши,
- хавфли усмалар, айниқса, чамбар ичак раки,
- айланма темиртки (тери соҳасида жойлашагн бир томонлама оғриқ),
- тош хосил қилиш билан кечувчи узок муддатли кабзият.

Қарияларда оғриқ бўсағаси юқори, иммун реакциялар эса кучсиз ифодаланган бўлади, шунинг учун куп касалликларнинг клиник қуриниши классик қуринишдан фарк қилади. Масалан, қарияларда ўткир аппендицитнинг асосий қуринишлари оғриқ, харорат, лейкоцитоз эмас, реакциянинг сустлашуви, иштаханнинг йуқолиши ва тахикардия бўлиши мумкин.

Ўткир қорин синдромида қиёсий ташҳислаш, ўткир қорина шифохонагача бўлган босқичда қиёсий ташҳислаш.

Қоринда оғриқ, қайд қилган ва бошқа диспептик бузилишлар булган беморни бирламчи кўриқдан ўтказаетган шифокор, госпитализация қилишга бўлган кўрсатмаларни аниқлаш ва ўзининг хулоосасида 4 хил гуруҳдаги касалликларга ажратади:

- қорин бўшлиғи аъзоларини ёпиқ жарохатланиши ёки аниқ ўткир яллиғланиш-деструктив касаллиги бор беморлар;
- қолдириб бўлмайдиган жаррохлик холатларида, қорин бўшлиғи аъзоларини ёпиқ жарохатланиши ёки аниқ ўткир яллиғланиш-деструктив касаллиги бор беморларда ташҳис ни инкор қилиш учун қўшимча, лаборатор ёки асбоблар, диагностик методлар ёрдамида ишончли инкор қилиб бўлмайдиган холатлар;
- ўткир қорин синдромақиқаи объектив клиник белгиларни имитация қилувчи ўткир ва сурункали касалликлари бор беморлар;

- жаррохлик усулида даволашни талаб қилувчи асоратланган ўткир инфекцион касалликларда.

Ўткир инфекцион касалликларда ўткир қорин синдроми.

Бизга маълумки, ўткир инфекцион касалликлар бошқа ўткир қорин синдромида фарқли, ҳар бири ўзига хос циклик жараётда кечувчи специфик моноинфекциялар ташкил қилади. 30-50 йилларда бизнинг мамлакатда қорин тифининг перфоратив турларини ўрганиш ва аниқлаш ишлари олиб борилган. Энг асосий эътибор 1979-1989 йилларда Афғонистондаги аскарлар орасида сальмонеллез, бактериал дизентерия, амебиаз, маляри кенг тарқалиб, айримжойларда эпидемик кўринишда тарқалганлиги, қорин бўшлиғи аъзоларини ўткир инфекцион касалликлар ва деструктив-яллиғланишли касалликлар, уни диагностик- даволаш чораларини такомиллашиши, унга таълуқли булган саволларни ҳал қилиши, асосий шу соҳани ривожланиши ва муҳим аҳамиятга эга бўлди. Асосан бунда қорин тифининг циклик хусусиятини бузилиши катта қизиқиш ва муаммо туғдирди. классик схемага биноан қорин тифита ингичка ичак перфорацияси касалликнинг 3-хафтасида, қачонки чамбар ичакнинг пастки соҳаларида жойлашган салмонелла таъсирида ривожланган пейер пиллакчалари некрози натижасида юзага келади. Бироқ реал вазиятларда иссиқ ва тоғ-чўл жойларда вазият бошқача ривож топади.

Ичак перфорация белгилари 1 ҳафтада ҳам 3 ҳафтада ҳам кузатилди. Перфорация ичакнинг исталган жойида жойлашиши кузатилди, баъзида оч ичакнинг юқори қисмларидаям. Жаррохлик аралашувидан сунг ҳам бир неча жойдан яна қайта яралар ва уларнинг перфорацияси кузатилди. Баъзи ҳолларда реллапоротомия 2-3 мартагача бажариларди, яқун қониқарли булмасди.

Инфекцион касалликлар асорати ўткир жаррохлик касалликларни олиб келганлиги сабаб, бундай касаллар жаррох ва инфекционистлар томонидан назорат қилиниб керакли даво чоралари амалга оширилади. Бундай ҳолларда жаррох оператив муолажани аниқлай олиши керак.

Гинекологик касалликларда ўткир қорин



Гинекологик патологиялар билан боғлиқ булган “ўткир қорин” сабабини, шартли равишда 3га бўлиш мумкин.

- 1) қорин ичи ўткир қон кетишлари (бачадондан ташқари хомиладорликни бузилиши, тухумдон апоплексияси)
- 2) ички жинсий аъзоларда қон айланишнинг бузилиши (тухумдон ўсмаси ва ўсмасисимон оёқчаларнинг буралиши, миоматоз тугун некрози ва буралиши)
- 3) ички жинсий аъзоларни қорин парда билан қўшилган ҳолда ўткир яллиғланиши.

Умумий жарроҳ сифатида сизда туғруқни қабул қилиш эҳтимоллиги кам бўлса ҳам, гинекологик муаммоларга дуч келиш эҳтимоллиги доимо юқори бўлади, уларни эса сиз

билишингиз шарт. Туғруқ ёшидаги аёлларда қориндаги ўткир оғриқлар тез-тез учраб туради. Бундай оғриқлар, асосан, гинекологик сабаблар туфайли чақирилган бўлади, аммо улар “жарроҳлик” оғриқлари бўлиши ҳам мумкин. Сизнинг гинеколог-ҳамкасбаларингиз умуман олганда ёқимтой бўлиши мумкин (албатта, доктор Кристалли бундан мустасно), аммо уларнинг дунёқараши тос суяклар билан чегараланган бўлади. Натижада, сиз ўткир аппендицитни истисно қилмас экансиз, улар ўткир гинекологик ҳолатларни ташҳис лашдан ҳам бош тортиб тураверадилар. Баъзан сиз бундай беморни аппендицит бўйича операция қилаётиб, у ерда “гинекологияни” топасиз. Сиз бундай ҳолатда нима қилишни билишингиз шарт. Ҳамкасабаларингиз – акушер-гинекологлар билан биргаликда ишлашдан завқ олишингиз мумкин бўлган яна бошқа бир ҳолат бу ҳомиладор аёллардаги шошилишч патологиялардир. Ҳомиладорликнинг ўзи ҳам қориндаги оғриқларга сабаб бўлиши мумкин, айти дамда ҳомиладорлик туфайли кўпчилик жарроҳлик касалликларининг клиник кўриниши ҳам ўзгариши, бу эса, ўз навбатида, ташҳис қўйишни қийинлаштириши мумкин. Бу муаммо, шунингдек, шикастланишларга ҳам хосдир.

Тос соҳасида шошилишч касалликлар жуда кўп учрайди; жарроҳ ҳам, гинеколог ҳам бемор уларнинг қай бирига мурожаат қилмасин, у ерда қанақа жараён кетаётганини фарқлай билиши зарур. Агар сиз ҳоҳ тўғридан тўғри, ҳоҳ сеvimли гинеколог ўртоғингиз томонидан беморга чақирилишдан хурсанд бўладиган жарроҳлар тоифасидан бўлсангиз, асосан, иккита синдром билан рўбарў келасиз: **оғриқ ва қон кетиши**. Бу иккала ҳолат алоҳида-алоҳида тарзда ҳам учраши мумкин ёхуд иситма, қиндан ажралма келиши ва шу каби бошқа белгилар билан ҳам қўшилиб келиши мумкин. Бизнинг оғриқсиз қон кетиши билан кечадиган патологияларга аралашинч – гинекологларнинг нони ва сарёғига тажовуз қилиш ниятидан йироқмиз.

Сиз дуч келишингиз мумкин бўлган гинекологик касалликлар аёлларнинг ёшига қараб ҳам фарқланади, шунинг учун ҳам уларни шартли равишда қуйидаги гуруҳларга ажратиш мумкин: пременструал, менструал-фертил, ҳомиладор, менопауза гуруҳлари. Ушбу гуруҳдаги аёлларнинг ҳар бирида ўзига хос турдаги касалликлар учрайди, демакки, улардаги клиник ёндашув ҳам бир-биридан фарқ қилади.

Туғруқ ёшидаги аёлларда ўткир абдодақиқаал оғриқлар

Баҳолаш ва ёндашув - Ҳайз жараёни, жинсий фаоллик ва контрацевтив воситаларни қабул қилиш-қилмаслик ҳақидаги анамнез маълумотларини яхшилаб йиғиш лозимлигини сизга эслатиб ўтишни ортиқча деб биламиз. Ҳомиладорлик, ҳоҳ у бачадонда бўлсин, ҳоҳ – ташқарида, албатта истисно қилиниши керак. Аксарият шифохоналарда у тезкор таҳлил ёрдамида амалга оширилади. Ҳайзнинг дастлабки кунларида кузатиладиган ҳар қандай оғриқнинг ортида эндометриоз ёхуд эндометриома (шоколадли киста) яширинган бўлади. Ҳайз даврининг ўртасида оғриқ эса Граф (Graafian) фолликуласининг ёрилиши билан шартланган бўлиши мумкин. Оғриқлар диафрагманинг таъсирланиши туфайли елкага узатиладиган бўлса, унда қорин бўшлиғида қон йиғилганлигини шубҳа остига олиш мумкин. Қон, асосан, тухумдон кисталарининг ёрилиши ва бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг ёрилишидан кетади. Бу ерда сизга клиник текширувлар ҳақида гапририб ўтишни ортиқча деб ўйлаймиз. Айтиб ўтилган ҳолатларда ўткир аппендицитга хос бўлган перитонеал белгилар ҳам кузатилиши мумкинлиги сизга, албатта, маълум. Оғриқларнинг жойлашуви ва ўзга маҳаллий белгилар қиёсий таққослаш доирасини торайтиришга кўмак беради. Агар оғриқлар икки тарафлама бўлса, тос аҳзоларининг яллиғланишли касалликлари ҳақида фикр юритиш лозим, мабодо оғриқлар ўнг тарафда жойлашган бўлса, унда ўткир аппендицит ҳақида ўйлаш керак, бордию, оғриқлар ёши катта аёлларнинг чап томонида жойлашган бўлса, у ўткир дивертикулитдан дарак бериши мумкин. Гинеколог ўртоғингиз (ёки шахсан ўзингиз) томонидан бажарилган бимануал қин текшируви ушбу тоифа беморларга ташҳис қўйиш жараёнининг муҳим босқичи саналади. Сиз Дуглас бўшлиғининг ҳолатини, унда жойлашган ҳосилани, бачадон бўйинини ҳаракатлантирганда пайдо бўладиган кучли оғриқни (тос аъзоларининг яллиғланиши,

бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик) аниқлашингиз мумкин. Ультратовуш текшируви эса (ҳозирги замонда гинеколог дўстларингизнинг аксарияти трансвагинал ультратовуш жихозлари билан қуролланганлар) ташҳис қўйишдаги энг муҳим текширув усули бўлиб ҳисобланади, унинг ёрдамида тос бўшлиғидаги ҳар қандай суюқликни, бачадонни, тухумдонларни бемалол кўриш мумкин. Дуглас бўшлиғида суюқлик аниқланса, уни қин орқали нина билан олиб ташлаш керак (кулдоцентез). Кичик тосда қачонки йиринг бўлса, кичик тос аъзоларининг яллиғланишли касалликлари ёки ўткир тешилган аппендицит ҳақида ўйланг, агар у ерда қон бўлса, бу кистанинг ёрилиши ёхуд эктопик ҳомиладорликка ишора бўлиши мумкин. Умуман олганда, ўткир оғриқ билан кечувчи гинекологик ҳолатларнинг аксарияти қонсерватив тарзда даволанади. Ҳозиргина айтиб ўтилган маълумотларни инобатга олган ҳолда, сизнинг вазифангиз гинеколог билан биргаликда беморларни куйидаги гуруҳларга ажрата олишдан иборат:

- Қоринни текширганда “бехавотир” натижаларни олиш – кўпинча гинекологик касалликдан далолат беради. Қонсерватив усулда даволанади.
- Қоринни текширганда унинг “анчайин таъсирчанлиги” ва яққол гинекологик касалликлар аниқланмаслиги. Бу ерда ташҳисий даволовчи лапароскопия муолажасини бажариш энг маъқул ёндашув бўлиб ҳисобланади.
- “Аниқ эмас”. Беморни ётқизиб, КТ ёрдамида ёки усиз текширув ўтказиб, кузатувга олинг

Бачадондан ташқари ҳомиладорлик

Буюк француз жарроҳи Ҳенри Мондор (1883-1962) айтган:

“Ўткир қоринга дуч келар экансиз, ҳар доим, ҳа, ҳар доим эктопик ҳомиладорлик ҳақида ўйланг. У ҳақда бирров ўйлаш етарли эмас, бу фикр доимо ёдингизда турсин.”

Бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик дегани, уруғланган тухум ҳужайраси одатдаги жойдан (яъни, бачадон танасидан) ўзга соҳага ёпишади. Бундай жойлашув энг кўп учрайдиган соҳа бўлиб бачадон найчалари хизмат қилади, аммо эктопик ҳомиладорлик тухумдонларда ҳам, бачадон бўйинчасида ҳам, қорин бўшлиғида ҳам учраши мумкин. Гетеротопик ҳомиладорлик (бир пайтнинг ўзида ҳам бачадоннинг ичида, ҳам бачадондан ташқарида ҳомиланинг ривожланиши) жуда камдан кам ҳолларда учрайди, бундай ҳолларда бачадон ичидаги ҳомилани кўргач, ташқаридаги ҳомила эътибордан четда қолиб кетади. Қорин бўшлиғидаги ҳомиладорлик кеч аниқланади ва бунда ҳомила ривожланиб улгурган бўлади. Бундай касалларда клиник белгилар турли даражада ифодаланган бўлиб, кўпроқ қориндаги оғриқлар ва қиндан қон кетиши каби аломатлар кузатилади. Кўп аёллар ҳомидорлигини билишмайди, ҳомиладор бўлиб қолганлигини рад этишади ҳамда юқоридаги белгиларни ҳайз даврининг бузилганлиги билан боғлашади. Анамнездаги айрим унсурларни хавф омилларига киритиш мумкин, олдин кузатилган бачадондан ташқари ҳомиладорлик, тос аъзоларининг яллиғланишли касалликлари, найчада қилинган операциялар (шу жумладан найчани боғлаш ҳам!), эндометриозлар шулар жумласидандир. Бачадон ичига қўйилган спирал билан контрацепция қилишнинг ўзиёқ хавф омили бўла олмайди, аммо ҳомиладорликнинг эрта муддаларига тўғри келадиган пайтда юқоридаги шикоятлар пайдо бўлса, аксини исбот қилмагунча бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликни истисно қилиб бўлмайди. Чунки бачадон ичига қўйиладиган спирал бачадон ичида ҳомила ривожланишининг олдини олади, бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликни эмас! Ташҳис ҳомиладорлик, оғриқ ва қон кетиши каби белгиларга таяниб қўйилади. Одатда бемор тоснинг бир томонида кучли ифодаланган ва тўсатдан бошланган оғриққа, бироз жигарранг тусли қон кетишига ва ҳомиладорликка (ҳомиладорлик синамасининг мусбат эканлигига) шикоят қилиб келади, бунда ультратовуш текширувида бачадон бўш бўлади. Бемор ўзининг ҳомиладорлигини билса ва унда қиндан қон кетиши кузатилса, ташҳис қўйиш осон бўлади. Бордию ягона шикоят оғриқ бўлиб, ҳомиладорлик ҳали аниқланмаган бўлса, ташҳис қўйиш анчайин қийин бўлади. Ҳозирги кунимизда ўта катта, массив қон

йўқотиш жуда кам кузатилади, шундай бўлса ҳам, аёл кишида ички қон кетиш синдроми кузатиладиган экан, унинг акси исботланмагунча қон кетиш бачадондан ташқаридаги ҳомиладорликнинг бузилиши туфайли юзага келган, деб ҳисобланиши даркор. Физик топилмалар: гиповолемик шок ва қорин парда таъсирланиш белгиларининг ифодаланганлиги йўқотилган қон ҳажмига тўғри мутаносиб бўлади. Гинекологик кўрик вақтида бачадон атрофида оғриқли ҳосилани ёки ҳеч бўлмаса “кичкинагина нимадир” борлигини аниқлашингиз мумкин. Дуглас чўнтаги таранг бўлиб, у ерда чегараланган ҳосила ҳам аниқланиши мумкин (гематоцеле). Ультратовуш текшируви бачадондан ташқаридаги ҳомила қопини ҳамда қорин бўшлиғидаги эркин суюқликни (қонни) аниқлаш учун энг маъқул текширув усулидир.

Даволаш: Айрим ҳолларда бачадондан ташқари ҳомиладорликнинг бузилиши ўз-ўзидан тузалиб, сўнгра сўрилиб кетса ҳам, барча ҳолларда операция қилиш стандарт даволаш усули бўлиб қолмоқда. Умумий жарроҳ сифатида сиз кўпроқ найчадаги (асосан унинг дистал қисмидаги) ҳомиладорликнинг ёрилиши каби драматик ҳолат билан рўпара келасиз. Бундай ёрилиш, асосан, ҳомиладорликнинг тўртинчи ҳафтасига тўғри келади. Тўсатдан гиповолемик шок ва ўткир перитонит белгиларининг юзага келиши сизни яқка, гинекологсиз зудлик билан операция хонасига киришингизни ва лапаротомия қилишингизни талаб этади. Қорин бўшлиғига пастки ўрта лапаротомия ёхуд Пфанненштиль кесмаси орқали кириш ҳолатнинг қай даражада шошилишчилигига, беморнинг тана тузилишига боғлиқ бўлади. Ҳомила қопини олиб ташлаш, қон кетишини чоклар қўйиш орқали назорат қилиш ҳамда тухумдонни сақлаб қолиш – мана сизнинг операция вақтида қиладиган ҳаракатларингиз. Камроқ хатарли ҳолатлар эса гинеколог билан биргаликда, иложи бўлса, лапароскоп воситасида ҳал қилинади. Касалликка эрта ташҳис қўйилган ҳолларда бачадон катталашмаган ёки бироз катталашган бўлиши мумкин, ҳомила жойлашган найча эса бироз шишган бўлиб, унда ўсмасимон ҳосила аниқланади. Бунда Дуглас бўшлиғида кам ёки ўртача миқдорда қорамтир қон топилади. Ўътибор берсангиз, эктопик ҳомиладорлик бўйича операция қилинганда кўпинча қон аллақачон тўхтаган бўлади; агар у фаол бўлса, оддий салпингэктомиягина талаб этилиши мумкин. Тухумдонлар даҳлсиз бўларкан, ҳатто икки томонлама салпингэктомия бажарилган тақдирда ҳам бемор экстракорпорал уруғлантириш муолажаси орқали ҳомиладор бўлиш имқонини сақлаб қолади.

Тухумдон кисталари

Тухумдон кисталари, одатда, ёш аёлларда учраб, кўпинча улар “функционал” тавсифга эга бўлади (фолликуляр ёки сарик тана кисталари) ҳамда белгиларсиз кечади. Аммо кисталар менопаузадан кейинги ёшдаги аёлларда учраса, унда тухумдонлар ўсмаси ҳақида ўйлаш ва уни истисно қилиш лозим. Фақат асоратланган кисталаргина, уларнинг этиологиясидан қатъий назар, шошилиш жарроҳлик ҳолати сифатида кўриб чиқилади.

Кистадан қон кетса ёхуд у буралиб қолса, ўткир оғриқ юзага келади. Оғриқнинг жадаллиги ва перитонеал белгиларнинг ифодаланганлиги кетган қоннинг миқдорига тўғри пропорционал бўлади. Кистанинг буралиб қолишида анчайин кучли оғриқ кузатилади. Туғруқ ёшидаги аёлларда тухумдон кисталарининг асоратланиши ўткир аппендицит клиникасини бериши мумкин. Кераксиз операциянинг олдини олиш учун сиз қоринни рентген ва ультратовуш нурлари билан текширишингиз даркор. Текширув натижалари: одатда, функционал кисталар солитар, ягона ва кичик ўлчамли (<8см) бўлади. Дуглас бўшлиғида эркин суюқлик борлиги кистанинг ёрилгани ва қон кетганидан дарак беради. Каттароқ ва мураккаброқ кисталар аниқланса дермоид киста каби ўзга патологиялар ҳақида фикр юритиш лозим бўлади. Оғриқ фонида ультратовуш текширувида (УТТ) қон бўлмаслиги буралиб қолишнинг ишончли белгиларидан биридир. Бугунги кунимизда бундай беморлар “ўткир аппендицитни истисно қилиш учун” КТ текширувидан ўтказилади, бунда ўзгаришсиз чувалчангсимон ўсимтани кўриш билан бирга тос бўшлиғидаги эркин суюқликни, тухумдондаги патологияларни хужжатлаштириш мумкин бўлади. Агар шундай бўлса, биз текширувни қин орқали

қилинадиган УТТ билан давом эттирамыз. Бу усул тос аъзолари патологияларини янада аниқлик билан ойдинлаштириш имқонини беради.

Даволаш: дақиқаймал маҳаллий ва тизимли белгилар билан кечадиган кичик (<8см) кисталарнинг оддий ёрилишини қонсерватив тарзда даволаш лозим. Аммо ёрилиш қорин бўшлиғига кўп қон кетиш билан кечса ёхуд ўзга патологияларни истисно қилишнинг иложи бўлмаса (масалан, катта ёки мураккаб кисталар), жарроҳлик аралашуви кўрсатма бўлади. Кичик кисталар ҳамда хавфли ўсма тўла истисно қилинган ҳолларда лапароскопия маъқул усул саналади. Бироқ жуда катта кисталарда (>10 см) лапаротомия қилиш тухумдондаги ҳосилани уни бузмасдан олиб ташлаш имқонини беради. Беморнинг тана тузилишидан келиб чиқиб, бу операцияни Пфанненштиль кесмаси орқали бажаришингиз ҳам мумкин. Буралиб қолиш, одатда, кучли ва давомли оғриқлар, қорин томондан ҳам драматик топилмалар ва тизимли белгилар билан кечади, бу эса, ўз навбатида, операцияга кўрсатма бўлиб хизмат қилади. Операция пайтида кистадан фаол қон кетиш кузатилса, қўл остингиздаги барча усуллардан фойдаланиб, уни тўхтатинг. Бу ерда кистани аспирация қилиш ёхуд кесиб олишга ҳожат йўқ. Кейин, илтимос, тухумдонларни олиб ташлашни ҳатто хаёлингизга ҳам келтирманг. Ҳаётга лаёқатли бўлса, найчаларни ҳам, тухумдонларни ҳам асраб қолиш керак, фақат яққол некрозга учраган тухумдоннигина резекция қилишга йўл қўйилади. Дермоид киста кесиб олиб ташланади. Тухумдонларнинг ёмон сифатли ўсмаларини муҳокама қилиш қўлингиздаги китобнинг вазифасига кирмайди.

Тос аъзоларининг яллиғланишли касалликлари

Тос аъзоларининг яллиғланишли касалликлари бугунги кунда камдан кам ҳолларда шошилиш жарроҳлик ҳолатига сабаб бўлади, аммо улар туфайли сизни тез ёрдам бўлимига тез-тез чақириб туришади. Бу инфекцион синдром бўлиб, жараёнга у ёки бу даражада эндометрий, бачадон найчалари ёки тухумдонлар тортилади. Беморлар, одатда, ёш ва жинсий фаол бўладилар. Клиник кўриниш турли даражада ифодаланган бўлиб, дақиқаймал оғриқлар, диспареуния (жинсий яқинлик пайтида оғриқ сезиш), иситма, енгил эндометрит/сальпингит билан боғлиқ бўлган қиндан ажралмалар чиқиши каби белгилардан тортиб то тухумдон-найча хўппозининг ёрилиши туфайли юзага чиқадиган оғир перитонит ва септик шоккача кузатилиши мумкин. Шунингдек, патологиядан келиб чиқиб, физик топилмалар ҳам қориндаги маҳаллий тарангликдан тортиб то тарқалган перитонеал белгиларгача бўлиши мумкин. Оғриқ ҳамда мушак таранглиги кўпинча икки томонлама ифодаланишига эътиборингизни қаратинг. Гинекологик кўрик пайтида йирингли ажралмалар, бачадон бўйнини ҳаракатлантирганда оғриқ ва таранглик қайд этилади. Тухумдон ёки тос хўппозлари пайпасланиши ёхуд УТТ ёки КТ да аниқланиши мумкин.

Даволаш: агар бундай беморларни даволамаса, инфекция натижасида найча хўппози ривожланиши, сўнгра у тос бўшлиғига тарқалиши ва алал оқибат ҳақиқий перитонитга олиб келиши мумкин. Кейинчалик эса найчанинг битиб қолиш хавфи ошади ҳамда тосда битишмалар пайдо бўлади, бу эса, ўз навбатида, бепуштликка ҳамда тос соҳасидаги сурункали оғриқларга сабаб бўлади. Енгил ҳолатларнинг аксарияти антибиотиклар билан даволанади. Уларни оғиз орқали қабул қила оладиган беморларни амбулатор шароитда даволаса бўлади. Қорин томондан перитонит белгилари ҳамда оғир тизимли аломатлари бўлган беморларни эса вена ичига антибиотиклар юбориб даволаш учун шифохонага ётқизиш даркор. *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoea*, *Escherichia coli* ва *Haemophilus influenzae* каби кўзғатувчиларга таъсир кўрсатадиган антибиотиклар (якка ёки бир нечтаси биргаликда) эмпирик тарзда буюрилади. Уларнинг оғиз орқали ёки вена ичига юбориладиган турфа хиллари бисёр. Ўтказилаётган даволашга жавоб бермаётган ёки ташҳис и ноаниқ бўлиб қолаётган беморларга лапароскопия қилиш лозим. Бу гинекологларнинг иши. Одатда, найча-тухумдон хўппози ёрилиб, диффуз ёхуд тарқок перитонит ривожланган беморларга сизни чақиритишлари мумкин. Хўппоз дренажланиши керак, бачадон ва тухумдонларни олиб ташлаш ёинки қолдириш масаласи беморнинг ёшидан, патологик жараённинг тавсифидан ҳамда гинекологнинг қароридан келиб чиқиб

ҳал этилади. Тос аъзоларининг яллиғланиши ҳақида гап кетганда “расмий дарсликларда” Куртис-Фитц-Хуг (Curtis-Fitz-Hugh) синдроми ҳам эса олинади. Бу синдром тос бўшлиғидан кўтарилувчи инфекция оқибатида ривожланадиган “перигепатит” сифатида таърифланади. Аслида бу жараён гонококкли инфекция туфайли юзага келиб, бугунги кунда деярли барча ҳолатларда *C. Trachomatis* ҳам кўшилиб келади. У номахсус абдодақиқаал оғриқларни чақириши мумкин, ўткир холециститга ўхшаб кетиши мумкин, аммо бизнинг клиник материалимизда бундай инфекция туфайли ҳеч қачон жарроҳлик аралашувига эҳтиёж туғилмади. Бироқ, бошқа сабаблар туфайли қилинган лапаротомия ва лапароскопия муолажалари вақтида жигар атрофидаги битишмали жараёнларга тасодифан гувоҳ бўлганмиз.

Қиннинг ёрилиши

Қиннинг ёрилиши кам учрайдиган ҳолат ҳисобланади, аммо у жиддий қон кетишига сабаб бўлиши мумкин ва у соф гинекологик шошилиш ҳолат саналади. Қиннинг ёрилиши дастлабки никоҳ кечасида ёш аёлларда учраши мумкин (“қонли дефлорация”). Ундан ташқари, зўрлик қилинган ёки ўзига хос турли хил нарсаларни жинсий қониқиш учун қўлайдиган (ўзи ёки шериги ёрдамида) ҳар қандай ёшдаги аёлларда ҳам бу асорат кузатилиши мумкин. Бундай беморлар мурожаат қилганда асоратнинг сабаби зўрлаш бўлиши мумкинлигини ҳар доим ёдда тутинг. Клиник жиҳатдан қон кетиши яққол бўлади. ташҳис гинекологик кўзгулар ёрдамида текшириш орқали қўйилади: қизлик пардасидан бошлаб, тепага томон давом этадиган, қирралари анчагина текис бўлган ёрик аниқланади. Айрим ҳолларда ёрилиш трансмурал тавсифга эга бўлиб, гумбазгача етиб боради. Даволаш қон кетишни назорат қилиш (тўхтатиш) ҳамда ёрилган соҳани сўрилувчи иплар билан узвий тарзда чок қўйиш орқали қайта тиклашдан иборат бўлади. Бу муолажани маҳаллий ёхуд умумий оғриқсизлантириш остида қилиш жароҳатнинг ўлчамларига боғлиқ бўлиб, ҳар бир беморга алоҳида ёндашилади.

Ҳомиладор аёлларда қориндаги ўткир оғриқлар

“Эркакларда қорин бўшлиғидаги ҳар 10 ўсмадан 9 таси ёмон сифатли бўлади, аёлларда қориндаги шишнинг ҳар 10 тадан 9 таси ҳомиладор бачадон туфайли келиб чиқади.”(Рутерфорд Моррисон, 1853-1939)

Умумий мулоҳаза

Ҳомиладорлар ва янги туққан аёлларга маслаҳатга чақириш жарроҳларда безовталиқ, хавотирлик ҳиссини уйғотади. Ўйлаймизки, қуйида келтирадиган бир неча бандлар сизга оддий тамойиллар асосида ушбу мураккаб масалага тўғри ёндашув йўлини танлаб олишга кўмак беради. Қуйидаги сабаблар туфайли ҳомиладор аёллардаги шошилиш патологиялар алоҳида диққат билан ёндашувни талаб этади:

- Катталашаётган бачадон қорин бўшлиғи аъзоларнинг одатдаги анатомик жойлашувини бузиб, уларни жойидан силжити, бу эса, ўз навбатида, “клиник сценарийнинг” ғайриоддий тарзда ривожланишига задала яратади.
- Физиологик жиҳатдан ҳам ҳомиладорлар бошқа аёллардан фарқ қилади; Биринчи триместрда улар учун кўнгул айнаши ва қайт қилиш хос бўлади, ундан ташқари, тахикардия, тана ҳароратининг биров юқори бўлиши ҳамда лейкоцитоз ҳомиладорлар учун “табиий” ҳолат ҳисобланади.
- Маълум маънода қориндаги “оғриқлар ва ачишиш ҳисси” ҳомиладор аёллар учун хос саналади.
- Сиз ҳомиладор аёл билан ишлар экансиз, ўз-ўзидан иккита беморни қабул қилаётган бўласиз, чунки айна дамда ҳомиланинг ҳам ҳаёти ва соғлигини инобатга олишга тўғри келади.

Иш даволаш босқичига келганда она ва ҳомила манфаатларининг тўқнашуви юзага келиши мумкин. Ҳомиладорликнинг дастлабки босқичларида бу бола ташлаш хавфи бўлса, охириги босқичларида муддатидан олдинги туғруқдир. Ушбу иккала ҳолатда ҳам операция хавфлироқми ёхуд консерватив даволаш, аниқлаш анча қийин кечади. Одатда, ҳомиладорлик давридаги ўткир қорин ҳолати ёки “ҳомиладорлик туфайли”, ёки “ҳомиладор бўлишига қарамасдан” юзага чиқади.

Ҳомиладорлик учун хос бўлган шошилинич ҳолатларни қуйидагиларга ажратиш мумкин:

- Доялик муаммолари – бачадондан ташқаридаги ҳомиладорлик, абортлар, шу жумладан, септик абортлар (септик бачадон ўткир қорин клиникасини бериши мумкин), “қизил дегенерация” деб аталмиш ҳолат, йўлдошнинг кўчиши, бачадон ёрилиши, пре-эклампсия ва бошқалар. Бу ҳолатлар бу ерда муҳокама қилинмайди. Эй, ахир биз сизга дояликка оид қўлланма ваъда бермаганмизку!
- Умумий ҳолатлар – ҳомиладорларда кўп кузатиладиган ўткир пиелонефрит, кам бўлса ҳам учраб турадиган ички аневризманинг (масалан, қора талоқ артериясининг) ёрилиши. Ҳомиладорлик билан боғлиқ бўлган яна бир ҳолат – қорин тўғри мушагининг спонтан гематомаси (гематома, шунингдек, антикоагулянтлар қабул қилаётган, ҳомиладор бўлмаган эркаклар ва аёлларда ҳам учраши мумкин). Мушакда чуқур жойлашган бундай гематоманинг келиб чиқиш сабаби пастки эпигастрал артерия тармоғининг ёрилиши ва қоннинг мушаклар орасида (чуқурда) йиғилиб қолиши билан боғлиқ. Кўрик вақтида қорин олд деворида таранг ҳосила аниқланади, бемор қоринни таранглатганда ва бўшатганда ушбу ҳосила йўқолмайди (Фотергил белсиги). УТТ ёки КТ ёрдамида ташҳис ни тасдиқлаш мумкин. Даволаш қонсерватив тарзда амалга оширилади.

Ҳомиладорлик даврида тасодифан юз берадиган шошилинич ҳолатлар

Ҳомиладорлик даврида ҳар қандай шошилинич ҳолатлар (касалликлар) ривожланиши мумкин. Қуйида бир неча асосий қоидалар кўриб чиқилади:

- “Триместрлар ҳақида ўйланг”. Биринчи триместр даврида ҳомила дори воситалари ҳамда Рентген нурларининг шикастловчи таъсирига айниқса сезувчан бўлади. Ушбу муддат давомида қорин бўшлиғида операциялар ўтказиш ҳомила тушишига сабаб бўлиши мумкин, учинчи триместр даврида қилинган операциялар эса, ўз навбатида, муддатидан олдинги туғруқни чақириши мумкин. Бу ҳолатлар, тайинки, ҳам ҳомила, ҳам она ҳаёти учун қўшимча хавфлар туғдиради. Иккинчи триместр операциялар учун энг қулай давр бўлиб, режали операцияларни ушбу муддатда амалга ошириш мақсадга мувофиқ саналади.
- Ҳомилага қараганда онанинг омонлиги ва манфаатлари биринчи ўринда туради. Бир вақтнинг ўзида онада ҳам, болада ҳам дистресс кузатилса, барча даво чоратadbирлари онанинг манфаатларига йўналтирилиши лозим. Она учун максимал даво чоралари қўлланилишига қарамасдан, дистресс жадаллашишда давом этса ҳамда ҳомиладорлик муддати 24 ҳафтадан юқори бўлсагина Кесар кесиш операциясини қўллаш мумкин бўлади.
- Ҳомиладор аёл сурункали кичик қорин синдромидан (chronic abdominal compartment syndrome) азият чекади. Шошилинич патология (масалан, тешилган аппендицит, ичак тутилиши) қорин ички босидақиқанинг янада ошишига олиб келади, у эса, ўз навбатида, веноз қайтишни ва юракдан чиқадиган қон ҳаждақиқанинг камайишига сабаб бўлади. Беморни *чап ёнбош декубитал ҳолатига* ётқизинг, бунда бачадон сурилиб, унинг пастки кавак венага босими камаяди.

Сиз қуйидагилардан бохабар бўлишингиз лозим:

Ўткир аппендицит. Одатда, ҳомиладорларда “ўткир аппендицитни истисно қилиб бериш учун” сизни чақиришади. Муаммони келтирилгани каби ҳал қилинг; лекин шуниси ҳам борки, ҳомиладор бачадон туфайли кўр ичак жойидан силжиши мумкин, ундан ташқари, чарви ҳам юқорига кўтарилиб, ўзининг “миршаблик” вазифасини адо этолмаслиги, яллиғланган, айниқса, тешилган чувалчангсимон ўсимтани ўраб ололмаслиги мумкин. Натижада ўсимтанинг эркин қорин бўшлиғига тешилиш эҳтимоллиги юқори бўлади. УТТ ўткир холециститни, оғриқларнинг бошқа сабабларини (масалан, тухумдон ёки бачадондаги патологияни) истисно қилиш, шунингдек, катталашган чувалчангсимон ўсимтани ҳужжатлаштириш имқонини беради. Ҳомилани

нурлантириш хавфи борлиги учун КТ қилиш тавсия этилмади. Ҳомиладорлик даврида ташҳис ий лапароскопия қилиш ва лапароскопик аппендэктомия қилиш она ва ҳомила учун беҳавотир эканлиги қайд қилинган, аммо бу масала, айниқса ҳомиладорликнинг охириги муддатларида, барибир баҳсли мавзулигича қолмоқда. Мабодо операция қилишга қарор қилсангиз, столни чапга бироз буранг, кесмани эса мушак таранглиги ифодаланган соҳадан (бу одатий нуқтадан бироз юқорида бўлиши мумкин) бажаринг. Ва ниҳоят, ёдингизда бўлсинким, ҳомиладорлик даврида, айниқса унинг эрта муддатларида, ўткир аппендицитни даволашнинг энг маъқул усули бу антибиотиклар билан қонсерватив даволашдир.

Ўткир холецистит. Бу касаллик ҳомиладорлик даврида клиник жиҳатдан ва ультратовуш ёрдамида осонгина аниқланади. Биринчи триместрда беморни қонсерватив тарзда даволаб, операцияни кейинроққа – иккинчи триместрга суришга ҳаракат қилинг. Борди-ю холецистит учинчи триместрда юзага келса, бу ҳолатда ҳам иложи борича операцияни туғруқдан кейинги давргача кечиктиришга уриниб кўринг. Ҳомиладорлик даврида хавфсиз тарзда лапароскопик холецистэктомия бажарилиши мумкин. Бунда мумкин бўлган энг кам босим остида газ инсуффляция қилиниши, пастки кавак венага бўлган бачадоннинг босидақиқаи камайтириш учун стол чапга буралиши лозим. Бачадон қорин бўшлиғини тўла эгаллаб олган ҳомиладорликнинг охириги муддатларида холецистэктомия талаб этилса, биз ўнг қовурға равоғи остидан бажариладиган кичкина кесма орқали қилинадиган очиқ операцияни маъқул кўрамиз. Шу ерда HELLP синдромақиқаи (гемолиз, жигар ферментлари микдорининг ошиши, тромбоцитлар сонининг камайиши) ҳам эслатиб ўтишни лозим топдик. Бу синдром туғруқдан олдин, эклампсия олди ҳолатидаги беморларда кузатилиши мумкин бўлган, нисбатан кам учрайдиган ҳолат бўлиб, билиар тизим касалликлари билан осонгина адаштирилиши мумкин, чунки “кичкина” HELLP синдромида ҳам жигар катталашиб, унинг капсуласи таранглашиши ва ўнг қовурға равоғи остида кучли оғриқлар келиб чиқади. Жигардан қон кетиши, жигар гематомаси ва ҳатто унинг ёрилиши HELLP синдромақиқаинг жиддий асоратларидан бўлиб, жарроҳлик аралашувини талаб этади. Бунда бола тезда туғдирилиб, даволаш эса жигар шикастланишлари тамойилларига асосланган ҳолда олиб борилади. Нотурғун, коагулопатияси бор беморларда жигар тампонланиши даркор. HELLP ни доимо ёдда тутинг: хатолик йўл қўйиб бажарилган холецистэктомия онанинг ҳам, боланинг ҳам ҳаётига нуқта қўйиши мумкин.

Ичак тутилиши. Сигмасимон ёхуд кўричакнинг буралиб қолиши кўпинча ҳомиладорликнинг кечки муддатларида кузатилиши мумкин. Ҳомиладорлик даврида ички аъзоларнинг сурилиши узок муддатли битишмаларга сабаб бўлиши мумкин, бу эса, ўз навбатида, ингичка ичак обструкцияси ёки буралиб қолиши ривожланишига заҳарли яратди. Ҳомиладорлик ичак тутилиши белгиларини “ўчириб”, эрта ташҳис қўйишга халақит беради. Эътибор беринг: гастрографин билан ёки усиз бир неча рентгенография қилиш ҳатто ҳомиладорликнинг эрта муддатларида ҳам хавфсиз саналади. Шунинг учун ҳам ингичка ёки йўғон ичак тутилишини шубҳа остига олар экансиз, сира иккиланманг. Ёдингизда бўлсинким, ичак странгуляцияси онанинг ҳам, унинг боласининг ҳам ҳаётига таҳдид солади. Бу журъатсизлик қиладиган пайт эмас.

Ҳомиладорлик давридаги шикастланиш

Ҳомиладорлардаги қорин шикастланишини даволаш худди ҳомиладор бўлмаган аёлларни даволаш билан бир хилдир, фақат бу ерда ўзига хос тарафи сиз бир эмас, икки нафар бемор – она ва унинг ҳомиласи билан тўқнаш келасиз. Ёдингизда бўлсин, ҳомиладор аёлларда айланиб юрувчи қон микдори бошқаларга нисбатан кўп бўлади. Шу туфайли ҳам уларда гиповолемик шок белгилари яширин кечиши ёхуд кечикиб юзага чиқиши мумкин. Агар онанинг клиник ҳолати имқон берса, ҳомиланинг аҳволини Допплер ёки давомли кардиотокодинамометрия ёрдамида назорат қилиб, баҳолаб турилади. Бачадон ёрилиши ва йўлдош кўчиши ҳомиладор аёлларда катта муаммолар келтириб чиқаради. Бу ҳолатда қориннинг таранглиги ва қорин парда таъсирланиш

белгилари кузатилади, баъзида эса бачадоннинг тубини аниқлаб бўлмай қолиш билан бирга эркин қорин бўшлиғида ҳомила аъзоларини пайпаслаш мумкин бўлади. Қоринни пайпаслаш бачадоннинг қисқаришига ва қиндан қон кетишига олиб келиши мумкин. Ҳомилага хавф туғилган тақдирда тезда Кесар кесиш операциясини бажариш ҳам она учун, ҳам бола учун фойдадан ҳоли бўлмайди.

“Туғруқдан кейинги” давр

Туғруқдан кейинги дастлабки даврларда, шунингдек, Кесар кесиш операциясидан сўнг қориндаги шошилинич ҳолатларга ташҳис қўйиш жуда мушкул бўлади. Қориндаги оғриқлар ҳамда гастроинтестинал белгилар операция ва туғруқдан сўнг кузатиладиган оғриқлар сирасига йўйилади, ҳарорат ва ҳолсизликка эса қолдиқ эндометритнинг белгилари сифатида қаралади. Боз устига, қорин девори максимал даражада бўшашиб, тери ортиқча бўлиб қолади, бунинг натижаси ўлароқ, перитонеал белгилар яшириниб, аниқ ташҳис қўйиш кечикиши мумкин. Туғруқ давомида “ҳар нарса бўлиши”, шу жумладан, ичаклар буралиб ёки сиқилиб қолиши мумкин. Туғруқдан кейинги эрта даврда биз ўткир аппендицит, пептик яранинг тешилиши ва ўткир холецистит каби ҳолатларни кузатганмиз. Бунда, одатда, ташҳис , демакки, даволаш ҳам кечикади. Ҳушёр бўлинг.

Шифокорга олти нафар эркадан кўра бир аёл кўпроқ муаммо келтиради (Испан мақоли).

Ўткир урологик касалликлар.

Урологик муаммолар кўпам шошилинич ҳолатларда учрайвермайди. Шифокор-урологнинг зўр афзаллиги шундаки, операцияларимизнинг аксарияти режали бўлганлиги сабабли ҳамкасб-умумий жарроҳлардан фарқли ўлароқ бизлар (урологлар) тунни операция хонасида эмас, иссиққина тўшақда ўтказамиз. Ўткир урологик ҳолатларнинг кўпчилиги бошқа бўлимларнинг шошилинич операция хоналарида даволанади. Мен бу ерда умумий жарроҳ дуч келиши ҳамда уролог уйқуга тўйгунча ўзи мустақил равишда ҳал этиши мумкин бўлган масалаларни муҳокама қилиб ўтаман.

Ўткир буйрак санчиғи

Буйрак санчиғига ташҳис қўйиш, одатда, унчалик қийинчилик туғдирмайди ва у буйрак жомчаси ёки сийдик найининг тош билан ичкаридан беркилиб қолиши туфайли юзага чиқади. Ўзини безовта тутаётган беморнинг белидаги кучли оғриқ – мана классик шикоят. Оғриқ бел соҳасидан бошланиб, спазматик ва қайталанувчи тавсифга эга бўлади. У кўпинча кўнгил айнаши билан, кам ҳолларда эса қайт қилиш билан бирга келади. Тошдан проксималроқ тарафда жойлашган сийдик чиқариш йўллариининг кенгайиши оғриққа сабаб бўлади. Худди сийдикнинг босими остида тош пастга қараб ҳаракат қилгани каби, оғриқ ҳам бел соҳасидан бошланиб, сўнгра қориннинг пастки қисмларига, кейинчалик чов соҳасига, ва ниҳоят, жинсий аъзоларга тарқалади. Тош сийдик найининг пастки қисмига етиб борган заҳоти бемор оғриқларнинг зурайиши ва тезлашувига шикоят қила бошлайди, тош сийдик пуфагига ўтиб кетгач эса бу белгилар деярли йўқолади. Шундай қилиб, беморнинг шикоятларига қараб, тошнинг ҳаракатланишини кузатиб бориш мумкин. Буйракдан то сийдик пуфагигача бўлган йўлда тош учта торайган соҳадан ўтади: жомчадан сийдик найига ўтиш соҳаси, ёнбош томирлар, сийдик йўли ва сийдик пуфагининг бирикмаси. Тош тиқилиб қолиши мумкин бўлган соҳалар, асосан, шулардан иборат. Бундай ҳолатни баҳолашда тошнинг ўлчамларини ва унинг сийдик найининг айнан қайси қисмида жойлашганлигини аниқлаш ўта муҳим аҳамият касб этади. 5 мм дан кичик бўлган ҳамда пастда (ёнбош томирларидан қуйроқда) жойлашган тошлар, одатда (80-90%) ўз-ўзидан тушиб кетади, демакки, бунда кутиш ёндашуви қўлланилади. Катта тошлар ва уларнинг сийдик найининг юқори бўлакларига жойлашувида ташқаридан аралашув талаб этилади. Ўз-ўзидан тушиб кетадиган тошлар, аксарият ҳолларда 3-4 ҳафта ичида тушади.

Ташҳис - Тошларнинг аксарияти рентгеноконтраст тавсифга эга бўлади, демак, қорин бўшлиғини кенг қўламли рентгенография қилиш касалликка ташҳис қўйишдаги

биринчи кадамдир. Рентгенограммага қараб туриб, куйидагиларга адақиқа бўлишимиз лозим: оғриқларнинг тош жойлашган тарафга мос келишига, скелетда ҳеч қанақа “кутилмаган совға” (метастазлар) йўқлигига, ҳеч қандай шубҳали соялар (ўсма) мавжуд эмаслигига.

Контрастсиз компьютер томография шошилишча қабулхонада бундай беморларга ташҳис қўйишда “олтин мезон” бўлиб ҳисобланади. Унинг ёрдамида таркибидан қатъий назар (сийдик жавҳари ва бошқалар), ҳар қандай тошни аниқласа бўлади. Гидронефроз ва обструкцияга ташҳис қўйишда ультратовуш текшируви (УТТ) кўмак бериши мумкин: УТТ воситасида сийдикнинг сийдик пуфагига оқиб тушиши кузатилади; мабодо кузатилмаса, бу обструкциянинг билвосита белгиси бўлиб саналиши мумкин.

Даволаш-Буйрак санчиғи простагландинлар билан асосланган бўлади, демак, вена ичига ностероид яллиғланишга қарши дори воситаларини (НЯҚДВ) юбориш танлов даволаш усули бўлиб хизмат қилади. Диурезни кучайтириш ва тошни пастга қараб силжитиш учун суюқликлар буюрилади, шунингдек, силлик мушакларнинг релаксантларини бериш ҳам (масалан, вена ичига Папаверин юбориш) ўткир оғриққа қарши курашда кўмак беради. Стероидлар ва кальций каналининг қамалчилари олдин синовдан ўтказилган – улар сезиларли аҳамият касб этмаган. Кейинроқ эса простатизм учун Тамсулозин, альфа-адренергик қамалчилар қўлланилган ва уларнинг тошни кўчиришга ёрдам бериши аниқланган.

Эсингизда бўлсин: дастлабки кўрик пайтидаёқ беморда инфекция ва буйрак фаолиятининг бузилиш белгиларини изланг. Ушбу белгилар ва тўхтамаётган оғриқнинг бирга қўшилиб келиши беморни шифохонага ётқизиш учун кўрсатма бўлади. Лаборатор текширувлар қонинг тўлақонли таҳлилини, шу жумладан, креатинин ва электролитларни ҳам ўз ичига олиши лозим. Буйрак санчиғи билан оғриган беморларнинг айримлари септик ҳолатда ёки оғир буйрак етишмовчилиги ҳолатида бўлиши мумкин (биттагина буйраги бўлган беморлардан эҳтиёт бўлинг). Бундай беморлар шифохонага ётқизишиб, уларнинг сийдик ажратиш тизими зудлик билан декомпрессия қилиниши лозим, акс ҳолда беморларнинг сепсис туфайли вафот этиш хавфи бўлади. Декомпрессияни ўзини ушлаб турувчи стент (JJ) (энди урологга телефон қилишингизга тўғри келади) қўйиш орқали ёхуд радиолог томонидан тери орқали нефростома ўрнатиш йўли билан амалга оширса бўлади. Сийдик найини уни беркитиб турган тўсиқ бўлмиш тошдан (одатда) тозалашнинг ҳаммабоп усуллари куйидагилар: стент қўйиб, сўнгра зарба-тўлқинли литотрепсия қилиш ёки шошилишча уретероскопия қилиб, лазер билан тошни майдалаш. Сийдик найининг пастки қисмларида жойлашган тошлар учун уретероскопия энг самарали усул бўлса, унинг юқори қисмларидаги ва жомчадаги тошларни майдалаш учун, одатда, ташқи зарба-тўлқинли литотрепсиядан фойдаланилади.

Моякнинг буралиб қолиши

Умумий жарроҳ сифатида кўпгина “ўткир ёрғоқ ҳолатларига” урологга қараганда сиз анча олдин дуч келасиз, улар баъзан 34.1-расмдагига ўхшаб кетади. Уруғ тизимчасининг буралиб қолиши “ўткир ёрғоқ” нинг энг драматик кўринишларидан бири бўлиб, агар ўз вақтида ташҳис қўя олмасангиз, моякни йўқотиб қўйиш мумкин бўлади. У, асосан, ўсмирларда учрайди, аммо исталган ёшдаги болаларда, ҳатто янги туғилган чақалоқларда ҳам бу асорат кузатилиши мумкин.

Мояк чов канали орқали тушиб келар экан, у олдида қорин парданинг бир бўлагини суриб боради. Мояк ёрғоққа тушган заҳоти қорин парда беркилади, унинг олд тарафида тушиб келган қорин парда эса ёрғоқнинг пастки нуқтасига ёпишиб, моякнинг пастки қутбини ёрғоқ деворига маҳкамлайди. Аммо қорин парданинг ушбу бўлаги тепароққа, уруғ тизимчасидан юқорироққа ҳам ёпишиб қолиши мумкин, натижада мояк қин пардаси ичида (қорин пардадан ҳосил бўлади) ўз ўқи атрофида айланиши, бурилиши, бу эса, ўз навбатида, ўткир ишемияга олиб келиши мумкин. Бундай аномалия ёрғоқнинг иккала қисмида ҳам тенг миқдорда учрайди. 1960-йиллардан кейинги тиббий адабиётда ушбу ҳолатга аксарият ҳолларда кеч ташҳис қўйилаётгани ҳамда бу касаллик бўйича қилинаётган орхиэктомиялар сонининг ғоятда кўплигига урғу бериб келинади. Клиник

белгиларга диққат-эйтибор билан ёндашиш, фаол тарзда операция қилиш тактикасини қўллаш туфайлигина буралиб қолган мойкларнинг кўпчилигини асраб қолишга эришиш мумкин. Ёрғоқдаги бир томонлама оғриқ ва шиш, кўнгил айнаши ва қайт қилиш каби белгиларнинг иситма ҳамда сийдик бузилиши белгиларисиз келиши – касалликнинг классик кўринишидир. Одатда бемор юришга қийналади, чунки, ёрғоқни босмасин, деб бемор оёғини эҳтиёт қилиб ҳаракатлантиради. Кўпинча эса клиник белгилар унчалик яққол бўлмасдан, оғриқ ҳамда шишдан иборат бўлади, холос. Асосан ёрғоқ ичи яллиғланиш касалликлари билан таққослашга тўғри келади (масалан, эпидидимит, орхит), аммо болаларда яллиғланиш касалликларига қараганда буралиб қолишнинг эҳтимоллиги юқори бўлади. Шунингдек, болаларда мойк ортиқларининг буралиб қолиши юз бериши ҳамда шифокорни адаштириб қўйиши мумкин. Мойкда иккита: бевосита мойкнинг пастки бўлагидан чиқувчи хусусий ҳамда эпидидимисдан чиқувчи ортиқлар мавжуддир. Агар улар ўз ўқи атрофида буралиб қолса, мойкда катта шиш ва кучли оғриқ кузатилади. Бу ҳолатларда мойкнинг ўзи ўзгаришсиз бўлади. Бунда ёрғоқни кўздан кечирганда “ҳаворанг доғ” деб аталмиш чегараланган, шишган соҳани аниқлашимиз мумкин. Уруғ тизимчасининг буралиб қолиш белгилари қуйидагилардан иборат: мойкнинг тепага силжиши, унинг кўндаланг жойлашуви, салбий мойк-мушак белгиси (меъёрда сонни силаш оқибатида мойк кўтарилади) ҳамда маҳаллий оғриқ ва таъсирчанлик. Доплер ультратотовуши билан текшириш ташхис қўйишга ёрдам беради, бунда мойклар перфузиясининг камайганлиги аниқланади, бу эса, ўз навбатида, ёрғоқни очишга кўрсатма бўлади. Ультратовуш текширувининг натижалари шубҳоли бўлган тақдирда ҳам юқоридаги белгилар бўлса, жарроҳлик аралашуви талаб этилади. Мойк 4-6 соатлик ишемияга “туриб бериши” мумкин, сўнгра эса атрофияга олиб келувчи қайтмас ўзгаришлар ривожланади. Буралиш юз берган вақтни беҳато аниқлаш мушкул масала, шунинг учун ҳам буралиш белгилари яққол мавжуд бўлганда ёрғоқни очиб, мойкларни бевосита кўздан кечириш, текшириш тавсия этилади.

Текшириш, юқорида айтилганидек, ёрғоқни очиш орқали амалга оширилади; буралган мойк тўғирланиб, иссиқ матога ўралади. Агар қон айланиш қайта тикланса (мойк тўқимаси қизғиш тус олади), мойкнинг камида учта жойидан сўрилмас иплар ўтказилиб, ёрғоқ деворига маҳкамланади. Агар қон айланиши қайта тикланмаса, мойкни олиб ташлаш тавсия этилади. Атрофик мокни жойида қолдирса, аутозиддитаналар пайдо бўлишига, улар эса қарама-қарши тарафдаги мойкни ҳам шикастлаб, бепуштлик чақиради, деган фикрга амал қилинади. Айни муолажа давомида иккинчи мойк ҳам тафтиш қилиниши ҳамда буралишнинг олдини олиш мақсадида чоклар билан мустаҳкамланиши лозим. “Етарлича тажовузкор” бўлинг, беморларнинг учдан бири микдоригача манфий натижа қайд этилиш мумкин.

Ўткир сийдик тугилиши

Шошилиш қабулхонада ёки ўзингизнинг операциядан кейинги даврдаги беморларингизда ўткир сийдик тугилишига тез-тез дуч келасиз. Бундай беморларнинг аксариятини простата безининг яхши сифатли гиперплазияси билан оғрийдиган эркаклар ташкил қилади. Уларда олдин ҳам никтурия, қўша сийдик келиши, сийдик келишининг узоқ туриб қолиши ва шу каби белгилар кузатилган бўлади. Ўзга сабаблар сирасига уретранинг торайиши ёки асаб касалликлари (масалан, тарқоқ склероз) кириши мумкин. Ўткир сийдик тугилиши қориннинг пастки қисмидаги оғриқ, сийдик чиқара олмаслик ҳамда (ажабланарли жойи йўқ) ғазабланиш каби белгилар билан намоён бўлади. Простата безининг яхши сифатли гиперплазияси билан оғрийдиган айрим беморларда симпатомиметик (масалан, эфедрин) ёхуд антихолинергик (психотроп) воситаларни қабул қилиш натижаси ўлароқ ҳам ушбу ҳолат ривожланиши мумкин.

Даволаш - Бундай асоратни даволашнинг энг оддий усули Фоли (Foley) катетерини қўйишдир. Бунда унчалик катта бўлмаган, ўртача ўлчамдаги катетерни қўйган маъқул, чунки уни узоқ муддатга қолдиришга тўғри келиши мумкин. 16 F ўлчамли катетер яхши танлов ҳисобланади. Сийдик пуфаги бўйинчасининг торайиши, катталашган простата беzi, уретранинг торайиши каби ҳолатлар сийдик найи орқали ўтишни қийинлаштириши

мумкин. Оддий Фоли катетерини қўйишнинг иложи бўлмаса, 14 F ўлчамли Тиман-Фоли (Tieman-Foley) катетерини ўрнатиш мумкин. У букилган ва нотекис уретра орқали ўтишни осонлаштирувчи махсус учга ва бурчакка эга. Учинчи қатор катетерларига турли ўлчамдаги шаффоф ва қаттиқ, Тиман учига эга бўлган, баллонсиз катетерлар киради. Уларнинг ҳеч бирини ўрнатишнинг иложи бўлмаса, унда цистостомик найча (қов усти катетери) қўйишга тўғри келади. Аксарият ҳолларда биз катта диаметрли нинани қов суяги устидан киритиб, айнан сийдик чиқишига адақиқа бўлгач, шу нуқта ва йўналиш бўйлаб катетерни (найчани) ўрнатамиз. Мабодо бемор ушбу соҳада олдин операциялар ўтказган бўлса, унда эътиборлироқ бўлиш керак. Бунда энг яхшиси цистостомани ультратовуш назорати остида ўрнатишдир. Албатта, беморларда буйрак фаолияни ҳам текшириш даркор, чунки айрим беморларда сийдикнинг сурункали тугилиши оқибатида буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин.

Катетерни ўрнатгач, 2-3 соат давомида диурез миқдорини ўлчаш жуда муҳимдир. Одатда шу муддат ичида жуда кўп миқдорда сийдик ажралиши билан кечувчи “**постобструктив диурез**” деб аталмиш ҳолат кузатилади. Полиуриянинг патофизиологияси асосида сийдик тугилиши туфайли ўз вақтида чиқарилмаган, йиғилиб қолган тузларнинг, гиперосмоляр муҳитнинг бирданига ювилиши ётади. Бунинг ўзга сабаблари ҳам бор: мочевинани йўқотиш туфайли ўрта миянинг сувни ушлаб қолиш хусусияти талофат кўради ҳамда ёлғон қандли диабет деб аталмиш ҳолат юзага келади; дистал нефронлардаги антидиуретик гормон рецепторлари ўз сезгирлигини вақтинча йўқотиши. Суюқлик-электролит мутаносиблигининг бузилиши оқибатида бу ҳолат, айниқса ёши улуг беморларда, ҳаёт учун хавfli саналади. Постобструктив диурез миқдори 200 мл/соатдан ортиқ бўлса, бемор шифохонага ётқизилиши лозим. Уларда ҳар соатда диурез миқдори ўлчаниб, вена ичига суюқлик (0,45% натрий хлорид эритмаси) буюрилади. “Ўз дудақиқаи қувиб юришдан” қочиш учун чиққан суюқликнинг дастлаб 80 фоизи, сийдик камайган сари эса 50 фоизи тўлдирилади. Қоидага кўра бундай ҳолат вақтинчалик хусусиятга эга бўлиб, 24 соат ичида ўтиб кетади.

Урологик жароҳат

Буйрак - Буйрак шикастланиши тўмтоқ ёки кириб борувчи бўлиши мумкин ҳамда улар одатда йўл-транспорт ҳодисаси, юқоридан йиқилиш ёки тажовуз туфайли шартланган бўлади. Бунда (айниқса юқоридан йиқилишда) кечиккан жароҳат бор-йўқлигига эътиборингизни қаратинг, чунки у артерия ички қаватининг (интима) шикастланишига, оқибатда буйрак артериясининг тромбозига олиб келиши мумкин. Бу эса ҳақиқатда ҳам фавқулотда ҳолат ҳисобланади. Буйрак шикастланишининг бошқа ҳолларида охириги йиллар давомида консерватив даволаш тарафдорлари кўпайиб бормоқда. Санчилган ҳамда кам тезликли ўқ отилган жароҳатларни консерватив тарзда даволаш Жанубий Африкада пайдо бўлган. Айнан шу мамлакатда шошилинич қабулхонада ишловчи шифокорлар буйрак соҳасида юқоридаги тавсифли жароҳатга эга бўлган кўп сонли беморлар ўзларининг операцияга бўлган навбатини кутиш давомида ҳеч қандай жарроҳлик аралашувларисиз ўз-ўзидан тузалиб кетаётганини кузатишган. Буйраклар етарли даражада қайта тикланиш қобилиятига эга бўлиб, аксарият жароҳатлар дақиқаимал даражада из қолдирган ҳолда битиб кетади. Сийдик оқиши каби асоратнинг кўшилиб келишини ички (сийдикни буйракдан сийдик пуфагига ўтишини таъдақиқаловчи стентлар) ёхуд ташқи (тери орқали қўйиладиган нефростома) дренаж ёрдамида осонгина даволанади. Ўз-ўзидан маълумки, буйракнинг кириб борувчи жароҳатлари ёндош аъзо ва тўқималарнинг ҳам кириб борувчи жароҳатлари билан кўшилиб келади. Гематурия буйраклар шикастланишининг ўзига хос, махсус белгиси ҳисобланади. Битта кўрув майдонидаги эритроцитлар сонининг 5 тадан кўп бўлиши микрогематурия деб аталади. Сизга кўпол, макроскопик гематуриянинг таърифини келтиришимизга ҳожат йўқ деб биламиз, тўғрими?

Қайси беморларда буйракларни инструментал текширув усулларини қўллаш лозим:

- Макрогематурия кузатилган тўмтоқ шикастланиш

- Кириб борувчи жароҳатлар: буйракларга анатомик яқин жойлашган кириб борувчи жароҳатга эга бўлган барча беморларда
- Кичик ёшдаги беморларда: текширувларни қўллаш уларда анча либерал тавсифга эга, чунки болалар салоҳиятли буйрак шикастланишларига анчайин сезгир бўладилар.

Контрастли кучайтирилган КТ энг афзал текширув усули бўлиб ҳисобланади. Аксарият спирал компьютер томографлар 2-3 дақиқада артериал ва веноз фазаларни аниқлаш имқонини беради. Сийдик оқиши ҳамда сийдик йиғиш тизимидаги ўзга шикастланишларни фақат 10-дақиқага борибгина аниқлаш мумкин, шундай қилиб, тўлақонли манзарага эга бўлиш учун беморни текширув остида камида 10 дақиқа ушлаб туриш зарур.

Муҳим топилмалар:

- Буйрак атрофидаги, айниқса, медиал тарафда жойлашган гематомалар – томирлар шикастланганидан дарак беради
- Сийдикнинг медиал экстравазацияси – жомча ҳамда сийдик найи бирикмасининг узилиш белгиси
- Буйракларда контраст кучайишининг мавжуд эмаслиги – артериал шикастланишдан далолат.

IVP (вена ичи пиелограммаси) дан ҳозирга келиб воз кечилган, уни қилишга фақат битта кўрсатма бор, холос – “бир марталик” операция ичи IVP. Олдиндан текширилмаган беморни лапаротомия қилиш давомида жарроҳ мабодо қорин парда орти, буйрак олди гематомасига дуч келса, буйракни баҳолаш учун IVP буюриши мумкин. 2 мл/кг миқдорда контраст модда юборилгач, орадан 10 дақиқа ўтгач, рентгенограмма тайёр бўлади. Меъёрадаги каби кўринган буйракни тинч қўйиш мумкин. Шунингдек, шошилишч кўрсатмалар бўйича нефрэктомия қилаётганда иккинчи буйракнинг соғлом эканлигини билиш ҳам доимо ёқимли туйғудир (албатта, айрим ривожланаётган ўлкаларда IVP ҳамон камбағалларнинг компьютер томографияси родини ўйнаб келмоқда).

Шикастланиш босқичлари

Бошқа аъзолардаги каби, буйракнинг шикастланишларини ҳам босқичларга ажратиш ҳамда шунга мос ҳолда ҳаракат қилиш ғояси илгари сурилмоқда. Одатда Америка Травматологлар Ассоциациясининг аъзолар шикастланишининг оғирлик шкаласи урологлар томонидан ҳам буйраклар шикастланиш босқичини баҳолаш учун қўлланилади. Умуман олиб қаралганда, I-III босқислар паранефрал гематоманинг ўлчамлари ва буйрак паренхимасининг ёрилишини ифодалаб беради. IV босқич эса ёки буйракнинг тўла – пўстлоғидан тортиб то сийдик йиғиш тизимигача бўлган ёрилишини, ёки томирлар жароҳатини билдиради. V босқич буйракнинг парчаланиб кетганини ёхуд унинг дарвозасидан чўрт узилганини англатади.

Буйрак шикастланиши билан оғриган беморларни даволаш

- Енгил босқичдаги беморлар операциясиз даволаниши мумкин.
- Беморлар жадал даволаш бўлимига ётқизиilib, гемоглобин миқдори тез-тез аниқланиб турилиши керак.
- IV ҳамда V босқичдаги шикастланиш кўпинча жарроҳлик аралашувини талаб этади.
- Кутиш тактикаси қўлланилган пайтда қон кетиш юз берса, ангиоэмболизация самара келтириши мумкин.
- Шиллиқ қават ёрилиши туфайли келиб чиққан (секинлашган шикастланиш) буйрак артериясининг окклюзияси 6-8 соат ичида, буйрак тўқималари ўлмасдан, баргараф этилиши лозим.
- Тажриба шуни кўрсатадики, шубҳали ҳолларда операция қилиб, жароҳатни таҳмирлаш асоратларни даволашдан кўра афзалдир.
- Операцияга мутлоқ кўрсатмалар: буйракдан турғун қон кетиши, тарқалган паранефрал гематома ва буйрак артериясининг шикастланишидан дарак берувчи

пулсацияланувчи ренал гематома. Нисбий кўрсатмалар: нотурғун ҳолат, сийдикнинг катта миқдордаги экстравазацияси (сийдик тугувчи медиал киста; ўз-ўзидан битиб кетмайдиган жомча-сийдик найи бирикмасининг йиртилиши) ҳамда 20% дан ортик буйрак тўқимасининг ҳаётга нолайқлиги.

Буйрак шикастланишларидаги операция

Алоҳида буйрак шикастланишлари бўйича операция, асосан, нотурғун беморларда қон тўхтатиш учун амалга оширилади, кам ҳолларда эса, асоратларни бартараф этиш учун қўлланилади. Операция учун ҳанжарсимон ўсимтадан то киндикдан пастгача давом этувчи ўрта кесма бажарилади. Бел соҳасидан қилинадиган қўндаланг-қийшиқ классик кесма гарчи режали нефрэктомия учун мўлжалланган бўлса-да, у озғин беморларда шошилиш жарроҳликда ҳам асқотади, чунки ушбу кесма орқали томирлар йўналиши бўйлаб яхши йўл очилади ҳамда у ўрта кесмага қараганда осонроқ. Эски доғмаларда буйрак томирлари уларнинг бошланиш соҳасидан тортиб то гематоманинг ичигача текширилиши лозимлиги айtilган бўлса ҳам, бу иш айтишгагина осон, холос. Бугунга келиб биз шунга биламизки, томирларни эрта назорат қилиш ҳеч қандай афзалликларга эга эмас. Амалда паранефрал гематома буйрак атрофидаги ҳар қандай режаларни чиппака чиқариши ҳеч гап эмас. Жарроҳ қорин парда орти бўшлиғини ён тарафдан ёки жароҳат ўрни олтидан очади ҳамда қон қуйқаларини тозалайди. Сўнгра буйракни медиал ва олд томонга кўтариб, уни мобилизация қилади, кейин эса буйрак “оёқчасидаги” тузилмаларни ҳамда паренхиматоз шикастланишларни баҳолаш учун унинг дарвозасини кўздан кечиради. Паренхима ёриқлари таъмирланади, бунда сийдик йиғиш тизими нозик, сўрилувчи иплар билан тикилади, ёндош паренхима тўқимаси эса Surgicel ёстиқчаларини қўллаган ҳолда тўмтоқ атравматик жигар ниналари ёрдамида (бу сафар ҳам сўрилувчи чоклар ишлатилади) тикилади. Операция давомида сийдик йиғиш тизимидаги катта ёриқлар ёхуд травматик тарзда унинг катта бўлагининг узилиши ёки гедақиқаефрэктомия ҳоллари топилса, сийдик пуфаги орқали ретроград равишда J-симон стентларни қўйиш сийдик тарқалишининг олдини олиш борасида самарали усул бўлиши мумкин.

Буйрак парчаланиб кетган ёки йирик буйрак томирларини таъмирлашнинг иложи бўлмаган ҳолларда нефрэктомия энг маъқул усул бўлиб ҳисобланади. Шунингдек, меъда ости беъзи ёки ичак каби ёндош аъзоларда катта жароҳатлар кузатилган тақдирда ҳам нефрэктомия қилиш тавсия этилади, чунки катта ўлчамдаги жароҳати таъмирланган буйракдан оққан сийдик маҳаллий “септик” асоратларни келтириб чиқариши мумкин. Ҳайвонларда ўтказилган изланишлар шунга кўрсатиб бердики, битта буйрак қолдирилганда диализсиз яшаб кетиш кўрсаткичи 33-50% ни ташкил қилар экан. Демак, буйракнинг ярдақиқами, ундан кўпроғиними, сақлаб қолишнинг иложи бўлса, албатта мана шундай операцияни амалга ошириш ўзини оқлайди.

Сийдик найи (ureter) - сийдик найининг жароҳатлари, одатда, жароҳат борасида операция ўтказилиб бўлингач, дренаж найчадан сийдик оқиб келгач, кеч аниқланади. Сийдик найи қорин парда орти бўйлаб йўналар экан, унинг барча қисмлари ёғ тўқимаси билан қопланган, йўналиши эса илонизи каби бўлади. Шундай қилиб, ўққа дуч келиши ёхуд пичоқ билан кесилиши учун унда табиий ноқулайликлар бисёр. Айрим шикастланишлар даврида ўқ ёки снаряд парчаси тезлигининг ўта юқорилиги туфайли сийдик найи деворини шикастлаши ҳамда уни қисман ёриши, натижада эса сийдик оқиши кузатилиши мумкин. Сийдик найи шикастланишининг ўзига хос белгиси – сийдик оқиши бўлиб, у экскретор урография ёки контрастли КТ ёрдамида аниқланади. Жароҳат ўрни бел-ёнбош ёки тос соҳасида жойлашган бўлса, сийдик найи шикастланишини шубҳа остига олиш мумкин бўлади. Сийдик найининг травматик шикастланишини аниқлаш учун яхшилаб, диққат билан текширув ўтказиш лозим, акс ҳолда уни ўтказиб юбориш мумкин. Кесар кесиш операцияси ёки колоректал муолажалар вақтида **сийдик найининг ятроген шикастланиши** юз бериши мумкин. Агар операция вақтида ташҳис қўйилса, унда бундай асорат дарҳол бартараф этилиши

лозим. Айрим бахтсиз ҳодисалар лапароскопик операция вақтида рўй беради ва улар, одатда, ўтказиб юборилади ва кеч аниқланади. Баъзан сийдик найи клип ёки чок воситасида сиқилиб қўйилиши мумкин, бунда бемор бел соҳасидаги оғриқларга шикоят қилади ёхуд белгиларсиз гиронефроз ривожланади ҳамда у УТТ текширувида топилади.

Сийдик найи шикастларини даволаш

Сийдик найи яхшилаб ўрганилиши, текширилиши лозим ва ҳар қандай некротик ўчоққа, гарчи сийдик найи узунлигига таҳдид солса-да, жарроҳлик ишлови берилиши керак. Анастомозни стенлаш доимо сийдикни ўтказиб бериш ҳамда маҳаллий тўқималарнинг битиб кетиш имқонини яратиш беради. Мукамал қўйилмаган анастомоздан сийдик ҳар доим чиқишга йўл топиб олади, мана шунинг учун ҳам сиз урологияда жуда кўп сонли ва турли стент ҳамда найчаларни қўллашнинг гувоҳи бўласиз, мана шунинг учун ҳам урологлар ўзларини чилангарларга ўхшатишади. Сийдик найи пастки бўлақларининг (ёнбош томирларидан пастроқда) шикастланишлари кўп учраб, уларни таъмирлаш осонроқдир. Қоидага кўра, шикастланган бўлақ тўла олиб ташланиб, сўнгра сийдик найи тўғридан-тўғри сийдик пуфагига уланади. Бунда сийдик найи жуда калта бўлиб қолса, сийдик пуфагини юқорига кўтариб (m. Psoas га мустаҳкамлаш йўли билан), сийдик пуфагидан ўзига хос “тизза” яратилади (Воагі тиззаси). Сийдик найининг ўрта ва юқори қисмларидаги жароҳат 2 см дан кичик бўладиган бўлса, ингичка, сўрилувчи ишлардан фойдаланиб, “охирга-охир” шаклида анастомоз қўйилади. Ундан каттароқ жароҳатларни таъмирлашда шу тарафдаги буйракни мобилизация қилиб, пастроққа туширишга эҳтиёж сезилиши мумкин. Бу муолажа жарроҳга қўшимча бир жуфт сантиметрни “ҳадя” қилади. Сийдик найининг нуқсони жуда катта бўладиган бўлса, масаланинг бир қанча ечимлари бор; улардан бири битта сийдик найини қорин парда ортидан иккинчисига улашдир (*transureto-uretrostomy*). Ўзга усул – ингичка ичак бўлагидан “ичакли сийдик найини” ясаш. Сўнги чоралардан бири мазкур буйракни тоснинг шу тарафига ауто трансплантациялашдир. Бунда сийдик найининг катта ўлчамли нуқсонининг ўрни босилади. Тажрибали, моҳир қўлларда ушбу усулларнинг ҳар бири ҳам муваффақият келтирган.

Иккита муҳим изох:

- Сийдик найининг улкан ва нотурғун жароҳати учраса, энг оддий ечим сийдик найини шикастланган ўчоқнинг тепасидан 24 соатга сиқиб қўйиб, сўнгра хавфсиз бўлган нефростома найчасини ўрнатишдир. Батафсил таъмирлашни кейинчалик бемалол амалга ошириш мумкин.
- Эътибордан четда қолиб кетадиган яна бир ҳолат: мабодо сийдик найининг жароҳати ўта катта бўлиб, унга кеч ташҳис қўйилган бўлса, боз устига, мураккаб сийдик окмалари шаклланиб бўлган бўлса, унда, агар нариги буйракнинг фаолияти қониқарли бўлса, нефрэктомия энг маъқул ечим бўлиши мумкин.

Сийдик пуфаги - Сийдик пуфагининг жароҳатлари, одатда, тос шикасти билан боғлиқ бўлади. Сийдик пуфагининг алоҳида шикастланиши, айниқса, байрам кунлари, беморлар кўп ичимлик ичиб, сийдик пуфаги таранг бўлиб турган бир пайтда, қориннинг пастки қисмига зарба олиши оқибатида юз беради. Сийдик пуфагининг тешиб кировчи жароҳатлари кўпинча ўзга аъзоларнинг шикастланишлари билан қўйиб келади. Ятроген шикастланишлар ҳам кўп учраб, бу ерда акушер-гинекологлар асосий “жиноятчилар” саналади.

Сийдик пуфагининг жароҳати қов устидаги оғриқлар ва катта макрогематурия билан ифодаланади. Деярли барча ҳолларда цистогамма тўғри ташҳис қўйиш имқонини беради. Сийдик пуфагини тўлдиришда эҳтиёт бўлинг, хушсиз ҳолдаги беморнинг пуфагига 300 мл контраст юборилади, хушида бўлган бемор ноқулайлик ҳиссига шикоят қилиб бошласа, контраст киритишни тўхтатиш лозим. Пуфакнинг жароҳатлари экстраперитонеал (ён тарафга контраст йиғилади), ёхуд интраперитонеал (контраст модда ингичка ичак соялари бўйлаб оқади) бўлиши мумкин. Сийдик пуфагининг экстраперитонеал ёрилишларини катта ўлчамли Фолей катетерини (20-22F) пуфак ичида, то жароҳат битиб кетмагунча қолдириш йўли билан даволаш мумкин. Катетерни олиб

ташладан олдин цистограмма қилиб олиш керак. Интраперитонеал ёрилишларнинг барчасида лапаротомия қилиниб, сўрилувчи иплар билан чоклар қўйилиши лозим. Сийдик пуфагининг бўйинчасига яқин бўлган жароҳатларда сийдик найларининг тешиклари текшириш талаб этилади.

Ёрғоқ - Ҳар қандай этиологияли тўмтоқ жароҳат мойк оқсил қаватининг ёрилишига олиб келиши мумкин. Ёрғоқнинг тўмтоқ жароҳати, асосан, битта мойкнинг шикастланишига олиб келса, кириб борувчи ёрғоқ жароҳатларининг учдан бирида иккала мойк ҳам шикастланиши қайд этилган. Ёрғоқнинг гематомаси клиник жиҳатдан кўп учрайдиган белги ҳисобланади, аммо у ҳар доим ҳам мойкнинг шикастланиш даражаси билан боғлиқ бўлавермайди, чунки қон ёрғоқнинг ҳар қандай тузилмасидан кетаётган (ёки кетган) бўлиши мумкин. Ундан ташқари, мойк сезгирлик хусусиятининг камайиши ҳам унинг шикастланганидан дарак бермайди. Мойкнинг кучли оғриғи қориннинг пастки қисмига берилади, бу эса мойк жароҳатига шубҳа уйғотади. Биз даволаган беморлар орасида оғриқдан қичқираётган, наркотиклар ҳам ёрдам бермаган беморлар бўлган. Уларнинг ёрғоғи кўздан кечирилганда шиш ёки гематома деярли аниқланмаган; аммо операция пайтида мойкнинг оқсил пардаси ёрилганлиги аниқланган. Текширувлар ичида ёрғоқ ва мойкларни баҳолаш учун энг яхши усул ультратовуш текшируви бўлса-да, унинг хулосасига таяниб ҳам мойкларнинг жароҳатини тўла истисно қилиб бўлмайди. Агар сиз шубҳаланаётган бўлсангиз, яхшиси ёрғоқни очиб текшириб кўринг.

Даволаш - Ёрғоқни эрта очиб, мойкларни таъмирлаш – қоидадир. Эрта таъмирлашдан мурод – мойкларни қутқариб қолиш, тезроқ тузалишга задақиқа яратиш ҳамда мойклар фаолиятини сақлаб қолиш. Ёрғоқни кўндаланг кесма билан очинг; оқсил пардага етиб боргунча худди пиёзни арчандек, қаватлардан бирма-бир ўтинг. Оқсил қавати ёрилган бўлса, *уруғ тизимчаларининг* йўлини кўрасиз, улар худди майдагина спагеттиларга ўхшаб кўринади. Шикастланган тўқималарга ишлов берилиб, оқсил пардаси қайта тикланиши лозим. Катта гематоцеледан қон қуйқаларини оддийгина олиб ташлаш ҳам тузалиш жараёнини тезлатади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 15-мавзу 327 дақиқа	Талабалар сони 8-10
<i>Мавзу</i>	Ўткир қорин ва абдоминал оғриқ синдроми. Тушунча, классификация. Этиология, патогенез, клиника. Ўткир қоринга сабаб бўлувчи гинекологик, терапевтик, урологик, қон-томир хасталиклар киесий ташҳис оти. Ўткир қорин синдромида УАШ нинг даволаш тактикаси.
<i>Амалий машғулот режаси</i>	1. Кейс мақсади ва кириш. 2. Блиц сўров ўтказиш, талаба фикрлашиги шакллантириш. 3. масала ечими учун муаммони мақсадини аниқ ва шаклини аниқ қуйиш.

	<p>4. Гуруҳда кейс стади ечими. 5. Натижалар муҳокамаи ва уни баён этиш. 6. Т схема бўйича муаммони интерпретацияси. 7. Хулоса. Талаба у қуйилган муаммонинг ечимини тугри топиши ва куллашига асосланиб баҳоланади.</p>
<p>Ўқитиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил текширишни ўргатиш. - Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тулдиришни ўргатиш. - Куп тарқалган ва кам учровчи касалликларни ташҳислаш даволаш алгоритминини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш. - Шошилиш шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташҳис қуйишни мустақил ўрганиш. - Ўтказилган киёсий ташҳислашдан сунг дастлабки ташҳисни қуйиш. - Беморни куриб, инструментал ва лаборатор текширишлар интерпретациясига асосланиб ташҳис қуйиш. - Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш - Анатомиа, ОХТА, жароҳат инфекцияси фағлариги мустаҳкамлаш ва такомиллаштириш 	
<p>Педагогик топшириқлар:</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Беморни мустақил текширишни ўргатиш. • Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тулдиришни ўргатиш. • Куп тарқалган ва кам учровчи касалликларни ташҳислаш даволаш алгоритминини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш. • Шошилиш шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташҳис қуйишни мустақил ўрганиш. • Ўтказилган киёсий ташҳислашдан сунг дастлабки ташҳисни қуйиш. • Беморни куриб, инструментал ва лаборатор текширишлар интерпретациясига асосланиб ташҳис қуйиш. • Хирургик касалликларни даволашга ўргатиш • Аҳолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш 	<ul style="list-style-type: none"> - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси хақида умумий тушунча ва тасаввурни тўғри етказиб бериш; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясинини клиникаси ва текшириш режасини билиш; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорациясинини замонавий диагностикасига ўргатиш; - Талабаларда клиник фикрлашни ўргатиш; - Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияли касалларни УАШ даражасида колдириб булмайдиган тиббий ёрдам беришни ва ўз вақтида касалларни стационарга госпитализация қилишни ўргатиш; <p>Ошқазон ва 12 бармоқли ичак яра перфорацияси бор касалларни даволаш.</p>
<p>Ўқитиш усули ва техникаси</p>	<p>Блиц сўров, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тури» усули, ўргатувчи уйин, кейс-стади, айланма стол, эксперт варағи.</p>
<p>Ўқитиш воситалари</p>	<p>Тарқатма материаллар, визуаль материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти,</p>

	таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
Ўқитиш шакли	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда, аудиториядан ташкарида.
Ўқитиш шароити	1. УАШ Жарроҳлик кафедраси, 1-ШКК ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари, клиник лабораториялари; 2. Жадваллар комплекти, услубий кулланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм; 3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.
Баҳолаш	Сўров, баҳолаш, рейтинг бўйича баҳолаш.

3.2. Дарснинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъдақиқалашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўллари эшитишни таклиф қилади.	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс	Фаол иштирок этади.

40 дақиқа 80 дақиқа	топшириқларининг ечидақиқаи муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейсинг ечидақиқаи топишга қўшимча маълумотдандан фойдаланишга имқон беради. Муаммони тушунтиради, ечидақиқаи топиш учун тўғри йўлга йўналтииради. (илова №3.1).	
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4). 2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Масала ва тестларни муҳокама қилади. Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Қўрилган бемор ҳисоботи ташҳиси.
III- қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.(илова №8)	Эшитади

Блиц-савол:

15. Ўткир қорин сабабини кўрсатинг.
16. Ўткир қорин синдромақиқаи диагностик алгоритдақиқаи кўрсатинг
17. Ўткир қорин синдромақиқаи диагностикасида инструментал текширув усулларни кўрсатинг
18. Ўткир қорин синдромида УАШ тактикасини аниқланг.

1 – топшириқ**Эксперт варағи****1-гуруҳ.**

1. ўткир қорин синдроми ҳақида тушунча
2. қоринда оғриқ билан кечувчи касалликларни сананг

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдиринг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ

1. қоринда оўриқни келтириб чикаришда кам учрайдиган сабаблар
 2. ўткир қорин касалликларида клиникаси, диагностикаси, қиёсий ташҳис и, даволаш усуллари.

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдириг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2 - топшириқ

“Т-чизма” жадвал тўлдириг

3.1. Машғулот технологиясининг модели	3.1. Машғулот технологиясининг модели

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони

Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46 - 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 3-1 ва пасти – ёмон.

Ушбу машғулотта янги педагогик технологиядан қўлладик: “айлана стол”, “Академик полемика”.

Айлана стол усулини қўллаш:

Айлана бўйлабтопшириқли варақ тарқатилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади. нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Академик полемика усулини қўллаш:

Гуруҳ 2та кичик гуруҳчаларга бўлинади. Ҳар бир гуруҳча шифокор-бемор суҳбатини ташкил этишади. Ҳар бир гуруҳчада 1 та талаба адвокат- суҳбатни ижобий томонларини муҳокама қилади, 1 та талаба прокурор- суҳбатни салбий томонларини муҳокама қилади..

Адвокат ва прокурор хулосаларини ўқиб эшиттиришади ва бутун гуруҳ томонидан муҳокама қилинади.

Вазият: Бемор 30 ёш, ўнг ёнбош соҳасидаги оғриққа, кўнгил айниши, қайд қилишга, оғиз қуришига, умумий холсизликка шикоят қилади, 9 соатдан бери касал оғриқлар эпигастрал соҳада бошланиб, ўнг ёнбош соҳасига кўчган. Оғриқ хуружи. Умумий аҳоли нисбатан қониқарли. Қорни юмшоқ, симметрик, нафас олиш актида бир хил қатнашади. пальпацияда ўнг ёнбош соҳада оғриқли, мушаклар таранглашуви аниқланади. Шеткин-Блюмберг, Ровзинг, Ситковский, Бартомье Михелсон симптомлари мусбат. Қон анализи: гем- 140 г/л, эрит-4.2 лейкоцит- 9.4.

Сизнинг таҳдақиқай ташҳис ингиз?

Сизнинг фикрингизча қайси текширувлар ташҳисни тасдиқлайди?

Беморни олиб бориш тактикаси қандай?

Жавоб: Беморда ўткир аппендицит. Беморни жаррохлик бўлимига ётқизиш ва шошилиш жаррохлик амалиётини ўтқизиш.

4. Вазиятли масала ва тестлар.

1. Аёлда 4 туғруқдан сўнг ўнг чов соҳасида чурра хосиласи пайдо бўлди, мустақил қорин бўшлиқига тўғирланарди. Охирги 1.5 ойда чурра хосиласи мустақил тўғирланмади, зич ва оғриқли бўлиб қолди, айниқса оғир жисмоний меҳнатдан ва узок юргандан сўнг кучаяди. Динамикада чурра хосиласи катталаша борди. Шифокорга муружаат қилмади. Бугун оғир юк кўтаргандан сўнг чурра соҳасида кучли оғриқ сезди ва чурра катталашиб кетди. Шундан сўнг ахволи оғирлашгач биринчи марта шифокорга муружаат қилди.

1. Қуйидаги бемор шикояти ва анамнезидан, чурранинг қайси асорати хақида ўйлаш мумкин ?
2. Қуйидаги вазиятда поликлиника шифоқорини госпитализацияга нисбатан тактикаси ?
3. Стационарга келгач навбатчи шифокор ўзини қандай тутиши керак?

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Чурра қисилиши	30	20-29	1-19	0-4
2	Зудлик билан стационарга ётқишиш	30	20-29	1-19	0-4
3	Хеч нарсага қарамай, Шошилич жаррохлик амалиётини ўтқишиш	40	30-39	5-29	0-4

2. Беморда кўпдан бери ошқазон яраси мавжуд. Бир йилда 2 марта хуруж қилади. Охирга вақтда оўриқлар камайиб, холсизлик ва бош айланиши кузатила бошлади. Кечроқ қорни бўйлаб тарқоқ оғриқлар қўшилди. Оғриқдан бемор мажбурий холатни олди: ётган холда тизза қоринга келтирган, юз чизиклари ўткирлашган.

1. Қайси асорат хақида ўйладингиз?
2. Перфорация ва қон кетишни стационарда қандай ташҳис лэйсиз?
3. Перфорация ва қон кетиш билан бўлган касалларни даволаш тактикаси.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Перфорация, қон кетиш	30	20-29	1-19	0-4
2	Қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси, ЭГДФС, УҚА	30	20-29	1-19	0-4
3	Жаррохлик муолажаси	40	30-39	5-29	0-4

3. бемор 35 ёш автотравмадан кейин шифохонага олиб келинди. Шикояти қориндаги оғриққа, холсизликка. Кўрувда бемор рангпар, А/Б 80/60 пульс 110та/дақиқа. Пальпацияда қорни чап ёнбош соҳаси оғриқли, таранглашган, қорин парда таъсирланиш симптоми мусбат. Ванки-Встанки симптоми мусбат. Рентгеноскопияда қорин бўшлиғида эркин газ аниқланмайди. Чап томонда диафрагма баланд жойлашган. Сийдик анализи ўзгаришсиз.

1. Текшириш режаси.
2. Сизнинг ташҳис ингиз.
3. сизнинг тактикангиз.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	УЗД	30	20-29	1-19	0-4
2	Паренхиматоз аъзони	30	20-29	1-19	0-4

	ёрилиши, ички қон кетиш.				
3	Лапаротомия, қорин бўшлиғи ревизияси.	40	30-39	5-29	0-4

4. Бемор 30 ёш, деструктив аппендицит ташҳис и билан аппендэктомиядан кейин 4 суткасида ўнг қовурға ости соҳасида оғриқ, кўнгил айнаши, юқори гектик харорат, қалтираш пайдо бўлди. Оғриқ ўнг елкага юзатилади. Кўрганда тили қурук, ўнг қовурға ости соҳаси кучли оғриқли, Шеткин- Блюмберг симптоми мусбат. Кўкрак қафаси ўнг томони нафас актидан орқада қолмоқда, обзор рентгеноскопияда диафрагма дунглигининг баланда туриши. Лейкоцитоз 20000/мл

1. Қайси асорат хақида ўйлаш лозим?
2. Даволаш тактикаси.
3. Диафрагма ости абсцессини рентгенологик белгилари?

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Диафрагма ости соҳаси абсцессини	30	20-29	1-19	0-4
2	Диафрагма ости соҳаси пункция қилиш ва дренажлаш	30	20-29	1-19	0-4
3	Диафрагма харакатини чекланиши, плеврал синусда реактив суюклик хосил бўлиши.	40	30-39	5-29	0-4

Тестлар

1. Агар жарроҳ Дьяконов Волкович кесмаси билан қорин бўшлиғини очганда геморрагик суюклик чиқса, қандай касаллик хақида ўйлаши мумкин (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. бачадондан ташқари хомиладорлик (най ёрилиши) ёки тухумдон апоплексияси
- Б. панкреонекроз
- В. сил мезоденити
- Г. ичак тутилиши
- Д. мезентериал қон томирлар тромбоземболияси

2. Ўткир аппендицитда қорин парда таъсирланишини кўрсатувчи белгиларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. Щеткин-Блюмберг белгиси
- Б. Образцов белгиси
- В. Ситковский белгиси
- Г. нафас олганда ўнг ёнбош соҳасини орқада қолиши
- Д. Ровзинг белгиси

3. Қисилган чурраларга хос белгиларни кўрсатинг (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. чурра соҳаси да кучли оғриқ бўлиши
- Б. чурра қорин бўшлиғига тўғриланмайди
- В. «йўтал турткиси» симптоми мусбат
- Г. чурра ўлчадақиқинг катталашиб бориши
- Д. «йўтал турткиси» симптоми манфий

4. Қисилган чов-ёрғоқ чуррасини 5та касалликлардан фарқлаш керак (нотўғри жавобни кўрсатинг):

- А. қисилган сон чурраси

Б. сохта Брокк қисилиши

В. мойк сили

Г. мойк истисқоси

Д. чов лимфаденити

5. Ўткир аппендицитнинг асоратларини сананг (ноўғри жавобни кўрсатинг):

А. аппендикуляр инфилтрат

Б. аппендикуляр хўппоз

В. йирингли перитонит

Г. гемоперитониум

Д. пилефлебит

6. Қорин бўшлиғи 3 қаватини айтинг:

А. юқори

Б. эпигастриум

В. ўрта

Г. пастки

Д. ўнг жигар бўлаги қавати

7. Ўткир аппендицитда чувалчангсимон ўсимтада бўладиган асосий морфологик ўзгаришларни кўрсатинг:

А. катарал

Б. флегманоз

В. гангреноз

Г. гангреноз перфоратив

Д. ишемик

8. Дуглас бўшлиғи хўппози белгилари:

А. гектик ҳарорат

Б. плевра синусида суюқлик

В. тўғри ичак олдинги деворининг осилиб туриши (бармоқ билан тўғри ичак кўрилганда)

Г. тенезмлар

Д. диафрагма ҳаракатсиз

9. Ўткир аппендицит ва 12 бармоқ ичак яраси ёпиқ перфорацияси дифференциал диагностикасидаги 3 текшириш усулини айтинг:

А. пневмоперитонеум

Б. лапароскопия

В. қорин бўшлиғи обзор рентгеноскопияси

Г. гастродуоденоскопия

Д. ирригоскопия

10. Ўткир аппендицитда 2 қўшимча текшириш усулини кўрсатинг

А. лапароскопия

Б. ангиография

В. УТТ

Г. радиоизотоп сканерлаш

Д. термография

11 "Ўткир қорин"ни симуляция килувчи касалликларга киради:

А миокард инфаркти

Б коклюш (кук йутал)

В умуртка остеохондрози

Г сепсис

12 "Ўткир қорин" клиник манзарасини берувчи буйрак касалликлари:

А буйрак санчиги

Б буйрак туберкулези

В уретритлар

Г буйрак касалликлари ўткир қорин манзарасини бермайди

13 "Ўткир қорин" касалликларига кирмасдан, ухшаш манзара бериши мумкин:

- А кандли диабет
 Б йугон ичак дивертикулёзи
 В эрозив гастрит
 Г Крон касаллиги

14 Нафас системаси касалликларида қоринда оғриқ пайдо булиши механиздақиқан курсатинг:

Аплевранинг китикланиши ковургалараро нервлар оркали қорин юкори кисмларига узатилади

- Б ошқозон ва ошқозон ости безининг органиқ узғаришлар
 В висцеро-висцерал рефлекс туфайли ошқозон силлик мушакларига таркалади
 Г қорин узаги /ствол/нинг китикланиши

15 Оғриқ нинг эпигастрал сохадан унғ енбош сохасига кучиши симптоми автори?

- А Кохер-Волкович
 Б Бартоломье-Михельсон
 В Шеткин-Блюмберг
 Г Троянов-Тренделенбург

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5.Амалий қисм.

1.Ўткир аппендицит белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир аппендицитнинг ҳамма симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзғаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморни юкорига қараб ётқизиш, қоринни очиш, оёқларини тиззадан букиш.	10	5	0
2. Қорин кузатув (асимметрия, нафас олишда қатнашув)	10	5	0
3. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ сохалари ва мушаклар Таранглашувини аниқлаш.	10	5	0
4. Тери гиперэстезияси сохаларини аниқлаш- Воскресенский белгиси(техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
5. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
6. Раздольский белгисини – перкуссияда яллиғланиш ўчоғини устида оғриқни аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Ровзинг белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
8. Ситковский белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
9. Бартомье-Михельсон белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
10. Образцов белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш)	10	5	0

Станция бўйича максимал балл	100	50	
-------------------------------------	------------	-----------	--

4. Тарқалган перитонит белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир перитонитнинг симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Талаба беморга ўнг томондан келади. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади.	10	5	0
2. Бемор кўрилганда: юзлари сўлгин, кам ҳаракатчан, баъзан эйфория, тердақиқаал даврда Гиппократ юзи.	15	7,5	0
3. Қорин катталашган, нафас актида қатнашмайди, тердақиқаал даврида эса шишган.	10	5	0
4. Пайпасланганда кучли оғриқ ва мушаклар таранглиги аниқланади.	10	5	0
5. Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат.	10	5	0
6. Аускультацияда ичак перистальтикаси эшитилмайди (тобут сукунати).	10	5	0
7. Тукиллатганда ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқланади.	10	5	0
8. Рентгенологик текширувда Клойбер косалари, баъзан эса эркин ҳаво (кавак аъзолар шикастланганда) аниқланади.	15	7,5	0
9. Қон таҳлилида лейкоцитоз, формуланинг эса чапга силжиши аниқланади, ЛИИ 2дан юқори.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

6. Билим, кўникма ва ўзлаштиришни назоратқилиш шакллари;

- Оғзаки
- Ёзма
- Тест ишлаш
- Вазият масалаларини ечиш
- Эгалланган ва амалий кўникмаларни намойиш қилиш

7.Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти

2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
3	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5- 35,5балл	35- 27,5балл	27-18,5 балл	18балл
4	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15- 12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
5	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37- баллар	36 баллар

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари

			билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллар интерпретациясида битта хатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Ситуацион масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради, асоратланган чурра пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволашдаги савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, ситуацион масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар таснифини билади, лекин дифф. ташҳисни тўлиқ санаб беролмайди, асоратланган чурралар сабабларини, ташҳисини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда хатоликларга йўл қўяди, ситуацион масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри

			жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин беморларни текшириш усуллари ва асоратланган чурра дифф.диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қоникарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар моҳиятини билади, асоратланган чурралар таснифида ва асоратланган чурралар сабабларида адашади. Чурраларни ташҳис қилишда, дифф. ташҳисда ва беморларни даволаш алгоритмини ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга аммо ишончсиз гапиради. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Ситуацион масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қоникарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, асоратланган чурраларни таърифлашда, ташҳисда, дифф.ташҳисда ва асоратланган чурраларни даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни хато ечади.
10	54% дан паст	Қоникарсиз ”2”	Талаба асоратланган чурралар тўғрисида тушунчаларга эга эмас, таснифини, ташҳис қўйишни, дифф. ташҳислашни, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа

		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйғ вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари.

- ўткир қорин синдроми тушунчаси;
- қоринда оғриқ билан кечувчи хасталиклар;
- қоринда оғриқ билан кечувчи кам учрайдиган хасталиклар;
- қорин бушлиғи ўткир жаррохлик хасталиклари клиникаси, диагностика, дифф.диагностикаси, даволаш тактикаси.

11. Тавсия қилинган адабиётлар.

Асосий:

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи аъзоларининг ошиғич жаррохлиги. Т.1991 й.
2. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т.2005й.
3. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т.2005г.
4. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.1987г.
5. Панцырев Ю.М. Клиническая хирургия М., 1998 г.
6. Дж. Мерте «Справочник врача общей практики» перевод с англ. М. 1998 г.
7. Стандартные протоколы по теме;
8. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.2004г.
9. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х томах). М.2006г.
10. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Т. 2003

Кушимча:

1. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М.2002 г.
2. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М.2000 г.
3. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т. 2003 г.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
 Бух МИ ўқув ишлари доц
 Олимов С.Ш. _____
 « _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Ошқозон ичак трактидан қон кетиш синдроми.

Меъда ичак трактидан қон кетиши. Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Ташҳислаш усуллари ва қиёсий ташҳислаш, даволаш. Меъда ичак трактидан қон кетиши уни даволашда УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №23

Бухоро – 2014

Амалий машғулот ўқитишнинг технологик модели

Мавзу№23: Меъда ичак трактидан қон кетиши. Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Ташҳислаш усуллари ва қиёсий ташҳислаш, даволаш. Меъда ичак трактидан қон кетиши уни даволашда УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси.

<i>№ 23 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-стади - Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.
<p>Ўқув машғулотининг мақсади</p> <p>Меъда ичак трактидан қон кетиши сабабларини билиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Меъда ичак трактидан қон кетиши хасталиги клиника, ташҳисини билиш - Меъда ичак трактидан қон кетиши синдромида беморларни клиник текширувларини билиш; - Меъда ичак трактидан қон кетиши хасталигининг асосий аломатларини аниқлай олиш; - лаборатор ва инструментал текширув натижаларини тахлил қила билиш; - Меъда ичак трактидан қон кетиши билан огриган беморларни даволаш тактикаси ва даволашнинг асосий принципларини билиш; - Меъда ичак трактидан қон кетиши билан огриган беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш. - Меъда ичак трактидан қон кетиши билан огриган беморларни реабилитацияси профилактикаси 	

<p>асосий тамойилларини эгаллаш.</p> <p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактидан қон кетиши анатомия и физиологиясини билиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши этиопатогенези ва клиникаси • Меъда ичак трактидан қон кетиши ташхислаш ва киесий ташхислаш. • Госпитализация вақти. • Меъда ичак трактидан қон кетиши асоратлари. • Беморлар даво тактикаси; • Беморлар операциядан кейинги реабилитацияси. <p>УАШ бажара олиши шарт:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактидан қон кетиши беморларни клиник текширувларини ўткази олиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши клиник шакллари аниқлай олиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. • Рентген суратларини ўқий олиш. • Хавф омилларини, ташхислашни, ўз вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ўргатиш.
<p>Ўқитиш услублари</p>	<p>Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ургимчак тури» усули, демонстрация, видео куриш, дискуссия, беседа, ургатувчи уйин, кейс-стади.</p>
<p>Машгулотни ташкил қилиш шакллари</p>	<p>Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташкарида.</p>
<p>Ўқитиш манбалари</p>	<p>Таркатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.</p>

Ўқитиш жойи ва шароити	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV-видеолар.
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси №23

Мавзу: Меъда ичак трактидан қон кетиши. Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Ташхислаш усуллари ва қиёсий ташхислаш, даволаш. Меъда ичак трактидан қон кетиши уни даволашда УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа 10 дақиқа 20дақиқа 5дақиқа 5дақиқа	4.1. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш. 4.2. Адабиётлар рўйхати. 4.3. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш. 4.4. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 4.5. Танаффус.	Эшитишади ва қонспект сифатида ёзиб олишади. Эшитишади ва қонспект сифатида ёзиб олишади. Саволларга жавоб беради. Эшитади.
2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа 25дақиқа 15дақиқа 45дақиқа	2.1. Блиц сўров. 2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш. Танаффус. 2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилинади, саволлар берилади. Муҳокама қилинади,

	бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
5дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.
5дақиқа	Танаффус.	
65дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
5дақиқа	Танаффус.	
40дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа	Танаффус.	
25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва ташхисни асослаш хақида ҳисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27мин.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.

1. Ўқитиш шароити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;

3. Шахар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, вазиятли масалалар.

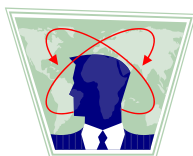


1.1. Мотивацияси

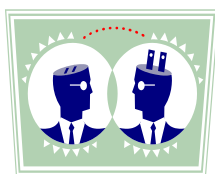
Ошқозон ва ун икки бармокли ичакдан қон кетиш сабаблари - ошқозон ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги; эрозив геморрагик гастрит; Меллори - Вейс синдроми; ошқозон ёки ун икки бармокли ичак полиплари ва бошқалар. Қон кетиш манбаини тугри аниқлаш УАШ учун мақсадли даволаш тактикасини танлаш учун ёрдам беради, бу эса мазкур синдромнинг натижаси қандай булишини белгилайди.

Гастродуоденал қон кетиш манбаини аниқлашда беморнинг анамнези катта ёрдам беради (қусуқ массаларининг, ахлатнинг характери ва б.)- Беморга аспирин ёки бошқа дорилар қабул қилганми; қоринда, бўғимларда оғриқ борми; неча марта қусди, ичи суюқ келдими; спиртли ичимлик ичганми; олдин ҳам қусиш кузатилганми ва б. саволларни бериб тахминий қон кетиш манбаини аниқлаш мумкин. Радикал текширувлар ўтказилиши керак (беморни кўздан кечириш, гемодинамикани баҳолаш, қорин пальпацияси, ректал текширув, лаборатор ва инструментал текширишлар).

учун ўз вақтида ташхис қўйиб, режали ёки шошилинич ҳолда касалхонага ётқизишни аниқлаш керак.



2. Машғулотлар мазмуни



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.

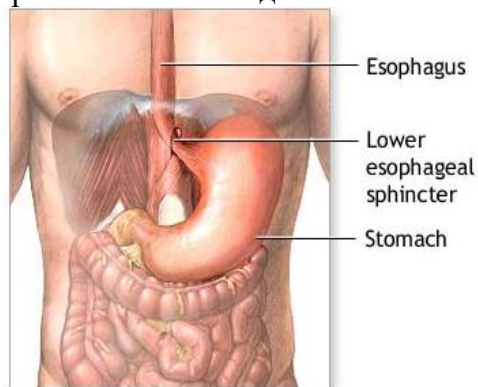
2.1. Назарий қисми

- 1) Гастродуоденал қон кетиш синдроми тушунчаси?
- 2) Гастродуоденал қон кетиш сабаблари?
- 3) Диагностика.
- 4) Гастродуоденал қон кетиш синдромида биринчи ёрдам кўрсатиш тактикаси (госпитализация этапларида).
- 5) Гастродуоденал қон кетишнинг клиникаси ва дифференциал ташхиси?
- 6) Гастродуоденал қон кетиш синдромида даволаш тактикаси (клиникада)?
- 7) Гастродуоденал қон кетиш синдромининг қонсерватив даволаш усулари?
- 8) Гастродуоденал қон кетиш синдромида жарроҳлик аралашуви учун кўрсатма ва унинг характери?
- 9) Гастродуоденал қон кетиш юзасидан операция қилинган беморларни операциядан кейин даволаш усуллари ва реабилитация муаммолари?

Ошқозон бўлимлари топографияси

Ventriculus – ошқозон ҳазм трактининг халтасимон кенгайган қисми бўлиб ҳисобланади. Ошқозонда қизилўнғачдан ўтган овқат йиғилади ва ҳазмнинг биринчи

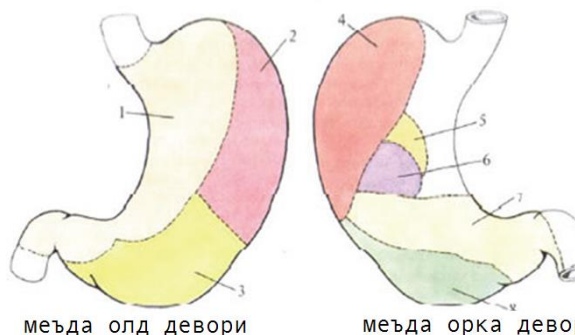
босқичи кечади, яъни овқатнинг қаттиқ таркибий қисми суяқ ёки бутқасимон аралашмага айланади.



Ошқозонда олдинги ва орқа девор фарқланади. Ошқозон қирғоғи букилган, ўнг ва баландга қараган томони- кичик эгрилик *curvatura ventriculi minor*, бўртган қирғоғи чап ва пастга қараган томони- катта эгрилик *curvatura ventriculi major* деб аталади. Кичик эгриликда ошқозоннинг кириш қисмидан кўра чиқиш қисмига яқин жойида кесма мавжуд бўлиб, бу ердан кичик эгриликнинг икки участкаси ўткир бурчак остида бирлашади *angulus ventriculi*.

Ошқозонда қуйидаги қисмлар фарқланади: қизилўнгачнинг ошқозонга кириш жойи- *pars cardiaca*; чиқиш жойи - *pylorus*, ошқозон қисмига биров ётган қисми привратник, - *pars pylorica*; ошқозоннинг гумбазсимон қисми *ostium cardiacum* дан чап томонда ошқозон туби дейилади. Тубидан то *pars pylorica*гача танасигача давом этади. *Pars pylorica* ўз навбатида *antrum pyloricum* – ошқозон танасига яқин соха ва *canalis pyloricus* – қувурсимон ингичка қисми, *pylorus*га бевосита ёпишган қисмлардан иборат.

Ошқозон топографияси. Ошқозон *epigastrium*да жойлашган. Унинг катта қисми (6\5 қисми) ўрта ясиликнинг чап томонида жойлашган, ошқозоннинг катта эгрилиги овқат билан тўлганида киндик соҳасида проекция беради. Ўзининг узун ўқи билан ошқозон тепадан пастга, чапдан ўнгга ва орқадан олдинга йуналган; шу билан бирга кириш қисми умурткадан чап томонда, 7-чап когурға тоғайини орқасида жойлашган, тўш қирғогидан 2,5-3 см.оралиқда. унинг орқадан проекцияси 11-кўкрак умурткасига тўғри келади, у қорин олд деворидан сезиларли узоқда жойлашган. Ошқозон туби *lin. Mamillaris sin.* бўйича 5-ковурға пастки қирғогига боради. Ошқозон бўлганда привратник ўрта чизик ёки ундан биров ўнгга 8-ўнг когурға тоғайига қарши ётади, бу 12чи кўкрак ёки 1-бел умурткасига тўғри келади. Ошқозон тўла ҳолатда юқори қисми жигарнинг чап бўлагининг пастки юзаси ва диафрагманинг чап гумбази билан, орқадан чап буйракнинг баландки қутби ва буйрак усти беши, талоқ, ошқозон ости безининг олдинги юзаси билан, пастда *s.mesocolon* и *colon transversum.*, олдиндан ўнг томондан жигар ва чап томондан когурғалар ўртасида қорин девори билан тегишиб туради. Ошқозон бўш бўлганда ўзининг деворларининг қисқариши ҳисобига чуқурга кетади ва бўшаган майдонни кўндаланг чамбар ичак эгаллайди, бу ичак ошқозоннинг олдида диафрагма тагида ётиши мумкин. Ошқозоннинг катталиги индивидуал ва унинг тўлганлиги даражаси билан ўзгариб туради, ўртача тўлганлик даражасида унинг узунлиги ўртача 21-25 см.булади.

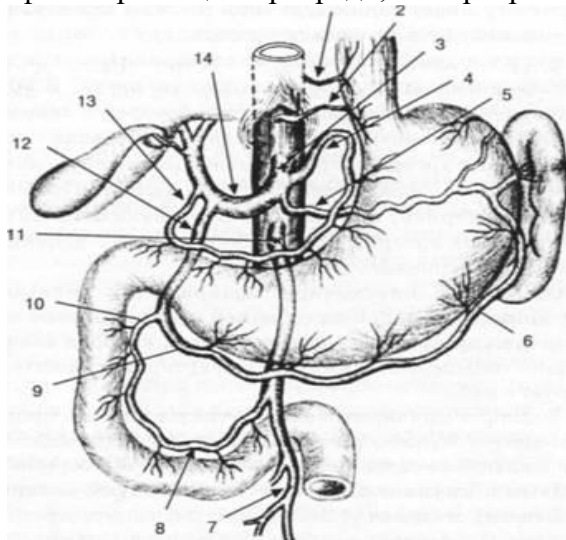


1. жигар билан; 2. диафрагма билан; 3. қорин олд девори билан; 4. талоқ билан; 5. чап буйрак усти беzi билан; 6. чап буйрак билан; 7. меъда ости беzi билан; 8. чамбар ичак билан.

Тузилиши. Ошқозон девори уч пардадан тузилган 1) шиллик ости асоси кучли ривожланган шиллик қават; 2) мушак қавати; 3) сероз қават.

Ошқозон артерияси *truncus coeliacus* ва *a. lienalis*. дан ташкил топади. Кичик эгриликдан *a. gastrica sinistra* (*truncus coeliacus* дан) ва *a. gastrica dextra* (*a. hepatica communis* дан), катта эгриликдан эса *aa. gastroepiploica sinistra* (*a. Lienalis* дан) et *gastroepiploica dextra* (*a. Gastroduodenalis* дан) ўртасида аностомоз жойлашади. Ошқозон fornix га *aa. gastricae breves a. lienalis*. дан ўтади. Ошқозонни ўраб турган артериал ёйлар ошқозонни шаклини ва ўлчамини ўзгариб туришига ёрдам берувчи функционал мослама ҳисобланади, ошқозон қисқарса артериялар буришади, ошқозон чўзилганда артериялар тўғриланади.

Артериялар йўлидан мослашган ошқозон веналари *v. portae*. га қуйилади. Ошқозон асаб толалари бу *n. vagus et truncus sympathicus* тармоқларидир. *N. vagus* ошқозон перистальтикаси ва унинг безлари секрециясини кучайтиради, привратник сфинктерини бўшаширади. Симпатик нервлар перистальтикани камайтириб, привратник сфинктерини қисқартиради, томирларни торайтириб, оғрик ҳиссини беради.



Ошқозон артериялари (Литтманн буйича 1970 й) 1- қизилўнғач тармоғи; 2- пастки диафрагма артерияси; 3- қорин чигали; 4- чап ошқозон артерияси; 5- талоқ артерияси; 6- чап ошқозон-чарви артерияси; 7, 11- юқори тутқич артерияси 8- пастки панкреатодуоденал артерия; 9- ўнг ошқозон-чарви артерияси; 10- юқори панкреатодуоденал артерия; 12- гастродуоденал артерия; 13- ўнг ошқозон артерияси; 14- умумий жигар артерияси.

Ошқозонни қон билан таъминловчи доимий бўлмаган артериялар.

Ошқозонни доимий қон билан таъминловчи асосий артериялардан ташқари, доимий бўлмаган бир нечта артериялар мавжуд. Улардан энг йириги- ошқозоннинг орқа артерияси (*a. gastrica posterior*), уни яна ошқозон орқа чикувчи артерияси деб ҳам

аташади. Бу артерия 10-20% ҳолларда учрайди, у қорин ўзани ва талок дарвозалари ўртасидан оралиқ масофада талок артериясидан вертикал ўтади (талок артерияси аневризмасини жойлашган ўрни). Ошқозон орқа артерияси ошқозон тубини қон билан таъминлайди. Фақат шу артериягина спленэктомия билан ошқозон субтотал резекциясидан кейин ошқозон чўлтоғини қон билан таъминлайди.

Ошқозоннинг кардиал қисми бевосита аортадан чиқаётган томирларда озиқланади. Бу пастки диафрагмал артерия ва қизилунгач артерияларидир. Бундан ташқари ошқозонни қон билан таъминловчи яна юқори тутқич артериядан чиқувчи пастки ошқозон ости-ўн икки бармоқ артерияси ҳам бўлиб, юқори ошқозон ости-ўн икки бармоқ ва ошқозон-ўн икки бармоқ артериялари давомийлигида ретроград йуналишда ҳатто қорин стволни боғлаб ташлагандан кейин ҳам некроз юзага келмайдиган даражадаги қонни транспортировка қилиб беради.

Ошқозоннинг веноз тизими ёнма ён боровчи катта ва кичик эгриликларидан иборат. Ошқозоннинг тўгарак (шоҳ) венаси (*v. coronaria ventriculi*) — бу чап ошқозон венасининг эскирган номланиши (*v. gastrica sinistra*). Чап ошқозон венаси дарвоза венаси (жигар-ўн икки бармоқ бойламнинг пастки қисмида), талок венаси ёки тетрафуркация кўринишидаги талок венасининг дарвоза венасига тушувчи жойига тушади. (Ушбу ҳолатда ҳудди шу юзага пастки тутқич вена ҳам тушади). Қолган веналар артериялар билан бирга дарвоза вена тизимига тушади. Кардия атрофидаги веноз чигал портал ва кавал веноз тизимни бирлаштиради, бу портал гипертензияда аҳамиятга эга.

Ошқозон иннервацияси.

Ошқозон иннервацияси манбаси бўлиб адашган нервлар ҳисобланади, шунингдек, ўзан чигали ва ундан тарқалган тармоқлари (юқори ошқозон, жигар, талок, юқори тутқич).

Адашган нерв қизилўнгачда тармоқланиб, қизилўнгач чигалини ҳосил қилади, у ерда иккала нерв тармоқлари ва уларнинг толалари кўшилиб, бир неча марта бирлашади. Қизилўнгачдан ошқозонга ўтаётиб, қизилўнгач чигали тармоқлари ошқозон олдинги (чап адашган нерв тармоғи) ва орқа (ўнг адашган нерв тармоғи) юзасидан ўтиб бир нечта устунларга қонцентрацияланади, улар ўз навбатида ошқозон, жигар, қуёш чигалига тармоқлар беради.

Ўнг адашган устун (*truncus vagalis dexter*) қорин бўшлиғида кўпинча қизилунгачнинг қорин қисмининг орқа юзасида ягона тармоқ кўринишида жойлашади. Кам ҳолларда (7% ҳолларда) устун қизилўнгачдан ўнгда, шундай кам ҳолларда ўнг устун ошқозонга икки тармоқ кўринишида келади, уларнинг бири қизилунгач орқа юзасидан, иккинчиси ён юзасидан ўтади. Кардиага етиб, ўнг устун чигалига асосий масса билан йуналади, тармоқларини кардиага, шунингдек, битта йирик тармоғини ошқозон кичик эгрилигига беради. (Латарже нерви).

Чап адашган устун (*truncus vagalis sinister*) ошқозонга бораётиб 1 тадан 4 тагача тармоққа шаклланади. Кардиа соҳасида чап адашган устун тармоқлари кардиа, ошқозон тубига кўп сонли қисқа тармоқларни беради, шунингдек, ҳаракат хусусиятига эга йирик тармоғини кичик эгриликка беради. (Латарже нерви).

Устунли ваготомия адашган нервларни асосий устун даражасида, селектив ваготомия-жигар ва қорин чигали тармоқларини, проксимал- жигар ости ва қорин тармоқларни Латарже нервини сақлаб қолган ҳолда кесишни кўзда тутади.

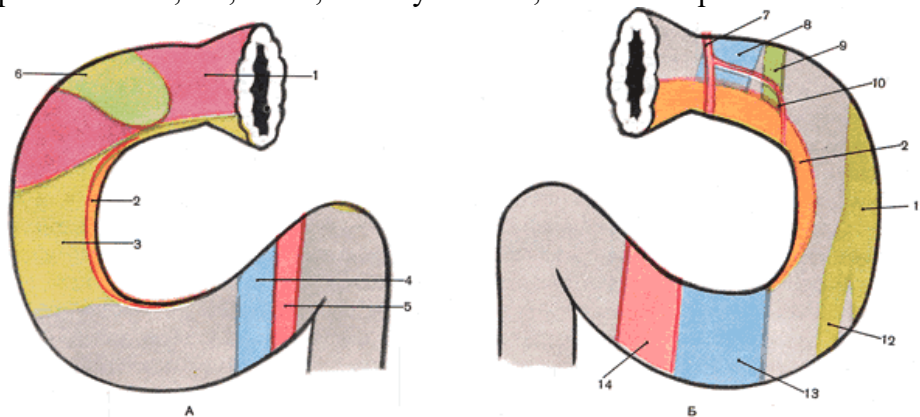
Устун чигал таркибида қорин устундан ўнг ва чапда жойлашган (*ganglia caeliasa*) қорин чигали тугунлари, шунингдек, артериядан пастда жойлашган юқори тутқич тугун (*ganglion mesentericum superius*) фарқланади. Қорин чигал ҳосил бўлишида ганлийлардан ташқари катта ва кичик устун, адашган нерв тармоқлари, чигал устунининг бел тармоғи ва диафрагмал нервлар ҳам иштирок этади.

Ўн икки бармоқли ичакнинг хирургик анатомияси.

Ўн икки бармоқли ичак (*duodenum*)- ошқозон ва ингичка ичак ўртасида жойлашган ҳазм трактининг кичик қисмини ташкил этади. Бу ичакнинг кичик кесиги узининг тузилиши ва функцияси билан ўзидан юқори ва пастда жойлашган ошқозон-ичак тракти қисмларидан аҳамиятли равишда фарқ қилади.

Энг аввало – эркин тутқичга эга бўлмаган ва бевосита қорин бўшлиғининг орқа деворига ёпишган ингичка ичакнинг ягона қовузулоғидир. Ичак бу ерда юпка деворли ва орқа юза томонидан сезиларли давомийликда қорин пардадан ҳоли. Ичакнинг мезентериал томирлар йирик тармоқларининг уларда тугалланган ошқозон ости беши бошчаси, умумий ут йули, дарвоза венаси чиқиш жойи, кўндаланг чамбар ва ингичка ичак тутқичлари илдизи билан яқин қушилиб ўсганлиги бир қатор ичак қисмларига йулни ва мобилизация имконларини чегаралаб кўяди.

Ўн икки бармоқ ичак шакли ўзгарувчан. Унинг индивидуал фарқи эмбрионал ривожланиш, ёш, жинс, тана тузилиши, жисмоний ривожланиш билан боғлиқ.



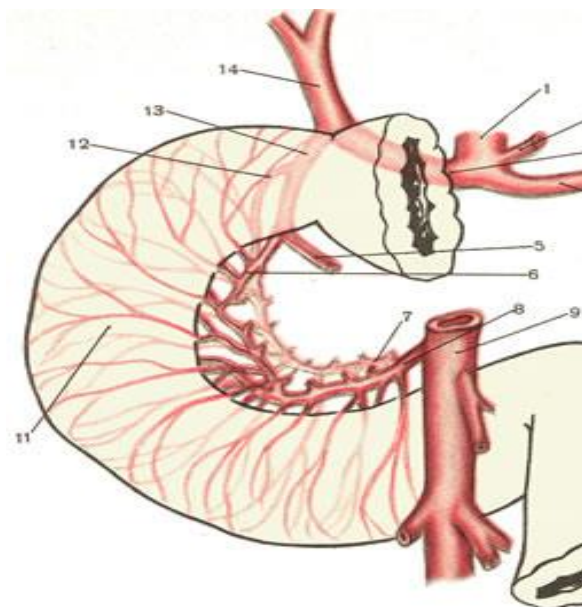
Ўн икки бармоқ ичак синтопияси. А — олд юза; Б — орқа юза.:

1 — hepar; 2 — pancreas; 3 — mesocolon et colon transversum; 4 — v. mesenterica superior; 5 — a. mesenterica superior; 6 — vesica fellea; 7 — a. gastroduodenalis; 8 — v. portae; 9 — ductus choledochus; 10 — a. pancreaticoduodenalis superior posterior; 11 — ren dexter; 12 — ureter dexter; 13 — v. cava inferior; 14 — aorta abdominalis.

Ўн икки бармоқ ичакда қуйидаги қисмлар ажратилади

1. юқори қисм — pars superior.
2. пастга тушувчи қисм — pars descendens.
3. пастки қисми — pars inferior.
 - а) горизонтал қисм — pars horizontalis.
 - б) юқорига кўтарилувчи қисм — pars ascendens.

Қон билан таъминланиши. Ўн икки бармоқли ичакнинг қон таъминоти 4 та ошқозон ости- ўн икки бармоқ ичак артериялари билан амалга оширилади.



Ўн икки бармоқ ичак артериялари (схема).

1 — truncus coeliacus; 2 — a. gastrica sinistra; 3 — a. hepatica communis; 4 — a. lienalis; 5 — a. gastro-epiploica dextra; 6 — a. pancreaticoduodenalis superior anterior; 7 — a. pancreaticoduodenalis inferior posterior; 8 — a. pancreaticoduodenalis inferior anterior; 9 — a. mesenterica superior; 10 — flexura duodenojejunalis; 11 — duodenum; 12 — a. pancreaticoduodenalis superior posterior; 13 — a. gastroduodenalis; 14 — a. hepatica propria.

Юқори, орқа ошқозон ости- ўн икки бармоқ ичак артерияси ўн икки бармоқли ичакнинг юқори қисми орқасидан, бошланғич ошқозон - ўн икки бармоқ ичак артериясидан чиқиб, ошқозон ости беги орқа юзасига йуналади, умумий ўт йулини спирал этган ҳолда.

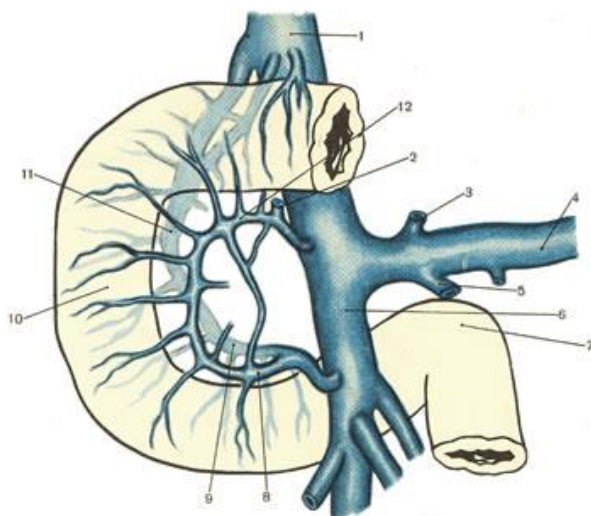
Юқори, олд ошқозон ости- ўн икки бармоқ ичак артерияси ўн икки бармоқ ичак юқори қисмининг пастки ярим айланасидаги ошқозон - ўн икки бармоқ ичак артериясидан чиқиб, ошқозон ости беги бошчасининг олд юзаси бўйлаб тепадан пастга ўтади ёки ўн икки бармоқ ичакнинг пастга тушувчи қисми ва ошқозон ости беги бошчасидан ҳосил булган соҳада жойлашади.

Пастки орқа ва пастки олд ошқозон ости-ўн икки бармоқ ичак артериялари юқори тутқич артерия ёки биринчи иккита ингичка ичак артерияларидан чиқади. Кўп ҳолларда улар биринчи ингичка ичак артерияси ёки юқори тутқич артериясидан умумий устун булиб, кам ҳолларда мустақил биринчи ва иккинчи ингичка ичак артерияларидан чиқади. Баъзан улар ўрта тутқич артериясининг бошланғич қисми, талоқ ёки корин чигали артерияларидан ҳам чиқишлари мумкин. Пастки орқа ошқозон ости-ўн икки бармоқ ичак артериялари ошқозон ости беги бошчасининг орқа юзасидан ўтиб, орқа артерия ёйини ҳосил қилиб, юқори орқа артериясини анастомозлайди.

Пастки орқа ошқозон ости-ўн икки бармоқ ичак артерияси ошқозон ости беги бошчаси олдинги юзасидан ёки ошқозон ости беги бошчаси ва ўн икки бармоқ ичакнинг пастга тушувчи қисми ҳосил қилган соҳадан ўтади ва юқори олд артерия билан қўшилиб, олд артерия ёйини ҳосил қилади.

Олд ва орқа артерия ёйларидан ўн икки бармоқ ичак ва ошқозон ости беги бошчасига борувчи кўп сонли тармоқчалар тарқалади.

Ўн икки бармоқ ичакдан чиқадиган веноз оқим ошқозон ости беги бошчасининг олд ва орқа юзасидан веноз ёйларни ҳосил қилиб, бир номли артерияларни ҳосил қилиб, ошқозон ости –ўн икки бармоқ веналаридан ҳосил бўлади.



Расм. Ўн икки бармоқ ичак веналари.(схема).

1 — v. portae; 2 — v. gastro-epiploica dextra; 3 — v. gastrica dextra; 4 — v. lienalis; 5 — v. mesenterica inferior; 6 — v. mesenterica superior; 7 — flexura duodenojejunalis; 8 — v. pancreaticoduodenalis inferior anterior; 9 — v. pancreatico-duodenalis inferior posterior; 10 — duodenum; 11 — v. pancreaticoduodenalis superior posterior; 12 — v. pancreaticoduodenalis superior anterior.

Юқори олд ошқозон ости-ўн икки бармоқ ичак венаси кўп ҳолларда ўнг ошқозон-чарви ва ўрта тўғарак венаси билан бирлашади, умумий устун ҳосил қилиб, қайсики бу устун юқори тутқич венага тушади. Кам ҳолларда у фақат ўнг ошқозон-чарви вена билан бирлашади.

Юқори орқа ошқозон ости-ўн икки бармоқ ичак венаси жигар-ўн икки бармоқ бойлами асосидаги дарвоза венасига кўйилади, баъзан у йўк бўлиши ҳам мумкин.

Пастки олд ва пастки орқа ошқозон ости-ўн икки бармоқ ичак венаси юқори тутқич вена ёки юқори ингичка ичак венасиларига қуйилади. Қуйилишдан аввал улар битта умумий устунга бирлашиши ҳоллари учрайди.

1. ГДҚК синдроми тушунчаси;
2. ГДҚК сабаблари;
3. диагностика;
4. ГДҚК синдромида биринчи тиббий ёрдам тактикаси (госпитализация босқичида).
5. ГДҚК клиникаси ва дифференциал ташҳиси;
6. ГДҚК синдромини даволаш тактикаси (клиникада);
7. ГДҚК синдромини консерватив даволаш;
8. ГДҚК синдромида оператив даволаш ва операцияга кўрсатмалар;
9. ГДҚК синдромини операциядан кейинги ва беморларни реабилитация қилиш

1. Ошқозон-ичакдан қон кетиши муаммоси – ургент хирургияда энг қийин ҳхлатлардан бири ҳисобланади, диагностика, даволаш тактикасини танлаш, кечиш оғирлиги ва якуни бўйича ҳам. Оғир қон кетишларда ўлим ҳолати 10-50% атрофида. Кўпинча ошқозон яра ва ўн икки бармоқ ичакнинг яра касаллиги асоратларидан келиб чиқади. Лекин ошқозон-ичакдан қон кетишига сабаб

бўладиган 100 дан ортиқ касалликлар мавжуд. Бугунги кунда диагностикани яхшиланиши, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касалликларини консерватив даволашдаги ютуқлар ҳисобига ярасиз этиологияли қон кетиш ҳолатлари 30-60%ни ташкил этади. Бу энг аввало портал генезнинг қон кетиш билан асоратланаётган жигарнинг турли этиологияли сурункали диффуз касалликлари (10-30% қон кетиш сабаблари ўртасида), юрак-қон томир касалликлари, шу жумладан гипертоник касалликлар (1,5-2,0%), қизилўнғач ва ошқозоннинг ҳавфли ва ҳавфсиз касалликлари, қон касалликларининг ошиши билан белгиланади, 5-6% ҳолларда қон кетиш манбаси аниқланмаслиги мумкин.

2. Ҳазм трактидан қон кетиш сабаблари.

№	Ҳазм трактидан қон кетиш сабаблари ва жойлашуви	Учраши
1	Ярали табиатга эга қон кетишлар	44-49 %
а	Ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги	42-46 %
б	Ошқозон, ўн икки бармоқ ичак ва ингичка ичакнинг операциядан кейинги рецидив пептик яраси	2-3 %
2	Ярасиз табиатли қон кетишлар	51-56%
2-а	Қизилўнғач, ошқозон, ўн икки бармоқ ичак касалликлари	49-53 %
1	Симптоматик (иккиламчи, шу жумладан ўткир яралар)	12-15%
2	Шиллиқ пардаларнинг эрозив-геморрагик шикастланиши	7-18%
3	Мэллори-Вейс синдроми	8-11 %
4	Ўсмалар (ҳавфсиз ва ҳавфли)	4-7 %
5	Варикоз кенгайган веналар (портал гипертензияда)	9-17%
6	Диафрагманинг қизилўнғач тешиги чурраси: қизилўнғач дивертикуласи	<0,1 %
7	Кўйиш, меҳаник шикастланиш, ёт таналар ва бошқалар.	0,1-0,5%
8	Операциядан кейинги қон кетишлар (эндоскопик ва хирургик оператив аралашув)	1,2-1,8%
2-б	Жигар, ўт йўллари ва ошқозон ости беши касалликлари (травма, ўсмалар, абсцесс, киста. Ўт-тош касалликлари асоратлари, ўткир панкреатит)	0,3-0,5 %
2-в	Қон томир касалликлари: Дъелефуа (интрамурал артерио-веноз мальформациялар) синдроми, аорта ёки унинг тармоқлари аневризмаси, каверноз гемангиома, Рандю-Вебер-Ослер касаллиги (қўп сонли телеангиэктазия); ангиэктазия, псевдоксантома	0,1-1,4%
2-г	Қон касалликлари:лейкоз, гемофилия, Верльгоф касаллиги,Шенлейн-Генох касаллиги, пернициоз камқонлик	0,3-0,9 %
2-д	Тизимли ва бошқа касалликлар: уремия, амилоидоз, ХТЮКга қорин ички абсцессларининг кириши ва бошқалар.	0,6-1,1%

Ошқозон резекциясидан кейинги рецидив пептик яралар одатда ингичка ичакнинг гастроэнтероаностомоз соҳасида, аъзони сақлаб қолувчи операциядан кейин ўн икки бармоқ ичакда, кам ҳолларда ошқозоннинг ўзида жойлашади. Патогенезида гипергастринемия ҳолати бўлган (ошқозон резекциясида аъзонинг тежалган кесиш ошқозоннинг антрал қисми қолдирилган ёки Золлингер-Эллисон синдромини операциягача ташхисланмаслиги) да рецидив яралардан қон кетиш ўта кучлилиги билан ажралиб туради.

Иккиламчи симптоматик (шу жумладан ўткир) яралардан қон кетиш патогенезида стресс омиллар муҳим аҳамиятга эга, гипофиз беши функцияси ва буйрак усти безлари пўстлоғи функцияси стимуляциясида организмда гормонал ўғаришлар келиб чиқади, бу эса ўз навбатида ошқозон секрециясини ошишига, ошқозон ҳамда

ўн икки бармоқ ичак шиллик пардасида микроциркуляцияни ўзгаришига, унинг барьер функциясини бузилишига олиб келади.

Кенг қуйишларда (Курлинг яраси) ўткир дуоденал яралардан, мия шикастланишлари ва калла ичи оператив аралашувидан (Кушинг яраси) кейин дуоденал ва ошқозон яраларидан кузатилган қон кетишлар адабиётларда келтирилган. Лекин симптоматик яралардан гастродуоденал массив қон кетиш бошқа юрак-қон томир касалликлари ва нафас тизими, жигар, оғир интоксикация ҳолатлари (масалан, перитонит), массив қон кетиш билан боғлиқ травма ва травматик операциядан кейинги ҳолатларда ҳам кузатилиши мумкин. Ундан ташқари симптоматик яралардан қон кетиш генезида «ульцероген» дори моддаларини қабул қилиш асосий омиллардан бири бўлиб қолмоқда (стероид гормонлар, антикоагулянтлар, НПВП ва бошқалар).

ХТЮК шиллик пардаларининг эрозив-геморрагик шикастланиши, кўп ҳолларда яраланиш билан қўшилиб келади, лекин алоҳида қон кетиш манбаси ҳам булиши мумкин. Бунда одатда интенсив қон йўқотиш кузатилмайди.

Беморларнинг бир қисмида эрозив-геморрагик шикастланиш ва яра касалликлари ривожланишининг патогенетик механизми нисбатан ўхшаш (кислота-пептик омил *Helicobacter pylori* бактерияси билан зарарланган), ушбу ҳолат бу касалликларнинг медикаментоз терапиясида ягона тамойилни белгилаб беради. Эрозив-геморрагик симптоматикали шикастланишли беморлар гуруҳида шикастланишларнинг келиб чиқишида «иккиламчи» яраларни ривожлантирувчи омиллар, «ульцероген» дори моддалар истеъмоли, травма, интоксикация, юрак, ўпка, жигар, буйраклар оғир сурункали касалликлар сабабчи.

Мэллори-Вейс синдроми ўткир ривожланувчи касалликлар сонига киради. У қизилўнгачнинг абдоминал қисми ёки кардианинг шиллик пардалари йиртилишидан қон кетишидан ривожланади. Шиллик ости чигалнинг турли диаметрдаги томирларининг шунингдек, қизилўнгач ва ошқозоннинг субсероз ва мушак қаватлари томирларининг шикастланиши мумкинлигидан қон кетиш оғирлиги бу аъзолар деворларининг йиртилиш чуқурлигига боғлиқ.

Қизилўнгач-ошқозон ўтиш жойининг шиллик пардаларининг ўткир йиртилиш асосий сабаби кардиал ва пилорик қисми қисқарувчи функцияси дискоординацияси билан кечувчи қорин ичи (ошқозон ичи) босимининг тўсатдан ошиши ҳисобланади, бу ўз навбатида кўп сонли қон қусишга олиб келади.

МВС- ривожланишига қуйидагилар келтириб чиқарувчи омиллар сабаб булади: ўткир ва сурункали алкоголь интоксикацияси, ярали касалликлар ва гастритлар, диафрагманинг қизилўнгач тешиги чурраси, гастро-эзофагеал-рефлюкс касаллиги, гепатитлар, цирроз, ўпка ва плевранинг сурункали касалликлари, ошқозонни такрор зондлаш ва ЭГДС. Кардиоэзофагеал ўтиш жойи деворининг йиртилиш соҳасида морфологик текширув ўтказилганда артерияларнинг шиллик ости қавати девори қалинлашганлиги, шиллик ости чигал веналари варикоз кенгайиши ва мушак қаватида фиброз тўқиманинг ўсишини аниқлаш мумкин, юқоридаги ҳолатлар ўз навбатида шиллик қаватнинг қорин ички босимига чидамлилиқ хусусиятини камайтиради.

Ўсмаларда айниқса ошқозон ўсмасида қон кетиш ўсма ҳосил бўлиш бошланғич этапида деярли намоён бўлмайди ва кўп ҳолларда касалликнинг тарқалган босқичларидан хабар беради. Қизилўнгач ва ошқозон саратонида қон кетиш паренхиматоз характерга эга: шиллик парда билан химояланмаган майда саратон томирларидан. Массив қон кетиш йирик қон томир аррозиясига шароит яратилган саратоннинг ярали шаклида кузатилади. Ошқозон полиплари камдан кам ҳолларда ўткир қон кетишга сабаб бўлади. Массив қон кетиш кўпроқ ўсманинг шиллик ости нозпителиал яраланиши ва некрозда ривожланади, яъни лейомиома, нейрофиброма ва бошқа, ошқозон-ичак трактидан қон кетиши бу касалликларнинг энг биринчи белгиларидан бўлиши мумкин.

Қизилўнғач ва ошқозоннинг проксимал қисми варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш портал гипертензия асорати ҳисобланади. Жигар ички қон айланиши (цирроз) ёки қон оқимининг бузилиши дарвоза ёки жигар веналар тизимида портал ва кавал веноз тизимлари ўртасида ишлайдиган аностомозларни ҳосил бўлишига олиб келади.

Қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида портал гипертензия катталиги, вена деворининг юқалашуви, пептик омил (рефлюкс-эзофагит), жигарнинг аввалги касалликлар асорати сифатида қон ивиш тизимида яққол бузилишлар аҳамиятга эга.

Массив қон кетишлар кўп ҳолларда кардиа ва қизилўнғач пастки кўкрак қисми веноз тугунларининг йиртилишидан келиб чиқади лекин ёдда тутиш керакки, ошқозон проксимал қисми ва ҳатто ўн икки бармоқ ичак веналаридан ҳам алоҳида қон кетиш ҳолатлари ҳам кузатилади.

Дифарагманинг қизилўнғач тешиги чурраси, дивертикулалар, куйиш, механик шикастланиш, ХТЮК ёт таналари, хирургик ва эндоскопик оператив аралашувларидан кейин (уларнинг ривожланиш механизми ўхшаш,) қон кетишлар энг муҳими ҳазм трактининг шиллиқ пардалари ёки янада чуқур қаватларининг тўғридан-тўғри шикастланишлари билан белгиланади. Операциядан кейинги ятроген қон кетишлар кўп ҳолларда операциянинг техник носозликлари (интраоперацион гемостазнинг етишмовчилиги) ёки операциядан кейинги босқичнинг беморларда ноадекват олиб борилиши билан боғлиқ бўлади.

Жигар, ўт чиқарувчи йўллар ва ошқозон ости безнинг турли касалликлари қон кетишга сабаб бўлиши мумкин. Ўн икки бармоқли ичак бушлиғига қоннинг келиши катта дуоденал сўргич орқали амалга оширилади. Шу тахлитдаги қон кетишлар гуруҳи қон кетишнинг аниқ манбаси топилмагунча умумий термин гемобилия номи билан аталади.(биринчи марта бу термин мелена ва қон қусиш билан намоён бўладиган билиар трактга жигар травмасидан кейинги қон кетишни белгилаш учун таклиф этилган). Жигар, ўт чиқарувчи йўллар (ўсма, киста, абсцесс, ўт-тош касалликлар асоратлари) касалликларида, шунингдек Ушбу аъзолардаги оператив аралашув натижасида гемобилия ҳолатини кузатувлари тўғрисида маълумотлар келтирилган. Ўткир деструктив панкреатитда (ошқозон ёки ичак соҳасидаги йирик томир аррозияси билан кечувчи фистуланинг ривожланиши, тромбофлебитда, талоқ ёки дарвоза венасининг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш), ошқозон ости беши бошчаси ўсмасида ошқозон-ичак қон кетиш ҳолатлари хирургик амалиётда ҳам маълум.

Қон томирлар касалликларида ошқозон бўшлиғига қон кетишнинг характерли хусусияти биринчи кўрганда шикастланиш ўчоғи ўлчамининг кичиклиги (масалан, Дъелафуа синдромида 3-4 ммли юзаки яра ёки кичик телеангиэктазия) ва қон кетишнинг массив характери ўртасида номутаносиблик бордек туюлади. Кўп ҳолларда бу номутаносиблик эндоскопик текширув натижасида бир муддат қон кетишни тўхташи натижасида бу манбалар ташҳисланмайди ёки тўғри баҳоланмаслиги натижасида тўлиқ ташҳис қайта массив қон кетишда аниқланади. Бугунги кунда аорта аневризмаси ва унинг тармоқларининг ҳазм тракти бўшлиғига ёрилиши профуз ва одатда фатал ҳолатлари жуда кам учрайди.

Қон касалликлари учун ҳазм тракти юзаси майдони бўйича геморрагик диатез кўринишидагидек қон ивиш тизими бузилиши, тромбоцитопения ва томир девори шикастланиши массив диффуз қон кетиш характери.

Организмда қон йўқотиш ҳолатида патофизиологик бузилишлар.

Одатда беморнинг реакцияси қон йўқотиш сабабига боғлиқ эмас, бир томондан қон кетишнинг массив ва интенсивлиги, яъни йўқотилган қон ҳажми ва шу қоннинг йўқотилган вақти, иккинчи томондан беморнинг аввалги ҳолати ва организм асосий тизимларининг қон йўқотишга реакцияси аниқланади. Бу жараённинг патофизиологик асосини тушунишда, ўз навбатида инфузион-трансфузион

терапияни тўғри шакллантиришда томир ичи қон ивиш диссеминацияси ҳақидаги таълимотнинг ривожланиши яхши самара берди, қайсики, бу синдром полиорган етишмовчилиги синдроми бошланғич механизм ва массив қон йўқотиш синдроми ривожланишида универсал механизм ҳисобланади.

ДВС синдромнинг гиперкоагуляция фазаси ва туқиманинг кислород, озик моддалар билан таъминотини ёмонлашувига олиб келадиган микроциркулятор бузилишлар ошқозон-ичак қон кетиши ҳолати клиник аҳамиятга эга бўлган ҳар бир беморда ривожланади. Юрак қон томир, нафас, айирув тизимларидаги функционал ёки органик ўзгаришлар беморнинг аҳолини янада ёмонлаштиради ҳамда уни даволашда тегишли коррекция ва оператив аралашувга тайёрлаш ёки операция қилиш қилмасликни ҳал этишда муҳим аҳамиятга эга. Ўртача 500 мл атрофида қон йўқотиш коллапс ҳолатига олиб келади, бундан ташқари юрак-томир етишмовчилиги бор кекса беморларда гемодинамик бузилишлар белгилари кескинрок намоён бўлади. тахминан ҳазм тракти бўшлиғига ажралган шунча микдордаги қон йўқотиш бўшлиқ ичи қон кетиш характерли белгиларини намоён этади, яъни- қон қусиш ва мелена.

Бемор қисқа вақт ичида минут ёки соатлар билан ўлчанганда 1500 мл. ёки 25% УҚЦ атрофида қон йўқотганда ўткир массив қон кетиш белгилари ўта яққол намоён бўлади. Бундай вазиятларда клиник манзара геморрагик (гиповодемик) шокка мос келади, тўғри ичакдан ранги кам ўзгарган қонли ажралмалар келади (hematochezia).

Аҳамият бериш керак, ётган ҳолдаги беморда бошида артериал босимда сезиларли даражада ўзгариш кузатилмаслиги мумкин. Лекин шу вақтда гипотензиянинг ортостатик феномени йўқотилган умумий қон ҳажмини аниқрок кўрсатади. Тери қопламларининг оқариши белгиларини билдирувчи артерияларнинг периферик спазми, шунингдек, веноз спазм марказий қон айланишни нисбатан юқори даражада ушлаб турилишига ёрдам беради.

Қон кетишнинг давом этиши ва бемор томонидан йўқотилаётган қоннинг ўрни ноадекват ёки нотўғри тўлдирилиши охир оқибат декомпенсацияланган шокка олиб келиши мумкин. Бу босқичда ҳатто агар орқага қайтмас жараёнлар босқичига етмасдан жараён тўхтатилса ҳам, бемор ва шифокорни ўткир полиорган етишмовчилигининг ривожланиши ва ДВС синдромининг гипокоагуляцион фазаси четлаб ўтмайди.

3. Ташҳислаш

ОШҚОЗОН-ИЧАК ТРАКТИДАН ҚОН КЕТИШ СИНДРОМИНИ ТАШҲИСИ ВА ДАВОЛАШ АЛГОРИТМИ

Истисно қилинсин

- Ошқозон ва 12 бармоқ ичакнинг ярали касаллиги.
- Портал гипертензия – қизилунгач веналари варикоз кенгайиши.
- Меллори Вейс синдром.
- Эрозив гастродуоденит.
- ОИТ, полици

Шикоятлари :

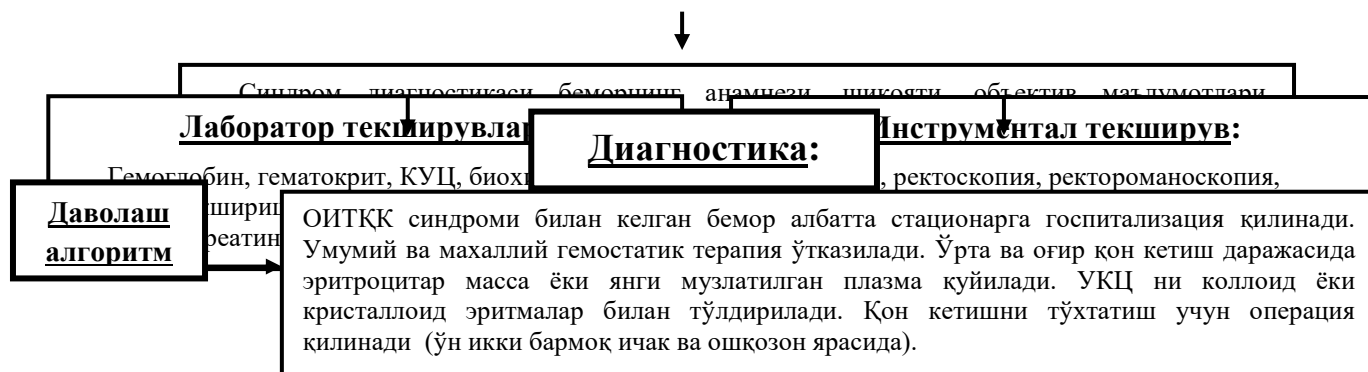
Анамнез:

Ярали анамнез аниқланади, қон кетиш бошланганидан

Объектив маълумотлар:

Умумий аҳоли беморнинг умумий аҳоли қон йўқотиш даражасига боғлиқ. Тери қопламлари ва қуриниб турган шиллиқ қаватлари оқарган, тери таранглиги пасайган. Пульс тезлашган, АБ пасайган. Қусуқ массаси характери қонли ёки кофе қуйқаси қуринишида. Ахлат қора ёки малина рангида. Гемоглобин, гематокрит, камайиши КУЦ пасайган.

Маҳаллий белгилар: тил қарашли, қорин одатдаги шаклда ва пальпацияда юмшоқ



Диагностик дастур фаол тактика масалалари билан бирга ОИТга ўткир қон кетиш фактларини аниқлаб, қуйидаги 3та асосий саволга жавоб бериши керак.

1. қон кетишга нима сабаб бўлди ва унинг бевосита манбаси;
2. қон кетиш давом этаяптими ва унинг темпи қанақа;
3. йўқотилган қоннинг ҳажми қанча ва унинг организм учун асоратлари нимадан иборат (яъни, қон кетишни оғирлик даражасини аниқлаш керак)

Шошилиш клиник ҳолатда ушбу саволларни ечилиши ўзининг асосийлигига эга, навбатчи бригаданинг аниқ ва тўғри ишлашини талаб этади. Ундан ташқари ҳаёт учун хавфли қон кетишларда диагностик текширувлар параллел шошилиш даволаш чора-тадбирлари билан бирга олиб борилиши керак.

Симптоматика (шикоят ва анамнез). Ўткир, айниқса массив дуоденал қон кетишларда клиник белгилар етарлича яққол ва қон йўқотишга характерли (кескин умумий ҳолсизлик, бош айланиш, юрак уриб кетиши, хушдан кетиш) умумий симптомлари ва ошқозон-ичак бўшлиғига қон кетишга (Янги ёки ўзгарган рангли қонли қусиш, мелена, гематокезия) характерли белгилардан келиб чиқади. Беморларнинг шикоятларидан маҳоратли врач тўғри хулоса чиқариш керак, қон кетиш қачон бошланди, хушдан кетиш олди ҳолати ёки хушдан кетиш ҳолати бўлди, қонли қусишнинг неча марта бўлганлиги, қусуқ массасининг ҳажми ва характери (алвон ёки туқ рангли қон, қуйқалар, кофе қуйқаси кўринишидаги қусиш), мелена ҳолати частотаси. Кўп ҳолларда (60-70% беморларда) бемор ҳаёт анамнезида қон кетиш билан асоратланадиган касалликларнинг борлиги аниқланади ва қон кетиш симптомлари таҳлиллар натижалари ва беморнинг объектив статуси қабул бўлимидаёқ клиник ташхис қуйишга имқон яратади.

Замонавий лаборатор ва инструментал диагностиканинг олдида бу ташхис албатта таҳминий ҳисобланади, лекин кейинги даволаш-диагностик тактикасини аниқлашда ўта муҳим аҳамиятга эга. Беморларнинг кўп қисмида қон кетиш ярали касаллик фониде асорат сифатида ёки анамнезида «ярали» оғрик синдромига ҳос типик характерли белгилар ва мавусмий зўриқишлар аниқланади. Баъзи беморларда аввал ўтказилган хирургик аралашувнинг самарасиз ўтганлиги тўғрисида маълумотлар бўлиши мумкин. Яна қайтадан пайдо бўлган оғрикли синдромни энг аввало пептик яра ҳосил бўлиши билан боғлаш мумкин. Қонли қусиш ва мелена- ярали этиологияли қон кетишнинг кўп учрайдиган белгилари

хисобланади, ўн икки бармоқ ичакда яра жойлашган бўлса ахлатда фақат мелена кузатилиши ҳам мумкин.

Қизилунгачдан-ошқозонга ўтиш жойи шиллик пардаларининг йиртилишидан қон кетиш, агар бемор ёш бўлса, спиртли ичимлик суистеъмом қилса, кўп сонли қусишлар қусуқ массасида алвон қоннинг пайдо бўлиши билан кечади. Кекса беморларда эса, диагностиканинг биринчи этапидаёқ СМВ ривожланишини келтириб чиқарувчи (фонли сурункали касалликлар) омиллар ҳақида эсдан чиқармаслик керак.

Ошқозонда ноаниқ шикоятларининг мавжудлиги, озиб кетиш ва беморнинг умумий аҳволининг бузилиши (кичик белгилар синдроми) ошқозон саратонига шубҳа қилишга мажбур қилади. Бундай ҳолларда қусуқ массалари кофе қуйкаси куринишида бўлади қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш ҳолати учун тўқ рангдаги кўп сонли қон кетиш характерли. Ўтказилган касалликлардан жигар ва ўт йуллари касалликларини аниқлаш муҳим (биринчи навбатда жигар циррози), шунингдек, ўткир панкреатитнинг такрорий оғир хуружларини. Клиник амалиётдан маълумки, бу беморларнинг кўпчилиги алкоголизмдан азият чекишади.

Ўткир ошқозон-ичакдан ўткир қон кетишни белгилайдиган жуда муҳим омилларни ўтказиб юбормаслик учун анамнез маълумотлари аниқ бўлиши ўта муҳим яққол гемодинамик бузилишлари бўлган оғир терапевтик касалликлар (миокард инфаркти, мия қон айланишини бузилиши ва бошқалар), «ульцероген» таъсирли медикаментлар билан даволаниш, тизимли касалликларнинг мавжудлиги (қон касаллиги, уремия ва бошқалар) объектив текширувлар натижалари қон кетиш даражаси, унинг манбаси, асосий ва ёндош касалликлари тўғрисида маълумот беради. Оннинг чалкашиши, тери қопламларининг кескин оқариши, пульс тез-тез, кучсиз тулишиш ва зўриқишсиз, артериал ва пульс босимининг сусайиши, бемор ошқозонида қон қуйқалар қолдикларининг мавжудлиги, ректал текширувда қора суюқ баъзан қон аралашмаси билан келиши ўткир массив қон кетиш белгиси ҳисобланади.

Тери қопламлари ва кўриниб турган шиллик пардаларда субъектериклик ёки сариклик, қон томир юлдузчалари, қорин олд-ён қисмида тери ости веналарининг кенгайиши, (одатда бу жигар касалликларида бўлади), тери ости ва тери ичи қон қуйилишлар, қон томирлар ва қон ивиш тизими бузилишлари касалликларида кўп сонли телеангиэктазияларни кўриш мумкин клиник кузатувлардан аниқланишича, қон босимнинг 100 мм.с.уст. дан паст ва пульснинг бир минутда 100та зарбдан кўп бўлиши нормал қон босимли беморда УҚЦнинг 20%и атрофида қон йўқотишга мос келади. Перкуссия ва пальпация маълумотлари ташҳис қуйишда асосий бебаҳо таянч пунктларини беради: ошқозон ўсмасининг пальпацияланиши, жигар ва талоқнинг катталашганлигини аниқланиши, асцит белгилари, қаттиклашган лимфа тугунларининг катталашши. Бемор куриги албатта қул билан тўғри ичак текшируви ва ошқозонни зондлаш билан яқунланиши керак. бунда олинган объектив маълумотлар қон қусиш ва дегтеобраз ич кетишнинг анамнезда бўлиш бўлмаслигидан қатъий назар, клиник ташҳис қуйишда муҳим аҳамиятга эга.

Лаборатор ва функционал диагностика. Қоннинг шошилини таҳлили бебаҳо диагностик усул ҳисобланади. Гемоглобин даражасини тушиши, эритроцитлар сонининг камайиши ва гематокритнинг пасайиши, шубҳасиз, қон йўқотиш оғирлиги нисбатан аниқлаштиради. Лекин ўткир қон кетиш бошланишида бу курсаткичлар сезиларсиз ўзгариши мумкин ва ўта муҳим аҳамиятга эга. Камқонликнинг ҳақиқий куриниши бир сутка ва ундан кўп муддат ўтгандагина аниқ бўлади, яъни томир ташқарисидаги суюқлик ҳисобига томир ичи ҳажми тикланиши натижасида гемодилюция қон касаллигига шубҳа туғилганда лейкоцитар формула ва тромбоцитлар сони аниқланиши керак.

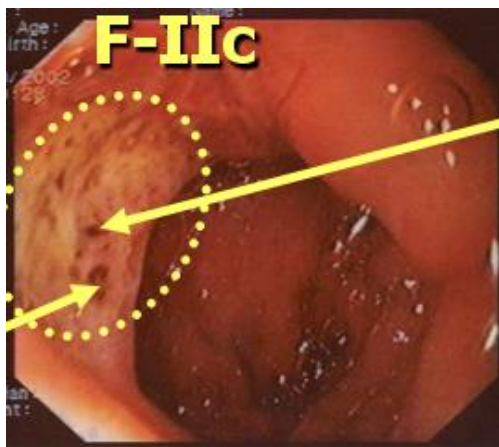
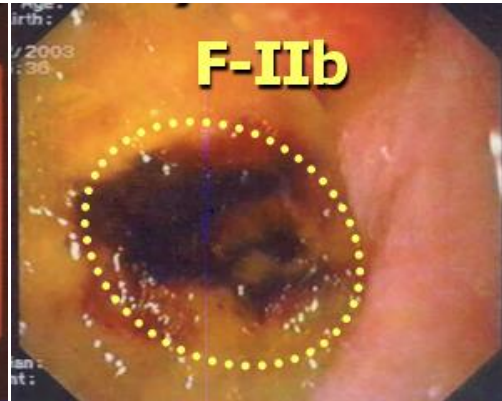
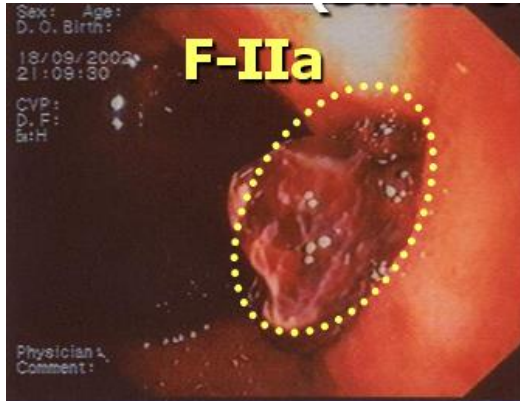
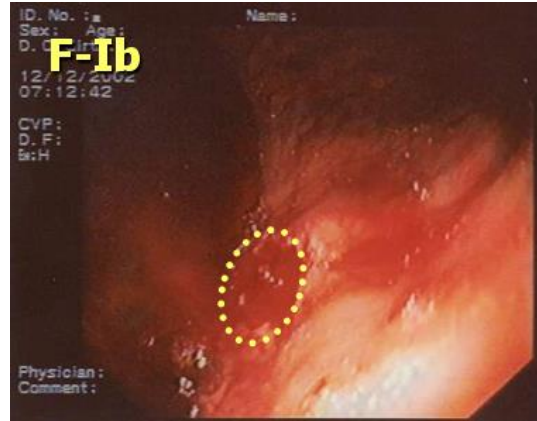
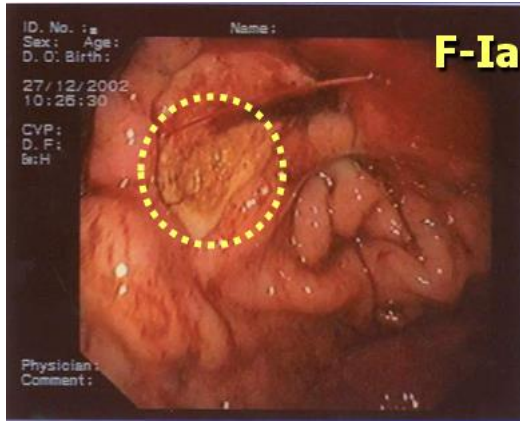
УҚЦ ва унинг компонентларини текшириш қон йўқотиш ҳажмини аниқ белгилаб беради. Мавжуд усуллар орасида Т-1824 бўёғи билан олиб бориладиган бўёқли усул (Эванс-кўк) ва нишонланган ^{51}Cr ли изотоп усули кўпроқ тарқалган. Таъкидлаш керакки, шошилич хирургия шароитларида номограммалар қўллаш (масалан гематокрит курсаткичлари ва гемоглобин даражасига қараб глобуляр ҳажми аниқлаш) оддий усули тўғри келади. Олинаётган УҚЦ кўрсаткичлари орасида ГО нинг камайиши ўткир қон кетишда кўпроқ аҳамиятга эга. Бу энг чидамли кўрсаткичлардан бири ҳисобланади, сабаби, ГО кўрсаткичи танқислиги секин тикланади, шу билан бир вақтда ОЦП ва ОЦК курсаткичларининг пасайиши нисбатан тез тенглашади. Бемор аҳволининг оғирлиги ва унинг ўтказилган қон йўқотишга бўлган индивидуал реакцияси қатор гемодинамик кўрсаткичлари, кислороднинг транспорт кўрсаткичи (pO_2 , дақиқали кислород транспорти), шунингдек, метаболит курсаткичлар (қон мочевиnasi, электролитлар, плазма осмолярлиги, КИХ ва б.)ни етарлича аниқ характерлайди. Қон кетаётган бемор аҳволининг оғирлик даражасини баҳолаш. Беморни клиник текширув ва қатор лаборатор таҳлиллар натижалари қон йўқотиш оғирлик даражасини аниқлашга ёрдам беради. Таъкидлаб ўтамизки, бу кўрсаткичлар аҳамияти қайта текширилганда янада ошади, бундан ташқари, бу маълумотлар гемостатик терапия самарасини ошириш ва қон кетиш рецидивини олдини олишда муҳим аниқлик беради, шунингдек, операцион анестезиологик хавфни оғирлик даражасини аниқлашда қўлланилади. 2-табл.да клиник амалиётда кўп қўлланиладиган муҳим кўрсаткичлар келтирилган.

Табл.2. қон йўқотиш оғирлик даражаси
(Горбашко А.И., 1982)

Қон йўқотиш кўрсаткичи	Қон йўқотиш даражаси		
	енгил	ўртача	оғир
эритроцитлар сони	$>3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$	$3,5 \cdot 10^{12}/\text{л} - 2,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$	$<2,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$
гемоглобина даражаси, г/л	>100	83-100	<83
Пульс частотаси 1 мин	80гача	80-100	100дан юқори
Систолик АБ (мм рт. ст.)	>110	110-90	<90
Гематокрит сони, %	>30	25-30	<25
ГО танқислиги, % керагидан ташқари	20гача	20 дан30гача	30 ва ундан кўп

Инструментал диагностика. Шошилич эзофагогастроуденоскопия (ЭГДС) бугунги кунда шубҳасиз, қон кетиш манбаси, характери, типни ва рецидив прогнозини аниқлашда етакчи диагностик усул ҳисобланади, даволаш тактикасида муҳим рол уйнайди.

ЮХТК шошилич ЭГДС ўтказишга асосий кўрсатма беморда ўткир ошқозон-ичак қон кетиш ҳолатини мавжудлиги, ёки унга шубҳа ва эндоскоп орқали гемостазни ўтказишга зарурият бўлиши ҳисобланади. 1974 йилда Форрест таклиф қилган эндоскопик классификация ҳозирги кунга қадар ўз қимматини йўқотгани йўқ.



Самардорлик теширув қанча тез ўтказилса шунча юқори бўлади: идеал ҳолат-стационарга келтирилгандан кейин биринчи соат ичида, максимум икки соат. Такрор динамик эзофагогастроуденоскопия ўтказишга кўрстамалар: рецидив хавф сақланиб қолаётган қон кетиш манбасини актив мониторингини ўтказиш зарурияти мавжудлиги (фаол назорат ЭГДС); стационарда операцион-анестезиологик хавф ярали қон кетишли беморда қон кетиш рецидивини ривожланишида; ярасиз этиологияли қон кетаётган беморда (ЭГДС талабга кўра). Бу текширувни рад этиш қуйидаги ҳолларда мумкин: давомли профуз қон кетишда, асосан агар, анамнез маъулмотлари ва шифокорни кўлидаги тиббий хужжатлар асосида ярали этиологияни тахмин қилиш ҳолатида.

Шунга қарамасдан, узлуксиз эндоскопик хизматнинг мавжудлиги бу каби беморларда ҳам шошилиш эзофагогастроуденоскопия ўтказиш имконини беради. Бу бевосита операцион столда ўтказилади ва интра ёки операция олди ревизия элементи сифатида кўрилади. Агонал ҳолатдаги ва реанимацион чоратадбирларни талаб этадиган беморларда эзофагогастроуденоскопия ўтказилмайди. Ўта оғир декомпенсация босқичидаги ёндош касалликлари мавжуд

беморларда фақат «иложсизликдан эндоскопик аралашув» бевосита қон кетишни тўхтатишга қаратилган интенсив терапия билан параллел олиб борилади. Текширувга бевосита тайёрлаш бўшлиқни тўлик бўшатиш, қизилўнгач, ошқозон ва ўн икки бармоқ ичакни қон ва унинг қолдикларидан ювишдан иборат. Биз кўп ҳолларда бу масалани ҳал этишда йўғон ошқозон зонди орқали ошқозонни «муздек» сув билан ювиш мумкин деб ҳисоблаймиз. Зонднинг ички диаметри йирик қуйқаларни йукотишга, локал гипотермия эса қон кетиш интенсивлигини пасайтириш ёки умуман тўхтатишга ёрдам беради. Интенсив терапия эса беморларни эндоскопик текширувга тайёрлашда, шунингдек, уни бажарилишида анестезиясини таъминлашда муҳим ва ажралмас қисми ҳисобланади. Шошилишч эндоскопик аралашувларни анестезиологик таъминоти кенг меъёрларда ўзгаради.

Бу текширувларнинг кўп қисмини наркотик анальгетик ёрдамида ксилокаин билан (1мл.2%ли промедол эритмаси) ва холинолитик (1мл. 0,1%ли атропин эритмаси) лар билан маҳаллий анестезия остида ўтказиш мумкин адекват қурув ва гемостазни ўтказишда қийинчилик туғдирувчи беморнинг нотинч ҳолатида табиий ва умумқабул қилинган вена ичи седатив препаратларни юбориш билан (реланиум 2,0), беморнинг ностабил ҳолатида вена ичи ва эндотрахеал наркоз қўлланилади. Антрум ёки ўн икки бармоқ ичакнинг фаол перистальтикаси ҳолатида вена ичига унинг релаксацияси учун препаратлар юборилади. (бускопан, папаверин, метацин, бензогексоний). Эндоскопик текширувнинг энг бошида асбобнинг биопсия канали ёрдамида бўшлиқ иложи борича қон ва унинг қолдиклари, қолдик ювинди сувлардан тозаланади. Бу масалани ишчи канали ва вакуум тортувчи мосламали кучли 6 мм. диаметрдаги операцияни эндоскоп енгиллаштиради. Агар қон ва унинг қуйқаларини тўлик олиб ташлашни имқони бўлмаса, эндоскопик столда беморнинг ҳолати қон кетиш манбасини аниқлаш мақсадида кўрик ва манипуляцияларни олиб боришни енгиллаштирувчи ҳолатга ўзгартирилади, қуйқаларни асбоблар ёрдамида парчалаш ва аралаштириш (полипэктомия қилувчи петля, корзинка Дормиа), эндоскопнинг алоҳида канали ёки катетер орқали суюқлик интенсив юборилиб, қон кетиш манбаси ювилиши.

ОИТдан қон кетишни ангиографик диагностик усули ҳозир ҳам етарлича чегараланган ҳолда зарурий жиҳозларга эга махсус муассасаларда ўтказилади. Сельдингер буйича томирни катетеризация қилиш яхши ишланган техникаси қорин устун, туткич артериялари ва унинг тармоқлари, веноз устунларни селектив ёки ҳатто суперселектив кўришни имқонини беради. Шошилишч хирургияда бу усулни чегараланганлиги нафақат унинг техник қийинлиги балки қиёсий кам ахборотлилиги билан боғлиқ. Қон кетиш манбасидан экстравазатларни яхши контрастлаш фақат катта интенсивликдаги артериал қон кетишдагина имқон беради. Селектив ангиографияга кўрсатма рецидив қон кетишларда юзага келиши мумкин геморрагия манбаси эндоскопик ва рентгенологик усуллар билан аниқланмаганда. Табиийки, диагностик ангиография даволаш эндоваскуляр аралашувнинг биринчи босқичи сифатида олиб борилади ва томирни торайтирувчи препаратлар селектив инфузияси, қонаётган вена ёки артерия эмболизацияси, портал гипертензияда трансюгуляр жигар ичи портотизимни қуйишда қўлланилади.

Ангиографик усулни қўллашдаги йиғилган тажрибалар томир аневризмаси, томир-ичак фистулеси, гемобилия, портал гипертензия синдроми каби кам учрайдиган касалликларни ташхислашда муҳим аҳамиятга эга бўлиши мумкин, диф.диагноз қатор ҳолларда юқори нафас йуллари, бурун-ҳалқум, ўпка ва баъзан беморда ҳазм трактдан қон кетишлари билан ўтказилади. Тиришқоқлик билан йиғилган анамнез ва беморни кўриги йўтал ёки одатда алоҳида балғамлар билан кўпикли алвон қон кетиш характерли бўлган ўпкадан қон кетишга шубҳа туғилишига олиб келиши мумкин рентгенологик текширув одатда ташхисни аниқлайди. Ёддан чиқармаслик керакки аҳлатнинг қора рангда бўлиши медикаментоз препаратлар истеъмолида ҳам бўлади шубҳали ҳолларда аҳлатни лаборатор текшируви аниқ ташхислашга ёрдам беради. Эзофагогастроудоденал

қон кетиш кўп ҳолларда қийинчиликсиз аниқланади. Лекин баъзи беморларда яширин қон кетиш ҳисобига диагностика бироз кечикади. Қонли қусиш ва меленанинг бўлмаслигида ўткир юзага келган гемодинамиканинг бузилиши, хушдан кетиш ҳолатлари ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги, миокард инфаркти каби касалликларнинг белгиси сифатида қаралиши мумкин ҳақиқий сабабнинг аниқланиши анамнестик белгилари ёки меленанинг ўзига хос ҳиди пайдо бўлиши билан осонлашади, ёки қон кетишнинг яққол белгилари пайдо бўлгунча орқага сурилади. Қон кетиш сабаблари, манбаси локализацияси ва қон йўқотиш ҳажмини аниқлаш учун анамнез ахамиятини баҳолаш қийин. Биринчи навбатда қон кетиш бошланган вақти ва давомийлиги аниқланиши керак кўп ҳолларда беморлар умумий аҳволини қачон ёмонлашганини ҳатто соатларигача айтишади. Кейин эса қон йўқотиш характеристикасига тааллуқли (қусук характери - алвон қон, қон қуйқалари, ошқозон таркибий қисмнинг кофе қуйқаси кўринишида, бир марта ёки кўп марталик қусишлар, аҳлатнинг ранги) иккинчи даражали маълумотлар олинади. Йўқотилган қон ҳажми умумий симптомларда намоён бўлади, ҳолсизлик, бош айланиши, юрак тез уриши, совук тер ажралиши, хушни йўқотиш. Беморлар касалланган эзофагогастроуденал қон кетишлар билан асоратланган касалликлари ҳақида гапириб беришлари мумкин. Қон кетишлар беморда аввалдан мавжуд 12 бармоқ ичак ва ошқозон ярасининг зўриқишлари фониде келиб чиқиши мумкин ёки бемор мавсумий зўрайишга хос овқат истеъмоли билан боғлиқ оғриқлар, кўнгил айнишида бўладиган яралли касалликлар синдромини таърифлашлари мумкин, баъзан бемор эпигастрия соҳасида ичимлик содаси истеъмолидан кейин қолувчи оғриқни худди сезгандек бўлади қатор ҳолларда бу фақат жиғилдон қайнаши бўлиши мумкин. Бергман белгиси- эпигастрал соҳасида оғриқ, кейин қон кетиши ва қон кетиш бошлангандан кейин оғриқни йўқолиши ҳақида ҳам гапиришлари мумкин. Золлингера-Эллисон синдромининг ҳосил бўлиши ҳақида агар беморда аввал ярани хирургик йул билан самарасиз даволанганлиги кузатилганда, оғриқ ва жиғилдон қайнаши пептик яра ҳосил бўлиши билан боғлиқ деб уйлаш мумкин.

Ярасиз этиологияли ошқозондан қон кетишда қон кетишни аниқ сабаби юзасидан тўлиқ анамнестик курсатмани аниқлаш мумкин ноаниқ ошқозон шикоятлари қоринда ўтмас оғриқлар, гўштга нохуш муносабат тана вазнини йўқотиш билан бирга, умумий ҳолсизлик, чарчаш (кичик белгилар синдроми) ҳавфли ўсмага шубҳа уйғотади. Қон кетиш сабаби сифатида. Саратонни бўлиш ҳавфи асосан кекса ёшдаги қисқа касаллик анамнезли беморларда юқори.

Тўш орқасида жиғилдон қайнаши ва оғриқлар турли этиологияли ошқозон-қизилунгач рефлюкси асосида эрозив-яралли эзофагитда қон кетишда бўлиши мумкин бундай ҳолларда беморни яхшилаб сўраш оғриқ ва жиғилдон қайнаши ётганда, жисмоний зўриқишларда, гавдани эгилишларида пайдо бўлади ёки кучаяди. Ёдда тутиш керакки, гастро-эзофагеал рефлюкс ошқозон ичи босимининг ошиши ва кардианинг етишмовчилиги билан кечувчи яралли касалликлар билан оғриган беморларда ҳам бўлиши мумкин бу ҳолатда ташхисни аниқлашни махсус текширувлар ёрдамида амалга оширилади. Спиртли ичимлик суистеъмол қиладиган беморлардан симптомлар ҳосил бўлиши давомийлиги аниқлаштириш керак, алкогольни истеъмолидан кейин кўп марталик қусишлар аввал ошқозондаги таркибий қисм, кейин қонли бўлиши ошқозон шиллиқ пардаларини кардиа соҳасида ёрилишидандан келиб чиқади. Синдром Мэллори-Вейс кўп йиллик алкоголь суистеъмоли ва тўсатдан кўп марталик қон қусишлар ва мелена одатда портлал гипертензия ва жигар циррози асосида қизилунгач веналар варикозида белгиланади. Портал гипертензия ва веналар варикози нафақат алкоголь истеъмолчиларида балки ўтмишда гепатит ва бошқа жигар касалликлари, талоқ венасини тромбозига олиб келувчи киндик сепсиси билан оғриган беморларда ҳам бўлиши мумкин. Турли хил суррогат спиртли маҳсулотлар истеъмоли ҳазм трактининг ҳоҳлаган қисмида бита ёки бир нечта қон кетувчи яраларни ҳосил қилувчи оғир интоксикацияга олиб келади. Ноаниқ ташхисда оила аъзоларидан ҳам маълумот олиш мумкин. Ирсий ва оилавий характерга яра касалликлари, ўсма, дигестив полипоз, гемофилия каби

касаликлар эга. Ташхислашда қийин ҳолатларда анамнез турли хилдаги барча муҳим омилларга эга бўлиши керак, қайсики бу омиллар ҳар бир алоҳида ҳолатда қон кетиш сабабини кўрсатиб бериши мумкин яққол атеросклероз ва гипертония томирлар мўртлиги ва ўткир яралар ҳосил бўлиши билан кечади. Ўткир инфаркт ва инсульт гемодинамика, қон айланиш ва ошқозон-ичак тракти ўткир яраларида оғир бузилишларга олиб келади. Қон кетишни аниқлашдаги савол беморнинг «ульцероген» препаратларни узоқ муддат истеъмоли аниқланганда осон ҳал бўлиши мумкин. тез-тез бурундан қон кетиш ҳолатлари беморда Верльгоф ёки Рендю-Ослер касаликлари борлигидан далолат бериши мумкин. Инъекция ёки кичик травма олганда қон оқишни узоқ давом этиши маълумоти ҳам қон ивиш тизимида муаммо борлиги тўғрисида муҳим бўлиши мумкин. Умуман олганда анамнез аниқ тўлиқ бўлиши мумкин, лекин ноаниқ, умуман ахамиятга эга бўлмаган бўлиши ҳам мумкин масалан : ярали касаликка яққол анамнестик белгилардан қон кетиш сабаби эрозив эзофагит, гастрит, ўткир ошқозон яраси бўлиши мумкин, лекин қайсидир маънода ошқозон анамнезли клиник белгиларни бўлмаслиги мумкину, лекин қон кетиш манбаси 12 бармоқли ичакнинг ёки ошқозоннинг сурункали яраси бўлиши мумкин.

Эзофагогастроуденал қон кетишли беморни объектив текшируви. Ташқи кўринишда шиллик пардалар ва тери оқарган. Оғир қон кетишнинг ҳавfli белгиси қорачиқларнинг кенгайиши, совуқ тер томчили ва эснаш бўлади. Жигар касаликлари ва портал гипертензияда склералар, тери ва шилликларнинг субъектериклиги, қорин девори тери ости веналари кенгайиши, қориннинг катталашуви (асцит). Оғиз атрофи ва лабдаги пигмент доғлар дигестив полипозда кузатилади. Тери ичи ва тери ости қон куйилишлар, петехиал тошма, кўп сонли телеангиэктазиялар қон томир ёки қон ивиш тизими касаликларидан далолат беради.

Қорин перкуссиясида портал гипертензия асорати сифатида асцит аниқланиши мумкин пальпацияда жигар катталашуви (цирроз), талоқ катталашуви (портал гипертензия, Верльгоф касалиги, лейкоз) аниқланади. Ошқозон ўсмасида эпигастрия соҳасида ўсма ёки узоқлашган метастазларни пайпаслаш мумкин. Кўрик давомида объектив тахминан бўлса ҳам қон йуқотиш ҳажми критерийлари аниқланади.

ОИТЮҚидан қон кетишда беморларни қонсерватив даволашни умумий принциплари:

1. шошилинич госпитализация;
2. УҚЦни тиклаш;
2. Гемостатик терапия;
4. Гемотрансфузия;

5. коагулопатия коррекцияси

Бирламчи чора-тадбирлар.

Нафас йўллари ўтказувчанлигини таъминлаш. Бемор ҳолати ён томонга. Вена ичига йўл- УҚЦни бирламчи тиклашда йирик калибрли игналар қўлланилади (14G-16G) агар периферик веноз йўл ёпилган бўлса, ўмров ости, яремной ва бўкса веналарини катетеризациясига эҳтиёж туғилиши мумкин. ЦВД мониторинги қон кетиш рецидивини ўз вақтида аниқлашга ёрдам беради, асосий ахамият кекса ёшдаги бемор ва массив қон йўқотган беморларда касб этади. ЦВДнинг 2 соат ичида 5 мм.сув уст.га тушиши қон кетиш рецидивидан хабар беради.

ОЦҚни тикланиши. Инфузион терапияни қоннинг реологик хусусиятларини яхшиловчи ўрта молекуляр коллоид эритмалар ҳисобига айланиб юрган суюқликни танқислигини йуқотишдан бошлаш керак. Реологик мухитлар

(реополиглюкин, 5Ф% альбумин эритмаси, поливисолин ва б.) марказий гемодинамикани яхшилаб, микроциркуляцияни нормаллаштириш учун шароит яратади. Тузли ва глюкозаланган эритмалар қўшилмаси ва коллоид муҳит фаол компонентлари тўқимларига миграцияси билан транскапилляр алмашинувга таъсир қилиш имқонияти кўлга киритилади. Агар ички органлар гиперфузияси белгилари кузатилмаса, вена ичи ва суюқлик ҳажмини тўлдириб туриш учун физиологик эритма билан секин инфузия ўтказилади.

Тахикардия, артериал гипотензия ва А.Б нинг постурал тушиши томир ичи ҳажмининг пастлигига ишора. Бу ҳолатда вена ичига 500 мл. -1000 мл. 1 соат давомида коллоид эритма юборилади, ундан кейин аста-секин қон препаратларини олгунча инфузия давом эттирилади.

А.Б.стабилизацияси муҳим натрийли баланс таъминотидан кўра(табл. 4).

Таблица 4. коллоид эритма типлари

Коллоидлар	Кристаллоидлар
гемодез	натрий хлорид изотоник эритмаси
реополиглюкин	Рингер эритмаси
полиглюкин	Ацесоль
Глюкоза 5%	Дисоль
Макроденс (Швеция)	Трисоль
Декстран (Польша)	Лактасол
Плазмодекс (Венгрия)	
ХеMODEКС (Болгария)	
Неокомпенсан (Австрия)	

Шунингдек, диурез ҳам кузатувда бўлиши керак, гипоперфузия белгилари бўлса сийдик пуфаги катетерланади. Диурезни 30 мл. соатга чиқариш мақсадга мувофиқ. УҚЦни ўз вақтида тиклаш диурезни ошишига олиб келади.

Гемотрансфузияни геморрагик шок, тахикардия ва систолик босими 90мм.с.уст.дан (горизонтал ҳолатда) паст, шунингдек, гемоглобин даражаси 100 г.л.дан тушиб кетган беморларда албатта ўтказиш керак бундан ташқари гемотрансфузия гематокрит сон <30%.гача камайиб, қон кетиш давомийлиги тўхтамаганда ҳам буюрилади. Шунингдек, гемотрансфузия давомли қон кетишда яхши даволовчи самарага эга ва рецидив профилактикаси чора-тадбири ҳисобланади. Шок клиник манзарасида ҳам 4 доза қон қўшилади (1 доза=250 мл), бирламчи қон тўхтатилгандан кейин яна қон ктеиш давом этса яна 2 доза қўшилади.табл.5.

Фибриногеннинг паст даражасида криопреципитат керак бўлиши мумкин бир неча бирлик цитрат моддасини тутувчи қон трансфузиясидан кейин зардобда кальций миқдори камайиши мумкин шунинг учун хар 3-4 доза қон қуйилгандан кейин кальций глюконат эритмаси 10 мл.(4,5 мэкв) дан юборилиб тўрилиши керак зарурат туғилганда магний ва фосфатлар (уларнинг даражаси алкоголь суистеъмол қилувчиларда кам бўлади) юборилади. Қўшимча қон мавжуд бўлса инфузия 1 доза.соат тезликда ўтказилади, агар қон тезлиги катта бўлмаса-эритромаасса мақсадга мувофиқ. Бир неча мл. қон зардоби биологик ўриндошликни ретроспектив баҳолаш учун олиб қўйилади.

Ортиқча ҳажми қуйиб юборишдан эҳтиёт бўлиш керак. (унинг белгилари булиб ЦВДни ошиши, бўйинтурруқ веналари бўртиши, ўпка шиши, периферик шишлар

хисобланади.) Ўта тез трансфузия ҳам ўпка шишини олиб келиши мумкин, хатто йўқотилган қон ҳажмини тикланишигача бу жараён ривожланиши мумкин.

Гемостатик самарага регионар гипотермиянинг ҳар хил турларини қўллаган ҳолда бир қанча умид боғланади. Хусусан ошқозонни доимий равишда совуқ сув билан ювилади ёки совутилган этил спирти резина баллонларга солиб қоринга таъсир қилиш учун қуйилади. Маҳаллий гипотермия эрозив геморрагик гастритда яхши самара беради. Кенг тиббий амалиётда майда бўлакчи муз бўлакчаларини маҳаллий таъсир қилувчи гемостатик препаратлар билан бирга истеъмоли (ҳар 15-20 минутда 1%ли аминокапрон кислота эритмаси 100-150 мл. микдори ёки тромбинни совуқ сувга эритилган эритмаси) қўлланилади. Лекин назагастрал зонд беморга ноқулайлик туғдиради ва ўзи ошқозон-қизилўнгач рефлюкси ва ошқозондаги таркибнинг аспирацияси такрор қон кетишга сабаб бўлиши мумкин.

Ўткир яра ва тизимли касалликлар қонсерватив даволашга кўрсатма бўлади. Қон кетишни тўхтатувчи усуллар маҳаллий физик таъсирни ўз ичига олади: совутиш, томирларни механик қисқариши ва коагуляция, шунингдек, беморнинг прокоагулянт потенциал қонини кучайтирувчи, микроциркуляцияни яхшиловчи, ДВС синдромни олдини олувчи қон реологияси.

Совутиш асосан икки йўл билан олиб борилади:

- эпигастрал соҳага музчи халтачаларни қўйиш;
- зонд орқали ошқозонни муздек сув билан ювиш. Бунда ошқозон қон ва қуйқалардан ювилиб, мускуллар қисқариш хусусияти кучаяди, хлорид кислота қонцентрацияси ва пепсин фаоллиги камаяди, шиллик остида қон оқим ҳажми камаяди, томир бўшлиги қисқаради.

Ошқозон локал гипотермияси учун махсус аппаратлар кенг тарқалмади. Қон кетиш манбаси коагуляцияси фиброэндоскоп ёрдамида амалга оширилади. Асосий усул бўлиб ҳозирча электрокоагуляция бўлиб қолмоқда, лекин охириги йилларда лазерли фотокоагуляция усули ишлаб чиқилган. Кўп муаллифлар эндоскоп орқали коагуляцияга ярали ва ярасиз этиологияли қон кетишларни вақтинча тўхтатишда самарали усул сифатида қарашади. Гемостатик самарага 90% ҳолларда эришилади. Қон кетишни вақтинча тўхтатиш беморни аҳволини стабилизация қилиш, шошилиш операцияга тайёрлаш, тўлақонли қонсерватив даволашни ўтказиш учун қўлланилади. Лекин такрор қон кетиш ҳоллари кузатилса, қайта коагуляция қилиш нафақат самарасиз балки ҳавфли. Гемостатик терапияда медикаментоз даволаш албатта ва зудлик билан ўтказилиши лозим бўлган компонентидир. Массив қон кетаётган барча беморларда гемостаз тизимида бузилиш келиб чиқади. Бунда врач қоннинг коагуляцион потенциалини кучайтиришга эҳтиёжнинг ошиши вазиятларига дуч келса, гиперкоагуляциянинг ноҳуш асоратларини эсдан чиқармаган ҳолда қуйидагиларни қўллаши мумкин:

- 1%ли кальций хлорид эритмаси;
- эпсилон-аминоксапрон кислота (фибринолиз ингибитори) в 5% ли эритмаси рег ос ёки зонд орқали;
- протеолитик ферментлар контрикал, трансилол, гордокс каби ингибиторлари ва б.;
- викасол, протромбин комплекс омилларини синтез қилувчи;
- этамзилат (дицинон) гемостазни қон томир-тромбоцитар звеносига таъсир этувчи;
- тромбоцитар масса фақатгина тасдиқанган тромбоцитопения ёки тромбоцитопатияда қўлланади.

Эсда тутиш керакки, гемостатик терапия ДВС синдромли беморларга қарши кўрсатмага эга. Уни олдини олишда дезагрегант терапияни протеаз ингибитори ва янги музлатилган плазма билан биргаликда қўллаш мумкин охириги йилларда Н₂-блокаторлари ва протон

помпаси ингибиторлари яхши натижа бермоқда.

Ўткир гастродуоденал қон кетишларда 2 та асосий босқични ажратиш мумкин:

1-босқич- ўткир геморрагия

2-босқич-постгеморрагик

1-босқич - шартли биринчи суткалар, ҳали гомеостазда чуқур ўзгаришлар бўлмаган ва организм ўзининг ҳимоя кучлари ва захира имқониятларини максимал узатиш имқониятига эга.

2-босқич - постгеморрагик- организмда патофизиологик ўзгаришлар чуқурлигига боғлиқ, 4 фазага бўлинади;

1-фаза-қон кетиш тўхтагандан кейин 2-3 сутка давом этади, оператив ёрдам учун шартли қонқарли, гиповолемик ва гидремик босқичларидан иборат. Беморларга гемокомпонент ва қон инфузияси бу фазада дезагрегант билан бирга организмда геморегуляция бузилишларини келгусида ривожланишини олдини олади. Бу фазада бемалол техник тўғри қилинган операциядан кейин асоратларнинг бўлмаслиги эҳтимоллигига ишониб радикал операцияни бемалол ўтказиш мумкин.

2-фаза қон кетишдан кейин 3-4 суткадан бошланади ва постгеморрагик гипоксия фонида тўқималарда морфофункционал ўзгаришларнинг кучайиши билан кечади. Тўқима трофикаси ва шу фазада ўтказилган операциянинг репаратив жараёнининг бузилиши натижасида кўп ҳолларда операциядан кейинги асоратлар билан кечади.

Операция қилиш учун ноҳуш фаза 3-фазадир, бу фаза постгеморрагик жараённинг 6-21-суткаларига тўғри келади. Бу фазада макроорганизмда гемопоззни сусайиши ва келгусида тўқималарни морфофункционал бузилиши ривожланишини кузатиш мумкин. буни натижасида репаратив жараённинг кескин бузилиши ривожланади. Бу фазада ўтказилган операциялар кўп ҳолларда анастомоз ва тикишлан чокларининг етишмовчилиги ривожланиши билан асоратланади.

Постгеморрагик жараённинг 4-фазаси 21-24 суткасидан бошланиб, гемопозз, туқима трофикаси ва репарация жараёнини тикланиши билан характерланади. Бу фазада операциялар асоратлари сони минимал булади.

Ўткир геморрагия босқичида тактик ва амалий режада гастродуоденал қон кетишни эндоскопик муълумотларига асосланиб 3 гуруҳга ажратиб олиш муҳим. 1- давом этувчи; 2-беқарор гемостаз билан кечувчи тўхтаган қон кетиш; 3- тўхтаган қон кетиш стабил гемостаз билан.

7. консерватив даволаш схемаси (биринчи босқич)

в/в инъекциялари схемаси

- Sol. NaCl 0,9% - 400,0 ml
- Sol. Acidi aminocapronici 5% - 100,0 ml
- СЗП бир гуруҳли – 300 ml
- Sol. Glucosi 10% - 400,0 ml + Insulini 10 ED + Sol. Acidi ascorbinici 5% - 3,0 ml
- Sol. KCl 4% - 100,0 ml
- реополиглокин эритмаси- 400,0 мл
- Sol. Chlasoli (Ringeri и т.д.) – 400,0 ml
- Омепразол 80 мг.дан, кейин 20 мгдан суткасига 2 в/и. фамотидин (квamatел) йук булса 20 мг.дан суткасига 2 махал в/и.

Мушак ичи инъекциялар схемаси

Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; суткасига 4 маҳал м.и.

- давом этувчи қон кетиш белгилари ва организмга ортиқча ҳажм бўлмаса ҳар 4-5 соатда қайтарилади..

7.2.3.қонсерватив даволаш схемаси (иккинчи босқич)

Қон тўхтатилгандан кейин.

Мушак ичи инъекциялари схемаси (гемостатик терапия):

Sol. Etamsylati (Dicynoni) 12,5% - 2,0 ml; суткасига 4 маҳал м/и

Per os даволаш схемаси:

Омепразол 20 мгдан суткасига 2 маҳал .

кларитромицин (клацид) 250 мг. 2 марта бир кунда.

амоксциллин йуклигида 500 мг. дан 2марта бир кунда овқатдан кейин

метронидазол (трихопол) 500 мг.дан 2марта бир кунда овқатдан кейин

Омепразолнинг оптимал дозаси 80 мг.лиги аниқланган, кейин даволашнинг биринчи уч куни давомида 8 мг.соат қулланилади.

7.1 Қон кетишда эндоскопик даволаш.

Мета-таҳлил кўрсатдики, эндоскопик текширувдан кейин ярадан фаол қон кетиш (оқимли ва секинлик билан қон ажралиши) белгиларини аниқланиши қайта қон кетишни хавфи, ўлим курсаткичлари, шошилич жарроҳлик аралашувлар частотасини камайишига олиб келувчи қон кетишни тўхтатувчи эндоскопик усулини қўллашга кўрсатма бўлади. кўп ҳолларда қон тўхтатишни эндоскопик усулларида юқори ҳарорат тўқима оқсилларини коагуляцияси, томир бўшлиғи қисқариши ва қон оқимининг камайишига олиб келишига асосланиб, турли хил термоактив усуллари қўлланилади. Бундай усулларга лазеротерапия, мультиполяр электрокоагуляция, термокоагуляция усуллари киради. Гемостатик мақсадда яра соҳасига турли хил склерозирловчи ва томир торайтирувчи препаратлар (адреналин, полидоканол, этанол эритмалари ва б.) юборилади. Ярали касалликларни эндоскопик даволашда танлов усули бугунги кунда электрокоагуляция, термокоагуляция, инъекцион склеротерапия, шунингдек, термокоагуляция ва инъекцион склеротерапиянинг комбинирланган усуллари қўлланилиши.

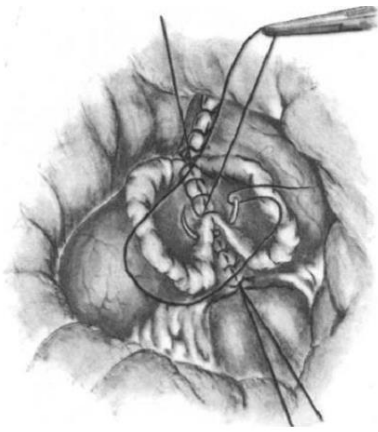
7.6. ярадан ўткир қон кетишда оператив аралашув.

1. шошилич оператив аралашувга, медикаментоз ва эндоскопик гемостазга берилмайдиган давомли қон кетишли беморлар лозим топилади, шунингдек, эрта рецидив қон кетишли беморлар ҳам операцияга кўрсатма бўлади.(бу беморлар дархол операция хоналарига юборилади ва келгуси даволаш чора-тадбирлари шу жумладан, эндоскопик гемостаз ўтказилади). Бу категорияда беморлар 3 гуруҳга бўлинади:

1 гуруҳ- узоқ муддатли ярали анамнез, самарасиз қонсерватив даволаш, гемодинамика кўрсаткичларининг нисбатан стабиллиги фониди жиддий ёндош касалликларисиз ёш ва ўта ёшдаги беморлар киради.

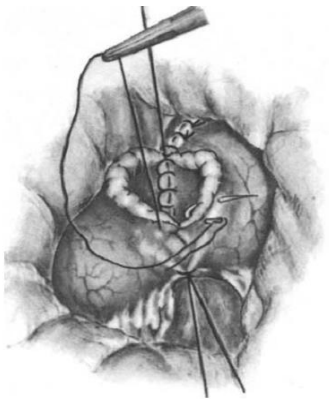
Бу ҳолларда радикал операция ўтказилади:

ошқозон яраси учун ошқозон резекцияси

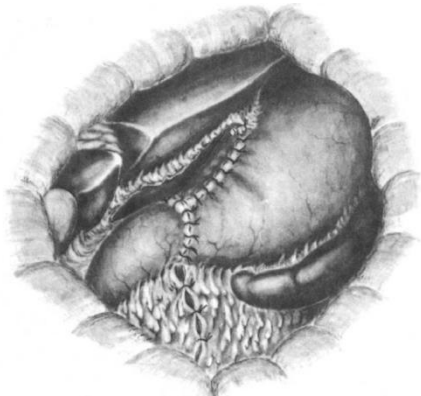


қўйиш

гастродуоденал анастамоз. Орқа лабига чок

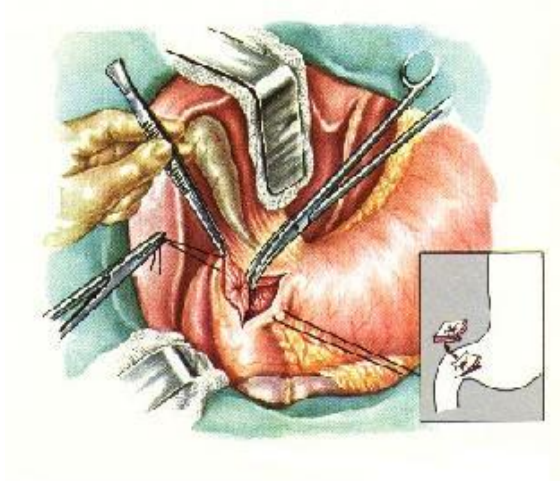


гастродуоденал анастамоз. Олд лабига чок қўйиш



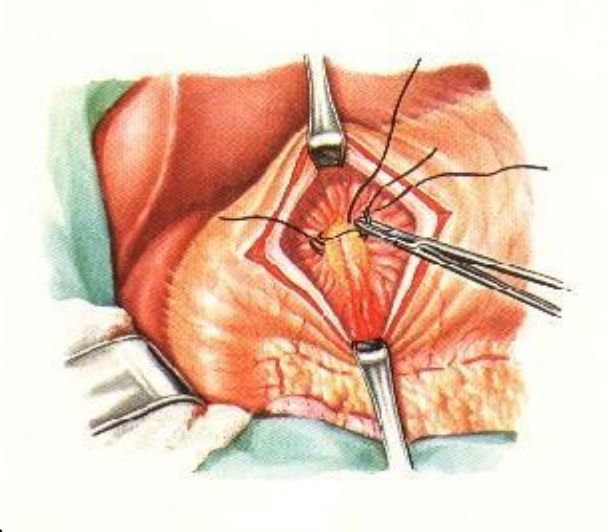
Бильрот 1 бўйича меъда резекцияси. Охирги кўриниш

Ўн икки бармоқ ичак ярасида ярани кесиш ваготомия.



2-гурух - (гемодинамика кўрсаткичлари ўта бекарор, оғир қўшимча патологияларга эга,

яққол ривожланган рақобатдош касалликлари мавжуд беморлар) оператив аралашув фақат битта мақсадда- давомли ёки рецидив қон кетишни хирургик тўхтатиш. Операция ҳажми минимал- гастро ёки гастродуоденэктомия ва ярада қонаётган



томирни тикиб қйиш.

Биринчи ва иккинчи гуруҳ беморларида операция қуйидаги ҳолатларда кўрсатма бўлади :

1) қон кетишни медикаментоз ва эндоскопик гемостазга эришилмаган ва қон кетишни давом этаверишида стационарга келиб тушгандан кейин биринчи 4-5 соатларида

2) бемор тушгандан кейин биринчи 2-5 соат ичида: а) массив қон йўқотиш ва ностабил гемостаз; б) массив қон йўқотиш ва артериал қон кетишда эндоскопик йўл билан вақтинча гемостазга эришиш; белгиланган 5 соат қон қуйиш ва УҚЦни тиклаш учун фойдалниланган. Акс холда такрор қон кетиш, аввалги массив қон кетиш устига қўшилиб эришилган беқарор стабилизацияни узилишига олиб келади ва бунда операция «отчаяния» характерга эга бўлади.

3) стационарда қон кетиш рецидивидида- аввалги қон кетиш ҳолатини бошланиш вақтидан катъий назар. Эндоскопик гемостаз мақсадида такрор эзофагогастродуоденоскопия шошилишч операция бемор томонидан рад этилишида, шунингдек, энг оғир категориядаги беморда операция қилиш мумкин эмас деган катъий қарор қабул қилинганда ўтказилади. 3-гуруҳга қуйидаги қўшимча патологиялари бор беморлар киради (қайсики умумий анестезия хавфи операция хавфидан юқори бўлса):

1. 3-даражали қон айланиш етишмовчилиги;
2. ўткир трансмурал инфаркт миокард;
3. мия қон айланишини ўткир бузилиши;
4. 3-даражали гипертензия касаллиги 2-3-даражали қон айланиши бузилиши билан;
5. ўпка-юрак етишмовчилиги 2-3 даражали қон айланиш етишмовчилиги билан бирга;
6. декомпенсацияланган жигар циррози, оғир даражали гепатоцеллюляр етишмовчилик;
7. 3-даражадаги сурункали буйрак етишмовчилиги ривожланиши билан буйрақлар шикастланиши;
8. қандли диабет кетоацидоз, диабетик кома билан кечувчи клиник-метаболик босқичида.

3-гуруҳдаги барча беморларга профуз қон кетиш клиникасида медикаментоз ва эндоскопик гемостаз самарасизлиги- ҳаётий кўрсаткичларига қараб шошилишч операцияга кўрсатма берилади. Оператив аралашув ҳажми минимал.

Бемор стационарда терминал ҳолатда капилляр қон кетиш клиникасида бўлса истисно

қилинади. Ушбу ҳолатда беморнинг стационарга келиб тушганидан кейин бир соат давомида қонсилиум чақирилиб, келгуси даволаш тактикаси ҳал этилиши керак. қонсилиум мақсади беморда капилляр қон кетишни оператив аралашувсиз йул билан такроран ҳаракат қилиб кўришни асосини ҳал этиш. (қонсилиум бу масалани 3 соатдан кечиктирмасдан ҳал этиши керак) бу 3 соат организмни ҳаётини муҳим функцияларини коррекция қилишга сарфлаш керак. (бу ҳолатни келгусида ва операция олди ҳолатига тайёргарлик деб аташ мумкин) агар шу вақтда қон кетиш тўхтамаса чорасизликдан операция ўтказилади.

2) шошилич оператив аралашув қуйидаги беморларга кўрсатма бўлади: бу категорияда беморлар икки гуруҳга бўлинади:

1-гуруҳ- беморлар 70 ёшгача ва оғир рақобатловчи касалликларсиз;

2-гуруҳ- беморлар 70 ёшдан катта ёки яққол ривожланган ёндош касалликлари мавжуд. Бу гуруҳга шошилич оператив даволашга кўрсатма йук.

Шошилич оператив даволаш 1-гуруҳдаги беморларга кўрсатма берилади ва стационарга ётқизилган вақтда 6-36 соат давомида ўтказилади:

А) такрор қон кетишга юқори ҳавф белгилари мавжудлиги, эндоскопик гемостазни вақтинча ушлаб турилишига қарамасдан.;

Б) гематологик кўрсаткичлар нормализацияси белгиларининг йуқлигида намоён бўладиган клиник беқарор гемостазда 12 соат давомида 1 литрдан кўп миқдорда эритроцитар масса қуйилишига қарамасдан.

С) бемор кам учрайдиган қон гуруҳида бўлиб, оғир қон кетишни тўхташи билан.

3. кечиктирилган оператив аралашувлар стационарга ётқизилгандан кейин 12-14 соатдан кейин ўтказилади. Беморни тегишли текширувлардан ўтказиб, операцияга тайёрлашганидан кейин. Шошилич оператив даволашни режали деб бўлмайди, бемор қон йўқотиш ҳолати билан шошилич госпитализация қилингандан кейинги яхшиланиш ахволи барибир нозик бўлиб қолаверади. Бу вазият жарроҳдан операцияни беҳато ўтказишни талаб этади, ҳар қандай адашиш ва нотўғри ҳисоб-китоб кечирилмайди. Беморда асоратни компенсация қилувчи захира ўта кам. Режали жарроҳликда бундай вазиятлар ўта кам учрайди. Оператив аралашувни кечиктиришга кўрсатма бўлиб беморларда ярали касалликларга режали операцияга кўрсатмалар борлиги қуйидагилар.

Ошқозонни яра касаллигини режали оператив даволашга кўрсатмалар :

А. ички боғламлар ҳосил қилмасдан ярани бошқа қўшни органларга пенетрацияси;

Б. ярани тикиб қискартирилишидан кейинги рецидив;и;

В. Анамнезида қон кетиш;

Г. Ярани аниқланганидан кейинги 3 ой давомида консерватив терапиянинг самарасизлиги;

Д. ошқозон ва ўн икки бармоқ ичак яраларини кўшилиб келиши (жоннсон бўйича 2 тип);

Е. пилорик канал яраси (Жоннсон буйича 3-тип).

Ўн икки бармоқ ичакни яра касаллигини режали оператив даволашга кўрсатмалар :

А. ички боғламлар ҳосил қилмасдан ярани бошқа қўшни органларга пенетрацияси;

Б. Ярани тикиб қискартирилишидан кейинги рецидив;и;

В. Анамнезида қон кетиш;

Г. Сурункали постбульбар яра

Д. Узок муддатли ярали анамнез ва яра аниқланганидан кейинги 2 йил давомида

қонсерватив терапиянинг самарасизлиги, (доимий стационарда);

Е. кислота махсулотларини тўхтовсиз ишлаб турувчи, антрал қисмининг кислота нейтралловчи функциясининг декомпенсацияланган, шунингдек, компенсацияда охириги, лекин атропинга манфий реакцияли ярали касаллик.

Ошқозон-ичак трактининг проксимал қисмидан ўткир қон кетишни даволаш нафақат тактик балки техник (операция) муносабатда ҳам қийин масала ҳисобланади. Клиник вариантларнинг катта хилма-хиллиги, ҳолатнинг оғирлиги, ёндош касалликлар барча турдаги қон кетиш турларини даволашда ягона тактикасини ишлаб чиқишга ҳалакит беради. Фақат баъзи бир умумий низомни ажратиб олиш мумкин.

УАШнинг гастродуоденал қон кетишларда тактикаси ва даволаш.

Ўткир ошқозон-ичакдан қон кетишни даволаш қийин муаммолигича қолмоқда. Идеал вариантда нафақат гемостазга эришиш балки қон кетишга сабаб бўлган касалликларни йўқотишни ўз ичига олади. Лекин бу принципни амалга оширишни ҳар доим ҳам имқони йўқ, бундай ҳолларда асосий мақсад бемор ҳаётини сақлаб қолиш учун қонни тўхтатиш ҳисобланади.

Портал гипертензия- портал тизимда қон оқишининг кийинлашиши натижасида келиб чиқувчи ўзгаришлар комплекси бўлиб, бу ҳолат портал босимнинг ошиши (140-160 мм.суб уст.), талоқнинг катталашуви, қизилўнгач, меъда, тўғри ичакнинг веналарининг варикоз кенгайишига, уларда қон кетишига, асцит ва жигар етишмовчилигига олиб келади.

Портал гипертензия этиологияси:

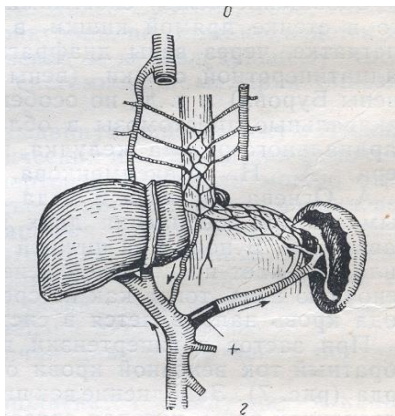
1. жигар циррози (барча сабабларнинг 70-80% ни ташкил этади);
2. панкреато-биллиар соҳадаги аъзоларнинг яллиғланиш, посттравматик, ўсма, паразитар касалликлари;
3. жигар қон томирларининг туғма ва орттирилган нуқсонлари;
4. пастки ковак венанинг туғма ва орттирилган нуқсонлари;
5. ёшлиқда ўтказилган омфалит ҳолатлари ёки киндик венасининг катетерлаш асоратлари;

Портал гипертензиянинг этиологик омиллар ва веноз тизимнинг анатомияси билан боғлиқ патогенези.

Портал гипертензия муаммосини тушунишнинг асосий калити бу-

- инсон организмнинг веноз тизими анатомиясини билиш ва энг аввало талоқ, меъда, қизилўнгачнинг кардиал қисми, йўғон ва ингичка ичакдан веноз қон келиб турувчи портал вена тизимини билиш;
- юқорида кўрсатилган аъзоларнинг веналари деворининг тузилиши портал тизимдаги 140-160 мм.суб уст.дан ошмайдиган веноз босим даражасига мослашган, унинг кўтарилиши веналарнинг варикоз кенгайишига олиб келади ва энг аввал қизилўнгачнинг кардиал қисмининг пастки учдан бир қисми ва меъда веналарининг варикоз кенгайишига .
- эрозияланишга олиб келувчи, варикоз кенгайган веналарни ёрилишига олиб келувчи омилларнинг таъсири қизилўнгач-ошқозонда кучли интенсив қон кетишга олиб келади, қон кетишнинг кўлами ва интенсивлиги эса жигар етишмовчилиги (жигар хужайраларининг некрози) жараёнининг ривожланишига тўғридан тўғри таъсир қилади.
- Чайлд-Пью бўйича жигар етишмовчилигида компенсация даражаси, энг аввало жигар циррозида, портал гипертензия билан ориган беморларни даволашда патогенетик ва прогностик омил асосийдир
- Ушбу касалликни этиологик ва патогенетик омилларини ўз вақтида медикаментоз ва хирургик коррекция қилиш портал гипертензия билан оғриган бемор аъзо ва тизимларининг мослашувчи механизмларига юқори даражада таъсир қилади. Дарвоза венаси ва унинг қон оқими ковак веналар тизими билан биргалиқда боғловчи

аностомозларни яхши билиш портал тизим блокада шаклланаётган жараённи тушунишда муҳим аҳамитга эга. Уч хил турдаги портокавал аностомоз фаркланади:



1. гастрозофагеал- ошқозон веноз венаси орқали юқори ковак венани дарвоза венаси билан боғловчи, тоқ ва ярим тоқ веналар;
2. тўғри ичак ва пастки ковак веналаридаги веноз чигаллар ўртасидаги аностомозлар, юқори (портал вена бассейни) ва пастки геморроидал веналар (пастки ковак вена бассейни) орқали;
3. киндик атрофидаги веналардан ташкил топган аностомозлар.

Портал гипертензияни ривожланиши портал тизим блокадаси даражаси ва портокавал аностомозларнинг

ривожланишидан келиб чиқади. Қизилўнғач веналари варикоз кенгайиши унинг анатомик хусусиятлари (магистрал типдаги тузилиши, атроф туқималарининг мўртлиги) ва ошқозоннинг кардиал қисмидаги ретроград қон оқими билан боғлиқ. Портал тизимда босимнинг ошиши хусусан жигар ички блоки (цирроз) жигар ости блок (дарвоза венаси нуқсони, дарвоза венаси тромбози) натижасидир. Сегментар портал гипертензияда (талоқ венаси тромбози)- талокдан юқори босим билан қоннинг ошқозон қиска веналари (катта эгрилик ва ошқозон туби) бўйлаб оқиши натижасида ошқозоннинг кардиал қисми ва туби веналари варикоз кенгайишидан келиб чиқади. Бу эса сегментар портал гипертензиянинг талоқ катталашуви билан қўшилган ҳолда муҳим дифференциал кўрсаткич ҳисобланади.

Портал веналар гипертензияси лимфа ҳосил бўлиши ва лимфа томирларида гипердинамик гипертензиянинг ошиши билан қўшилиб келади, бу эса ўз навбатида қорин бўшлиғи аъзоларида турли хил функционал ва структуравий бузилишларга олиб келади. Жигарга портал қон оқиб келишининг қисқариши унда метаболик жараёнларнинг секинлашуви билан бирга кечади, бу қон оқиш ҳажмининг камайиши ва гепатоцитлар сонининг қисман қисқариши ҳисобига амалга ошади. Аналогик ўзгаришлар купфер хужайраларида ҳам юзага келади. Купфер хужайраларининг функционал фаоллигини пасайиши талоқ катталашуви билан бирга талокнинг ретикулоэндотелиал тизими фаоллигини кучайтиради. Маълумки талокнинг ўзига хос функцияси «қоннинг шаклли элементлари қабристонини» бўлаглиги сабабли юқоридаги ҳолат натижасида қоннинг барқарорлиги суст шаклли элементлари лейкоцит ва тромбоцитларнинг фаол парчаланиши жараёни бошланади. Гиперспленизм ҳолати қайсидир даражада суяк қўмигининг гиперфункцияси билан компенсация қилинади. Дарвоза венасида босим даражаси 3 та асосий омиллар ёрдамида аниқланади: портал қон оқимининг катталиги, портал томирлар тармоқланиши томир тонуси ва умумий жигар ички томир қаршилиги. Жигар циррозидида портал гипертензия қорин бўшлиғи вазодиятациясини чақиради. Бу эса ўз навбатида портал қон оқими тезлигига олиб келади. Юқоридагилардан келиб чиқадики. Портал гипертензия патогенезини фақат жигар ички веноз қон айланиши қийинлашуви, жигар ангиоархитектоникаси қайта қурилиши ва бошқа локал омиллар билан боғлаш керак эмас, юқорида келтирилган функционал ўзгаришлар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Дарвоза венаси тизимининг босимини ошишига жигар артерияси шоҳлари ўртасидаги ва портал тизимга қўшимча қон оқимига келувчи фиброз тўсиқли дарвоза венаси артерио-веноз аностомозлари ҳам сабаб бўлади. Портал гипертензиянинг органиқ субстрати ва лимфа безлари томонидан ишлаб чиқарилаётган ортиқча суюқлик жигардан веноз қоннинг чиқиб кетишини қийинлаштиради. Бу эса асцит- портал блок жигар ички босими ўзгаришларининг генезида асосий ўринни эгаллайди. Шунга қарамай фақат бу асосий сабаб бўлади дейиш нотўғри бўлар эди. Асцитнинг ривожланишида олдинги белгилардан бири бу ренин-альдестерон-ангиотензин тизимдаги силжишлар ҳақида эсдан чиқармаслик керак. Ренин-

ангиотензин механизмининг ортиқча фаоолашуви альдостероннинг гиперсекрециясига олиб келади. Бу буйрак перфузияси бузилиши билан боғлиқ. Асцитнинг ривожланишида яна бир сабаблардан биттаси бу- қон зардоби онкотик босимининг пасайиши билан боғлиқ гипоальбуминемиядир. Гипоальбуминемия томир деворидан ташқарига томир ичи суюқлигининг чиқиб кетишига сабаб бўлади. Қорин бўшлиғи аъзоларининг артериол вазодиятациясининг ривожланиши симпатик импульсацияни фаоллаштиради, бу эса буйракларда ренин ва гипофизда антидиуретик гормон секрециясини ажралишига сабаб бўлади. Симпатик гипертонуснинг яна бир асорати бўлиб буйрак перфузияси бузилиши ҳам ҳисобланади. Кўп ҳолларда буйраклардаги простогландинлар ишлаб чиқарилишининг сусайиши ҳам. Бу ўз навбатида натрий ва сувнинг тутилиши билан коптокчаларнинг фильтрациясини сусайтиради, натижада асцит юзага келади. Бу қорин бўшлиғи аъзолари ва пастки ковак веналар бўйлаб қон циркуляцияси шартларини ёмонлашувида намоён бўлади. Шу билан бир қаторда ўпкаларнинг нафас экскурсияси чегараланади ва юрак фаолияти кийинлашади. Қорин бўшлиғида босимнинг ошиши гастрозофагеал рефлюксга сабаб бўлади, қайсики бу ҳолат қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини жадаллаштириши мумкин. Портал гипертензияни ташхислаш учун муҳим аҳамиятга эга бу жигардаги цирротик жараённи ўсиши ва фаоллиги даражаси. Бу ҳолатлар жигарнинг функционал имқониятларига таъсир қилади (жигар етишмовчилиги).

Қизилўнгач–ошқозондан қон кетишини таъминловчи омилларга қуйидагилар киради:

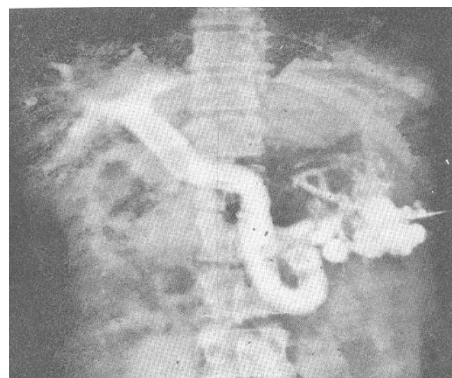
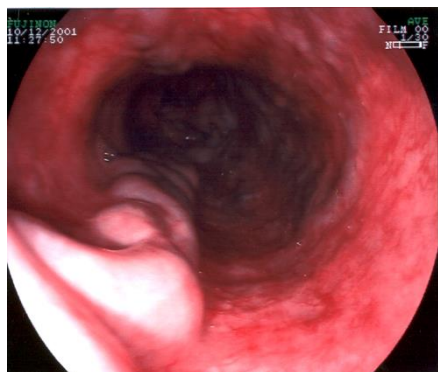
- пептик омил - (рефлюкс-эзофагит);
- қизилўнгачнинг дағал овқатдан шикастланиши (суяк);
- гемостазнинг бузилиши- натижада жигар етишмовчилиги ва талоқнинг катталашуви ҳолати.

Шундай қилиб, портал гипертензия синдроми жигар касалликлари ва портал тизим томирлари асоратлари сифатида қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши ва ўлимга олиб келувчи қон кетиш ҳавфи шаклланишида бемор ҳаётида бирламчи даражад муҳим ролга чиқади ва 1-ўринда қизилўнгач-ошқозондан қон кетишини олдини олиш ва тўхтатишга қаратилган даволовчи чора-тадбирларни қўяди. Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши 30% беморларда ташхис қўйилганидан кейин бир йил давомида кузатилади. Бундай қон кетишидан кейинги ўлим ҳолати 20% ни ташкил этиб, жигарнинг фаолиятига тўғридан-тўғри боғлиқ. Қизилўнгач варикоз кенгайган веналари ва ошқозоннинг проксимал қисмидан қон кетиши портал гипертензия асорати ҳисобланади. Жигар ички қон айланиши ёки дарвоза ё жигар веналар тизими қон оқимида ўзгаришлар юзага келса, портал ва кавал тизим ўртасида ишлаётган аностомозлар ҳосил бўлишига олиб келади. Қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши патогенезида портал гипертензия катталиги, вена деворининг юққалашуви ва кенгайганлиги даражаси, пептик омил ва жигарнинг касалланиши асорати сифатида қон ивиш тизимининг кескин бузилиши аҳамиятга эга. Массив қон кетишлар кўпроқ қизилўнгачнинг пастки кўкрак ва кардиал қисми веноз тугунларининг ёрилишидан келиб чиқади. Қизилўнгач варикоз кенгайган веналари ва ошқозондан қон кетиши 8,2-65,3% ҳолда қон кетишига сабаб бўлади ва ёмон прогнозга эга, аорто-дуоденал фистулани ҳисобга олмаганда. Бу асоратда ўлим ҳолати 20-58% ни (Киценко ва Нереста 1995 й буйича) ташкил этади. ВОПТда веналарнинг варикоз кенгайишининг ривожланишига асосий сабаб жигар циррози билан боғлиқ портал гипертензия ҳисобланади. Кўп ҳолларда қизилўнгачнинг веналари варикоз кенгайиши портокавал аностомозлар шаклланиши ва қизилўнгач веналаридаги босимнинг ошиши натижасида юзага келади. Ошқозон веналари варикоз кенгайиши жуда кам учрайди. Ошқозон варикози фақат кардиал қисм ва тубида жойлашади. Ошқозон веналари варикоз кенгайиши қизилўнгач варикози билан бирга ёки алоҳида учраши мумкин. ЭГДС вена варикоз кенгайишларини аниқлашда қўлланиладиган бирламчи диагностик ва даволовчи усул ҳисобланади. Албатта текширилиши керак бўлган аъзолар – қизилўнгач, ошқозон ва 12 бармоқли ичак ҳисобланади, сабаби қизилўнгача веналари варикоз кенгайишида қон кетишнинг бошқа

манбалари ҳам бўлиши ҳам аниқланган. Дистал бўлимда варикоз тугун устида тромб аниқланса эндоскопия қилишдан аввал албатта қон кетиши рецидиви (склеротерапия) олди олиниши керак. Қизилўнғач ва ошқозон варикозидан қон кетиши варикоз тугун девори нуқсонидан (кўп ҳолларда эрозив эзофагит ёки гастрит фонида) ривожланади ва одатда струя характерига эга булади. Кўп қон йуқотганда ва портал гипертензия сусайганида варикоз кенгайган веналар ва тугунлар бўшлиққа бўртиб чиқиши сезиларли даражада текисланади, бу эса баъзан ташҳислашни қийинлаштиради. Шунини белгилаш керакки, қизилўнғач варикозидан қон кетиши асосан қизилўнғачнинг дистал қисмида 5 см. оралиғида жойлашган тугунларда ривожланади. Бу ҳолатни ташҳислаш қийинроқ кечади, сабаби агар гастрит ҳолати аниқланса веналар қалин бўртма кўринишига келади. Портал гипертензия синдроми шартсиз белгиси бўлиб ультратовуш текширувида аниқланадиган ўз-ўзидан ҳосил бўлган коллатерал анастомозлар ҳисобланади. Дарвоза венаси асосий ўқида оқим тезлигининг кескин ошиши ва бўлакчи шоҳларида эса секинлашуви жигар ички портотизим тармоқланиши белгиси ҳисобланади.

Дарвоза венасида қон оқими максимал тезлиги 0.10 м/сдан камлиги жигар циррозида ноҳуш белгидир. Дарвоза венасида қон оқим тезлигининг кескин секинлашуви натижасида портал қон оқимининг беихтиёр аннулирование ҳолати юзага келиши мумкин. Бундан ташқари портал тизимнинг дарвоза, талоқ ва бошқа веналарининг қисман ёки тулиқ тромбозини келтириб чиқриши мумкин. Нафас олиш вақтида дарвоза венасида пульсацияни йўқолиши портал гипертензия синдромининг кечки. Лекин 94% ҳолда сезгир ва 90% ҳолда махсус белгиси ҳисобланади.

- Рентгенологик текширувлар- қизилўнғач ва ошқозон R-графияси (қизилўнғач веналари варикоз кенгайиши ва эзофагит рефлюкси аниқланганда).
- Эндоскопик текширувлар- қизилўнғач веналарини кўриш, уларнинг ўлчамлари, эзофагитнинг аниқланиши, ошқозон туби ва кардиал қисмини албатта кўриш- ошқозон туби варикоз кенгайган веналари эгатларини аниқланиши қизилўнғачнинг пастки учдан бир қисмида эса бу ҳолатни йўқлиги сегментар портал гипертензия белгисидир, ярали касалликка 12 бармоқли ичак кўриги;
- Ректороманоскопия (колоноскопия)- кенгайган геморроидал веналар (ичакнинг ўсмали шикастланиши бундан истисно);
- Спленопортография (инвазив усул)- портал тизим манометрияси (босимни ўлчаш), қон ҳайдалишининг асосий йўналишини кўриш (коллатерал). Агар анамнезида спленэктомия ҳолати бўлса бу усулни қўллашни иложи бўлмайди, у ҳолда трансжигар транскутан портография ўтказилади;
- Компьютер томография (КТ)- жигарнинг диффуз (ўчоқли) зарарланишини тасдиқлаш (истисно қилиш);
- Пастки (баландки) қаваграфия- жигарусти блокка шубҳа туғилганда;
- Лаборатор диагностика- гиперспленизм (камқонлик, тромбоцитопения, турли ҳил таркибдаги лейкопения ёки панцитопения), холестаза белгилари (гипербилирубинемия, ишқорли фосфатаза даражасининг ошиши), жигар-хужайравий етишмовчилик (АЛТ, АСТ кўрсаткичларининг ошиши), диспротеинемия, жигарнинг оқсил ҳосил қилиш функциясининг бузилиши ва энг аввало қон ивиш тизимининг бузилиши (коагуляцион гемостаза).



Варикоз тўғрисида ошқозон тубида нотекис тугунсимон бурмаларнинг борлигидан дарак беради, баъзан уларнинг чўккисида яраланиш кузатилади. Қизилунгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида асосий эндоскопик гемостаз усули бўлиб склеротерапия ва резина колец (айлана, узук) қўйиш ҳисобланади. Склеротерапия самарадорлиги кам ва оғир асорат беради. Gold ва Sawjer (1952) маълумотларига кўра 33% ҳолларда дивертикулалар қон кетиш билан асоратланади. Қон кетиш асосан кам-кам (сезиларли) характерга эга бўлиб, эрозив дивертикулит билан белгиланади. Дивертикулалар ташҳисида рентгенологик ва эндоскопик усуллар қўлланилади, лекин қон кетиш эндоскопик ташҳисланади.

Профуз эзофагогастроудоденал қон кетиш бор бўлган беморнинг аҳволини баҳолаш. Ошқозон - ичакка қон қуйилиши иккита даврда кечади. Яширин давр - ОИТга қон кетишидан бошлаб, қон йўқртишнинг умумий белгилари билан кечади (хушдан кетиш, кулоқда шовқин, бош айланиши, совуқ тер, пульснинг тезлашиши, ҳолсизлик ва АҚБнинг пасайиши).

Қон кетишнинг ҳажми ва тезлигига боғлиқ ҳолда латент давр бир неча минутдан бир неча кунгача бўлиши мумкин. Бу ташҳислаш учун энг ийин давр. Яққол давр қон қусиш ва мелена билан юзага келади. Бу даврда қон кетиш синдромини ташҳислаш жуда осон лекин қон кетиш манбаини аниқлаш мураккаблигича қолади. Умумий симптомларнинг кескинлик даражаси қон кетишнинг даражасига боғлиқ ва ривожланувчи гиповолемия, артериал гипотензия, мия гипоксияси туфайли келиб чиқади. Мия гипоксияси беморларда эснаш билан намоён бўлади.

Ташқаридан тери қопламларининг рангпарлиги ва намлиги, қорачикларнинг кенгайганлиги кўринади. Оғир ҳолатларда беморлар ҳаракатсиз ва бутун бадани совуқ тер билан қопланган бўлади. Баъзан эса беморларда ҳаракат қўзғалишлари, хушнинг бузилиши кузатилади.

4. Ҳар қандай қон йўқотиш ҳолатларида қон кетиш даражасини аниқлаш асосий масала ҳисобланади. Бунда энг қулай ва оддий усул "шок индекси" ва гематокритни аниқлашдир. "Шок индекси" пульс частотасини систолик қон босими нисбатига тенг. Нормада у 0,5 га тенг. Индекснинг ошиши қон кетиш даражасини кўрсатади. Индекс 1,0 га тенг бўлса АҚХ 30%га камайганлиги, "шок ҳавфи" ҳолатини билдиради. Агар индекс 1,5 гача бўлса АҚХ, 40%га камайганлиги, "ривожланган шок" ҳолати мавжудлигини билдиради.

Қон йукотиш даражасини клиник белгилар орқали ҳам тахминан аниқлаш мумкин.

Енгил даражасида бир маротаба қусиш, бош айланиши, бош айланиши, ҳолсизлик, тери қопламларининг рангпарлиги, пульснинг минутига 100 маротабагача тезлашиши кузатилади. Қон босими нормал катталиклар чегарасида бўлади.

Ўрта оғир даражали қон йукотишда қисқа муддат ичида бир маротаба кўп миқдорда ёки бир неча марта қайталанувчи қон йўқотиш, клиник қолапс белгилари билан: хушдан кетиш, тери қопламларининг рангпарлиги, пульс сустлашган, минутига 100 мартадан ортиқ, артериал қон босими 90-100 мм.с.м.уст.дан паст.

Оғир даражали қон йўқотиш кескин қонсизланишга ва қоллапсга олиб келувчи кўп маротаба қон қусиш, ва мелена, ипсимон пульс, Систолик қон босимининг 70 мм.с.м.уст дан пастлиги ёки аниқланмаслиги билан характерланади.

Қон йўқотиш даражасини қон таҳлили ўтказмасдан аниқлаб бўлмайди. Гемоглобин миқдорининг пасайиши, эритроцитлар сонининг камайиши, гематокритнинг пасайиши қон йўқотиш оғирлик даражасини етарлича изоҳлаб беради. Лекин қон йўқотишнинг биринчи соатларида бу кўрсаткичлар ҳар доим ҳам қон кетиш оғирлик даражасини ифодалаб бермайди. Чунки қон кетганда эритроцитлар ва қоннинг суюқ қисми бир хил миқдорда ёки асосан плазма йўқотилади. Натижада сохта гемоқонцентрация туфайли қон таҳлили натижаси ёлғон маълумот беради. Тўқималараро суюқлик ҳисобига томир ичидаги қон ҳажми тикланганидан сўнггина қон таҳлилидан керакли маълумотлар олинади.

Инструментал текширувлар орқали қон йўқотишнинг оғирлик даражаси ва АҚХ, дефицити анча объектив аниқланади. Инструментал текширувлар ёрдамида нафақат қон томир ўзанидаги қон ҳажмини, балки унинг алоҳида компонентлари миқдорини тез ва аниқ баҳолаш мумкин бўлади. Бу бирор-бир аниқ беморнинг инфузион терапиясида эритроцит сақловчи суюқликлар улушини аниқ танлаш имқониятини беради.

Қон йўқотиш даражасини аниқлашда энг кўп ишлатилувчи усуллар қуйидагилар: Айланувчи плазма ҳажмини аниқлаш учун Т-1824 (Эванс кўки) бўёгини суюлтириш усули, ^{51}Cr радиоактив изотоп билан нишонланган эритроцитларни суюлтириш усулидир. Бу усуллар айланиб юрган эритроцитлар ҳажмини аниқлаш учун имқон беради. Лекин бу усулларни шошилиш жарроҳлик амалиётида қўллаб бўлмайди.

AIQC, ва унинг компонентлари ҳолатини баҳолашда инструментал усуллардан полиглюкинни суюлтириш усули ишлатилади.

Табл.15.2 қон йўқотиш оғирлик даражаси (Горбашко А.И., 1982)				
1	Қон йўқотиш кўрсаткичи	қон йўқотиш даражаси		
		Енгил	Ўртача	Оғир
2	Эритроцитлар сони	$>3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$	$3,5 \cdot 10^{12}/\text{л} - 2,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$	$<2,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$
3	Гемоглобин даражаси г.л	>100	83-100	<83
4	1 мин. пульс частотаси	80 гача	80-100	100 юқори
5	Систолик А.Б (мм.с.уст.)	>110	110-90	<90
6	Гематокрит сон %	>30	25-30	<25
7	ГХ танкислиги %	20 гача	20 до 30	30 ва юқори

Эзофагогастроуденал қон кетишни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Лекин латент даври узоқ чўзилган бир қисм беморларда қон кетишни ташҳислаш кечикиши мумкин. Қон қусиш ва мелена бўлмаган ҳолатларда ўткир бошланган гемодинамиканинг бузилиши, ҳушдан кетиш ҳолатлари ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги, шу жумладан миокард инфаркти сифатида қабул қилиниши мумкин. Бу ҳолатда анамнестик маълумотлар ёки характерли мелена хиди ёрдам беради. Бу ҳолатлар бўлмаса қон йўқотишнинг аниқ белгилари юзага чиққунча ташҳис кечикади.

Қон кетишнинг сабабини, унинг локализацияси манбаи ва ҳажмини аниқлашда анамнезнинг аҳамияти ўта муҳим.

Биринчи навбатда қон кетиш қачон бошланганлиги, унинг давомийлиги аниқланади. Қон ҳолатларда беморлар ўз аҳволининг қайси соатда ёмонлашганлигига айтиб берадилар. Кейин қон кетишнинг миқдорий характеристикасини билвосита кўрсатувчи маълумотлар олинади: қусуқ характери - пушти рангли қон, қон лахталари, "кофе қуйқаси" шаклидаги ошқозон сақламаси, қусишнинг бир ёки кўп маротаба қайтарилганлиги; нажас хусусиятлари - қора рангдаги шакланган нажас, бир ёки кўп маротаба қайтарилувчи мелена, ўзгарган қон. Йўқотилган қон ҳажмини умумий симптомлар ҳам изоҳлаб беради - холсизлик, бош айланиши, юрак уриб кетиши, совуқ тер босиши, ҳушни йўқотиш. Беморларни бир неча йиллардан бери безовта қилиб келаётган ва эзофагогастроуденал қон кетишга сабаб бўлиши мумкин бўлган касалликлари тўғрисида айтиб беришлари мумкин.

7. Ўткир эзофагогастроуденал қон кетишни даволаш.

Медикаментоз даво гемостатик терапиянинг зарурий ва ажралмас қисмидир. Кўп қон йўқотган барча беморларда гемостазнинг бузилиши кузатилади. Массив қон кетиш ҳолатларида қон ивиш хусусиятини ошиши кузатилади. Гиперкоагуляциянинг ноҳуш оқибатларини ҳисобга олиб қуйидаги воситалар ишлатилиши мумкин:

- 1%ли кальций хлор эритмаси;

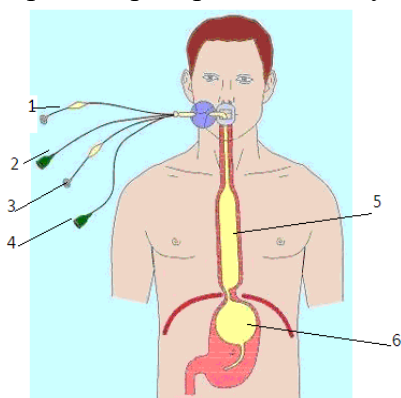
- аминокапрон кислотаси (фибринолиз ингибитори) 5 %ли глюкоза эритмаси билан per os ёки зонд оркали;
- протеолитик ферментлар ингибиторлари (контрикал, трасилол, гордокс ва бошқалар);
- викасол (протромбин факторлари комплекси синтезини кучайтиради);
- этамзилат (дицинон) - гемостазнинг қон томир тромбоцитар звеносига таъсир қилади;
- тромбоцитар масса - фақат исботланган тромбоцитопения ва тромбоцитопатиялар бўлганда ишлатилади.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, гемостатик терапия ДВС синдром ривожланган ҳолатда қарши кўрсатма ҳисобланади. Бу ҳолатнинг профилактикаси ва даволаш учун дезагрегант терапия ва протеазалар ингибиторлари, янги музлатилган плазма қўлланилади.

Қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида асосий эндоскопик гемостаз усули бўлиб склеротерапия ва резина колец (айлана, узук) қўйиш ҳисобланади. Склеротерапия самарадорлиги кам ва оғир асорат беради. Gold ва Sawjer (1952) маълумотларига кўра 33% ҳолларда дивертикулалар қон кетиш билан асоратланади. Қон кетиш асосан кам-кам характерга эга бўлиб, эрозив дивертикулит билан белгиланади. Дивертикулалар ташҳисда рентгенологик ва эндоскопик усуллар қўлланилади, лекин қон кетиш эндоскопик ташҳисланади.

Қон кетиш манбасига таъсир қилиш.

Қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида Sengstaken-Blakemore зонди юқори самарадорлик билан қўлланилади. Зонд obturator (Sengstaken-Blakemore)



1,2,3,4-зонд каналлари, ошқозон бўшлиғи, қизилўнгач ва ошқозон баллонлари билан тўқнашади; 5-қизилўнгач баллони, 6-ошқозон баллони. 5.9.1- Sengstaken-Blakemore зондини қўйиш усули.

Премедикация – 1 мл.2% ли промедол. Зонд вазелин билан мойланиб, ошқозонга бурун йўлидан киритилади. Ошқозон баллони 3-5 мин. Интервали билан 100-120 см. 3. ҳаво билан шиширилади. Кейин зонд охиригача тортилади, фиксация қилинади ва ошқозондаги суюқлик тозаланади. Шундан кейин қизилўнгач баллони шиширилади, ҳаво ҳар 3-5 мин. интервалда аввал 30-40 см. 3 кейин 10-15 см. 3 юборилади қизилўнгач баллонига юбориладиган ҳаво ҳажми 100-150см.3дан ошмаслиги керак. Ҳар соатда зонд таранглиги ва қизилўнгач баллонига босим текширилиб турилиши керак. 4-6 соатдан кейин қизилўнгач баллони ҳавоси чиқарилади ва агар қон кетиши тўхтаган бўлса манжетасини бўш қўйилади. Ошқозонли манжетасини 1,5-2 соатдан кейин бўшатилади тип В

5.2. медикаментоз терапия (Sengstaken-Blakemore зондини қўйиш билан бир вақтда олиб борилади)

А . дарвоза венаси тизимида қон оқимининг камайиши

1. перлинганит 40 мг. 400 мл. Рингер эритмасига томчилаб вена ичига ҳар минутига 10-15 томчи юборилади ҳар 2-3 кунда тип С.

2. нитроглицериннинг 1% ли спиртли эритмаси 10 мг. ва 400 мл. Рингер эритмасига қўшилиб, томчилаб вена ичига ҳар минутига 10-15 томчи юборилади ҳар 2-3 кунда тип С. Кунлик миқдор 0.43мг/кг)^{тип С}

3. соматостатин 50 мкг.соат-48 соат тўхтовсиз ^{тип С}. [17].

4. Триглицил-вазопрессин-болусно 2мг, кейин ҳар 6 соатда 1 мг.препарат^{тип С} юборилади.

Вазопрессин 20 мин.давомида 20 МЕ 100 мл. NaCl изотоник эритмасига қўшилиб юборилади, кейин эса препарат 20 МЕ.соат тезликда юборилади. Қон кетиш тўхтаганидан кейин дозани 10 МЕ.соат, кейин 5 МЕ.соат тезликка камайтириб борилади. Даволаш давомийлиги 48 соат (нитроглицерин билан қўшилган ҳолда)

Б. ивишни нормаллаштириш учун:

- Янги музлатилган плазма ^{тип В};
- Этамзилат 12,5%ли 4 мл. м.ичига, кейин эса 2 мл.дан ҳар 6 соатда 3-5 кун ^{тип В};
- 5% ли аминоксапрон кислота вена ичига 100 мл.дан ҳар 6 соатда ^{тип С};
- Ингибиторлар – протеаз-контрикал 20 минг ЕД бир марталик доза, суткалик миқдор 60.мингЕД ^{тип С};
- Антигистамин препаратлар- капиллярларнинг ўтказувчанлигига гистамин таъсирини нейтраллаш учун ^{тип С};

В. Ўрнини босувчи терапия:

- Эритроцитар масса (48 соатдан кам бўлмаган муддатда сақланган бўлиши керак) қон йўқотиш даражасига кўра ^{тип А};

Г. Қайта қон кетиш профилактикаси

- Бета-блокаторларни доимий қабул қилиш (анаприлин 10-20 мг.суткасига)

5.3. даволашнинг эндоскопик усуллари. Эндоскопик склеротерапия: ишлатиладиган склерозантлар- 1% ли тетрадецилсульфат натрий эритмаси, 5% этаноламин олеат эритмаси, 5% морруат натрий эритмаси, 1% этосисклерол эритмаси, 1-3% тромбовар эритмаси, цианоакрилат тўқимали елим ошқозоннинг фундал қисми тугунлари учун ^{тип С}. Ҳар бир варикоз тугун учун 1-4 мл.препарат ишлатилади. Агар склерозант бўлмаса 20%ли глюкоза эритмаси ишлатиш ҳам мумкин. (10-20 мл.паравазал).

Склерозирлаш 3 босқичда ўтказилади.склеротерапиянинг 1-сеанси 2-серия инъекцияларини 3 кундан кейин ўтказилиши, 3-сериясини эса 6 кундан кейин ўтказилиши назарда тутилган.склеротерапияни веналар варикоз кенгайишини бутунлай йўқолганга қадар ҳар ҳафта олиб борилади, назорат 3, 6 ойда олиб борилади.

Қизилўнгач ва ошқозон варикоз кенгайган тугунларини эндоскопик лигирлаш. Бу муолажа учун махсус тўплам эндоскопик ВВК асосида **накидывания, затыгивания и снятия петель кулланилади. [20,27,30].**

Даволашнинг эндоваскуляр усуллари.

(TIPS)- Трансюгуляр, жигар ичи порто тизим шунтлаш- ёнма ён турадиган шунтни ташкил этиб, дарвоза венаси асосий шоҳи ва жигар венаси ўртасида боғалниш ҳосил қилиб туради. муолажа маҳаллий наркоз остида қилинади. УТТ назорати остида дарвоза венаси бифуркацияси аниқланади, бўйинтуруқ вена орқали жигар ўрта венаси катетерланиб, шу катетер орқали дарвоза венаси шоҳига игна ўтказилади. Игна орқали ўтказувчи ва ўтказувчи орқали катетер ўтказилади. Игнани олинади ва дарвоза венасида босим градиенти аниқланади. Пункцион канал баллон ёрдамида кенгайтирилади, ундан кейин эса ангиография қилинади. Кейин ўзи ҳаракат қилувчи диаметри 8-12 мм. метал стент киритилади. Стентнинг диаметрини танлаш портал босим градиенти 12мм. симоб уст.дан кам бўлган ҳолатда белгиланади. Агар портал гипертензия биринчисига параллел ҳолда сақланиб турса иккинчи стентни ўрнатиш мумкин. Барча муолажа УТТ назорати остида олиб борилади. Трансюгуляр, жигар ичи порто тизим шунтлаш келажакда жигар трансплантациясига ҳалакит бермайди.

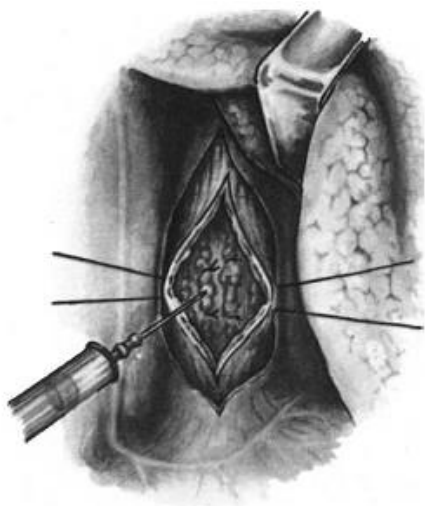
Қизилўнгач венаси тери ва жигар орқали эмболизацияси- ўнг томондан 9-қовурға орасига махсус игна билан портал венанинг шоҳларидан биридан пункция қилинади,

бошқариб бўладиган катетер ўрнатилади, шу катетер орқали ошқозон чап венаси ва қизилўнгач венасига киритилади. Томирларда қон оқими қайтиш жараёнида унга эмболизация қилувчи мода юборилади, бу билан варикоз кенгайган гастроэзофагеал веналарга портал қон оқими камаяди. Муолажа ангиографик кабинетда олиб борилади.

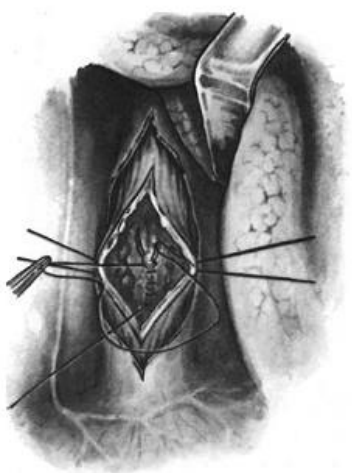
5.4. оператив даволаш.

Юқорида ўтказилган консерватив даво муолажаларининг бесамарлиги ёки жараённинг зўрайиши оқибатида қизилўнгач кенгайган веналаридан кетаётган қонни жарроҳлик аралашуви орқали бартараф қилишга киришилади. Оператив усуллар портал тизим босимини пасайтиришга ва кетаётган қонни тўхтатишга қаратилган.

Қизилўнгач кенгайган веналаридан кетаётган қонни Борема таклиф қилган усулда тўхтатиш қўйидагича: Трансторакал йўл орқали кириб қонаётган томирни тугунли чок билан алоҳида боғлаб қўйилади ва шундан сўнг қизилўнгачни диафрагма усти қисми ажратиб узунасига кесилади. Лигатуралар орасидаги вена бўшлиғини облитерация қилиш мақсадида 66% Глюкоза эритмаси юборилади. Қизилўнгач бутунлиги уч қаторли чоклар билан тикланади: шиллик қават узлуксиз кетгутли чоклар билан, мушак қават – икки қатор тугунли (ипак) чок билан тикилади. Крайл Борема усулини такомиллаштирди.



Борема-Крайл операцияси. Қизилўнгач кенгайган вена томирларини склерозлаш

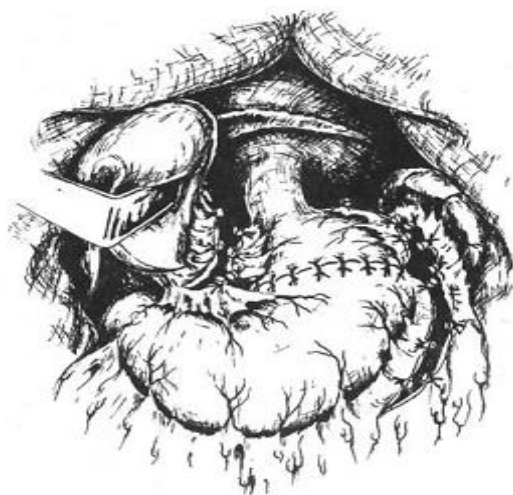


Операция Борема-Крайля. Қизилўнгач кенгайган вена томирларини тикиш

Бунга кўра кетгутли узлуксиз чоклар билан қизилўнгач варикоз веналарини узунасига тикишни таклиф қилди. Бу усул мукамал ҳисобланмайди чунки қизилўнгач варикоз кенгайган веналарнинг барчаси боғланмайди кичик веналар қолиб кетади бунинг оқибатида эса порто ковал тизим ўртасидаги алоқа сақланиб қолади натижада қайта қон кетиш рецидив кузатилади.



Таннер операцияси. Меъдани кесиш



Таннер операцияси. Охирги кўриниши

Юқоридагиларни ҳисобга олиб Таннер ўзининг усулини таклиф қилди бунга кўра: диафрагма усти қисмида қизилўнгачни тўлиқ кўндалангига кесиш икки қаторли чоклар билан қаватма-қават тикади. Шундан сўнг порто ковал тизим алоқасини узиш мақсадида меъдани ҳам кўндаланг йўналишда кесади, кесма чизиғи бўйлаб кичик чарви ва меъда талоқ бойлами бирлаштирилади. Веналар лигатурлангандан сўнг меъда тикилади.

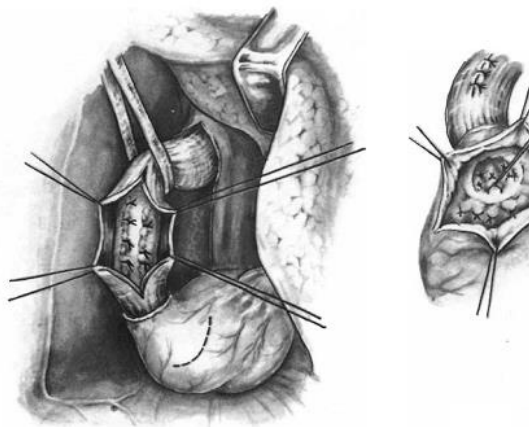
М.Д.Пациора усулида жаррохлик амалиёти қўйидагича бажарилади. 7 қовурғалараро кесма орқали кириб қизилўнгач ажратилади ва мушак қавати кўндалангига кесилади Новокоин эритмаси орқали шиллик қаватидан ажратилади қизилўнгач варикоз кенгайган веналари алоҳида чоклар билан тикилади. Кесилган мушак қирғоғига бир қаторли чок қуйилади. Кардия ажратилади, гастротомия бажарилади ва қизилўнгач-меъда соҳасига ўтиш қисмига веналар тикилади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

Жигар циррозида қизилўнгач веналари варикоз кенгайишида қон кетишида даволаш тактикаси (Bismuth буйича 1990):

- Чайлд- Пью бўйича циррознинг А синфи- шунтлаш ^{тип С}
- Чайлд- Пью бўйича циррознинг В синфи- шунтлаш ва склеротерапия ^{тип С}
- Чайлд- Пью бўйича циррознинг С синфи- склеротерапия ва кутиш бети (варақ) жигар трансплантациясини кушиш ^{тип С}

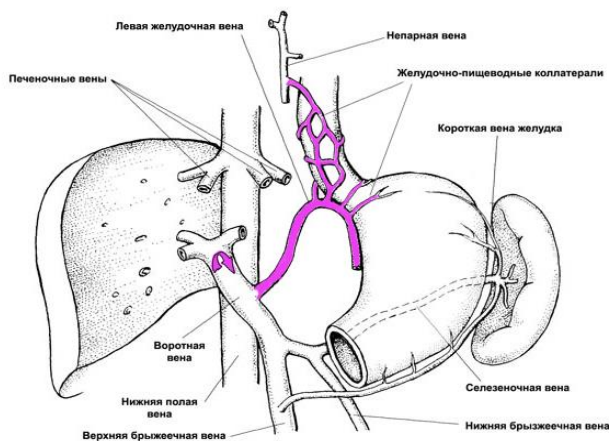
ВВҚда паллиатив операциялар.

1. ВВҚ кардия тикиш (Пациор операцияси)



Пациора операцияси. Қизилунгач ва кардия веналарини тикиш

2. шунтловчи операция (дистал спленоренал аностомоз, мезентерикокавал аностомоз, Бадда – Киари синдромида атрио-портал шунтлаш).



Қизилўнгач-ошқозон ўтказмалари шиллиқ пардасининг йиртилганда (Маллори-Вейсс синдроми) ёриқлар 8 симон чок билан тикилади.расм-6.

Баъзан гемостазни барқарор сақлаб туриш учун кўплаб ёриқларда ошқозон чап артериясини ҳам тикиб қўйилади.ошқозон-ичак тракти парчаланувчи ўсмаси майда қон томирлар бутунлигини бузилишидан қон кетиш асоратини бериши мумкин, шунинг учун қон кетиш ярадан қон кетишдек кучли бўлмайди. Зарур бўлганда аъзо тўлик ёки қисман резекция қилинади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17- 14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:
Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 23 мавзу, 327 дақ	Талабалар сонив:8-10
---------------------	----------------------

<i>Машгулот шакли</i>	<i>Амалий машгулот</i>
<i>Мавзу</i>	Меъда ичак трактидан қон кетиши. Классификациси, этиологияси, клиник симптоматологияси. Ташҳислаш усуллари ва қиёсий ташҳислаш, даволаш. Меъда ичак трактидан қон кетиши уни даволашда УАШ тактикаси. Операцияга кўрсатма. Беморлар реабилитацияси.
<i>Амалий машгулотларни режаси</i>	58. Кейсни фикрга киритиш. 59. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 60. Муаммо ва мақсадни аниқ олдига қўйиш ва ечиш. 61. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 62. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 63. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 64. Хулоса.Талабалар олдига қўйилган муаммо ва мақсадни ечишига қараб баҳолаш.
<p>Ўқитиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш; - Экстремал ҳолатларга мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни бажариш(алгоритм ташҳис ва даволаш); - Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 	
<p>Педагогик топшириқлар:</p> <p>Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактидан қон кетиши анатомия и физиологиясини билиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши этиопатогенези ва клиникаси • Меъда ичак трактидан қон кетиши ташҳислаш ва қиёсий ташҳислаш. • Госпитализация вақти. • Меъда ичак трактидан қон кетиши асоратлари. • Беморлар даво тактикаси; • Беморлар операциядан кейинги реабилитацияси. <p>УАШ бажара олиши шарт:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактидан қон кетиши беморларни клиник текширувларини ўтказа олиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши клиник шакллари аниқлай олиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник ташҳисни шакллантириш ва асослаш. • Рентген суратларини ўқий олиш. • Хавф омилларини, ташҳислашни, ўз вақтида госпитализация ва стационардан кейинги

	реабилитациясини ўргатиш.
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказилади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.

40 дақиқа 80 дақиқа	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўллари эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдандан фойдаланишга имқон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташҳиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-илова

Блиц-савол:

- Варикоз кенгайган қизилўнғач веналардан қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.
- Ўпкадан қон кетиш билан қиёсий ташҳиси.
- Паразозофагеал чурралардан қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.
- Дивертикулезда қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.

2-ИЛОВА

1 – топшириқ

Эксперт варағи

1.Гастродуоденал қон кетиш синдромида биринчи ёрдам кўрсатиш тактикаси (госпитализация этапларида).

2. Гастродуоденал қон кетишнинг клиникаси ва дифференциал ташҳиси?
 3. Гастродуоденал қон кетиш синдромида даволаш тактикаси (клиникада)?

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ

1. ГДҚК этиопатогенизи?
 2. ГДҚК белгилари?
 3. ГДҚК да қандай консерватив даволаш усулларини биласиз?

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

3-ИЛОВА

2 - топшириқ

“Т-чизма” жадвал тўлдилинг

ОИТ дан қон кетиш сабаблари	Шифокор ОИТ дан қон кетганда қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
-----------------------------	--

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони

Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони

Гуруҳ руйхат	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46 - 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз,
 3-1 ва пасти – ёмон.

Ушбу машғулотда қуйидаги янги педогогик технологиялар қўлланилади:

- **айланма стол** усули ва **академик полемика** усули:

-

3. Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак.

Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

1. Гастродуоденал қон кетиш синдроми тушунчаси?
2. Гастродуоденал қон кетиш сабаблари?
3. Гастродуоденал қон кетиш ташҳиси?

2. Академик полемика усулини қўллаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консултациялар (шифокор-бемор) берилади. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консултациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

Вазиятли масала 1. Бемор 65 ёш, узоқ муддат ўн икки бармоқ ичак яраси билан оғриган. Охириги икки кун оғриқлар интенсивлиги камайиб, шу билан бирга кучайиб борувчи ҳолсизлик, бош айланишини сизди. Бугун эрталаб ўриндан туриб хушини бир неча секундга йукотди. Кучли қатронсимон ич кетиш. Врач кўригида пульс 100 зарб минутига. Бемор оқарган, эпигастрал соҳада унча кучли бўлмаган оғриқ. Қоринни кўзгалиш синдроми йўқ.

1. ярали касалликнинг қандай асоратига шубҳа қилдингиз?
2. ўз шубҳангизни тасдиқлаш учун қандай қўшимча шошилинич текширувларни ўтказасиз?
3. беморни қаерга ва қандай қилиб даволашга юборасиз?

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўғри жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	А. қон кетиш Б. перфорация В. пенетрация Г. Қорин бўйни стенози Д. малингизация	40	30-40	0
2	А. ЭГДФС Б. қорин бўшлиғи рентгеноскопияси В. УЗИ Г. КТ	40	30-40	0
3	А. тез ёрдам машинасида жарроҳлик стационар Б. тез ёрдам машинасида терапевтик стационар В. Уйда даволаш	20	10-20	0

	Г. Бу масалага индивидуал ёндашув талаб этади.			
--	--	--	--	--

Вазиятли масала 2.

Беморда узоқ муддат яра касаллиги бўлган. Даврий равишда (йилида 2 марта) зўриқиш кузатилади. Охирги марта оғриқлар камайган ва ҳолсизлик ва бош айланиши билан кечган. Кейинроқ бутун қорин бўйлаб умумий оғриқ бошланган. Бемор мажбурий ҳолатни эгаллаган ётган ҳолда оёқлар қорин томонга олиб келган ҳолда, юз чизиклари ўткирлашган.

1. сиз қандай асоратларга шубҳа қилдингиз?
2. стационарда перфорация ва қон кетишни қандай ташҳислаш мумкин?
3. яра перфорацияси қон кетиш билан бирга беморни даволаш тактикаси?

№	Жавоблар	макс. балл	Тўғри жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1.	перфорация, қон кетиш	30	20-30	5-19	0-4
2.	Қорин бўшлиғини обзор рентгенографияси, ЭГДФС, қон умумий таҳлили	30	20-30	5-19	0-4
3.	Оператив даволаш	40	30-40	5-29	0-4

Вазиятли масала 3.

1. 45 ёшли беморда давом этувчи ошқозондан қон кетиш ташҳиси билан келтирилган. Эндоскопияда меъдани кардиал қисмида бўйлама чизикли ёриқлар борлиги аниқланган. Бемор ташҳиси?

Даволаш тактикаси?

Жавоблар:

1) Маллори–Вейс синдроми - 2,0 балл

2) Гемостатик терапия - 1,0 балл

Диатермокоагуляция - 1,0 балл

Консерватив муолажалардан наф бўлмаганида - гастротомия, дефектларни тикиш – 1,0

Тестлар :

Алвон кўпикли қон бўлади:

- ўпкадан қон кетганда;
- қизилўнгачдан қон кетганда;
- ошқозон ярасида;
- ичакдан қон кетганда.

1. ошқозондан қон кетишни аниқлашда кўпроқ бебаҳо усул:

- *эзофагогастроуденоскопия
- ректороманоскопия
- ошқозонни зондлаш
- фиброколоноскопия
- УҚЦ ни аниқлаш

ГДКнинг энг кўп учрайдиган сабаблари:

*ошқозон яраси ва 12 бармоқли ичак яраси

Б. геморрагик гастрит

С. Маллори-Вейс синдроми

Д. эрозив гастрит

Е. ошқозон саратони

4. қора рангда ич кетиш кузатилади:

- А. ошқозон ва ўн икки бармоқ ярасидан қон кетишда
 Б. йўғон ичак саратонидан қон кетиш
 С. ярали колитда қон кетиш
 Д. геморроидал қон кетишда
 Е. орқа тешиқ ёриғидан қон кетиш
5. УАШ ОИҚК беморлари билан нима қилиши керак:
 А. гемостатикани ўтказиб, хирургик стационарга юборади
 Б. ошқозонни илиқ сув билан ювади
 С. Беморни тинчлантириб, врачга мурожат қилишни тавсия беради ва уйда қолдиради
 Д. уй шароитида даволаш ва уйда кузатув олиб бориш
 Е. санатор-курортда даволанишни тавсия беради
6. қон кетиш бошланишидан кейин ярали касалликлар билан оғриган беморларда қорин соҳасида оғриқ:
 А. йўқолади ёки камаяди
 Б. кучаяди
 С. ёндирувчи характерга эга бўлади
 Д. ҳанжарсимон характер
7. кўп ҳолларда қонли қусиш:
 А. ошқозон ярасидан қон кетишда
 Б. ўпкадан қон кетишда
 С. Менистре гастритида
 Д. ярали колитдан қон кетиш
8. Меллори-Вейс синдроми бу:
 А. қизилунгачнинг ошқозонга ўтиш жойида шилликнинг узилиши
 Б. гипертрофик гастрит
 С. эрозивн эзофагит
 Д. ошқозон полипи
 Е. ошқозон ВВК
9. "шок"индекси
 А. пульснинг систолик АБга нисбати
 Б. АБнинг Нбга нисбати
 С. Нб ни АБга нисбати
 Д. Нб ни Нтга нисбати
10. Мэллори-Вейссиндроми ривожланишига олиб келади:
 А. *Алкоголизм
 Б. Ярали касаллик
 С. диафрагманинг қизилўнғач ёриғи чурраси
 Д. ошқозон саратони
 Е. ошқозон лимфома
11. гиповолемия симптомлари пайдо бўлади, қачонки ичакдан қон кетиш ошади:
 А. *500 мл
 Б. 300 мл
 С. 100 мл
 Д. 750 мл
 Е. 1000 мл
12. пептик яра ошқозон-ичакдан қон кетиш билан асоратланганда оғриқ:
 А. йўқолади
 Б. кучаяди
 С. Орқага иррадиация беради
 Д. киндик соҳасига тўпланади
 Е. оғриқ характери ўзгармайди
13. Ошқозон танаси қонаётган яраси:
 А. қонаётган яранинг понасимон резекцияси устунли ваготомия ва плоропластика

- Б. ошқозон резекцияси қонаётган яра билан
 С. қонаётган ярани понасимон кесиш
 Д. пилоропластика ва устунли ваготомия билан қонаётган ярани тикиш
 Е. ярани кесиш

14. Йўталда кучаядиган кўпикли оч қизил рангли қон характерли:

А. қон кетаётган ошқозон яраси

Б. кардия саратони

В. Меллори – Вейс синдроми

С. Ўпкадан қон кетиш

Д. Рандю – Ослер синдроми

15. Қон кетиш манбаини аниқлашда қайси текширув ёрдам беради:

А. ошқозоннинг рентгенологик текшируви

Б. лапароскопия

С. Назогастрал зонд

Д. * ЭГДС

Е. гемоглобин ва гематокритни қайта аниқлаш.

№	Баҳо	аъло	яхши	ққониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм

1. Ярадан қон кетиш белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ярадан қон кетиш белгилари ва унинг миқдорини аниқланг, шу билан бирга кўриш давомида беморда ўзгаришлар аниқлаганингизни изоҳлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашилади.	10	5	0
2. Кўриш давомида тери ва шиллиқ қаватлар ранги оқарган, бемор лохас, кам ҳаракатчан.	10	5	0
3. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади ва қорин пайпаслаб текширилади (жигарга ва қора талокқа ахамият берилади).	10	5	0
4. Томир уриш сони ва А/Б ўлчанади (А/Б пасайиб, тахикардия кузатилади).	10	5	0
5. Бемор қусуғининг тавсифи аниқланади (қонли ёки «кофе қуйқаси» шаклида).	10	5	0
6. Қорамойсимон нажас (мелена).	10	5	0
7. Меъдани зондланганда қон ёки «кофе қуйқаси» ажралади.	10	5	0
8. Тўғри ичак бармоқ билан текширилганда қўлқопда қора рангли нажас излари аниқланади.	5	2,5	0

9. Шок индексини аниқлаш (томир уруши сонининг систолик босимга нисбати).	5	2,5	0
10. Қонда Нв, Нt ва эритроцитлар миқдори камаяди	10	5	0
11. Эндоскопияда яра ва қон кетиш аломатлари аниқланади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

2. Ошқозонни зондлаш ва ювиш.

№	Ҳаракатлар	Бажарилмаган (0 балл)	Тўлиқ бажарилган
1	Ошқозон зондлашга кўрсатмаларни санаб беринг(қон кетиш, гастростаз, привратник стенози, ўткир ичак тутилиши, овқатдан захарланиш, энтерал овқатланиш учун, операциядан кейинги даврда).	0	10
2	Ошқозонни зондлашга керакли инструментларни санаб беринг(ҳар-хил ўлчамдаги ошқозон зондлари, Жане шприци ёки воронка, фартук, жом, иссиқ сувли челақ, вазелин ёки глицирин, кружка, 10% ли новокаин ёки 1% дикаин эритмаси)	0	10
3	Беморни олдиндан психологик тайёрлаш ва унинг қулай ўтирганига ёки ётганига ишонч ҳосил қилиш	0	10
4	Қусиш рефлексларида танглай ва халқумга ишлов бериш	0	10
5	Чап қўл билан беморни бўйнини орқасидан ушлаб, вазелин сурилган зондни ўнг қўл билан олиб пастки бурун йўлига киритилади. Бемор ютиш ҳаракатини бажаради, шу пайтда зонд тезлик билан қизилўнгачга киритилади.	0	10
6	Ошқозон суюқлигининг характерини аниқлаш	0	10
7	Ошқозонни ювиш учун зондга воронка бириктирилади, унга тана хароратидаги сув қуйилади.	0	10
8	Воронка оғиздан юқорига кўтарилиб, кейин секин-аста пастга туширилади.	0	10
9	Бу муолажа тоза сув чиққунгача кўп мартаба бажарилади.	0	10
10	Ошқозондан қон кетганда тоза сув келгунча совуқ сув билан ювилади ва охирида аминаокапрон кислота, дицинон ва бошқа препаратларни совуқ ҳолида юборилади	0	10
	Жами	0	100

Блекмор зондини қўйиш техникаси.

Талаба учун топшириқ: Блекмор зондини тузилиши ва уни қўйиш техникасини изохлаб беринг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Блекмор зондини қизилўнгач варикоз веналарида қон кетганида ва Меллори-Вейс синдромида қўйилади. 3 ёки 4 каналлик меъда зондидан иборат.	10	5	0
2. 1-канали қизилўнгачнинг цилиндрсимон баллонини тўлдириш учун, 2-канали юмалоқ шаклда меъдадаги баллонни тўлдириш учун, 3-канал меъдадан аспирация учун, 4-канал қизилўнгач юқори қисмидан аспирация қилиш учун хизмат қилади.	10	5	0
3. Баллонлар бутунлиги текширилади, зондни вазелин ёки глицерин билан мойланади.	10	5	0
4. Бурун-ҳалқум соҳасига 0,5% ли дикаин билан ишлов берилади.	5	2,5	0
5. Зонд меъдага бурун орқали қўйилади.	10	5	0
6. меъда баллонига 100,0 мл ҳаво юборилиб, зонд тортиб қўйилади.	10	5	0
7. Қизилўнгач баллонига 50-60 мл дан 200-250 мл гача ҳаво юборилади.	10	5	0
8. Баллонлар тўлиқлик даражаси каналдаги назорат баллонлар ҳолати бўйича назорат қилинади.	5	2,5	0
9. Меъда шираси сув тоза бўлгунча аспирация қилиб ювилади.	10	5	0
10. Вақти-вақти билан меъда шираси аспирация қилиниб, тампонаданинг тўлақонлилиги текширилиб турилади.	10	5	0
11. Зонд 24-72 соатдан сўнг олинади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

6. Назорат турлари:

- оғзаки;
 - ёзма;
 - ҳолатий масалалар;
 - ОСКЭ;
 - Амалий кўникмалар бажариш бўйича ҳаракат алгоритмларини намойиш этиш
7. Шу кунда баҳолашни назорат қилиш мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти

2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
3	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
4	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
5	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

8.Жорий баҳолаш мезонини назорат қилиш

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Ошқозон ичак трактидан қон кетиш синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдромини даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Организмда қон кетиш механизми, постгеморрагик шок тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетишни даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари ва каогулограмма интерпретациясида

			битта ҳатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Организмда ошқозон ичак трактидан қон кетиш механизмини, қон кетиш синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда қон кетиш сабабларини, қон кетиш синдроми тўғрисидаги тушунчани, қон кетиш симптомлари, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, қон кетиш синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та ҳатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми классификациясини билади, лекин қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қон кетиш синдроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл

			қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли ”3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдромининг моҳиятини, қон кетиш синдроми классификациясини, қон кетиш сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми моҳиятини билади, қон кетиш классификациясида ва қон кетиш сабабларида адашади. Қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапиради. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
9	55-60%	Қониқарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифференциал диагностикасида ва қон кетиш синдромини даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда қўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54% дан паст	Қониқарсиз ”2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифференциал диагностикасида , беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

8. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунити тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	

5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириб бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйги вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

9. Назорат саволлари

- Ярадан қон кетганда қуриладиган даво тактикаси
- Варикоз кенгайган қизилўнгач веналардан қон кетиш клиникаси ва диагностикаси
- Ўпкадан қон кетиш билан Дифференциал диагностикаси
- Параэзофагеал чурралардан қон кетиш клиникаси ва диагностикаси
- Дивертикулезда қон кетиш клиникаси ва диагностикаси
- Ярадан қон кетганда УАШ ёрдами
- Бавосирда қон кетиш клиника ва диагностикаси

рақамли талабалар 2 чи гуруҳни ташкил қилади ва ўнг томонга ўтказилади, барча 3 рақамли талабалар 3 чи гуруҳ бўлиб аудитория ўртасига ўтиради.

Қурра ташлаш йули билан вазифалар аниқланади.

5. «келтириб чиқарувчи сабаблари, классификацияси, касалликни асоратлари»

6. «инструментал ва лаборатор текшириш усуллари»

7. « консерватив ва хирургик даволаш усуллари»

10. Мавзу бўйича адабиётлар:

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи ошиғич хирургияси. Т.1991 й.
2. Каримов Ш.И. Хирургик касалликлар. Т.2005г.
3. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.1987г.
4. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.2004г.
5. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х т). М.2006 г.
8. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери Л. 1982 г.
9. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М.2002 г.
10. Нурмухамедов Р.М. Юнусов И.И. Острые хирургические болезни брюшной полости. Т.1998й.
11. Нурмухамедов Р.М. Хожибоев М.Х. Юнусов И.И. Т. Клинические рекомендации по острому животу для практических врачей 1998 й.

12. Петров В.П., Ерюхин И, Шемякин И.С. Кровотечение при заболеваниях пищеварительного тракта. М. 1987.г.
13. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М.2000 г.
14. Гостищев В.К. и др. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии 2008.
15. Клиническая хирургия. Национальное руководство. т.2_2009
- 16.Х.Олден « Секреты хирургии» перевод с англ. М.2004 г
- 17.Р.Кондена « Клиническая хирургия»перевод с англ.М.1998г
- 18.Савельев В.С. « Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости»М.2005г
19. Дж. Мерте «Справочник врача общей практики» перевод с англ. М. 1998 г.
20. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине.М.2002г.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларида ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги беморларни олиб бориш ва реабилитацияси. Жарроҳлик муолажасидан кейинги эрта ва кечки асоратлар. УАШ тактикаси

Мавзуси бўйича амалий машғулот

ўқитиш технологияси

Амалий дарс №20

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №20: Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларида ўтказилган жарроҳлик амалиётидан кейинги беморларни олиб бориш ва реабилитацияси. Жарроҳлик муолажасидан кейинги эрта ва кечки асоратлар. УАШ тактикаси.

Вақти: 327 дақиқа	Талабалар сони: 8-10
Машғулот кўриниши ва шакли	Амалий машғулот
Машғулот структураси:	5. Кириш 6. Назарий қисм 7. Аналитик қисм: Кейс-стади Вазиятли масала ва тестлар 4.Амалий қисм.

Машигулот мақсади:	
Талаба, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларида ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги беморларни олиб бориш ва реабилитацияси, жаррохлик муолажасидан кейинги эрта ва кечки асоратларни ахамиятини билиши керак:	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморларни мустақил кўришга ўргатиш; - Аъзолар физиологияси ва улар анатомик тузилишини билиш; - Асосий сув-электролит мувозанатини бузилишини билиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатор маълумотларни интерпритация қилишга ўргатиш; - Жаррохлик касалликларни даволашни асосий принципларини ўргатиш; - Аҳолини профилактика, диспансеризация ва соғломлаштириш усуллари ўргатиш; 	
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатор маълумотларни интерпритация қилишга ўргатиш; - Беморларни даволаш тактикасини; - Беморларни жаррохлик амалиётидан кейинги реабилитацияси; Операциядан кейинги босқичда дори воситалари фармакологияси ва таъсирини билиш.
Талаба қила билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> - Ошқозоннизондлаш ва ювиш; - Қон гурухларини аниқлаш ва гемотрансфузия ўтказиш; - Беморлар курацияси, малакали кўрик ва сўров ўтказиш; - Оғриқ синдромида блокада қилиш; - Қорин пальпацияси ва перкуссиясини амалга ошириш; - Кўкрак қафаси перкуссияси ва аускультациясини амалга оширишни билиш; - Шошилиш жаррохликда зудлик билан ёрдам кўрсатиш; - Беморлар клиник муҳокамасида иштирок этиш;
Педогогик топшириқ:	Ўқув фаолияти натижалари:
Талабаларга	- операциядан кейинги даврда беморлар курациясини ўтказишни билиш;
- тиббиёт этикаси ва диантология негзини ўргатиш;	- кўкрак қафаси ва қорин бўшлиғи, қон томирлар аускултатция ва перкуссиясини бажаришни билиш;
- меҳнатсеварликни, замонавий клиник фикрлашни, кенг дунёқарашга ўргатиш, СНГ ва Ўзбекистон жаррохлик мактабларидан билим Кўникмаларни сингдириб олиш ва шу ҳақдаги муаммоларни ечишга, дионтология ва шифокорлик этикасини ўргатиш зарур.	текширишнинг жиҳозли усуллари ўтказиш ва лаборатория маълумотларини интерпретация қилиш.
Ўқитиш услублари	Маъруза, “мияга хужум”, тарих, кўргазма, видео усул, амалий ишлар, адабиёт билан ишлаш, сухбат, ўргатувчи ўйинлар, Кейс-стади.
Ўқитиш усуллари	Таркатма ўқув материаллар, видеофилмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стентлар, рентгенограмма мажмуи.
Машигулотни ташкил қилиш шакллари	Гурухли, гуруҳда ишлаш, якка ўйинлар.
Ўқитиш шароити ва жойи	Поликлиника, ўқув хона, жаррох хонаси, боғлов ва операцион хоналар. Тематик беморлар, амбулатор беморлар касаллик

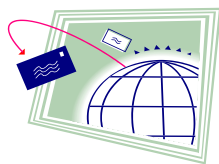
	тарихи, қон ва сийдик анализлари, инструментал текширув натижалари, услубий тавсиялар, вазиятли масалалар, тест саволлари, амалий кўникмани бажариш алгоритми, интерактив усулларни ўргатувчи сценарийлар, стандарт протоколлар, интернетдан тарқатма материаллар, слайдаскоп, слайдлар, TV-видео.
Қайта боғланиш усуллари ва услуги	Блиц-сўров, ўқув топшириқни бажарганлиги ҳақидаги презентация, тиббий карталарни тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси №20

Мавзу20: Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларида ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги беморларни олиб бориш ва реабилитацияси. Жаррохлик муолажасидан кейинги эрта ва кечки асоратлар. УАШ тактикаси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	4.6. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	4.7. Адабиётлар рўйхати.	
20дақиқа	4.8. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли бўлган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади. Саволларга жавоб беради.
5дақиқа	4.9. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.	
5дақиқа	4.10. Танаффус.	Эшитади.
2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
25дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
15дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
	Танаффус.	

<p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>Хар бир гурухни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида хисоботни эшитиш.</p>	<p>Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва таъхисни асослаш хақида хисобот.</p>
<p>3- қисм</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, хар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб олишади.</p>



1. Ўқитиш шароити ва жойи

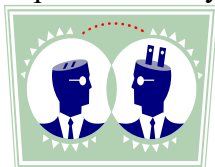
1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивация

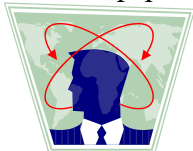
Операциядан кейинги давр – операция тугагандан кейин беморнинг тузалишигача ёки ахволининг тўлиқ турғунлашишигача бўлган даврни ўз ичига олади. Яқин – операция тугагандан то бемор чиқарилишигача давр ва узоқ – стационардан ташқарида кечадиган даврга(чиқарилишдан то касаллик ёки операция келтириб чиқарган маҳаллий ва умумий белгиларнинг тўлиқ йўқотилишигача) бўлинади. Стационарда Операциядан кейинги давр эрта (операциядан кейин 1-6 сутка) ва кечки(6-суткадан то стационардан чиқарилишигача) даврларга бўлинади.Операциядан кейинги давр кечишида 4 та фазага бўлинади: катаболик, қайта ривожланиш, анаболик ва тана оғирлиги ошиши фазалари. Биринчи фаза учун азотли шлакларнинг сийдик билан ажралишининг ошиши, диспротеинемия,гипергликемия, лейкоцитоз, сезиларли гиповолемия, тана оғирлигини йўқотиш характерли. Бу фаза эрта ва қисман кечки операциядан кейинги даврни ўз ичига олади. Қайта ривожланиш ва анаболик фазаларда анаболик гормонлар(инсулин, самототропин ва бошқалар) гиперсекрецияси таъсирида синтез кучаяди: электролит, оксил, углевод, ёғлар алмашинуви қайта тикланади. Кейин бемор амбулатор даво оладиган даврда тана оғирлиги ошиши фазаси бошланади.

Операциядан кейинги даврда интенсив терапия асоси бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: адекват оғриқсизлантириш, газ алмашинувини ушлаб туриш ва коррекциялаш, адекват қон айланишини таъминлаш, метоболизм бузилишларини коррекциялаш ҳамда операциядан кейинги асоратларнинг олдини олиш ва даволаш. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш наркотик ва нонаркотик аналгетиклар бериш билан амалга оширилади. Барча турдаги операциядан кейинги асоратларда шифокор бемор ахволини баҳолашда эътибор бериши керак бўлган қуйидаги белгиларни ажратиш мумкин. Тана хароратини 3-4 ёки 6-7 кунларда ошиши ҳамда юқори тана харорати(39°с ва ундан юқори), операцияда кейинги давр дастлабки соатларидаги яққол тахикардия ёки унинг 3-8 кунда тўсатдан пайдо бўлиши, АБ бирдан тушиб кетиши ва бир вақтнинг узида МВБнинг кўтарилиши ёки тушиши, хансираш пайдо бўлиши – доимо хавфли симптом, цианоз, терининг оқариши, мармарсимон тусга кириши, мовий доғларнинг пайдо бўлиши, гемоглобин ва гематокрит кўрсаткичларининг тушиши, гиперлейкоцитоз, лимфопения ёки лейкоцитознинг қайта пайдо бўлиши, биокимёвий кўрсаткичлар даражасининг ўзгариши.



Предметларарова предмет ичибоғлиқлиги:

Анатомия, топографик анатомия, оперативжаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекционкасалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.



2. Машғулотлар мазмуни

2.1 Назарий қисми;

Операциядан кейинги давр – операция тугагандан кейин беморнинг тузалишигача ёки ахволининг тўлиқ турғунлашишигача бўлган даврни ўз ичига олади. Яқин – операция тугагандан то бемор чиқарилишигача давр ва узоқ – стационардан ташқарида кечадиган даврга(чиқарилишдан то касаллик ёки операция келтириб чиқарган маҳаллий ва умумий белгиларнинг тўлиқ йўқотилишигача) бўлинади. Стационарда Операциядан кейинги давр эрта (операциядан кейин 1-6 сутка) ва кечки(6-суткадан то стационардан чиқарилишигача) даврларга бўлинади.Операциядан кейинги давр кечишида 4 та фазага

бўлинади: катаболик, қайта ривожланиш, анаболик ва тана оғирлиги ошиши фазалари. Биринчи фаза учун азотли шлакларнинг сийдик билан ажралишининг ошиши, диспротеинемия, гипертгликемия, лейкоцитоз, сезиларли гиповолемия, тана оғирлигини йўқотиш характерли. Бу фаза эрта ва қисман кечки операциядан кейинги даврни ўз ичига олади. Қайта ривожланиш ва анаболик фазаларда анаболик гормонлар (инсулин, самототропин ва бошқалар) гиперсекрецияси таъсирида синтез кучаяди: электролит, оқсил, углевод, ёғлар алмашинуви қайта тикланади. Кейин бемор амбулатор даво оладиган даврда тана оғирлиги ошиши фазаси бошланади. Жаррохлик касаллари парваришининг узмга хос томони шундаки, бунда орган ва системалар функцияси касаллик (патологик ўчоқ), оғриқсизлантириш ва оперция туфайли ўзгаришга учраган бўлади. Операциядан кейинги жароҳатлар ёт микроорганизмлар учун кириш дарвозаси бўлиб ҳисобланади. Шу сабабли асосий эътибор инфекция ривожланишини бартараф қилиш ва регенерация жараёнларини тезлаштиришга қаратилган бўлиши керак. Қўйилган боғланлар ҳолатини текшириб туриш керак, уларни кўчиб кетишига ва операциядан кейинги чокларни очилиб кетишига йўл қўймаслик зарур. Агар у ёки бу сабабга кўра боғлам кўп миқдорда қон ёки бошқа жароҳатдан ажралган ажралмалар билан намланган бўлса, қайта боғлам қўйиш учун жаррохга хабар бериш керак. Фақат стерил жихозлар ва стерил боғлов материаллардан фойдаланишга рухсат этилади. Агар дренаж найча ўрнатилган бўлса, ундан ажралаётган суюқлик миқдори ва характерини, дренаж системасининг герметиклигини назорат қилиб туриш зарур.

Доимо операциядан кейинги жароҳатлардан қон кетиши мумкинлигини эътиборда тутиш зарур. У операциядан кейинги эрта босқичларда томирга қўйилган лигатура силжиши ёки лигатура қўйилмаган томирга боғлиқ бўлмаган тромбнинг кўчиши натижасида келиб чиқади. операциядан кейинги жароҳатга инфекция тушган ҳолатларда йирик томирларнинг йирингли парчаланиши оқибатида юзага келади. Агар жароҳат тўлиқ ёпилган бўлса, томирдан чиққан қон тўқималарда йиғилади, шиш юзага келади, кесим хажми катталашиб, деформацияланади, тери ранги ўзгариши кузатилади ва ҳк. Бемор жароҳат соҳасидаги лўқилловчи оғриққа шикоят қилади.

Операциядан кейинги даврда интенсив терапия асоси бўлиб қуйидагилар ҳисобланади: адекват оғриқсизлантириш, газ алмашинувини ушлаб туриш ва коррекциялаш, адекват қон айланишини таъминлаш, метоболизм бузилишларини коррекциялаш ҳамда операциядан кейинги асоратларни олдини олиш ва даволаш. Операциядан кейинги оғриқсизлантириш наркотик ва нонаркотик аналгетиклар бериш билан амалга оширилади. Бемор оғриқ сезмаслиги керак лекин бу оғриқсизлантириш бемор хуши ва нафас олишига таъсир қилмаслиги зарур.

Яқин операциядан кейинги даврда ўткир нафас бузилишлари операцияда қўлланилган анестетик ва наркотик препаратларнинг нафас марказига депрессив таъсирида юзага келадиган нафас регуляцияси марказий механизмлари бузилиши оқибатида юзага келади.

Операциядан кейинги пневмония жаррохлик амалиётидан кейин 2-5- кунда гиповентиляция ва инфицирланган секретнинг туриб қолиши сабабли келиб чиқади. ателектатик, аспирацион гипостатик, инфарктили ва инкуррент операциядан кейинги пневмониялар фарқланади.

Юрак -томир функциясининг бузилиши ва анемик оғир жаррохлик касалликларда қон йўқотиш оқибатида юзага келади ва артериал босим тушиши ва ўткир коллапсга олиб келади.

Барча турдаги операциядан кейинги асоратларда шифокор бемор ахволини баҳолашда эътибор бериши керак бўлган қуйидаги белгиларни ажратиш мумкин. Тана хароратини 3-4 ёки 6-7 кунларда ошиши ҳамда юқори тана харорати(39°с ва ундан юқори), операциядан кейинги давр дастлабки соатларидаги яққол тахикардия ёки унинг 3-8 кунда тўсатдан пайдо бўлиши, АБ бирдан тушиб кетиши ва бир вақтнинг узида МВБнинг кўтарилиши ёки тушиши, хансираш пайдо бўлиши – доимо хавфли симптом, цианоз, терининг оқариши, мрамарсимон тусга кириши, мовий доғларнинг пайдо бўлиши, гемоглобин ва гемокрит кўрсаткичларининг тушиши, гиперлейкоцитоз, лимфопения ёки лейкоцитознинг қайта пайдо бўлиши, биокимёвий кўрсаткичлар даражасининг ўзгариши. Операция соҳасидаги оғриқларнинг салбий аломатлари бўлиб, 3-кундан кейин оғриқнинг тўхтамаслиги, кучайиб бориши ҳисобланади. Операция соҳасидаги оғриқларнинг кучайиши ёки қайта пайдо бўлиши сабаблари турлича: юзаки йиринглашдан тортиб, қорин ичи шикастланишларигача.

Операциядан кейинги перитонит клиникаси турлича бўлади: қоринда оғриқ, тахикардия, консерватив муолажалар билан бартараф қилиб бўлмайдиган ошқозон – ичак тракти парези, қон формуласининг ўзгариши. Даволаш натижаси ўз вақтида ташхис қўйиш билан тўлиқ боғлиқ. Релапаротомия ўтказилади, перитонит сабабчиси бартараф қилинади, қорин бўшлиғи санацияси, адекват дренажлаш ўтказилиб, ичак назоинтестинал интубацияси амалга оширилади. Эвентрация бошқа асоратлари-

№	Баҳо	Аъло	яхши	қониқарли	қониқрсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20- 17,2балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

ошқозон – ичак тракти парези, перитонит ва бошқалар натижасида юзага келади.

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологиянинг қўлланилиши: Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечиш технологиясини ўқитиш.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 20 мавзу 327 дақиқа	Талабалар сони 8-10
<i>Мавзу</i>	Қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларида ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги беморларни олиб бориш ва реабилитацияси. Жаррохлик муолажасидан кейинги эрта ва кечки асоратлар. УАШ тактикаси.
<i>Вақти: 327дақиқа</i>	Ўрганувчилар сони: 8-10
<i>Амалий машғулот режаси:</i>	<ul style="list-style-type: none"> a. Кейс мазмунига кириш; b. Талаба фиклашини фаоллаштирувчи блиц сўровлар ўтказиш; c. Муаммони аниқ қўйиш ва уни шакллантириш ва уни ечишга қаратилган мақсадлар; d. Гуруҳда “кейс – стадини ечиш; e. Натижаларни ешитиш ва муҳокама қилиш; f. Т-схема ёрдамида муаммони интерпретация қилиш; g. Хулоса. Талабаларни қўйилган муаммони ечиши ва мақсадга етишига қараб баҳолаш.
<i>Машғулот мақсади:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморларни мустақил кўришга ўргатиш; - Қасаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўргатиш; - Синдромал принцип ва ташхислаш ва даволаш алгоритми асосида кенг тарқалган 	

<p>ва кам учрайдиган касалликларни ташхислаш, даволаш ва профилактикаси.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ҳолатларда ёрдам кўрсатишни ўргатиш (ташхислаш ва даволаш алгоритмига асосан) - Дастлабки тахминий ташхисни қўйиш ва таққосий ташхис қўйишни ўргатиш. - Беморларни текшириш усулларини ва лаборатор маълумотларни интерпритация қилишга ўргатиш; - Жаррохлик касалликларни даволашни асосий принципларини ўргатиш; - Аҳолини профилактика, диспансеризация ва соғломлаштириш усулларини ўргатиш; 	
<p>Педогогик топшириқ: Талабаларга</p> <ul style="list-style-type: none"> - тиббиёт этикаси ва диантология негзини ўргатиш; - меҳнатсеварликни, чидамликни, масъулиятни, қатъийликни тарбиялаш, халққа фойда келтириш ва давлатимиз учун керакли бўлишни уқтириш; - замонавий клиник фикрлашни, кенг дунёкарашга ўргатиш, муаммоларни ечишга, диантология ва шифокорлик этикасини ўргатиш зарур. 	<p>Ўқитувчи ишининг натижаси: Талаба, қорин бўшлиғи ва кўкрак қафаси аъзоларида ўтказилган жаррохлик амалиётидан кейинги беморларни олиб бориш ва реабилитацияси, жаррохлик муолажасидан кейинги эрта ва кечки асоратларни ахамиятини билиши керак:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморларни мустақил кўришга ўргатиш; - Аъзолар физиологияси ва улар тузилишини билиш; - Асосий сув-электролит мувозанатини бузилишини билиш; - Беморларни текшириш усулларини ва лаборатор маълумотларни интерпритация қилишга ўргатиш; - Жаррохлик касалликларини даволашнинг асосий принципларини ўргатиш; - профилактика, диспансеризация ва соғломлаштириш усулларини ўргатиш;
<p>Ўқитиш усули ва техникаси</p>	<p>“кейс – стади”, “блиц – сўров”, “муаммоли вазият”, “Т-схема”, “дискуссия”</p>
<p>Ўқитиш воситалари</p>	<p>Тарқатма ўқув материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стентлар, рентгенограмма мажмуи.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, якка ўйинлар.</p>
<p>Ўқитиш шароити</p>	<p>1. УАШ Хирургия кафедраси; 1ШКШ жаррохлик бўлими; 1ШКШ клиник лабораторияси; Стационар, ўқув хона, стационар палаталар, боғловхонаси, операцион хона. 2. жадваллар комплекти, услубий тавсиялар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм; 3. поликлиника, беморлар амбулатор харитаси, анализ натижалари, тарқатма материаллар, текширув саволлари, ситуацион масалалар.</p>
<p>Баҳолаш</p>	<p>Сўраш, масалалар, ўз – ўзини баҳолаш, рейтинг системаси бўйича баҳолаш.</p>

3.2. Дарсинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	Ўқитувчи	Талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тзхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади.	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайдидля. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун таркатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўлларини эшитишни таклиф қилади.	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни таркатади.	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейсинг ечимини топишга қўшимча маълумотдандан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради.	Фаол иштирок этади.

40 дақиқа 80 дақиқа	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси.
III- қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.	Эшитади

Блиц-савол:

- 1.қоринбўшлиғида операция ўтказган беморларда операциядан кейинги парвариш ўтказиш ҳақида тушунча.
- 2.операциядан кейинги даврда асоратларнинг турлари.
3. операциядан кейинги даврда асоратларнинг сабаблари.
- 4.операциядан кейинги даврда турли хил асоратларнинг клиникаси ва ташхислаш.
- 5.операциядан кейинги даврда беморларни текшириш усуллари.

1 – топшириқ**Эксперт варағи****1-гуруҳ.**

1. вентрал чурраларнинг келиб чиқиши сабаблари.
2. операциядан кейинги даврда асоратлар.

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Ҳолат муаммоларининг туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ

2. қорин ичи босими қандай ўлчанади?
- 3.вентрал чурраларнинг профилактикаси усуллари.

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммоларининг туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2 - топшириқ

“Т-чизма” жадвал тўлдилинг

қорин ичи босими қандай ўлчанади	вентрал профилактикаси	чурраларнинг

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони

Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46 - 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 3-1 ва пасти – ёмон.

Машғулотда қўлланилган янги педагогик технология:

- Интерактив ўйин.
- дискуссия.
- кичик группада ишлаш.
- ситуацион масалаларни ечиш.
- "Сўроқ,"коптокчасиинтерактивуйини.

Саволлар кичик қоғоз бўлақларигаёзилади вакопток юзасига ўқиб бўладиган қилиб елимли лента билан ёпиштирилади. Копток талабалар дан бирига улоқтирилади. Коптокни олган талаба ундаги саволлардан бирини йиртиб олади ва унга жавоб беради. Агар саволга талаба тўғри жавоб берса коптокни бошқа талабага улоқтиради. Шу тариқа копток юзасида савол қолмагунга қадар ўйин давом эттирилади.

№	Баҳо	аъло	Яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Кейс-усул	50-43 балл	42,5-35,5балл	35-27,5 балл	27-18,5балл	18 балл

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

Карточка 1.

Бемор 25 ёшда. Аппендэктомиядан кейинги 2-суткада умумий холсизлик, тана хароратининг кўтарилиши, операцион жароҳат соҳасида оғриқнинг кучайиши кузатилади. АБ – 100/60 мм.сим.уст. Пулс – 100 та/мин. Қорин палпациясида операцион жароҳат соҳасида оғриқли, жароҳат соҳаси атроф терисиқизарган.

1. Дастлабки тахминий ташхис.
2. Қайси текшириш усуллари ўтказилади?
3. Тактикангиз ва даволаш.

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
1	Операциядан кейинги жароҳатнинг йиринглаши.	4	4	1
2	УҚТ, УПТ, УТТ. Рентген текшириш.	4	4	1
3	Жароҳат чокларини ечиш, мос келувчиантибактериал терапия	3	3	0

Жавоблар.

Диагнозни аниқлаштириш учун ўтказиш шарт.

1. УҚТ, УПТ, УТТ. Рентген текшириш.

УҚТда лейкоцитлар микдорининг ошиши, чапга силжиши билан.УТТда қорин бўшлиғида патология аниқланмайди.

Сизнинг ташхисингиз.

Беморда операциядан кейинги жароҳат йиринглаши кузатилган.

Беморни даволаш жароҳат чокларини ечишдан иборат. Мос келувчиантибактериал терапия

Карточка 2.

Бемор 20 ёш, турмушга чиқмаган.Ўткир гангреноз аппендицит, маҳаллий сероз йирингли перитонит бўйича аппенэктомия операциясидан кейинги5- суткаси. АБ – 100/60 мм.сим.уст. пулс 110та /мин. Тана харорати 38-39 градусгача кўтарилган. Шикоятлари қорин пастки қисмида оғриқ сезгиси, сийдик ажралишининг бузилиши, дефекация актида оғриқнинг кучайиши.

Ташхислаш. Сизнинг ташхисингиз. Тактикангиз. Даволаш.

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
1	УҚТ, УПТ, УТТ. Рентген текшириш.	4	4	1
2	Дуглас бўшлиғи абсцесси	4	4	1
3	Дуглас қичқириғи симптоми интерпретацияси	3	3	0
4	Операцияга олиш, тўғри ичак орқали пункция қилиш ва дренажлаш.	3	3	1

Жавоб. Беморнинг умумий ахволини ҳисобга олиб қуйидаги текшириш усуллари ўтказиш керак. УҚТда гемоглобин, эритроцитлар, қоннинг қизил қисмини камайиши аниқланди. УТТда кичик чанок бўшлиғида суюқлик, рентгеноскопияда ичак қовузлоғининг кенгайиши аниқланган.

Бемор кўригида: умумий ахволи ўртача оғирликда, қорин юмшоқ, нафас актида иштирок этади, палпацияда қорин пастки қисмида оғриқ сезилади, перитонеал аломатларманфий. Тўғри ичак бармоқбилан текширилганда, унинг олдинги девори осилиши ва оғриқ аниқланди (Дуглас қичқириви).

Ташхис. Дуглас бўшлиғи абсцесси

Тактикангиз ва даволаш.

Бемор в\и оғриқсизлантириш ёрдамида шошилиш операцияга олинади, Дуглас бўшлиғи тўғри ичак орқали пункция қилинади ва дренаж найча қолдирилади. Операциядан кейинги даврда адекват антибактериал терапия ўтказилади.

Карточка 3

Бемор 40 ёш. Клиникага кўкрак қафасининг ўнг томонида тешиб ўтувчи, чопилган, кесилган жароҳатташхиси билан келган. Беморда торакотомия операцияси ўтказилган, ўпка жароҳатини чоклаш, плевра бўшлиғини дренажлаш ўтказилган. Дренаж найчани олиб ташлангандан кейин 6-кунда беморда холсизлик, тана хароратининг ошиши, хансираш, йўтал пайдо бўлган. АБ – 100/60 мм.сим.уст. пулс 100та /мин. Тана харорати 38 -39 даражагача кўтарилган.

Ташхислаш. Сизнинг ташхисингиз. Тактикангиз. Даволаш.

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
1	УҚТ. Рентген текшириш. Кўкрак қафаси УТТ.	4	4	1
2	Ўнг томонлама гемоторакс	4	4	1
3	Плевра бўшлиғи пункцияси ва дренажлаш.	3	3	0
4	Плевра бўшлиғидаги коннинг ивувчанликка синамалари интерпретацияси	3	3	1

Жавоб. Бемор умумий ахволини ҳисобга олибқуйидаги текширишлар амалга оширилади. УҚТда қонда гемоглобин, эритроцит миқдорининг камайиши ва лейкоцитлар миқдорининг ошиши аниқланади. УТТда плевра бўшлиғида суюқлик аниқланади. Рентгеноскопияда плевра бўшлиғида суюқлик борлигини кўриш мумкин.

Бемор кўриги: бемор умумий ахволи ўрта оғирликда, нафас олиши мустақил. Аускультацияда кўкрак қафаси ўнг ярмида суст везикуляр нафас ва нам хириллашлар эшитилади.

Ташхис. Ўнг томонлама гемоторакс.

Тактикангиз ва даволаш.

Беморга плевра бўшлиғи пункцияси ва дренажлаш ўтказиш зарур. Операциядан кейинги даврда адекват антибактериал даво, нафас аналептиклари ва нафас машқлари ўтказилади.

Карточка 4.

Бемор 25 ёш. Ўткир ичак тугилиши, тарқоқ нажасли перитонитташхиси билан лапаротомия, ингичка ичак резекцияси, учма-уч энтеро-энтеро анастомоз операциядан ўтказилган. Операциядан кейинги 5-кунда оғиз қуриши, қорин дам бўлиши, ич келмаслиги кузатилган. Қорин пайпаслаб кўрилганда перитонеал аломатлар аниқланди. АБ – 100/60 мм.сим.уст. пулс 110та /мин. Беморга ўтказилган ичак стимуляцияси самара бермади.

Ташхислаш. Сизнинг ташхисингиз. Тактикангиз. Даволаш.

№	Жавоблар	Макс .балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
1	УҚТ, УПТ, УТТ. Рентген текшириш.	4	4	1
2	Энтеро-энтеро анастомоз чоклари етишмовчилиги и.Перитонит.	4	4	1
3	Клойбер косачалари симптоми интерпретацияси.	3	3	0
4	Релапаротомия , ичак резекцияси, қайта анастомоз қўйиш ёки энтеростома чиқариш.	3	3	1

Жавоб. Бемор умумий ахволини ҳисобга олибқуйидаги текширишлар амалга оширилади. УҚТда қонда гемоглобин, эритроцит миқдорининг камайиши ва лейкоцитлар чапга силжиши аниқланади. УТТда кичик чаноқ бўшлиғида суюқлик аниқланади. Рентгеноскопияда ичак қовузлоқлари кенгайиши ва суюқлик сатхи борлигини кўриш мумкин.

Бемор кўриги: бемор умумий ахволи оғир, қорин шишган, таранг, нафас актида иштирок этмайди, палпацияда оғриқли, перитонеал аломатлар мусбат, перкутор тимпаник товуш аниқланади. Аускултацияда ичак перисталтикаси эшитилмайди.

Ташхис.Энтеро-энтеро анастомоз чоклари етишмовчилиги. Перитонит.

Тактикангиз ва даволаш.

Релапаротомия, ичак резекцияси, қайта анастомоз қўйиш ёки энтеростома чиқариш. Операциядан кейинги даврда адекват антибактериал терапия ўтказилади.

Карточка 5.

Бемор 35 ёш. Гангреноз аппендицит, маҳаллий сероз-йирингли перитонит ташхиси билан аппендэктомия амалга оширилган. Операциядан кейинги 6-кунда АБ – 100/60 мм.сим.уст. пулс110та /мин,тана харорати 38-39 даражагача кўтарилган. Шикоятлари ўнг қовурға ости соҳасидаги оғриққа.

Ташхислаш, Сизнинг ташхисингиз. Тактика. Даволаш.

№	Жавоблар	Макс.балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб
---	----------	-----------	-------------	---------------

1	УҚТ, УПТ, УТТ. Рентген текшириш.	4	4	1
2	Диафрагма ости абсцесси.	4	4	1
3	Операцияга олиш, УТТ назорати остида йирингли бўшлиқни пункция қилиш ва дренаж найча қўйиш.	3	3	1

Жавоб. Бемор умумий ахволини ҳисобга олибқуйидаги текширишлар амалга оширилади. УҚТда қонда гемоглобин, эритроцит миқдорининг камайиши ва лейкоцитлар миқдорининг ошиши аниқланади. УТТда диафрагма остида суюқлик аниқланади. Рентгеноскопияда диафрагма остида суюқлик сатхи, диафрагма гумбазининг кўтарилиши, ўпка экскурсиясининг чекланганлиги ва ўнг плевра бўшлиғида реактив суюқлик борлиги аниқланади.

Бемор кўриги: бемор умумий ахволи ўртача, қорин юмшоқ, нафас актида иштирок этади, палпацияда ўнг қовурға ости соҳасида оғриқли, перитонеал аломатлар йўқ.

Ташхис. Диафрагма ости абсцесси.

Тактикангиз ва даволаш.

Шошилинич тарзда операцияга олиш, УТТ назорати остида йирингни бўшлиқни пункция қилиш ва дренаж найча қўйиш. Операциядан кейинги даврда адекват антибактериал терапия ўтказилади.

Тестлар

1. Бемор “ўткир қорин” ташхиси билан клиникага олиб келинди. Киндик пастдаги қориндаги оғриқларга шикоят қилади. Шу соҳада юмалоқ, таранглашган, ҳаракатланмайдиган, оғриқли ҳосила аниқланади. Вақти-вақти билан қиндан қонли ажралма келиши аниқланади.

Ташхисни аниқлаш учун қайси текширув ўтказилиши лозим:

- А) ФГДС.
- В) УТТ гениталий.
- С) Қорин бўшлиғи обзор рентгенографияси.
- Д) Ректороманоскопия.
- Е) Оператив даво.

2. Бемор қориндаги оғриқ, кўнгил айниши билан клиникага мурожат қилди. Оғриқ интенсив доимий характерда. Қорин нафас олиш актида иштирок этади, гипогастрийда чапда таранглашган, юмалоқ, оғриқли, ҳаракати чекланган ҳосила пайпасланади. Перитонеаломатлар йўқ, перистальтика одатий. Анамнездан гинекологда чап тухумдон кистаси бўйича даволанган.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- А) Ўткир ичак тутилиши.
- В) Сигмани буралиб қолиши.
- С) Чап тухумдон кистаси буралиб қолиши.
- Д) Ичак инвагинацияси.
- Е) Пастка тушувчи чамбар ичак саратони.

3. Бемор ўнг ёнбош соҳадаги оғриққа, оғизни қуришига, кўнгил айнишига, қўп маротаба ичини суюқ келишига шикоят қилади. 18 соатдан бери хаста. Тана ҳарорати 37,2. Қорин нафас актида иштирок этади, таранглашган, ўнг ёнбош соҳаси оғриқли, қориннинг бошқа қисмлари оғриқсиз, юмшоқ. Сийиши нормада.

Ич келиши суюқ, суткасига 3 марта. Ўнг ёнбош сохасида Щеткин-Блюмберг симптоми мусбат.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Ўткир энтероколит
- C) Ўткир холецистит
- D) Ўнг томонлама буйрак коликаси
- E) Мезентериал лимфаденит

4. Бемор оғиз қуришига, умумий холсизликка, иштаха йўқолишига, ўнг ёнбош сохадаги оғриққа шикоят қилади. Тана хароати-36,7. Пульс – 80та. Қорни юмшоқ, Ўнг ёнбош сохаси оғриқли. Перитонеал аломатлар йўқ, сийиши нормада, ич келиши нерегуляр 2йилдан бери, ич қотиши ич суюлиши билан алмашилиб келади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Аппендикуляр инфилтрат
- C) Ўнг тухумдон ўсмаси
- D) Йўғон ичак ўсмаси
- E) Сурункали колит

5. Бемор 6 сутокадан бери хаста. Ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, оғиз қуришига шикоят қилади. Тана харорати 38,2. Оғриқ доимий, симилловчи. Эпигастрал сохадан бошланиб, ўнг ёнбош сохага ўтган. Тили қуруқ, оқ карашли. Пальпацияда ўнг ёнбош сохада чегараси ноаниқ, оғриқли, харакатсиз таранглашув аниқланади. Шу соха териси ўзгаришсиз. Қорин бошқа қисмлари ўзгаришсиз, юмшоқ. Физиологик чиқарувлари эркин.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Йўғон ичак ўсмаси
- C) Аппендикуляр инфилтрат
- D) Ўнг тухумдон ўсмаси
- E) Тўғирланмайдиган чов чурраси

6. Бемор овқат сақланмалли қайд қилишга, қўнгил айнишига, белдаги ва ўнг ёнбош сохадаги оғриққа шикоят қилади. Тана харорати 37,6. Ўнг оёқ қоринга тортилган, оёгини тўғирлаганда оғриқ кучаяди. Қорни бироз шишган, юмшоқ, Ўнг ёнбош сохаси оғриқли. Ровзинг, Ситковский симптомлари мусбат. Щеткин-Блюмберг симптоми манфий. Туртки симптоми ўнг томонда мусбат, Пти учбурчагида оғриқ аниқланади.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Ўнг томонлама аднексит
- C) Бачадонданташқари хомиладорлик
- D) Мезентериал лимфаденит
- E) Ўнг томонлама буйра коликаси

7. Бемор ўнг ёнбош сохадаги оғриққа, сийишини кўпайганлигига шикоят қилиб келди. 2 суткадан бери хаста. 16 хафталик хомиладор. Тана харорати 38. Пульс 92 та. Қорни юмшоқ, ўнг ёнбош соха оғриқли. Перитонеал аломатлар мавхум. Пастернацкий симптоми ўнг томонлама мусбат. Лейк.– 14 Г/л , умумий сийдик тахлилида: оксил 0,02 г/л, лейкоцитлар 1/2, эритроцитлар единичные.

Сизнинг тахминий ташхисингиз:

- A) Ўткир аппендицит
- B) Хомиладорлик пиелити

- С) Бачадондан ташқари хомиладорлик
 D) Ўнг тухумдон кистаси буралиб қолиши
 E) Ўнг тухумдон кистаси ёрилиши

№	Баҳо	аъло	яхши	ққониқарли	қониқарсиз	Ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15- 12,9балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисми

1. Тарқоқ перитонит симптомларини аниқлаш

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда тарқоқ перитонитнинг ҳамма симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашилади. Беморга юқорига қараб ётиш буюрилади.	10	5	0
2. Беморни кўздан кечириш: камхаракатлилиқ, ланжлик, баъзида эйфория, Гиппократга юзи	15	7,5	0
3. Қорин нафас актида иштирок этмайди, ичга тортилган, терминал фазада қорин шишган	10	5	0
4. Пальпацияда кучли оғриқ ва мушаклар таранглиги ошган	10	5	0
5. Щёткин-Блюмберг симптоми мусбат	10	5	0
6. Аускультацияда ичаклар перистальтикаси эшитилмайди (гробовая тишина)	10	5	0
7. Перкуссияда ён каналларда тўмтоқлик аниқланилади	10	5	0
8. Рентгенологик текширувда Клойбер косачалари, баъзида эркин газ (ковак аъзолар жарохатида) аниқланилади	15	7,5	0
9. Қон тахлилида лейкоцитоз, чапга силжиши билан, ЛИИ 2 қўп.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	0

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	Ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
5	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки

- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

7. Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	Қониқарл и	қониқарс из	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%- 37%	36% ва пасти
1	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5- 35,5балл	35- 27,5балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Ситуацион топшириқлар ватестлар	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37- балллар	36 балла р

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Талаба ўткир корин синдромини келтириб чиқарувчи барча сабабларни, ўткир корин синдроми тушунчаси, ўткир аппендицит, классификацияси, диагностика, дифф.диагностика, диагностика алгоритми, ўткир корин синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онглиравишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Талаба ўткир корин синдромини келтириб чиқарувчи барча сабабларни, ўткир корин синдроми тушунчаси, ўткир аппендицит классификацияси, диагностика, дифф.диагностика, диагностика алгоритми, ўткир корин синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни

			курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллар интерпретациясида битта хатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Талаба уткир корин синдромини келтириб чиқарувчи барча сабабларни, уткир корин синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, дифф. диагностика, диагностика алгоритми, уткир корин синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Ситуацион масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда уткир корин синдроми сабабларини, уткир корин синдроми тўғрисидаги тушунчани, уткир аппендицит симптомлари, классификацияси, диагностика, дифф. диагностика, абдоминал огрик сабаблари, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, уткир корин синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба уткир корин синдроми классификацияси, диагностика, дифф. диагностика, беморларни даво тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, ситуацион масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба уткир корин синдроми классификациясини билади, лекин уткир корин синдроми дифф. диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, уткир корин , уткир корин синдроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин

			беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, ситуацион масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли”3”	Саволларнинг яригига тўғри жавоб беради. Талаба уткир корин синдромининг моҳиятини, уткир корин классификациясини, сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва уткир корин дифф.диagnostикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба уткир корин синдроми моҳиятини билади, уткир аппендицит классификациясида ва сабабларида адашади. Уткир корин синдроми дифф. диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Ситуацион масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифф.диagnostикасида ва уткир корин синдроми даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни хато ечади.
10	54% дан паст	Қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифф.диagnostикасини, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари била таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунити тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	

5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшири бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари.

1. беморларни даволаш тактикаси. УАШ вазифалари.
2. беморлар операциядан кейинги парвариши ва реабилитацияси ҳақида тушунча.
3. операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар ҳақида тушунча
4. клиникаси ва ташхислаш.
5. тез тиббий ёрдам ва даволашда УАШ тактикаси.

11. Тавсия қилинган адабиётлар.

Асосий:

1. Неотложная хирургия брюшной полости. Д.Ф. Скрипниченко. Киев. Здоровье. 1986г.
2. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004г.

3. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.1987г.
5. Шалимов В.Д. Хирургия пищеварительного тракта. М.1984г.
6. Каримов Ш.И. Хирургические болезни. Т. 2005
7. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. М1998.
8. Аталиев А.Е. Учебное пособие по проведению практических навыков хирургического профиля. Т.2003
9. Электронные версии из Интернета.

Кушимча:

1. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М.2002 г.
2. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия. М.2000 г.
3. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т. 2003 г.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпиқ жароҳатлари. Этиологияси, патогенези, диагностикаси и дифференциал диагностикаси, текширув методлари ва даволаш тактикаси. Реабилитацияси, профилактикаси. Ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларидаги ёт жисмлар. Классификацияси, клиникаси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Шошилич тиббий ёрдам. Даволашдаги УАШ тактикаси. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Мавзуси бўйича амалий машғулот

Ўқитиш технологияси

Амалий дарс №19

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу№19: Қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпиқ жароҳатлари. Этиологияси, патогенези, диагностикаси и дифференциал диагностикаси, текширув методлари ва даволаш тактикаси. Реабилитацияси, профилактикаси. Ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларидаги ёт жисмлар. Классификацияси, клиникаси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Шошилинич тиббий ёрдам. Даволашдаги УАШ тактикаси. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Вақти: 327 дақиқа	Талабалар сони: 8-10
Машгулот кўриниши ва шакли	Амалий машгулот.
Машгулот структураси:	8. Кириш 9. Назарий қисм 10. Аналитик қисм: Кейс-стади Вазиятли масала ва тестлар 11. Амалий қисм.
Машгулот мақсади:	
<ul style="list-style-type: none"> - Беморларни мустақил кўришга ўргатиш; - Тиббий хужжатлар ва касаллик тарихини тўлдиришга ўргатиш; - Сидромал принципга, диагностика алгоритми ва давога асосланиб кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни диагностика, даволаш ва профилактика қилишга ўргатиш; - Шошилинич ҳолатларда мустақил ҳолда ташҳис қўйиш ва шошилинич ёрдам кўрсатишни билишга ўргатиш; - Тахминий ташҳис қўйишга ва қиёсий ташҳис ўтказишни ўргатиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатор маълумотларни интерпритация қилишга ўргатиш; - Жарроҳлик касалликларни даволашни асосий принципларини ўргатиш; <p>Аҳолини профилактика, диспансеризация ва соғломлаштириш усуллари ўргатиш;</p>	
Талаба билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> - қорин бўшлиғи аъзолари ва нафас йўллари аномалияси ва физиологиясини. - қорин травмаларини турларини - қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатланиш ва нафас йўлларида ёт жисмларни тушиш этиопатогенези ва клиникасини. - диагностик текширув методларини. - госпитализация даври муддатлари. - қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатланиш ва ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларида ёт жисмларни тушиш асоратлари ва летал ҳолатлари. - операциядан кейинги реабилитацияни.
Талаба қила билиши шарт:	<ul style="list-style-type: none"> - қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатланган ва ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларида ёт жисмларни тушган беморларда кўрик ўткази билиши. - қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатланган ва ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларида ёт жисмларни тушган беморларда эрта ва тўғри симптомларни аниқлай билиши. - керакли муолажа ва текширувларга тўғри ва вақтида юбора билиши - клиник ташҳисни қўя билиши ва уни асослаб беришни - шошилинич хирургияда тезкор ёрдам беришни

	- жарохатга хирургик ишлов беришни. - бирламчи хирургик ёрдам бера олишни.
Педогогик топшириқ: Талабаларга - тиббиёт этикаси ва диантология негизини ўргатиш; - меҳнат севарликни, чидамликни, масъулиятни, қатъийликни тарбиялаш, халққа фойда келтириш ва давлатимиз учун керакли бўлишни уқтириш; - замонавий клиник фикрлашни, кенг дунёқарашга ўргатиш, СНГ ва Ўзбекистон жаррохлик мактабларидан билим ва кўникмаларни сингдириб олиш ҳамда шу ҳақдаги муаммоларни ечишга, деонтология ва шифокорлик этикасини ўргатиш зарур.	Ўқув фаолияти натижалари: - қорин травмалари тўғрисида тўлиқ тушунчага эга бўлиш. - қорин бўшлиғи аъзолари травмаларининг клиникасини билиши. - қорин травмаларини ўз вақтида ташхислай билиши. - қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатланган ва ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларига ёт жисмларни тушган беморларга УАШ даражасида шошилич тиббий ёрдам бера олиш ва уларни ўз вақтида стационарга ётқизиш.
Ўқитиш услублари	Маъруза, “мияга хужум” , тарих, кўргазма, видео усул, амалий ишлар, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатувчи ўйинлар, Кейс-стади.
Ўқитиш усуллари	Тарқатма ўқув материаллар, видеофилмлар, муляжлар, графикли органайзерлар, тиббий карталар мажмуаси, жадваллар, стентлар, рентгенограмма мажмуи.
Маишгулотни ташкил қилиш шакллари	Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, яқка ўйинлар.
Ўқитиш шароити ва жойи	Поликлиника, ўқув хона, жаррох хонаси, боғлов ва операцион хоналар. Тематик беморлар, амбулатор беморлар касаллик тарихи, қон ва сийдик анализлари, инструментал текширув натижалари, услубий тавсиялар, вазиятли масалалар, тест саволлари, амалий кўникмани бажариш алгоритми, интерактив усулларни ўргатувчи сценарийлар, стандарт протоколлар, интернетдан тарқатма материаллар, слайдаскоп, слайдлар, TV-видео.
Қайта боғланиш усуллари ва услуби	Блиц-сўров, ўқув топшириқни бажарганлиги ҳақидаги презентация, тиббий карталарни тўлдириш, амалий кўникмаларни бажариш.

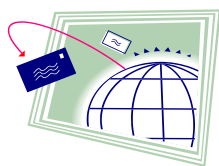
Машгулотнинг технологик харитаси №19

Мавзу №19: Қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпиқ жароҳатлари. Этиологияси, патогенези, диагностикаси и дифференциал диагностикаси, текширув методлари ва даволаш тактикаси. Реабилитацияси, профилактикаси. Ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларидаги ёт жисмлар. Классификацияси, клиникаси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Шошилич тиббий ёрдам. Даволашдаги УАШ тактикаси. Реабилитацияси ва профилактикаси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машгулотга		

<p>кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>4.11. Мавзу, топширик, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>4.12. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>4.13. Ўрганиладиган қўйидаги машғулотга мияга хужуми, машғулотга тегишли бўлган қизиқтирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>4.14. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>4.15. Танаффус</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-боскич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топширик ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гурухни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилади.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p>

15дақиқа 25дақиқа	Танаффус. Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни қўрганлиги ҳақида ва ташҳисни асослаш ҳақида ҳисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27дақиқа.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.



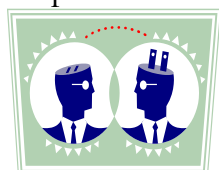
1. Амалиёт ўтадиган жой, асбоб- аслаҳалар.

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



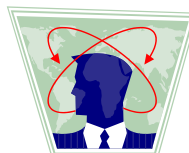
1.1. Мотивация

Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати хирургик касалликлар ичида энг оғир патология бўлиб ҳисобланади, шунинг учун врачдан катта эътибор ва хирургик билимлар талаб этилади. Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати ва ОИТ ва ҳаво йўллари ёт жисми билан беморларни ўлимини камайтириш ва биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш учун беморларни ўз вақтида ташҳисни аниқлаш ва шошилиш равишида операция қилиш учун шифохонага жойлаштириш.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Нормал анатомия, топографик анатомия, умумий хирургия, нормал физиология, патанатомия, патофизиология, анестезиология ва реаниматология, микробиология.



2. Машғулотлар мазмуни

2.1. Назарий қисми;

Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати хирургик касалликлар ичида энг оғир патология бўлиб ҳисобланади, шунинг учун врачдан катта эътибор ва хирургик билимлар талаб этилади. Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати ва ОИТ ва ҳаво йўллари ёт жисми билан беморларни ўлимини камайтириш ва биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш учун

беморларни ўз вақтида ташхис аниқлаш ва шошилиш равишида операция қилиш учун шифохонага жойлаштириш.

1. Қорин жароҳати таснифи

Ёпиқ:

1. Аъзолар жароҳати билан:

- Бўшлиқ;
- Паренхиматоз;
- Катта қон томирлар;
- Сийдик ва жинсий аъзолар.

2. Аъзолар жароҳатисиз: Қорин олд девори лат ейиши ва гемотомаси.

Очиқ:

1. Кириб борувчи:

- Санчилган жароҳатлар;
- Санчилик кесилган жароҳатлар;
- Кесилган жароҳат;
- Ўқ отар жароҳати;
- Ички аъзолар жароҳати ва жароҳатисиз.

2. Кириб бормаётган:

Тегиб ўтувчи ва кўр жароҳатлар.

2. Қорин бўшлиғи аъзоларининг очиқ ва ёпиқ жароҳати этиологияси

Қорин бўшлиғи аъзоларининг ёпиқ жароҳати қоринга тўмтоқ жисм билан кучли зарбадан, автотравмадан сўнг, баландликдан тушуш ва кучли лат ейишдан сўнг бўлади. Очиқ жароҳатлар тинч вақтда ўткир жисм билан жароҳатдан сўнг ҳосил бўлади. Уриш вақтида ўқ отар қурол билан бўлади ва ўзининг оғир кечиши ва кўп сонлиги билан ифодаланади.

3. Клиника ва диагностика:

Қайси аъзо жароҳатланишига қараб ажратилади. Шунинг учун бўшлиқ аъзолар жароҳатланганда беморда қорин бўшлиғи ичига қон кетиш билан биргаликда перитонит симптомлари ҳам ривожланади. Чунки қорин бўшлиғига орган ичидагини чиқиши.

Паренхиматоз орган жароҳатида (жигар, талоқ, панкреаз) беморда қорин бўшлиғи ичига қон кетиш симптомлари кучлироқ ривожланади. У аъзоларнинг жароҳати бир ёки икки моментли бўлиши мумкин. Бир моментлигида жароҳат олган вақтда орган ва унинг капсуласи бир вақтда йиртилади ва қорин бўшлиғига қон кетиш бўлади. Икки моментлик ёрилишда аъзо капсуласи йиртилмайди фақат унинг паренхимаси йиртилиб, субкапсуляр гематома ҳосил бўлади, қайсики номаълум бир вақтдан сўнг капсулани йиртиб қорин бўшлиғига чиқади. Шунинг учун бунда жуда эътиборлик бўлиш керак. Субкапсуляр гематома шифохонада четда ёрилиши мумкин ва керакли ёрдам курсата ололмайди.

Иккала ҳолатида ҳам бемор қориндаги кучли оғриқ ва кучли ҳолсизликка шикоят қилади, катта қон кетишда беморда геморрагик шок симптомлари кўзга ташланади. Бемор ранги оқарган, гемодинамикада қон босимини пасайиши ва пульснинг тезлашиши аниқланади, қайси симптоми.

4. Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати билан беморларни текшириш усуллари.

Агар беморда қорин бўшлиғига кириб борувчи жароҳат аниқланганда диагностика қийинчилик келтирмайди. Аъзоларнинг жароҳати бор ёки йўқлигига қарамасдан беморга лапаротомия операциясини бажариш лозим. Қорин бўшлиғини ревизия қилиш мақсадида. УЗИ текширувида қорин бўшлиғида суюқлик аниқланади, паренхиматоз орган йиртилиши ёки субкапсуляр гематома аниқланади. Қон анализларида гемоглабин ва эритроцитлар пасайиши ва қон коагулограмма ўзгариши аниқланади.

5. Даволаш тактикаси ва УАШ масаласи. Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳати даволаш тактикаси беморларга жойида биринчи тез тиббий ёрдам кўрсатиш, шок билан кураш, жароҳатни боғлаш (очиқ жароҳат бўлса) ва беморни зудлик билан

специализациялаштирилган шифохонага жўнатиш, ОЦКни кўтариш ва специализациялаштирилган ёрдамни кўрсатишга йуналиштирилган.

6. ОИТ ва хаво йўллари ёт жисми тушунчаси.

Ёт жисмлари ёш болаларда тасодифан, рухий касалликлар ва катта одамларда оғзида ҳар хил нарсани ушлаш оқибатида тушади. Овқат вақтида балиқ ва гўшт суяги, Тиш протезлари ютиб юбориш оқибатида юзага келади. Ичак тизими пастки қисмида жароҳат вақти ёки мажбурий ҳолатларда ҳосил бўлади.

Хаво йўлларига ёт жисмлар оғизда турганда тасодиф нафас олиш, кўркүв ёки кутилмаган ҳодиса оқибатида ютиб юборилади.

7. ОИТ ва хаво йўлларига ёт жисм тушганида клиникаси ва диагностикаси.

Клиникаси ОИТ қайси бўлимида жойлашганига қараб ажратилади. Қизилўнгачга тушганида беморда ютиш қийинчилиги ва оғриқ кузатилади. Қайси бўлимда тикилганига қараб оғриқ кўкрак ёки орқага сезилади. Агар ёт жисм ўткир учи билан деворни тешмаса, унда кейинги бўлимга ўтиши мумкин. Ошқозон ва ичакга ўтади. Ошқозон ёки ичакдан ўтган вақти ёт жисм деворини тешиб, оқибатда перитонит белгиларини ифодалайди. Ёки деворга тикилиб, атрофида оғриқли инфельтрат ҳосил қилади.

Ёт жисмни юқори хаво йўлларига тушганида беморда бирданига нафас қисиш белгилари кузатилади, бемор кўкариб, тамоғидан ушлаб бошлайди. Агар кекирдакга ўткир учли ёт жисм тушса у шиллик қавватга қадалиб кучли оғриқ беради. У қадалган жойда шиллик қавватда шишиш ҳосил бўлади. Беморда йўтал ва нафас қисиш пайдо бўлади.

Диагностик мақсадда беморга рентген текширув ўтказилади. Бунда рентген суръатда ҳар хил темир ёки бошқа жисм аниқланади.

8. ОИТ ва хаво йўлларига ёт жисм тушганида биринчи ёрдам ва ВОП тактикаси.

Беморни ОИТ ва хаво йўлларига ёт жисм тушганда, беморни юзини юқорига қаратиб, оғзини очинг, тилини пастки жағи билан ушлаб пастка тортиш лозим. Иккинчи бармоғингизни оғиз ичига ёноқ ички юзаси бўйлаб кекирдакча тил асосига қараб киритасиз. Ёт жисмни бармоғингиз билан ушлаб оғизга чиқарасиз ва олиб ташлайсиз.

Агар ёт жисм беморни тамоғига тикилиб қолган бўлса, унда диафрагма ости-абдоминал туртги қилиш лозим (булар Хеймлиқ муолажаси деб аталади). Агар сиз кўрсатган ёрдам фойда бермаса, беморни шифохонага тезда жўнатиш лозим. Беморга бронхоскопия қилиниб ёт жисм олиб ташланади.

Агар ёт жисм ОИТ га тушса унда беморни шифохонага жаррохлик бўлимига жўнатиш лозим. Ёт жисм ОИТ да кўчиши мумкинлиги сабабли беморга консерватив даво тавсия этилади, ёт жисмни ОИТдан ўтишини осонлаштириш учун ўсимлик озикадан мавжуд бўлган диета тавсия этилади. Агар ёт жисм узок вақт мобайнида ОИТ да сақланса уларнинг тишилиши ва перетоника олиб келиши мумкин бўлганлиги учун беморга оператив даво тавсия этилади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 19 мавзу 327 дақиқа	Талабалар сони 8-10
-----------------------	---------------------

Мавзу	<p>Қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпиқ жароҳатлари. Этиологияси, патогенези, диагностикаси и дифференциал диагностикаси, текширув методлари ва даволаш тактикаси. Реабилитацияси, профилактикаси.</p> <p>Ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларидаги ёт жисмлар. Классификацияси, клиникаси, диагностикаси ва дифференциал диагностикаси. Шошинч тиббий ёрдам. Даволашдаги УАШ тактикаси. Реабилитацияси ва профилактикаси.</p>
Амалий машғулот режаси	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кейс мақсади ва кириш. 2. Блиц сўров ўтказиш, талаба фикрлашиги шакллантириш. 3. Масала ечими учун муаммони мақсадини аниқ ва шаклини аниқ қўйиш. 4. Гуруҳда кейс стади ечими. 5. Натижалар муҳокамаси ва уни баён этиш. 6. Т схема бўйича муаммони интерпретацияси. 7. Хулоса. Талаба у қўйилган муаммонинг ечимини тўғри топиши ва қўллашига асосланиб баҳоланади.
<p>Ўқитиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил текширишни ўргатиш. - Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тўлдиришни ўргатиш. - Кўп тарқалган ва кам учровчи касалликларни ташхислаш даволаш алгоритмини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш. - Шошинч шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйишни мустақил ўрганиш. - Ўтказилган қиёсий ташхислашдан сўнг дастлабки ташхисни қўйиш. - Беморни кўриб, инструментал ва лабаратор текширишлар интерпритациясига асосланиб ташхис қўйиш. - Ахолини соғломлаштириш ва диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш - Анатомиа, ОХТА, жароҳат инфекцияси фанлариги мустахкамлаш ва такомиллаштириш 	
Педагогик топшириқлар:	Ўқитувчи фаолиятининг натижаси
<ul style="list-style-type: none"> • Беморни мустақил текширишни ўргатиш. • Касаллик тарихини ва тиббий хужжатларни тўлдиришни ўргатиш. • Кўп тарқалган ва кам учровчи касалликларни ташхислаш даволаш алгоритмини, текшириш, профилактикасини усулларини ўргатиш. • Шошинч шароитда даволаш диагностика алгоритмига асосланиб тезкор ёрдам кўрсатиш ва ташхис қўйишни мустақил ўрганиш. • Ўтказилган қиёсий ташхислашдан сўнг дастлабки ташхисни қўйиш. • Беморни кўриб, инструментал ва лабаратор текширишлар интерпритациясига асосланиб ташхис қўйиш. • Хирургик касалликларни даволашга ўргатиш • Ахолини соғломлаштириш ва 	<ul style="list-style-type: none"> - қорин травмалари тўғрисида тўлиқ тушунчага эга бўлиш. - қорин бўшлиғи аъзолари травмаларининг клиникасини билиши. - қорин травмаларини ўз вақтида ташхислай билиши. - қорин бўшлиғи аъзоларини жароҳатланган ва ошқозон-ичак тракти ва нафас йўлларида ёт жисмларни тушган беморларга УАШ даражасида шошинч тиббий ёрдам бера олиш ва уларни ўз вақтида стационарга ётқизиш.

диспансеризация усули билан даволашга ўргатиш	
Ўқитиш усули ва техникаси	Блиц сўров, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тўри» усули, ўргатувчи ўйин, кейс-стади, айланма стол, эксперт варағи.
Ўқитиш воситалари	Тарқатма материаллар, визуаль материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
Ўқитиш шакли	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда, аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш шароити	1. УАШ жарроҳлик кафедраси, 1-ШКК ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари, клиник лабораториялари; 2. Жадваллар комплекти, услубий қўлланмалар, реактивлар комплекти, бинокуляр микроскоп, видеофильм; 3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.
Баҳолаш	Сўров, баҳолаш, рейтинг бўйича баҳолаш.

3.2. Дарснинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъдақиқалашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунини мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун таркатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўллари эшитишни таклиф қилади.	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.

40 дақиқа 80 дақиқа	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечидақиқаи муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечидақиқаи топишга кўшимча маълумотдандан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечидақиқаи топиш учун тўғри йўлга йўналтииради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4). 2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Масала ва тестларни муҳокама қилади. Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Кўрилган бемор ҳисоботи ташҳиси.
III- қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар.(илова №8)	Эшитади

Блиц-савол:

- Паренхиматоз аъзоларнинг жароҳатланиш механизмига кўра қандай турлари мавжуд?
- Ванька-Встанька симптоми кўпроқ қайси касалликка хос:
- Паренхиматоз аъзолар жароҳатланишида энг ишончли текширув усули
- Зельдовича.синамаси қорин бўшлиғининг қайси аъзоси шикастланганда ўтказилади
- Кулен- Камфа симптоми қайси патологияда аниқланади
- Талоқнинг субкапсуляр жароҳатида сизнинг тактикангиз

1 – топшириқ

Эксперт варағи

1-гурӯҳ.

1.Қорин травмалари классификацияси

2. Жигар жарохати аломатлари.

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гурӯҳ

2.Талоқ жарохати аломатлари.

3.Диафрагма ёрилиши аломатлари.

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2 - топшириқ**“Т-чизма” жадвал тўлдилинг**

3.1. Машғулот технологиясининг модели	3.1. Машғулот технологиясининг модели
--	--

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони**Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони**

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46 - 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 3-1 ва пасти – ёмон.

Ушбу машғулотта янги педагогик технологиядан қўлладик: “айлана стол”, “Академик полемика”.

Айлана стол усулини қўллаш:

Айлана бўйлаб топшириқли варақ тарқатилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади.Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади.нотуғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Академик полемика усулини қўллаш:

Гуруҳ 2та кичик гуруҳчаларга бўлинади. Ҳар бир гуруҳча шифокор-бемор суҳбатини ташкил этишади. Ҳар бир гуруҳчада 1 та талаба адвокат- суҳбатни ижобий томонларини муҳокама қилади, 1 та талаба прокурор- суҳбатни салбий томонларини муҳокама қилади. Адвокат ва прокурор хулосаларини ўқиб эшиттиришади ва бутун гуруҳ томонидан муҳокама қилинади.

1. Вазиятли масала:

Карточка 1.

Бемор 40 ёш тез ёрдам билан шифохонага олиб келинган. Бемор шикояти ўнг қовурға ёйи остида кучли оғриқга, холсизлиги, юрак тез уриши. Умумий ахволи ўрта оғир, хуши ўзида, бемор ранги оқарган, К/Б – 80/50. Пулс 100 та зарба. Полпацияда қорин ўнг қовурға ёйи остида оғриқли, таранглашган. Қорин ўнг томон соҳаси нафас олишда орқага қолади. Беморда горизонтал холатда оғриқлар кучаяди (с-м Ванька – встанька).

4. Қайси текширув усуллари амалга ошириш лозим.
5. Тактика ва даволаш.
6. Жигарни артериал қон билан таъминланиши.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Қорин бўшлиғининг ёпиқ жарохати, жигар жарохати билан. Гемоперитонеум. Геморрагик шок 2 ст.	4	4	1
2	Умумий қон ва сийдик анализи. УЗИ. Рентген текширув.	4	4	1
3	Беморда ташхис аниқланиб ва жигар жарохати тасдиқланганидан сўнг бемор зудлик равишда шифохонага операцион хонага етказилади. Беморга инфузион терапия, гемотрансфузия ва плазмотрансфузия ўтказиш тавсия этилади. Беморга зудлик равишда операция лапаротомия ўтказиш лозим. Операциядан сўнг одекват даво муолажалари	3	3	0
4	1.ўзак арт. 2.умумий жигар арт. 3.хусусий жигар арт. 4.ўнг ва чап жигар арт.	4	4	1

Жавоб.

Диагнозни аниқлаш учун беморга:

1. Умумий қон ва сийдик анализи. УЗИ. Рентген текширув.

Умумий қон анализиде гемоглобин ва эритроцитлар пасайиши аниқланади, бу қорин бўшлиғига қон кетиш ва гемороген шокни белгилари.

УЗД текширувда қорин бўшлиғида озод суюқлик, қон аниқланади. Яхшилаб кўрганда жигар ёки ўт қопини жарохатини аниқлаш мумкин.

Сизнинг ташхис.

Қорин бўшлиғининг ёпиқ жарохати, жигар жарохати билан. Гемоперитонеум. Геморрагик шок 2 ст.

Тактика ва даволаш. Беморда ташхис аниқланиб ва жигар жарохати тасдиқланганидан сўнг бемор зудлик равишда шифохонага операцион хонага етказилади. Беморга инфузион терапия, гемотрансфузия ва плазмотрансфузия ўтказиш тавсия этилади. Беморга зудлик равишда операция лапаротомия ўтказиш лозим. Операциядан сўнг одекват даво муолажалари.

Карточка 2.

Масалан. Бемор 35 ёш қабулхонага олиб келинган. Шикояти: Қорин соҳасидаги санчилик кесилган жарохатлар, холсизлик, жарохатлар соҳасидаги оғриқ бош айланиши. Анамнездан 2 соат олдин беморга нотаниш шахс томонидан пичоқ билан жарохат етказилган. Кўрганда бемор умумий ахволи оғир, хуши ўзида, ранги оқарган, қон босими

90/50, пулс 110 та. Қорин эпигастрал ва чап қовурға ёйи ости сохасида санчилиб, кесилган жарохатлар бор. Бемор нотинч.

Ташхислаш. Сизнинг ташхис. Тактика. Даволаш.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
1	Умумий қон ва сийдик анализи, Ультротовуш текширув Рентген текширув	4	4	1
2	Қорин олди девори қорин бўшлиғига кирувчи ва паренхиматоз ва бўшлиқ орган жарохати билан кўп сонли кесилиб санчилган жарохатлар. Геморагик шоклар 2ст.	4	4	1
3	Спижар симптоми интерпритацияси.	3	3	0
4	Қорин бўшлиғига кирувчи жарохатнинг абсолют белгисини айтинг.	4	4	1
5	Операцион хонага олиб бориш, шошилиш холатда лапаратомия операцияси.	3	3	1

Жавоб. Беморни ахволини оғирлигини этиборга олиб қуйидаги текширувларни ўтказиш лозим. Умумий қон анализи, бунда қонда гемоглобин, эритроцитлар камайиши аниқланади. Ультротовуш текширувда қорин бўшлиғида озод суюқлик ва талок жарохатлари аниқланади. Рентген текширувида диафрагма гумбази остида озод газ аниқланади.

Беморни кўрганда умумий ахволи оғир, хуши ўзида, ранги оқарган. Қорин эпигастрал ва чап қовурға ёйи остида кесилиб, санчилган жарохатлар бор, Четлари текис, бурчаклари ўткир. Қон кетиш аломатлари бор. Қорин таранглашган. Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат.

Ташхис. Қорин олди девори қорин бўшлиғига кирувчи ва паренхиматоз ва бўшлиқ орган жарохати билан кўп сонли кесилиб санчилган жарохатлар. Геморрагик шоклар 2ст.

Тактика ва даволаш.

Беморга зудлик равишда ОЦҚни тўлдириш, гемотрансфузия, плазматрансфузия, инфузион даво ва зудлик операция керак. Бемор бўлимга тушмасдан тўғри операцион хонага олиб борилади. Интибацион наркоз остида беморга лапаротомия ва қорин бўшлиғи ревизияси ўтказилади. Бўшлиқ орган тикиб тикланади. Агар талок жарохатланган бўлса-спленэктомия бажарилади. Қорин бўшлиғи ювилиб, найчланади. Операциядан кейин адекват даво.

Карточка 3.

Масала. Бемор қабул хонага олиб келинган, шикоят, чап қовурға ёйи остидаги оғрик холсизлик, бош айланиши. Анамнездан келишидан бир неча соат олдин бемор зинадан йиқилиб, чап ён боши билан стулга урилган. Оғриқлари кучайганлиги сабабли бемор тез ёрдам чақиртирган. Умумий ахволи ўрта оғир. Тери қаватлари оқарган. Қорин юмшоқ. Чап ён бош сохасида, чап қовурға остидан оғриқли қаттиқ хосила пайпасланади. Қорин парда зарарланиш белгиси йук.

Текшириш усуллари. Ташхис. Тактика ва даволаш.

№	Жавоблар	Макс. балл	Тўлиқ жавоб	Қониқарсиз жавоб
---	----------	------------	-------------	------------------

1	Умумий қон ва сийдик анализи, Ультратовуш текширув Рентген текширув	4	4	1
2	Қорин бўшлиғи ёпиқ жарохати. Талоқ субкапсуляр гемотомаси	4	4	1
3	Паренхиматоз аъзолар жарохатининг турлари.	3	3	0
4	Ванька-встанька симптомини аниқлаш.	4	4	1

Жавоб.

Беморга умумий қон анализи ўтказиш керак, бунда қонда гемоглабин ва эритроцитлар камайганлиги аниқланади.

Гемодинамикада қон босими пасайган, пульс пасайган.

Ультратовуш текширувда талоқни катталашгани аниқланади. Субкапсуляр қон йиғилиши, гемотомия аниқланади.

Таъхис: Қорин бўшлиғи ёпиқ жарохати. Талоқ субкапсуляр гемотомаси

Тактика ва даволаш: Бунақа беморлар зудлик равишда жаррохлик бўлимига ётқизилиши лозим. Беморга бўлимда зудлик операция, лапоратамия, спленэктомия бажарилади. Икки моментли йиртилиш бўлганда субкопсуляр гематома ҳосил бўлади. Шунинг учун беморга жуда эътиборлик ва эҳтиёткорлик билан қараш керак. Чунки кейинчалик гематома ёрилиб, қорин бўшлиғига чиқиши мумкин.

Тестлар.**Битта жавобли**

1. Паренхиматоз аъзолар жарохатланиш механизмига кўра қандай турлари фарқланади?

А. Очиқ, ёпиқ.

Б. Аралаш.

В. Кўплаб.

Г. Бир моментли, икки моментли.*

2. Ваньки-Встаньки симптоми кўпроқ қайси касалликка хос:

А. Ошқозон ёрилиши.

Б. Ўткир панкреатит.

В. Ўткир аппендицит.

Г. Талоқ жарохати*.

Д. Буйрак жарохати.

3. Рентгеноскопияда қорин бўшлиғида эркин газ аниқланиши қайси аъзо жарохатланишига хос:

А. Паренхиматоз аъзолар жарохатланиши.

Б. Ковак аъзолар жарохатланиши.*

В. Ўткир ичак тутилиши.

Г. Ўткир аппендицит.

4. Паренхиматоз аъзолар жарохаатланишида энг ишончли текширув учули:

А. Умумий қон ва сийдик текшируви.

Б. АҚБ ва пульс.

В. УТТ.*

Г. Рентгенологик текширув.

Д. ЭГДФС

5. Талоқнинг субкапсуляр жарохатида сизнинг тактикангиз:

А. Бемор терапевтик бўлимда даволанади.

Б. Беморни динамикада кузатиш мақсадида.

- В. Беморни шошилинич операция қилиш мақсадида хирургик бўлимга ётқизиш.*
 Г. Беморни амбулатор даволаш.
6. Кулен-Камфа симптоми қайси симптомда аниқланади:
 А. Ковакли аъзолар жарохатида.
 Б. Ўткир аппендицит.
 В. НЯК.
 Г. Тухумдон апоплексиясида. *
 Д. Крон касаллигида.
7. Қайси қорин бўшлиғи аъзоси жарохатланганда Зельдович синамаси ўтказилади.
 А. Талоқ жарохати.
 Б. Буйрак жарохати.
 В. Суйдик пуфаги жарохати.*
 Г. Бачадон ортиқлари жарохати.
 Д. Ичаклар жарохати.
8. Қорин жарохатланишида шошилинич оператив давога абсолют кўрсатма.
 А. АҚБни пасайиб кетиши
 Б. Қориндаги кучли оғриқ.
 В. Қорин олд деворида санчиб-кесилган жарохатнинг мавжудлиги.
 Г. Чарви бўлагини жарохат каналидан эвентрацияси *
 Д. Рентгенологик текширув натижалари.
9. Талоқ ёпиқ жарохатига характерли симптомлар.
 А. "Френикус"- симптоми
 Б. Кучли белбоғсимон оғриқлар
 В. Мусбат Ванька-Встанька симптоми.*
 Г. Лейкоцитоз
 Д. Лейкопения
10. Талоқ жарохатланишида ташхисни қўйишда қўлланилади
 А. Ангиография
 Б. РХПГ
 В. УЗИ*
 Г. АҚБ ўлчаш
 Д. Эзофагогастродуоденоскопия
 Е. Обзор рентгеноскопия ёки қорин бўшлиғи рентгенографияси
- Кўп жавобли тестлар.**
1. Қорин парда орти гематомада кузатиладиган специфик патологик ўзгаришлар:
 А) яққол анемия синдроми.*
 Б) функционал ичак тутилиши ва эндотоксикоз*.
 В. Қорин дам бўлиши, ичаклар парези.*
 Г. Буйрак коликаси синдроми.
 Д. перитонит синдроми.
- .
2. Жарохатланишдан 6 соат кейин ривожланувчи қорин шиши характерли...:
 А) Қоринпарда орти гематомага *
 Б) Кичик чаноқ аъзолари жарохатига*
 В) Ингичка ичак девори гематомасига *
 С) Қорин девори юмшоқ тўқималари лат ейишига
 Д) Хамма жавоблар тўғри
3. Куленкампа симптоми қандай ҳолатларда кузатилади:
 А) Тухумдон ёрилиши*
 Б) Жигар ёрилиши*
 В) Ичак сақламасини қорин парда ичида йиғилиши.
 С) Қорин парда орти қон кетиши.
 Д) Ўт суоқлигини қорин парда ичида йиғилиши.

4. Тухумдон ёрилишини қайси касалликлар билан дифференцирлаш керак.
 А. Ўткир аппендицит.*
 Б. Бачадондан ташқари хомиладорлик.*
 В. Тухумдон кистаси буралиб қолиши ёки ёрилиши.*
 Г. Ўткир панкреатит.
 Д. НЯК.
5. Ёпиқ қорин жароҳатланишида қандай инструментал текширув усуллари амалга ошириш керак:
 А. Умумий қон ва сийдик таҳлили.*
 Б. УЗИ.*
 В. Рентгенологик текширув.*
 Г. КТ.
 Д. ЭГДФС
6. Талокни бир моментли жароҳатланишига характерли клиник белгилар.
 А. Чап қовурға ёйи ости соҳасидаги оғриқ.*
 Б. Ванька Встанька симптомининг мусбатлиги.*
 В. АҚБ тушиб кетиши ва пульсни тезлашганлиги.*
 Г. Чап қовурға ёйи ости соҳасидаги мушаклар таранглашуви.*
 Д. Қорин дам булиши
7. Бўйрак ёрилишига характерли.
 А. Бел соҳасидаги жароҳатланган тарафдаги оғриқ.*
 Б. Гематурия.*
 В. Туртки симптоми мусбатлиги.*
 Г. Қорин парда таъсирланиш миптомини кучайиб бориши.
 Д. хамма жавоблар нотўғри.
8. Талокни икки моментли ёрилишидаги тактика.
 А. Хирургик бўлимга оспитализация.*
 Б. Шошилинич операция, спленэктомия.*
 В. Инфузион терапия ва қон ўрни босувчиларни қуйиш.*
 Г. Динамикада кузатув.
 Д. Консерватив даво.
9. Ковак аъзолар жароҳатланишига характерли:
 А. Қориндаги оғриқ.
 Б. қорин дам бўлиши ва ичаклар парези.
 В. Ривожланувчи қорин парда таъсирланиш симптоми.
 Г. Рентгеноскопияда диафрагма остида эркин газ.
 Д. хамма жавоблар тўғри.*

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100% - 86%	85% - 71%	70 - 55%	54% - 37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм.

1. Ўткир аппендицит белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда паренхиматоз аъзолар жароҳатланишидаги хамма симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жав. йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашилади.	10	5	0
2. Бемор кўрилганда мажбурий ҳолатда бўлади (“Ванька-Встанька белгиси).	10	5	0
3. Бемор кўрилганда тери ва шиллик қаватлари ранги оқарган.	10	5	0
4. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади (жароҳат излари баҳоланади, оғриқ ва қорин парда таъсирланиш белгилари аниқланади).	15	7,5	0
5. Тукиллатиб кўрилганда ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқланади.	10	5	0
6. Томир уриш сони ва А/Б ўлчанади (А/Б пасайиб, тахикардия кузатилади).	15	7,5	0
7. Қонда Нв, Нт ва эритроцитлар миқдори текширилади (улар камаяди).	10	5	0
8. УТТ эркин қорин бўшлиғидаги суюқлик борлигини аниқлаб беради.	10	5	0
9. Френикус белгиси мусбат (диафрагманинг қон билан таъсирланиш натижасида).	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	0

Қорин қавак аъзоларининг шикастланиш белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда қорин бўшлиғи қавак аъзолари шикастланиш белгиларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморнинг ҳолати.	10	5	0
2. Беморни кузатув: мажбурий ҳолат, ҳаракатсиз ётиши, Гиппократ юзи.	10	5	0
3. Тилни текшириш: қуруқлик ва қараш билан қопланганлиги.	10	5	0
4. Қоринни кузатув, қорин ичига ботиб кетганлиги, нафас олиш актида қатнашиши .	10	5	0
5. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ соҳалари ва мушаклар таранглашувини аниқлаш.	10	5	0
6. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Тукиллатганда жигар бўғиқлигининг йўқолиши	10	5	0

(Спизарский белгиси) ва ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқлаши (техникаси, натижани баҳолаш).			
8. Перистальтика эшитилмаслиги (Тобут сукунати белгиси).	10	5	0
9. Рентгенологик эркин хаво аниқланиши (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

6. Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар;
- амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

7. Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
3	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5-35,5балл	35-27,5балл	27-18,5 балл	18 балл
4	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
5	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло "5"	Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм хақида тўлиқ тушунчага эга бўлиш. Классификацияси, диагностика, дифф.диагностика, диагностика алгоритми, Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади,

			беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндашади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм классификацияси, диагностика, дифф.диагностика, диагностика алгоритми, даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллар ва инструментал текширувлар таҳлиллари интерпретациясида битта хатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм классификацияси, диагностика, дифф.диагностика, диагностика алгоритми, даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Ситуацион масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм классификацияси, диагностика, дифф.диагностика, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, механик сариклик билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та

			хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм диагностика, дифф.диагностика, беморларни даво тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, ситуацион масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм классификациясини билади, лекин дифф. диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қорин жароҳатлари диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда хатоликларга йўл қўяди, ситуацион масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли”3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба ўткир қорин моҳиятини, Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм классификациясини, сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва қорин жароҳатлари дифф.диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба ўткир қорин(Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм) синдроми моҳиятини билади, классификациясида ва сабабларида адашади. Ўткир қорин дифф.диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмини ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапиради.Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Ситуацион масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қониқарли”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, ўткир қорин(Қорин жароҳатлари, ОИТ ёт жисм ва юқори нафас йўлларидаги ёт жисм) синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифф.диагностикасида ва даволаш алгоритмида хатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга.амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда

			кўплаб хатоликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни хато ечади.
10	54% дан паст	Қониқарсиз “2”	Талаба ўткир қорин синдроми тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифф.диагностикасини, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитгушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириш бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйғуриш вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари.

- Қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпик жароҳатлари тушунчаси;
- Касаллик этиологияси ва патогенизия;
- Паринхиматоз ва бўшлиқ органлар жароҳати клиникаси;
- Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатлари диагностикаси ва текшириш усуллари;
- ОИТ ва хаво йўллари ёт жисми клиникаси;
- Диагностика ва диффиринциал диагностикаси;
- ОИТ ва хаво йўллариға ёт жисми тушганда инструментал ва қўшимча текширувлар;
- Тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва ВОП тактикаси.

11. Тавсия қилинган адабиётлар.**Асосий**

1. Қорин бўшлиғи шошилич хирургияси. Д.Ф.Скрипниченко. Киев. Здоровье. 1986г.
2. Савельев В.С. Қорин бўшлиғи аъзолари шошилич хирургияси бўйича қўлланма. М.2004г.
3. Кузин М.И. Жаррохлик касалликлари. М.1987г.
4. Интернетдан электрон вариантлар.
5. Шалимов В.Д. Ошқозон ичак тизими жаррохлиги..М.1984г.
6. Аталиев А.Е Амалий хирургик кўникмалар ўтказишга доир ўқув қўлланма. Тошкент 2003

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

САРИҚЛИК СИНДРОМИ

Механик сариқлик. Гемолитик ва паренхиматоз сариқликни ташхиси ва қиёсий ташҳис усуллари. Ташҳислашда эндобилиар усуллари аҳамияти ва даволаш. УАШ тактикаси. Механик сариқликни реабилитацияси ва профилактика йўллари:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

ўқитиш технологияси

Амалий дарс №21

Амалий машғулот дарсини технологик модели.

Мавзу №21: Механик сариклик. Гемолитик ва паренхиматоз сарикликни ташхиси ва қиёсий ташҳис усуллари. Ташҳислашда эндобилиар усуллари аҳамияти ва даволаш. УАШ тактикаси. Механик сарикликни реабилитацияси ва профилактика йўллари.

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

<i>Вақти: 327 минут</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	Амалий машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-стади - Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.
<i>Ўқув машғулооти мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида - Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Дастлабки ташҳис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.
Талаба билиши лозим:	<ul style="list-style-type: none"> - сариклик турларини - қиёсий ташҳисини - беморларни текширув усуллари - беморларни даволаш тактикасини - жарроҳлик амалиётидан кейинги беморлар реабилитациясини
Талаба бажара олиши керак:	<ul style="list-style-type: none"> - инструментал текширув усуллари, фистулографияни утказиш, рентгенологик текширув ва лаборатор маълумотларни таҳлил қилиш; - қорин бўшлиғи пункциясини бажариш ва асцитик суюқликни

	<p>ола билиш; - Блекмор зондини кўйиш; - тезкор ва режали жаррохлик усулини қўллаш керак бўлган да, касалликлар симптомокомплексини аниқлаш техникасини билиш; - ошқозонга зонд куйиш ва ювиш; - беморлар курациси, профессионал анамнез йиғиш ва кўрик ўтказиш; - оғрик синдромида блокада қилиш; - қоринни пальпация қила билиш; - шошилинич хирургияда тезкор ёрдам кўрсатиш.</p>
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: - сариклик синдроми, гепатомегалия ва билирубинни организмдаги алмашинуви хақида умумий тушунча хосил қилиш; -сариклик турлари ва уларни дифф. Ташхисини билиш; - сарикликни кўп учрайдиган сабаблари сифатида холедохолитиаз ва ошқозон ости беши бошчаси саратони хақида ги клиник маълумотларни мустахкамлаш ва кенгайтириш; -механик сариклик бўлган беморларда клиник текширув усулларини куллай олиш; -лабаратор ва инструментал текширув усуллар натижасини таҳлил қилишни шакллантира олиш; - механик сариклик бўлган беморларни олиб бориш ва даволаш тактикасини асосий принципларини эгаллаш; - эндобилиар диагностика ва даволаш усуллари хақида тушунчани шакллантириш; - сариклик бўлган беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш, ўргатиш.</p>
<p>Ўқитиш услублари</p>	<p>Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тури» усули, демонстрация, видео кўриш, дискуссия, беседа, ўргатувчи ўйин, кейс-стади.</p>
<p>Маишулотни ташкил қилиш шакллари</p>	<p>Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташкарида.</p>
<p>Ўқитиш манбалари</p>	<p>Таркатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.</p>
<p>Ўқитиш жойи ва шароити</p>	<p>Поликлиника, ўқув хонаси, жаррох хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.</p>
<p>Қайтар алоқа усуллари ва воситалари</p>	<p>Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.</p>

Машғулотнинг технологик харитаси №21

Мавзу: Механик сариқлик. Гемолитик ва паренхиматоз сариқликни ташхиси ва қиёсий ташхис усуллари. Ташхислашда эндобилиар усулларини аҳамияти ва даволаш. УАШ тактикаси. Механик сариқликни реабилитацияси ва профилактика йўллари.

Иш боскичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-боскич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>4.16. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>4.17. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>4.18. Ўрганиладиган кўйидаги машғулотга мияга хужуми, машғулотга тегишли бўлган қизиқтирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>4.19. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>4.20. Танаффус.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-боскич. Асосий қисм 20дақиқа 25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, кўрсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият ҳақида тушунча бериш, ечиш йўлларини аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилади.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари ҳақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони ҳал қилган ҳолда варақларни тўлдирди.</p>

65дақиқа	Танаффус.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
5дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	
40дақиқа	Танаффус.	Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади.
25дақиқа	Танаффус. Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.	Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташҳисни асослаш ҳақида ҳисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27дақиқа	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳни баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади, саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.

1. Ўқитиш шароити ва жойи

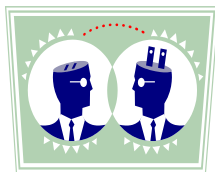
1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шаҳар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивация

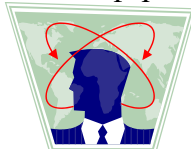
Сариқлик – терининг сариқ пигментацияси қон зардобида билирубин миқдори ошиши натижасида ҳосил бўлади (иктериклик); склераларда яхши фарқланади. Сариқлик ва склералар иктериклиги клиник белги сифатида кўриниши учун зардоб билирубинини миқдори 34-43 мкмоль/л (20-25 мг/л) бўлиши керак — норма кўрсаткичларидан тахминан 2 баравар юқори. Сариқлик учрайдиган энг кўп сабаблар - вирусли гепатитлар, ут-тош касаллиги, ошқозон ости беши бошчасини саратони, жигар циррози ва бошқалар. УАШ тиббий хизмат курсатишда бошлангич тармоқ ҳисобланади, сариқлик билан беморлар аввалам бор уларга мурожат қилади. Умумий амалиёт шифокори сариқлик

турини фарқлашни яхши билиши керак ва беморларни керакли бўлган тиббий муассасаларга йўналтириш керак.



1.2. Фан ичидаги ва фанлараро боғлиқликлар.

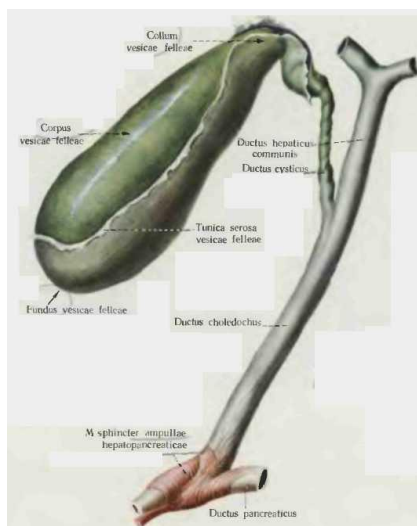
Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.



2. Машғулот мазмуни

2.1. Назарий қисм.

Расм.1.1.



Ўт қопи мезоперитонеал жойлашган: ўт қопи чуқурчасида жойлашган бўлиб, юқориги қисмида корин пардаси билан уралмаган бўлиб жигарнинг тўқима ли қобиғи билан боғланади (расм 1.1.). Унинг буш қисми пастга корин бушлиғига қараб жойлашган ва корин пардасини сероз қатлами билан уралган, жигарнинг атроф қисмларидан ўт қопага ўтган. Айирим холларда ўт қопи интраперитонеал жойлашган бўлиши мумкин. Жигар кесигидан чиқиб турган ўт қопининг туби корин пардаси билан ҳамма томондан ўралган бўлади.

Ўт қопи девори тўқ яшил рангда, ингичка, аммо нормада қаттиқ ва мустаҳкам. Л. Ашоф ва А. Бакмейстер (Aschoff, Bacmeister, 1909) буйича, 5 қаватдан иборат: Шиллик, мушак, ташки фиброз, субсероз қават ва корин пардаси (9 расм). Шиллик қават и сарғиш-жигар ранг ва галвирсимон кўринишга эга сабаби бурмалар устма-уст жойлашганлиги сабабли, кесмада ворсинкалар кўринишини беради. Ээстик толаларга бой бириктирувчи тўқима да (lamina propria), жуда баланд тузилишга эга бўлган цилиндрик эпителий хужайралари жойлашган.

Қисқарган ўт қопининг мушак қават и – 0,5мм, тула ва чузилган ўт қопининг девори бундан ингичка бўлади. Мушак қават ида силлик мушак толалари

тартибсиз жойлашган бўлади. Шиллик қаватга яқин бўлган мушак қават и нотекис, айирим мушак толалари Шиллик қават ига кириб боради. Мушак тутамлари қалин бириктирувчи тўқима билан уралган, улардан қон томир ва нерв фиброз қават дан Шиллик қават га ўтади. Бу толалар, аниқ чегараланган ва ингичка бўлган фиброз қават га ўтади. Унда урта калибрдаги қон томирлар ўтади ва нерв толалари ўтади. Фиброз қават эластик толалардан иборат ва нисбатан қалин бириктирувчи тутамлардан иборат.

Субсероз қават ингичка бириктирувчи тўқима толаларидан ташкил топган, хар хил қалинликка эга ва ёғ киритмаларига эга. Сероз қават га қараб қаттиқ лашади, тутамлари кўполлашиб боради, эластик толалар кўпайя боради ва аъзонинг эркин томонида эластик чегара қават и хосил бўлади ва корин парда эпителийси билан қопланган. Сероз ва субсероз қаватида асосий қон томирлар ва нервлар ўтади.

Ўт қопи топографияси. Ўт қопи туби, корин олд деворининг бурчагига тўғри келади. Бурчак корин ўнг тўғри мушагининг латерал қисми ва ўнг ковурга ёйининг чекка қисмидан хосил бўлган, бу эса IX ковурга тогайининг учига тўғри келади. Синтопик ўт қопининг пастки юзаси ўн икки бармоқли ичакнинг олд деворига ёндошган; ўнг томондан ўнг а йугон ичакнинг ўнг бурмаси тўғри келади.

ЎТ ҚОПИ ЙЎЛИ

Ўт қопи йўли (ductus cysticus) кузга куринмайди, чунки жигар-дуоденал боғламнинг ўнг томонида бўлиб ичда жойлашган, жигар ўт йўлидан ўнгда, ва субсероз клетчатка қалин катлами ва ёғ билан қопланган. Бироз яссиланган найсимон кўринишга эга. Унинг калибри, ўт қопидан чиқиш шакллари, узунлиги, йўналиши ва ўт қопи йўлига қўшилишининг кўриниши жуда турли хил бўлади.

Ruge (Ruge) текшириш ўтказган даврдан бери ўт қопи йўлининг жигар ўт йўли билан бирикишининг 3 хил асосий кўриниши хақида сўз боради; барча турларида тепага қараб очик бўлган ўткир бурчак хосил бўлади.

Биринчи кўп учрайдиган тури (33-80%) – унча узун бўлмаган ўт қопи йўли, жигар ўт йўлига меъёрида ўткир бурчак хосил қилиб, ўнг ён бош қисмига қўшилади. Бу кўринишда холецистэктомия осонликча бажарилади. Иккинчи тури (12-49%) – ўт қопи йўли узун 1-2 хаттоки 5 смгача, камдан-кам холатларда бундан ҳам узун бўлиб жигар ўт йўлига параллел жойлашади, у билан қалин бириктирувчи тўқима билан уралган бўлиб, фақат ўткир жаррохлик йўли билан ажратилади, ва жигар ўт йўлига жуда ўткир бурчак остида қўшилиб шу жойда шпора хосил қилади. Бундай бирикиш жуда пастда бўлиши мумкин, масалан ўн икки бармоқ ичак орқасида ва хаттоки ошқозон ости безининг бошча қисмида. Ўт қопи йўли бу холатда 10-14 см узунликда бўлиши мумкин, шунга яраша жигар ўт йўли жуда узун бўлиб, холедох эса калта бўлади.

Учинчи кўриниш (8-38%) – ўт қопи йўли спирал шаклида жигар ўт йўлини орқалаб ўтади ва унинг орқа ёки чап ён бош қисмига, хаттоки олд томондан қўшилиши мумкин.

Охириги иккита кўринишдаги қўшилишда ўт қопи йўлини ажратиб олиш хавфли бўлади, сабаби жигар ўт йўли ва холедохни шикастлаш, кесиб юбориш ва боғлаб қўйиш мумкин. Бошқа кўринишдаги қўшилишлар камдан-кам учрайди.

ЖИГАР ЎТ ЙЎЛЛАРИ - DUCTI HEPATICI

Жигар хужайралари ингичка каналлар орқали ўт ажратиб чиқаради, улар бир бири билан қўшилиб кетган хужайралар аро кўринишида бўлади, борган сари кенгайиб, эпителий билан қопланиб ўт йўли кўринишига эга бўлади. Охириги кўринишидаги ўт йўллари думалок шаклга эга бўлиб, фиброз тўқима дан ташкил топган, ингичка силлик мушак қавати ва бир қатор кубсимон хужайралар билан қопланган шиллик қаватига эга. Бу йўллар жигарнинг хар бир бўлагида 3та йирик жигар ичи йўлини хосил қилади. Ўнг томондан: олд-ташки, орқа-ички ва учинчи - ductus arcuatus – ўнг бўлманинг пастки юза қисмига яқин ўтади, олдинга ва чапга. Чап томондан йўллар ёйсимон шаклда ўтади –

олдинги, орқа ва юқори. Бўлар хар бўлакда бир тутамга йигалади – ўнг ва чап жигар ўт йўллари ва жигар дарвозасига келади. Улар кўпроқ ҳам бўлиши мумкин аммо кейинчалик фақат иккитага бирикади. Камдан-кам хали жигар паренхимасида улар $65\text{—}105^\circ$ бурчак хосил килиб умумий жигар ўт йўлига қўшилишади ductus hepaticus communis. 95% ҳолатларда бу бирикиш 0,75-1,5 см жигардан ташқарида бўлади, айирим ҳолларда бундан ҳам узокроқда бўлади. Жигар венаси ва унинг шохланишини олд қисмида бифуркация жойлашади. Чап жигар ўт йўлининг диаметри ўнг дан кўра катта, бундан ташқари чап томон ўнгдан узунроқ. Худди умумий жигар ўт йўлининг давоми бўлиб ҳисобланади. Ўнг йўли дарров иккига шохланади, чап эса – бошланган жойидан бир неча сантиметр ўтгандан кейин. Ўнг томонлама жойлашиши кўпроқ учрайди.

Нормада умумий жигар ўт йўли корин парда орқа клетчаткасида жойлашган.

УМУМИЙ ЖИГАР ЎТ ЙЎЛИ

Умумий жигар ўт йўли диаметри 4 мм, узунлиги 2,5-5 см, уртача 3,7 см дан 1 ва 10 см гача бўлиши мумкин. Жигар дарвоза венасининг олдинги ўнг қиррасида жойлашган. Гохида олд томонидан ўт копи артерияси, ва баъзан жигар артериясининг ўнг шохи кесишади. Шумахер (Schumacher, 1928) бўйича бу ҳолат учдан бирга тўғри келади.

Жигар ўт йўлининг узунлиги турлича бўлади, асосан ўт копи йўлининг келиб қўшилиши билан белгиланади. Шу жойдан бошлаб умумий жигар ўт йўли дейилади - ductus choledochus, холедох.

ХОЛЕДОХ

Холедох узунлиги 5-7 см га тенг, аммо калта ва узун бўлиши мумкин – 12 см гача. Жигар ўт йўлидан катта – диаметри 5 мм, узунлиги бўйича бир хил эмас. Баъзан ошқозон ости безигача бўлган жойда ўрчиксимон кенгайяди. Ўн икки бармоқли ичакка қўшилиш жойида ингичка бўлади. Шундай килиб, пастки қисмига қараб торайиб боради. Патологик ҳолатларда кучли узайиши мумкин – 2-3 см диаметригача.

Холедох 4 та қисмдан иборат: супрадуоденал, ретродуоденал, панкреатик ва девор ичи дуоденал.

Супрадуоденал қисм жигар венаси жигар-дуоденал боғламда бўлиб, 5 мм ўнг томонга чиққан. Холедох буйлаб, унга зич жойлашган нерв толалари ўтади. Кўп ҳолатларда ўн икки бармоқли ичак ташки қиррасида, ошқозон дуоденал-артерияси (arteria gastroduodenalis) холедох билан кесишади, ва доимо панкреатико-дуоденал артерия (arteria pancreatoduodenalis). Иккала томонида веналар жойлашган.

Ретродуоденал қисм ўн икки бармоқли ичакнинг юқори горизонтал қисмида жойлашади (биринчи- D_1) ва чап қисми билан дарвоза венаси билан ёндошади. Холедохнинг орқасида, ингички бириктирувчи катлаб билан ажратилган пастки ковоак вена ўтади.

Холедохнинг панкреатик қисми 3 см узунликка эга ва ошқозон ости безининг дорзал юзаси билан ўн икки бармоқли ичакнинг чап қирраси орасида ўтади. Шунда холедох ошқозон ости безининг устида бўлади, ёки 90% да безнинг ичидан ўтади.

Холедох ун икки бармоқли ичакнинг (чап) медиал деворига вериткал қисмига (иккинчи- D_2) киради, чап девори чегарасида, агар ичак билан улчаса 12-14 см привратникдан, тўғрисида эса 3-4 см.

Холедохнинг девор ичи қисмининг узунлиги 1-2 см бўлиб ёнбошлаб ўн икки бармоқли ичакни тешиб ўтади, унинг қўндаланг ва айланасига жойлашган мушак қаватини қийшиқ ҳолда кесиб ўтиб ичакнинг Фатер папиллида чиқади. Қўшилиш жойи турлича бўлади. 40% да папилла классик жойлашади D_2 уртасида, М.Д. Аниханованинг (1960) текширувлари бўйича 50та мурдадан 22тасида қўшилиш учдан бирнинг ўрта қисмида ва 27 тасида вертикал бўлимнинг (D_2) пастки қисмида. 27 танинг 3 тасида D_3 бошида жойлашган. Фақат биттасида D_2 юқориги учдан бир қисмида жойлашган.

П. Бюфару ва П. Жакеме (Buffard, Jacquemet, 1959), Кантор, Эванс ва Глен (Cantor, Evans, Glenn) лар, 112 препаратни урганиб чиқиб, 7 та препаратда кўшилиш қисми D_2 юқори ва ўрта учтан бир қисмидалиги аниқланди, 41 тасида учдан бир қисмининг уртасида, 60 тасида учдан бир қисмининг пастсида, D_2 ва D_3 ва D_3 нинг орасидаги бурчакда (патски горизонтал қисм) – 4 та препаратда аниқланди.

Гамбарели (Gambarelli) сафдошлари билан папиллани D_2 нинг пастки қисмида 80%да ва 6%да юқоридаги букилиш қисмида аниқлаган. Альбо ва Кароли (Albot, Caroli) шу жойда аниқлаган 8%да.

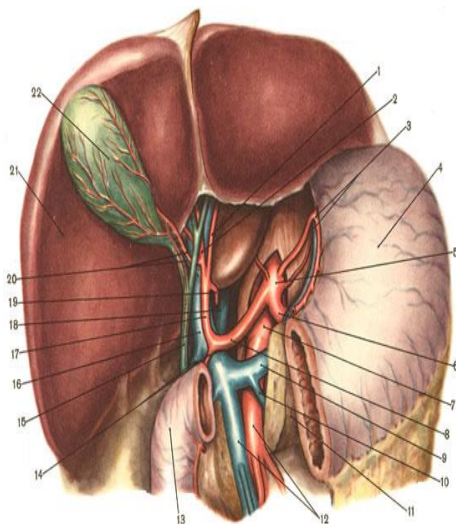
Генрар, Арианов и Бейен (Henrard, Arianoff, Bayens) 210 та препарат ўрганиб чиқиб, 8тасида папиллани D_1 , 33тасида D_2 , 1 юқори қисмида, 112тасида D_2 пастки қисмида, 36 тасида D_3 ўтиш қисмида, 6 тасида D_3 да, 4 тасида тананинг урта чизигидан чапда Трейтц бурчаги олдида. Бу маълумотлар папиллада ўтказиладиган жаррохлик амалиётлари учун катта ахамиятга эга.

Адабиётларда кўп учрайдиган папиллани ўн икки бармоқли ичакнинг урта вертикал қисмида учраши хирургни чалгитиши мумкин, юқоридаги маълумотларга асосланган ҳолда. Ундан ташқари урта қисми аниқлаш кийин операция вақтида, чунки ичакнинг дистал қисми йўгон ичакнинг кундаланг қисмидаги чарви билан беркитилган бўлади. Холедох билан бирга пастга қараб, ўн икки бармоқли ичакнинг деворидан ошқозон ости безининг йўли (ductus Wirsungianus) ўтади. Ичакнинг мушаклари орқали ўтганда холедохнинг айланаси торайяди, кейин у урчиксимон кенгайиш ҳосил қилади – Фатер ампуласини (Abraham Vater, 1720), Шиллиқ қавати остида.

Проксималроқ, кичик хажмда бўртма – кичик санториниев папилласи жойлашган (papilla duodeni minor Santorini), бунга доимо учрайвермайдиган ошқозон ости беzi йўли очилади. Холедохнинг девор ичи қисми ошқозон ости беzi йўлининг дистал қисми билан боғлиқ ва кўпчиликда иккала йўл бирикиб ўн икки бармоқли ичакка очилади. Опи (Orie) буни 100та текширган мурдаларнинг 89тасида аниқлади.

ЎТ ЙЎЛЛАРИ АРТЕРИЯЛАРИ

Жигар, ўт қопи ва ўт йўллари, умумий жигар артерияси орқали қон билан таъминланади (arteria hepatica communis). У ўз навбатида arteria coeliaca дан чиқади узунлиги 1,2-4 см, горизонтал ҳолда ўнг а диафрагманинг ўнг ички оёғи орқали чарви халтасининг орқа деворида, жигарнинг думсимон бўлагидан пастга қараб, бошланғич қисмида ошқозон ости беzi билан ёпилган бўлади. Привратник олдидан жигар-дуоденал боғламга киради, шу жойнинг ўзидан 3та шохга бўлинади: биринчи икkitаси бир хилда бақувват – тепага чиқувчи хусусий жигар артерияси (arteria hepatica propria), ва ўн икки бармоқли ичакнинг орқа томонидан пастга тушувчи ошқозон-дуоденал артерияси (arteria gastroduodenalis). Учинчи ингичка шохча – ўнг ошқозон артерияси (a. gastrica dextra) ошқозоннинг кичик ёйига келади. Бўлиниш жойи дарвоза венасга тўғри келади, камдан-кам ҳолатларда (10%да) ўнга силжиган бўлиши мумкин, холедох томон. Жигар артерияси жигар-дуоденал боғламида дарвоза венасининг чап қиррасидан ўтади, холедохнинг чап қиррасидан бироз узоклашади. Хирург учун ахамиятга эга бўлган ҳолат, қарияларда бу артерия узунроқ ва эгри-бугри бўлиши мумкин бунда артериянинг бир тутами холедохнинг олд юзасига ўтиши мумкин. Жигар дарвозасида жигар артерияси иккига бўлинади: чап жигар артериясига, унинг тўғридан-тўғри давомчиси хисобланган, ва ўнг, жигар дарвозасининг ўнг четига борадиган, дарвоза венаси билан олд томонда ва жигар ўт йўли билан кесишиб. Кўпинча артерия ўт йўлининг орқасидан ўтади, ва 20% да олд томонидан. Камдан-кам ёйсимон бўлиб йўналади ва ўт қопи бўйинчаси ва ўт йўлининг орқа юзасидан ўтиши мумкин. Ўнг жигар артериясидан ўт қопи артерияси чиқади (arteria cystica). Жигар артерияси – жигарни озиклантирувчи бирдан-бир томир. У боғлаб қўйилса аъзо некрозга учрайди, агар аномал ривожланган ёки узок патологик жараён натижасида ҳосил бўлган коллатералларни калибри етарлича бўлмаса. Кушимча жигар артериялари 25% да учрайди.



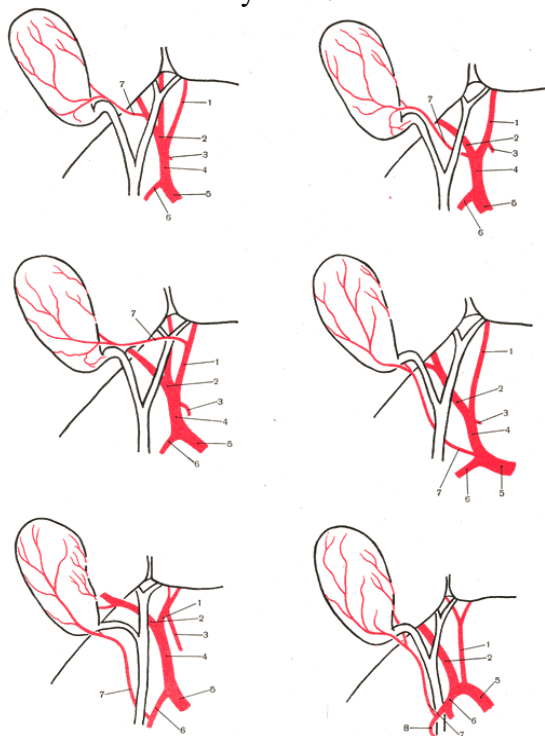
Расм. 1.2. Жигар ва ўт қопининг қон томирлари (ошқозон ва ошқозон ости бези қисман кесилган).

1 — ramus sinister a. hepaticae propriae; 2 — ramus dexter a. hepaticae propriae; 3 — a. et v. gastrica sinistra; 4 — ventriculus; 5 — truncus coeliacus; 6 — a. lienalis; 7 — aorta abdominalis; 8 — a. hepatica communis; 9 — v. lienalis; 10 — v. mesenterica inferior;

II — pancreas; 12 — a. et v. mesenterica superior; 13 — duodenum; 14 — a. et v. gastro-duodenalis; 15 — ductus choledochus; 16 — v. portae; 17 — a. hepatica propria; 18 — v. cava inferior; 19 — a. gastrica dextra; 20 — a. et v. cystica; 21 — lobus hepatis dexter; 22 — vesica fellea.

A. cysticae чиқиш жойи (64%) умумий жигар ўт йўли билан ўнг жигар артериясининг шохланиши кесишган жойида, (36%) камрок кесишган жойда пастрокда. Агар ўт қопи артерияси жигар артериясининг ўнг шохидан ажралса, умумий ўт йўли билан кесишган жойидан пастда, бу ҳолда у ўт йўлининг олдида ва камдан кам ҳолатларда унинг орқасида.

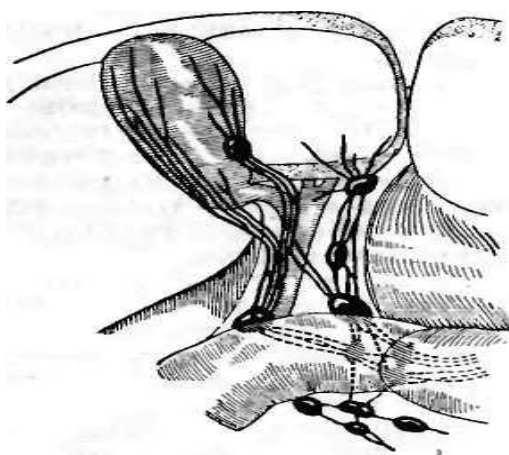
Ўт қопи деворига қараб борганда, *a. cysticae* иккига бўлинади ёки битти бўлиб ўт қопининг юқори девори буйлаб кетади. Агар *a. cysticae* ошқозон-ўн икки бармоқ ёки ошқозон ости –ўн икки бармоқ артериясидан чикса, унда ўт қопи бўйинчасига келади ўт йўлидан пастда ва ўт қопининг пастки юзасида таркалади. Ўт қопи йўлли ва ўт қопи артериясини жойлашишида ориентир сифатида Кало(Calot) учбурчагидан фойдаланса бўлади, унинг деворлари: *a. cysticae*, ўт қопи йўли ва умумий жигар ўт йўли. Аммо ўт қопи йўли ва ўт қопи артериясининг жойлашишида турланиш кўп бўлган лиги учун бу учбурчак доимо аниқ ифодаланган бўлавермайди. Ўт қопи йўли артерияси биттали ҳолда ва иккиланиши мумкин.



557. *a. cysticae* вариантлари (схема).

1 — ramus sinister a. hepaticae propriae; 2 — ramus dexter a. hepaticae propriae; 3 — a. gastrica dextra; 4 — a. hepatica propria; 5 — a. hepatica communis; 6 — a. gastroduodenalis; 7 — a. cystica; 8 — a. pancreaticoduodenalis superior posterior.

ВЕНАЛАР



Дарвоза венаси узунлиги 6 см ва қалинлиги катта бармоқдан катта бўлиб ошқозон ости беши бошчасини орқа қисмида учта вена қўшилишидан хосил бўлади. Талоқ ва пастки тутқич. Дарвоза венаси ошқозон ости беши чуқурчасида ётади, ўн икки бармоқ ичакни кесиб ўтади, унинг орқа деворидан, ва жигар-дуоденал боғламига киради у ерда холедох ва жигар артерияси орқасида ётади. Шу йўналишда ўнг а катта веналар қўшилади. Дарвоза венаси тўлиқ боғланганда, ва қон оқими тухтаса, ўлим ҳолати юз беради.

Ўт қопидан қон майда веналар субсероз тутами орқали ўт қопи венаси орқали ўтади, а. cysticae дан пастда жойлашиб дарвоза венасига қўшилади. Бундан ташқари қон оқими, холедох буйлаб ва веноз тутам орқали бўлади. Шу жойдан 2 та вена ажратилади, ўт йўлининг иккита четидан ўтади ўнг ва чап. Бу ва шу соҳадаги бошқа веналар дарвоза венасига қўшилади.

ЛИМФАТИК ТИЗИМ

Ўт қопи лимфа томирлари билан яхши таъминланган, улар мушак ости ва субсероз тутамлар хосил килади. Лимфатик томирлар ўт қопининг чап қисмидан лимфани, ўт қопи бўйинчасининг чап юзасидаги лимфа тугунига олиб келади (Mascagni беши). Ўт қопининг ўнг қисмидан лимфа, холедох буйлаб кўп лимфатик томирлар орқали, жигар-дуоденал боғламидаги ўн икки бармоқ ичак устида ёки холедохнинг ўнг ён юзасида жойлашган лимфатик тугўнг а келади. Шу ерга ўт қопи бўйинчасидаги тугундан ҳам лимфа келади. Бу иккита тугун жаррохлик амалиётларида асосий ориентир ҳисобланади. Биринчиси бўйича ўт қопи артериясини топса бўлади, айнан шу тугундан ўтадиган. Иккинчи тугун Р. Б. Кетелу ва Дж.(1959) бўйича яхши ориентир ҳисобланади.

ИННЕРВАЦИЯ

Ўт қопининг ва катта ўт йўллариининг иннервацияси, асосан, адашган ва симпатик нервлар билан таъминланади, бу тутамларда айрим жойларда ганглионар хужайралар мавжуд. Бундан ташқари диафрагма нерви жигар капсуласига, ўроксимон ва тожсимон боғламлар соҳасида, ва жигардан ташқари бўлган ўт йўлларига шохланади. Ўт йўллари парасимпатик элементлар билан фақат ўнг адашган нерв билан, симпатик эса – асосан ўнг n. splanchnicus билан таъминланади. Куёш-чигал тутамидан кўп шохчалар чиқиб, жигар артериясини ўраб олиб бирга йўналади, атрофида ва узунасига жигар тутамини - plexus hepaticus ни хосил килади, улар уз навбатида ўнг ва чап артерияларга бўлиниб жигарга кириб боради. Тутамнинг ўнг шохидан кўп майда нерв толачалари ажралиб чиқади, қисман ўт қопига, ўт қопи тутамини хосил қилиб, холедох бўйлаб нерв толачалари билан пастга – холедохнинг симпатик тутами, ўн икки бармак ичакнинг ён ва орқа соҳасигача боради. Бу нервлар ўт йўлининг адвентициясига уралган.

Сариқлик – бу ички аъзоларнинг бир қатор касалликларига хос клиник синдром бўлиб, алоҳида касаллик эмасдир. Унда плазма, тери ва шиллиқ пардалар сариқ рангга буялиши кузатилади, бу қонда ортикча ўт пигментлари – билирубин ва унинг хосилалари тўпланиши ҳисобигадир.

Билирубин метаболизми. Билирубин – гемоглобин парчаланиши асосий махсулоти хисобланади. У альбумин билан боғланиб жигарга боради, глюкоронилтрансфераза ёрдамида конъюгирланиб, сувда эрувчи шаклга (глюкоронид) айланади, ўт билан ажралади ва ичакда уробилиногенга айланади. Уробилиноген ахлат билан ажралади; маълум қисми қайта сўрилади ва буйрак орқали ажралади. Буйракда билирубин фақат конъюгирланган шаклда («бевосита» билирубин) шаклида филтрланади; шундай қилиб, қонда бевосита билирубин кўпайиши билирубинурия билан боғлиқ. Билирубин хосил бўлиши ва экскрециясини кўпайиши (гипербилирубинемиясиз ҳам, масалан, гемолизда) сийдикда уробилиноген кўпайишига олиб келади. У нажас билан 100-200мг/кунда ажралади. Билирубин – альбумин комплекси (билвосита билирубин, сувда эримайди, 3мг/л ёки ундан кам) жигарга боради, альбумин ажралади, билирубин эса глюкорон кислотасига бирикади ва ўт билан ажралади (бевосита билирубин, сувда эрувчи, 13мг/л гача). Ичакда у уробилиноген ва уробилин гача парчланади.

Сариқлик аввало кўз склераларида, тил пастки юзасида, танглайда пайдо бўлади. Кейинчалик юз, оғиз ва бурин атрофи, қўл панжаси, товон бўялади, ва ниҳоят бутун танага тарқалади. Бу кетма-кетлик “чин” сариқликни “псевдо” сариқликдан (каротинемия) дифф. диагностикасида ахамиятга эга. Псевдосариқликда аввало қул, оёк тери қоплами ва кам миқдорда склерада ўзгаришлар бўлади. Хозирги пайтда сариқ, қизил рангдаги (каротин, ксантофиллин-сариқ рангда, ликопин-қизил) барча ўсимлик пигментлари умумий каротиноидлар гуруҳига киритилади. Каротин кўп миқдорда қизил лавлаги, бодринг пўстлоғи, қизил сабзи, помидор, малина, гилос, смородина, ўрик, мандарин, апельсинда сақланади. Хайвон махсулотларидан – жигар, тухум сариғида, ёгда, сўтда. Кунлик каротинга талаб – 2-5мгдир. Тери ва склерадаги сариқлик билирубинни қонда йиғилиши ва кейинчалик уни тўқималарга тарқалиши хисобигадир. Сариқ рангга она сўти, плеврал ва перикардиал ажралма, асцитик суюқлик бўялиши мумкин. Куз ёши, сўлак, ошқозон шираси, орқа мия суюқлиги, бош ва орқа мия, мия қобиклари сариқ рангга бўялмайди.

Сариқлик классификацияси.

Асосан 3 турга бўлинади:

1. Гемолитик (жигар усти) сариқлик
2. Паренхиматоз сариқлик
3. Обтурацион (механик) сариқлик

Сариқликни пайдо бўлишида, жигар паренхимасида секреция жараёнининг ва ўт суюқлигининг ўт йўллари системасидан қайта сўрилишининг бузилишида ахамиятга эга. Масалан ўткир жигар дистрофиясида оғир паренхиматоз сариқлик кузатилади. Жигар сариқлигида қонда билирубиннинг тўғри фракцияси ошади. Қонда билирубин миқдори аста секин ошиб, маълум вақт орасида яққол сариқлик даври бошланади. Билирубин меёрдан 20 мартаба кўп бўлиши мумкин.

Айрим ҳолларда қонда билирубин миқдори ошса ҳам, у сийдикда аниқланмаслиги ҳам мумкин. Жигар сариқлигида тери қоплами ранги ўзига хос – шафран-сариқ қизил тусда, терида аллергик тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Сариқлик билан бирга терида қичиш пайдо бўлади, ўткир гепатитга қараганда, у кўпинча холангиолитик гепатитда, билиар циррозда учрайди. Брадикардия – жигар сариқлигида учраб, тезда давомий тахикардияга ўтади (оғир сариқликда). Енгил кечаётган касаллик турида брадикардия кузатилади, асосан ёшларда. Жигар сариқлигида касаллик бошланишида катталашган жигарни пайпаслаб аниқлаш мумкин. Жигар сариқлиги бўлган беморларда вазн ташлаш, холсизлик, диспепсик бузилишлар, иштаха ёмонлашуви (астеновегетатив синдром) кузатилади.

Геморрагик диатез ва оғир холемиянинг бошқа белгилари, портал гипертензияси кузатилиши мумкин, чунки бу сариқлик турида жигарнинг бир қатор функциялари бузилиши кузатилади (антитоксик, хамма модда алмашинувидаги

иштироки). Жигар сариқлиги диагностикасида бу симптомлар кузатилиши мумкин бўлган бир қатор касалликларни фарқлаш керак.

1. вирусли гепатит А, В, С, Д, Е.
2. бошқа инфекцион сариқликлар: лептоспироз (Вейля-Васильева касали), қорин тифи, сальмонеллез, инфекцион моноклеоз, ўткир пневмония, сариқ лихорадка, эпидемик паротит, туберкулез, жигар абсцесси; паразитар сариқликлар: описторхоз, клонорхоз, шистосоматоз, аскаридоз, эхинококкоз, амебиаз, лямблиоз, токсоплазмоз.
3. химик захарланиш ва медикаментоз терапия (тринитротолуол, углерод, тетрахлорэтан, хлорланган нафталин, дихлордифенин трихлорэтан-ДДТ, хлороформ, кўрғошин, фосфор, мышьяк, гелиотроп интоксикация, антибиотиклар ва сульфаниламидлар, метилтестостерон, барбитуратлар, аминазин, метилтиоурацил).

Инфекцион ва токсик гепатитлар қиёсий ташхиси ўткир инфекцион касаллик симптомларига асосланган (иситма, умумий интоксикация белгилари, экзантема, эпидемиологик анамнез ва х.к.). Токсик гепатит диагностикасида гепатотроп токсик моддалар қабўл қилганлиги (туберкулезга қарши препаратлар, монооксидаза системаси ингибиторлари, фенатиазин хосилалари), техник суюқликлар (дихлорэтан, этиленгликоль), кўп миқдорда алкоголь истеъмол қилиш, инфекцион жараён белгилари йўқлиги алоҳида ўрин тутлади.

Сурункали гепатит – жигар диффуз полиэтиологик яллиғланиш касаллиги бўлиб 6 ойдан кўп давом этади. Сурункали гепатитлар 67% вирусли кечади. Вирусли гепатит В ва С (постгемотрансфузионли) 7-10% беморларда сурункали гепатит, жигар циррози, айрим ҳолларда гепатокарциномага олиб келади. Энтеровирусли инфекцияларда, инфекцион моноклеозда, қизилчада, эпидемик паротитда учрайдиган вирусли гепатит сурункали турга кирмайди. Сурункали гепатит тарқалиши бўйича иккинчи ўринда алкогольли гепатит туради. Бундан ташқари, жигар жароҳатланиши наслий, метаболик жараёнлар (Вильсон – Қон овалов касаллиги, а1-антитрипсин етишмовчилиги), сурункали ошқозон-ичак касалликларига, ошқозон ости беши касалликларига, билиар система касалликларига, пневмония, коллагеноз, лейкоз, хавфли ўсмаларга боғлиқ бўлиши мумкин.

Жигар ости (механик) сариқлиги.

Хозирги вақтда механик сариқлик сабаблари етарлича ўрганилган. Унинг асосий сабаби умумий ўт йўли ўтказувчанлигининг бузилиши: ичкаридан тикилиши ва ташқаридан босилиши ҳисобланади.

Сабаблари

1 ташқи - ошқозон ости беши бош қисми, ўт йўллари ёки ўт пуфаги ўсмалари, туберкулезли лимфагранулематоз, ўнг буйрак катталашиши, қорин аортаси ёки буйрак артерияси аневризмаси, чандиқлар, аппендицит, кам ҳолларда ошқозон яра касалликлари.

2 ички (обтурация) - ўт тош касаллиги, шиш, яллиғланиш, юмалок чувалчанглар эхинококк, жигар циррозида аллергик ва яллиғланиш ўзгаришлари, Боткин касаллиги.

Патогенез

Этиологик факторлар ўт йўлларида босим ошишига олиб келади, бўлаклараро ўт йўллари кенгайиши, эпителий зичлашиши ва атрофияси кузатилади. Кейин ўт йўллари варикоз кенгайиши, ёрилиши ва жигар ҳужайраларига ўт суюқлигининг сўрилиши кузатилади. Шундай қилиб, бўлак ичи ва перипортал ўт йўллари бир-бирига қўшилади. Ўт суюқлиги лимфатик бўшлиққа қуйилади, кейин қонга ўтади. Экспериментларда исботланишича ўт суюқлиги аввало кўкрак лимфа йўлида кейинчалик қонда пайдо бўлади. Ўт суюқлиги туғридан туғри синусоидларга ҳам қуйилиши мумкин (агар босим 300мм. сув.уст.юқори бўлса). Ўтнинг жигарда кўп вақт димланиб қолиши қон айланиши бузилишига, гепатоцитлар некрози ва уларга ўт суюқлиги шимилишига олиб келади. Ўт инфильтратлари ҳосил бўлади ва жигар сариқлиги ривожланади.

Қонда ўт суюқлигининг асосий қисмлари тўпланади:

1. билурибин, 2. холестерин, 3. ўт кислотаси.

Сариклик даражаси ўт димланиш характери ва давомийлигига боғлиқ.

Яшил тусдаги сариклик – вердин сариклик, доимий ёки ўтувчи бўлиши мумкин. Қонда билирубин боғланган фракцияси хисобига ошади, сийдик тўқ рангга киради. Ахлат оч рангли (ахолик) бўлиб, унда стеркобилин анқланмайди. Жараённинг давомийлигига қараб жигар синамаларининг ўзгариши кўшилади, йирингли инфекция кўшилиши йирингли холангит ва ўт йўллари атрофи абсцессига олиб келади, диффуз жигар ичи склерози ва бўлакча атрофияси ривожланади, бу билиар циррозга олиб келади.

Бемор ҳолатига қуйидаги факторлар таъсир қилади.

1.ичакда ўт суюқлигининг йўқлиги, 2.қонда ўт суюқлиги таркибий қисмларининг йиғилиши, 3. ўт суюқлигининг димланиши хисобига жигар паренхимасидаги ўзгариш.

Ичакда ўт суюқлигини йўқлиги овқат ҳазм бўлиши ва сўрилиши бузилишига олиб келади. Маълумки, ўт компонентлари ёғни эмульгация қилади ва липазани активлаштиради, ичакда ёғни адсорбциясига таъсир қилади, бактерицид таъсирдан ташқари, ичак девори ҳазм жараёнига ҳам таъсир қилади. Холестатик сарикликда ёғда эрийдиган витаминлар А, Д, Е, К сўрилиши камаяди, бу овқат ҳазм бўлишини бузилишига олиб келади. А ва Д витаминларининг сўрилишини камайиши остеопорозга олиб келади, К витамини етишмовчилиги жигарда протромбин синтези бузилишига олиб келади. Холестерин тўпланиши ксантомалар ҳосил бўлиши билан боради, ишқорий фосфатаза ва гамма – глўтаматтранспептидаза миқдори ошади. Терида қичиш сарикликнинг ҳамма турларида кузатилади, лекин механик сарикликда кўпроқ кузатилади.

Клиник кечишига кўра- механик сарикликнинг қуйидаги турлари фарқланади: сариклик – оғриклик, сариклик – панкреатик, сариклик – холецистик, сариклик – оғриксиз ва сариклик – септик.

Сариклик – оғрикли тури – ўт йўллариининг ўсмасиз жараёнларида (ўт йўлларига тош тикилганда) вужудга келади. Асосий клиник симптомлари – оғрик, кўнгил айниши, қайд қилиш, ҳарорат кўтарилиши ва сариклик.

Оғрик тўсатдан бошланади, жуда ҳам кучли бўлади, ўнг қовурға ёйи остида ва эпигастрияда жойлашади, ўнг курак остига ва ўнг елкага иррадиация қилади. Оғрик хуружи бир неча минўт ва соат давом этиши мумкин. Оғрик патогенези ўт йўллари кенгайиши ва гипертензияси туфайлидир. Кўнгил айниш ва қайд қилиш оғрик хуружи вақтида кузатилади. Қайд қилиш бир- икки ёки кўп маротаба бўлиши мумкин ва рефлектор характерга эга. Сарикликнинг бу турида шунингдек, ҳароратнинг хуруж вақтида 38-39 °С гача қалтираш билан кўтарилиши кузатилади. Қалтираш ва ҳарорат кўтарилиши хуруж тугаши билан тўхтайдди. Сариклик симптоми оғрик хуружидан 12-24 соатдан кейин юзага келади ва катта

дуоденал сўрғичда ёки холедохнинг терминал қисмида тош тикилиб қолган бўлса, интенсивлиги ортиб боради. Оғрик хуружидан сўнг беморлар аҳволи қониқарли бўлади, пульс меёрда, қоринни пайпаслаганда оғриксиз, ўт қопи қулга ушланмайди. Ортнер, Мерфи, Георгиевский-Мюсси симптомлари манфий бўлади.

Механик сарикликнинг – **сариклик – панкреатик** тури тош катта дуоденал сўрғичда тикилиб қолганида ва унинг чандикли стенозида кузатилади. Панкреатик ва ўт йўллариининг умумий ампулага очилиши сарикликнинг бу турини келиб чиқишига сабаб бўлади. (Ориё нинг ”умумий канал теорияси”). Касалликнинг бу тури учун қориннинг юқори қисмидаги ўраб олувчи, доимий, кучли оғрик ҳосдир. Оғрик кўнгил айниши ва кетма – кет қусиш билан кечади. Сариклик хуруж бошлангандан 12-24 соат ўтгандан кейин вужудга келади. Беморлар аҳволи оғирлашади, қалтираш ва ҳарорат кўтарилиши кузатилади. Тили қуруқ, караш билан қопланган. Қоринни пайпаслаганда: ўнг ва чап қовурға ёйлари остида ва эпигастрияда мушаклар таранглашуви ва оғрик аниқланади. Мейо – Робсон ва Воскресенский белгилари мусбат.

Сарикликнинг – **сариклик – холецистит** тури ўткир холецистит ва холедохолитиаз ёки катта дуоденал сўрғич стенози бирга келганида вужудга келади. Бу турнинг вужудга келиши холестаз туфайли ўт қопадаги яллиғланиш жараёнининг кучайиши сабабли бўлса керак деб ҳисобланади. Сарикликнинг бу турида доимий сариклик, гипертермия, тахикардия билан биргаликда ўнг қовурға ёйи остидаги ва эпигастриядаги оғрик, мушаклар таранглашуви, Щеткин-Блюмберг, Ортнер ва Георгиевский-Мюсси симптомлари мусбатлиги кузатилади. Клиник анализларда лейкоцитоз ва лейкоцитар формуланинг чапга силжиши кузатилади. Сарикликнинг оғриксиз тури учун бемор анамнезида оғрик бўлмасдан, қониқарли ахволда секин аста сариклик пайдо бўлиши хосдир.

Касалликнинг **сариклик – септик** тури ўт йўллари обтурацияси ва холестазига вирулент инфекция кўшилиши натижасида йирингли холангит, жигар абсцесси ва сепсис ривожланиши туфайли вужудга келадиган, кўп ҳолларда ўлимга олиб келадиган оғир туридир.

Сарикликнинг бу тури ўткир бошланиши, ўнг қовурға ёйи остида ва эпигастриядаги кучли оғрик кўнгил айнаш, қайт қилиш, кучли қалтираш ва гектик характерли ҳарорат кузатилади. Тез пайдо бўлган сариклик интенсивлиги ортиб боради. Беморлар ахволи оғир, апатия, дезориентация ва ҳушини йўқотиш кузатилади. Тахикардия, юқори лейкоцитоз, гипербилирубинемия, ферментлар активлиги ошиши аниқланади. Касаллик кучайиши натижасида интоксикация ортиб, септик шок, ўткир жигар – буйрак, юрак етишмовчилиги вужудга келиши мумкин. Бундай беморларга зудлик билан оператив даво қўлланилиши, ўт йўллари дренажи қўйилиши ва интенсив антибактериал терапия керак.

Механик сарикликка олиб келадиган касалликлар:

1. Ўт тош касаллиги: умумий ўт йўлидаги тош, хусусий жигар йўлидаги тош, хусусий пуфак йўлидаги тош.
2. Яллиғланиш касаллиги: ўткир ва сурункали холецистит, холангит, ўткир панкреатит, сурункали панкреатит.
3. Хавфли ўсмалар: жигар раки, ўт пуфаги раки, ўт йўллари раки, фатеров сўрғичи раки, ошқозон ости беши раки, лимфагрануломатоз.

1. Холедохолитиаз – асосий сабаби умумий ўт йўлида тош тикилиб қолиши, ўт йўллари яллиғланишида шиллик қаватдаги шиш, ошқозон ости беши бош қисми ўсмаси туфайли ўт йўли босилиб қолиши. Касалликнинг қуйидаги формалари фарқланади: оғриксиз-сариклик, сариклик-септик.

Диагностикасида симптомлар триадаси: ўнг қовурға остида оғрик, тез ривожланувчи иситма қалтирок билан, сариклик. Пайпасланувчи ўт қопа, периферик қонда лейкоцитоз алоҳида ўрин тўтади. ЎТТ ва ретроград холецистографияда диагноз тасдиқланади.

Даволаш: хуруж вақтида атропин, платифиллин, папаверин, но-шпа, дибазол, эуффилин, анальгин ва антибиотиклар юборилади. Такрорланувчи хуружларда хирургик аралашув.

2. Холангит (ангиохолит) – жигар ичи ва ташқариси ўт йўллариининг катарал ёки йирингли яллиғланиши. Асосий этиологик фактор бактериал инфекция (стафилакокк, стрептококк, энтерекокк ва ҳ) Холангит холелитиаз, ўт йўллари стенози, паразитар инвазия ва ошқозон ости беши патологиялари асорати сифатида ривожланиши мумкин. Холангит инфекция тушган ўт чиқиб кетиши қийинлашган ҳолатларда юзага келади.

Клиникаси: кечиши бўйича: ўткир, сурункали, склерозланган, септик. Бемор шикоятлари, ўнг қовурға остида оғрик, баъзан жигар коликаси хуружлари, тана ҳарорати ошиши, лейкоцитоз формуланинг чапга силжиши билан, ЭЧТ ошиши асосида диагноз қўйилади. ЎТТ да ўт йўллари кенгайиши, деформацияси аниқланади.

Даволаш: ўт йўллари обтурациясини йўқотиш, инфузион медикаментоз терапия, организм дезинтоксикацияси.

3. Ошқозон ости беши раки– Оғриксиз тез ривожланувчи сарикликка олиб келади. Териди қичишишлар ва унинг изларини кўриш мумкин. Палпацияда ўнг қовурға

ости таранг ва оғриксиз, ҳаракатчан ўт пуфаги (Курвуазье симптоми) кузатилади, даволаш-оператив.

4. Холодохдаги вентил тош - умумий ўт йўли терминал қисмида тош тикилиш натижасида жигар коликаси типидagi оғрик, сариқлик ва тана ҳарорати кўтарилиши (Шарко триадаси) кузатилади. Ўт гипертензияси ҳисобига холодох таранглашади, тош сурилади ва оғрик синдроми, сариқлик камаёди.

5. Папиллостеноз – ўн икки бармоқ ичак катта сурғичи гиперплазияси, аденомаси ёки чандик, шиш билан ифодаланади. Папиллостеноз сабабини дуоденоскопияда (шиш, аденома) ва эндоскопик ретроград холангиопанкреатографияда, операция вақтида – интероперацион холангиография ёрдамида аниқлаш мумкин.

Даволаш : чандикли папиллостенозда эндоскопик (хирургик) папиллотомия. Ўн икки бармоқ катта сурғичи шишида ёки папиллитда яллиғланишга қарши терапия, аденомада – эндоскопик олиб ташланади.

6 Ўт йўллари стриктурси - чандикли торайиши. Тош тикилиши ёки ўт йўллари операцияси вақтида жарохатланишидан келиб чиқади. 300-500 ўт йўллари операциясида 1 та ёки 100 та пастки дуоденал яралар операциясида 1 та холатда ўт йўллари жарохатланиши кузатилиши мумкин.

Симптомлари: операциядан кейинги сариқлик доимий ташки ўт оқмалари, ахолия, диспепсия, тана массасини йўқотиш. Лейкоцитоз ва ишқорий фосфатаза ошиши кузатилади. Фақат 5 % холатда операция вақтида жарохатланиш, кўп ҳолларда 2 ой – 1 йилдан кейин жарохатланиш аниқланади. Стриктура жойини рентгенологик тери жигар орқали холангиографияда ва эндоскопик ретроград холангиопанкреатографияда дуоденоскоп орқали аниқлаш мумкин.

Даволаш: оператив.

Механик сариқликда диагностик алгоритм.

Механик сариқлик клиникаси қийин ва турлича: ўт суюқлигининг ошқозон ичак трактига тушмаслиги ва унинг организмда сақланиб қолиши ўзига хос клиниканинг келиб чиқишига сабаб бўлади. Механик сариқлик диагностикасида ўт йўллари обтурацияси синдромларини гемолитик ва паренхиматоз сариқликлардан ва механик сариқликнинг алоҳида турларидан ажратиб олиш керак бўлади. Диагностика бир нечта этапда олиб борилиши лозим бўлади: биринчи бўлиб сариқлик характери аниқланса,

Тери қоламлари ва склеранинг сарғайиши қон зардобиди билирубин миқдорининг ошиши ва кейинчалик тери ости тўқималарида йиғилиши натижасида вужудга келади.

кейинги этапда обтурация ва унинг сабаблари ўрганилади.

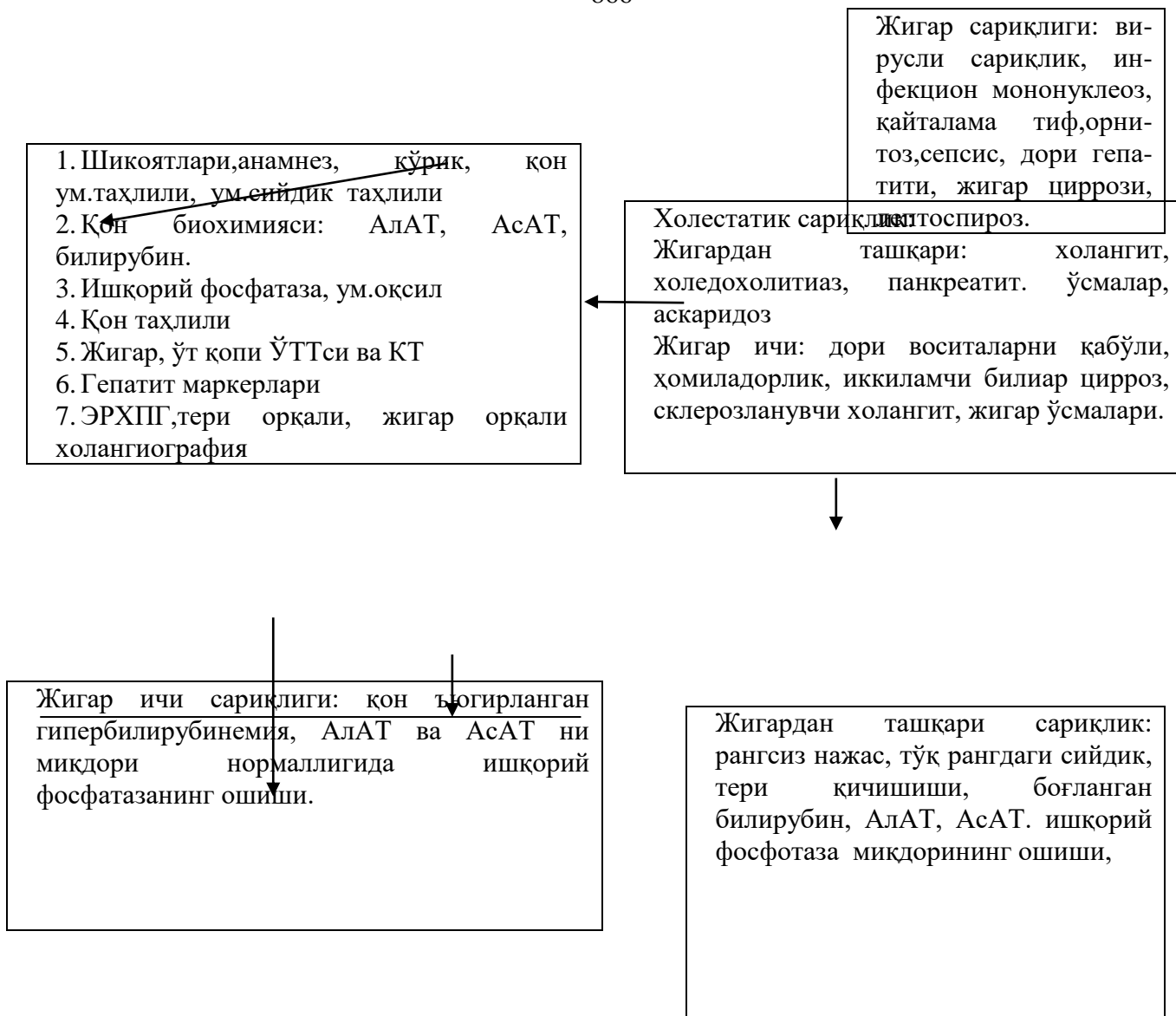
Енгил сариқлик-билирубин 85 мкмоль/л гача

Гемолитик сариқлик: ирсий микросферацитоз, ирсий гемолитик анемия, талласемия, аўтоиммун гемолитик анемия

Ўрта оғирликдаги сариқлик-билирубин 86-169 мкмоль/л

Қон ституционал сариқлик: Жильбер, Ротор, Криглер-Найяра синдромлари.

Оғир сариқлик-билирубин >170 мкмоль/л



Диагностик изланув кўйдаги босқичлардан иборат:

1. Батафсил анамнез йиғиш, физикал текширувлар, скрининг лаборатор текширувлар.
2. Бирламчи ташхисни шакллантириш (сариқлик келиб чиқишида обструктив сабабни тахмин килиш).
3. Топик диагностика учун махсус инструментал текширув усулларини танлаш ва кетма кетлигини аниқлаш.

№	Баҳо	аълю	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш % ларда	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:

Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№ 21 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сони: 8-10</i>
<i>Машгулот шакли</i>	<i>Амалий машгулот</i>
<i>Мавзу</i>	Механик сариқлик. Гемолитик ва паренхиматоз сариқликни ташхиси ва қиёсий ташҳис усуллари. Ташҳислашда эндобилиар усулларини аҳамияти ва даволаш. УАШ тактикаси. Механик сариқликни реабилитацияси ва профилактика йўллари.
<i>Амалий машгулотларни режаси</i>	65. Кейсни фикрга киритиш. 66. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 67. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш. 68. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 69. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 70. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 71. Хулоса.Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш.
<p>Ўқиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш; - Экстремал ҳолатларға мустақил ташҳис қўйиш ва шошилишч ёрдам кўрсатишни бажариш (алгоритм ташҳис ва даволаш); - Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 	
<p>Педагогик топшириқлар:</p> <p>Талабаларни иш қилишға ва этика и деонтологияни сақлашға ўргатиш, меҳнатни севишға, чидамли бўлишға, масбулятли, интилиши ва мақсадға эришиши инсонларға ва давлатға пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - билирубинни организмдаги алмашинуви ҳақида умумий тушунча хосил қилиш; -сариқлик турлари ва уларни дифф. Диагностикасини билиш; - сариқликни кўп учрайдиган сабаблари сифатида холедохолитиаз ва ошқозон ости беши бошчаси саратони ҳақида ги клиник маълумотларни мустаҳкамлаш ва кенгайтириш; -механик сариқлик бўлган беморларда клиник текширув усулларини куллаш олиш; -лабаратор ва инструментал текширув усуллар натижасини таҳлил қилишни шакллантира олиш; - механик сариқлик бўлган беморларни олиб бори шва даволаш тактикасини асосий принципларини эгаллаш; - эндобилиар диагностика ва даволаш усуллари ҳақида тушунчани шакллантириш; - сариқлик бўлган беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш.
<i>Усуллар ва техникани ўрганиш</i>	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
<i>Воситани ўрганиш:</i>	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар

	мажмуаси.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Алоҳида ва гуруҳларда
<i>Ўқитиш шароити:</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
<i>Баҳолаш</i>	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2 Машғулотнинг технологик харитаси

<i>Фаолият вақти</i>	<i>Фаолият мақсади</i>	
	<i>ўқитувчи</i>	<i>талаба</i>

<p>Тайёргарлик (30 дақиқа)</p>	<p>Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.</p>	<p>Эшитади.</p>
<p>I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)</p>	<p>1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тэҳталади.</p>	<p>Эшитади.</p>
	<p>1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блици сўров ўтказади. (1-илова)</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p>
	<p>1.3. Тингловчилар билан мавзунини мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.</p>	<p>Муҳокама қилади, савол беради.</p>
<p>II - қисм. Асосий 80 дақиқа</p> <p>40 дақиқа</p> <p>80 дақиқа</p>	<p>2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади</p>	<p>Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.</p>
	<p>2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечиши йўллари эшитишни таклиф қилади..</p>	<p>Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.</p>
	<p>2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)</p>	<p>Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.</p>
	<p>2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).</p>	<p>Фаол иштирок этади.</p>
	<p>2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4).</p>	<p>Масала ва тестларни муҳокама қилади.</p>
	<p>2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.</p>	<p>Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташҳиси.</p>

Ш - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-ИЛОВА

Блиц-суров:

1. Организмдаги умумий билирубин.
2. Билирубин ва жигар ферментларини нормадаги кўрсаткичлари.
3. Сариклик синдроми тушунчасига аниқлик киритиш ва классификация.
4. Механик сариклик сабаблари.
5. Механик сарикликни клиник кечиши бўйича классификацияси.

1 - топширик**Эксперт варағи****1-гуруҳ.**

1. Механик сарикликни келиб чиқиш сабаблари.

2. Механик сариклик асоратлари.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Муаммоли ситуация келиб чиқиш сабаби	Муаммони хал қилиш йўллари

2- гуруҳ .

1. Портал босимни улчаш ёки аниқлаш?

2. Портал гипертензияни профилактика усуллари.

“Муаммоли ситуация” жадвални тўлдилинг

Муаммо тури	Муаммоли вазият келиб чиқиш сабаби	Муаммони хал қилиш йўллари

3-Илова

1 - топширик**“Т-схема” жадвални тўлдилинг**

Механик сариклик	Гемолитик сариклик

Кейс билан ишлашни баҳолашда мезон ва кўрсаткичлар
Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони
Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46 - 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 3-1 ва пасти – ёмон.

Ушбу машғулотда қуйидаги янги педогогик технологиялар қўлланилади:

4. Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқлар мисоли:

- механик сариқлик сабабини кўрсатинг
- сариқлик синдроми диагностика алгоритминини кўрсатинг
- механик сариқликда инструментал диагностика усулларини айтинг
- механик сариқликда УАШ тактикасинини аниқланг

«Академик полемика» усулини қўллаш

Сариқлик синдроми мавзуси бўйича « Академик полемика » интерактив ўқитув усули бўйича сценарий.

Гуруҳлар 2та кичик гуруҳларга бўлинади ҳар бирида 4 кишидан. Ҳар бир кичик гуруҳда «бемор» «шифокор» «адвокат» «прокурор» тайинланади, «адвокат» консултацияни мусбат томонларини муҳокама қилади, «прокурор» эса манфий томонларини муҳокама қилади. Беморларга аноним ҳолда ташхис эълон қилинади. «Адвокат» ва «прокурор» хулосалари муҳокама қилинади.

Биринчи гуруҳга холедохолитиаз сабабли механик сариқлиги бор бемор консултация учун тавсия қилинади, иккинчи гуруҳ учун – жигар циррози сабабли сариқлиги бор бемор консултация учун тавсия қилинади. Ҳар бир гуруҳ 10-15 минўт давомида қон султация қилади, сўнг натижаларни намойиш қилади «адвокат» ва «прокурор» шарҳлари билан. Муҳокама бутун гуруҳ билан ва ўқитувчи билан ўтказилади.

1 гуруҳ конултациясинини муҳокама қилиш: «адвокат» хулосаси

1. Шикоятлардан сариқлик борлигини аниқлади – тери қопламларини, склера сариқлиги, сийдикнинг ранги тўқ бўлиши ва ахлатни оқариши.
2. Анамнездан ёғли овқат истеъмол қилгандан кейин ўнг коворға ости соҳасида кучли оғриқдан сўнг сариқлик пайдо бўлганлигини аниқлади. Оғриқ икки соатча давом этди ва тез ёрдам шифокори қилган баралгин иъекциясидан сўнг тўхтади. Беморда бу каби оғриқлар охириги 5 йилдан бери бор, ЎТТ ўт қолида майда ва кўп микдорда тошлар аниқланган.

3. Обьектив кўрганда сариқлик борлигини тасдиқлади: тери қопламларини, склера сариқлиги, (яшил-сариқ бронза туси билан) қичиган жойларини аниқлади. Қоринни пайпаслаш: қорин симметрик, нафас олиш актида қатнашади, пайпаслаганда юмшоқ, ўнг коворға ости соҳасида меъёрида оғриқли. Ўт қоли пайпасланмайди, Шёткин-Блумберг симптоми, Ортнер, Мерфи симптомлари манфий.

4. Бирламчи ташхисни тўғри қўйди: ЎТК, механик сариқлик билан асоратланган.

«Прокурор» хулосаси:

1. Шикоятларни тўлик йиғмади: теридаги қичишишни сабабини аниқламади, интоксикация белгилари «умумий ҳолсизлик, иштаха йўқлиги, сариқлик кўпайиши, оғизда аччиғ таъм пайдо бўлиши, кўнгил айнаш, озиш».

2. Анамнездан аниқламади оғрик хуружи қанча вақтда қайталаган, аввал ҳам сариқлик бўлганми, даволанганми, қандай даво олган, даволангандан кейин яхши натижа бўлганми, қариндошларда ЎТК борми, юқумли гепатит билан оғриганми, иш фаолияти зарарли моддалар билан боғлиқми.

3. Объектив кўрганда тилда қоплам бор йўқлигига қарамади, жигар перкуссиясини ўтказмади, Курлов бўйича жигар ўлчамларини аниқламади (гепатомегалия бор йўқлигини), «Френикус» симптомни аниқламади.

Укитувчи хулосаси: бемор бир неча йил давомида ЎТК билан оғриб келган, хуружлар билан, ЎТТда ўт қопида кўп майда тошлар аниқланган, навбатдаги хуруж вақтида кичик тошлардан бири холедохга тикилиб механик сариқлик ҳолатини келтириб чиқарган.

1. Иккинчи гуруҳ муҳокамаси ҳам шу тарзда ўтказилади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш % ларда	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масала ва тестлар

Вазиятли масала.

1. Бемор аёл 60 ёшда, семиз, бир неча йил давомида ўнг қовурға остидаги асосан ёгли овқатдан сўнг бўладиган хуружсимон оғриқларга шикоят қилади. Спазмолитиклар хуружни қолдиради. Бир ҳафта олдин беморда кучли оғриқли хуруж бошланган. Олдинги хуружлардан унинг фарқи, у сариқлик билан кузатилди. Сариқлик хуруж бошлангандан кейин бир сўткадан кейин бошланиб, касалхонага олиб келинганда сариқлик жуда ривожланган эди. Қондаги умумий билирубини микдори 184 ммоль/л, боғланган билирубин эса 158 ммоль/л.

Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Қандай текшириш усуллари сизнинг ташхисингизни асослайди?

Беморни даволаш тактикаси.

Жавоб: ЎТ-тош касаллиги, холедохолитиаз, асорати механик сариқлик. ЎТТ, ЭРПХГ бўлар якуний ташхис қўйишга ёрдам беради. Беморни даволаш тактикаси: ЭПСТ ўт йўлларининг декомпрессияси, дезинтоксикацион, гепатотроп, умумий қувватловчи терапия. Механик сариқликни бартараф қилгандан кейин, режали равишда холецистэктомия.

2. 48 ёшли бемор, 5-6 ой давомида ўзини касал ҳисоблайди, касаллик ҳолсизлик, озиш билан кечади. 2 ой олдин бемор кўзи сарғайганлигини сезган ва бу сарғайиш аста-секин ривожланиб борган. Бемор кўрилганда умумий аҳволи ўртача оғирликда, тери қопламлари сарғайган. Қорин пайпаслаб кўрилганда юмшоқ, ўнг қовурға ости соҳасида оғриқсиз ҳосила пайпасланади. Нажас оқарган. Лейкоцитлар 12×10^9 , ЭЧТ 48 мм/соат, билирубин 288 ммоль/л, боғлангани 240 ммоль/л.

Беморда қандай синдром ривожланипти?

УАШ тактикаси қандай бўлиши керак?

Жавоб: Механик сариқлик синдроми, ошқозон ости беши бошчасидаги ўсма хисобига. Беморни жаррохлик бўлимига юбориш керак.

Механик сариқлик билан оғриган беморларни курация қилиш. Гурухлар 2 га бўлинади ва беморлар курация қилинади. Биринчи гурухга – ўт-тош касаллиги, холедохолитиаз, асорати механик сариқлик бўлган бемор.

Иккинчи гурухга – ошқозон ости беши бошчаси ўсмаси ва механик сариқлик билан асоратланган бемор. Кейин курация, беморларни ўрганиш, лаборатор ва инструментал кўрсатмалар билан танишишга вақт ажратилади. Курациядан сўнг ўқитувчи дифференциал ташхис, лаборатор ва инструментал текширув натижаларининг интерпретацияси ва беморни даволаш тактикасини танлашни муҳокама қилади. Муҳокама вақтида қуйидаги амалий кўникмалар бажарилади: жигарни пайпаслаш ва перкуссия, Курлов бўйича жигар чегараларини аниқлаш, Курвуазье белгисини аниқлаш, ошқозонни зондлаш ва ювиш.

Механик сариқлик билан хасталанган беморларни курация қилиш ва муҳокама давомида эътибор бериш лозим:

- УАШ тактикаси –а) анамнез йиғиш, у эса механик генезли сариқликни гумон қилишга ёрдам беради: анамнезида ўт-тош касаллиги борлиги, ўт-тош хуружига ўхшаш оғриқлар, иситма, қалтираш, анамнезидаги ўт йўлларидаги операциялар, турғун тери қичишиши, тана вазнини пасайиши, кекса ёш.

б) анамнез маълумотларини, физикал текширувлар ва лаборатор тест натижаларини чуқур таҳлил қилиш: механик сариқлик синдроми ташхиси тасдиқлангандан сўнг беморни кейинги инструментал текширувлар ва даволаш учун махсус даволаш муассасаларига юбориш.

- Механик сариқлик билан оғриган беморларни даволаш алгоритми. Механик сариқлик билан оғриган беморларни даволаш 2 та босқичда олиб борилади, 1- босқичда билиар системани дренажлаш, дозаланган декомпрессия ва санация қилиш, организмнинг хаётий муҳим функцияларини тиклаш, жигар, буйрак ва бошқа полиорган етишмовчилик белгиларини бартараф қилиш. 2- босқичда ичакка ўтнинг нормал тушишини тиклаш.

- ўт йўллари дренажлаш усуллари. ЭПСТга -кўрсатма: холедохолитиаз, стенозловчи папиллит, холедохнинг терминал қисми ва катта дуоденал сўрғичдаги 1,5 см ли стеноз, механик сариқлик жигар етишмовчилиги 1-2 даражаси бўлганда.

Тери жигар орқали эндобилиар аралашувлар ЭПСТ нинг имқон и бўлмаганда ёки ноэффektivлигида қўлланилади. Бу усул гепатопанкреатодуоденал соҳа ўсмалари нооперабел даврида паллиатив операция сифатида қўлланилади.

механик сариқлик синдроми билан оғриган беморларни даводан кейинги реабилитацияси ўз ичига жигар (гепатотроп даво) функцияларини тиклаш муолажаларини олади;

механик сариқлик синдромини профилактикасига механик сариқлик сабабларини вақтида аниқлаш ва уларни (холангиолитиаз, ўт йўллари патологияси, ўсмалар ва бошқалар) бартараф қилиш керак.

Тестлар:

1. Холедохолитиаз бўлган беморларда бўлмайдиган асорат:

- а. холангит
- б. обтурацион сариқлик
- в. ўт йўлининг чандикли узгариши
- г. ўт йўли девори ётокли яраси
- д. ўт пуфаги раки*

2. Сариқлик чакирувчи омилларга кирмайди:

- а. вирусли гепатит
- б. ўт-тош касаллиги
- в. меъда ости беши бошчаси раки
- г. жигар циррози

д. сурункали тошсиз холецистит*

3. Ўт пуфаги вазифасига кирмайди:

- а. ўт ишлаб чиқиш*
- б. ўт резервуари
- в. ўтни қон центрациясини ошириш
- г. ўт эвакуацияси
- д. Шиллик ишлаб бериш

4. Механик сариқлик сабабига кирмайди:

- а. меъда ости беги бошчаси раки
- б. холедоҳдаги тош
- в. холангит
- г. гижжа инвазияси
- д. Боткин касаллиги*

5. Сариклиги бор беморлар шикоятига кирмайди:

- а. тери ва склера сариклиги
- б. аҳолик нажас
- в. сийдик ранги тук бўлиши
- г. тери кичимаси*
- д. палагда тухум хидли кайд килиш

6. Жигар абсцесси сабаби бўла олмайди:

- а. деструктив аппендицит
- б. йирингли холангит
- в. пилефлебит
- г. сепсис
- д. спастик колит

7. Жигар абсцесси диагностик алгоритмига кирмайди:

- а. клиник, биохимик анализлар
- б. лапароскопия
- в. ЎТТ
- г. КТ
- д. ирригоскопия*

8. Жигар кисталарига Петровский бўйича кирмайди:

- а. жигар поликистози
- б. жигарнинг чин солитар кистаси
- в. жигар сохта кистаси
- г. жигар олди кисталари
- д. жигар эхинококк кистаси*

9. Жигар эхинококкози иккинчи стадияси белгиларига хос эмас:

- а. ўнг қовурга равоги остидаги ва эпигастрийдаги оғирлик ва оғрик
- б. умумий холсизлик
- в. гепатомегалия
- г. теридаги тошмалар
- д. юқори гектик харорат*

10. Жигар эхинококкози асоратларига кирмайди:

- а. эхинококк кистаси йиринглаши
- б. киста ёрилиши
- в. механик сариқлик
- г. холангит
- д. кистанинг охакланиши*

11. Жигар эхинококки профилактикаси бўйича УАШ тавсияларига кирмайди:

- а. итларни бокиш гигиена коидаларига риоя қилиш
- б. шахсий гигиенага риоя қилиш
- в. мева, сабзавотларни ишлатишдан аввал иссик сувда яхшилаб чайиш
- г. фақат зарарсизланган сувдан фойдаланиш
- д. антипаразитар препаратлар кабул қилиш*

12. Жигар иккиламчи циррозига сабаб бўлмайди:

- а. ўт йўлларидаги тошли обструкцияси
- б. склерозловчи холангит
- в. ўт йўллари ўсмаси
- г. ўт йўлларидаги чандик билан қисилиши
- д. сурункали гепатит*

13. Ўт тош касаллигида жаррохлик амалиётини зудлик билан куллаш тавсия этилади:

- А. перфоратив холециститда
- Б. ўт йўли окклюзиясида
- В. Холецистопанкреатитда
- Г. механик сариқликда

14. Холедохолитиаз асоратлари:

- А. сариқлик холангит
- Б. ўт қопи водянкаси
- В. Ўт қопи эмпиемаси
- Г. перфоратив холецистит, перитонит

Холангитга тегишли эмас:

- А. гектик кўринишдаги хароратнинг кўтарилиши
- Б. тана қашшаши
- В. талокнинг катталаниши
- Г. озиб кетиш

15. Ўткир холециститда механик сариқлик ривожланишига таълуқли эмас:

- А. ўт йўлини тош билан ёки Шиллик билан тусилиши
- Б. холангит
- В. холедохолитиаз
- Г. меъда ости беши бошчасининг шиши

16. Холедохолитиаз бўлган беморда учрамайдиган асорат:

- а. холангит
- б. обтурацион сариқлик
- в. ўт йўлининг чандикли узгариши
- г. ўт йўли девори ётоқли яраси
- д. ўт пуфаги раки*

17. Ўткир холангит белгилари:

- А. гектик харорат, тана қашшаши, жигар соҳасидаги огриклар, тери сариқлиги
- Б. субфебрил харорат, пайпасланувчи ўт қопи, СОЭ ошиши, лейкоцитоз, қусиш

- В. жигарнинг катталашиши. Корин бушлигида суюклик пайдо бўлиши, сариқлик ва тери кичишиши
- Г. қусиш, Т+38,8 С, ўнг ковурга ости соҳасидаги огриклар ва корин олд девори мушакларининг таранглашиши

18. Ўт-тош касаллиги сабаблари:

- А. ўт туриб қолиши, модда алмашинувинин бузилиши, ўт қопи эпителийсининг яллигланиши
- Б. модда алмашинувинин бузилиши, ўт қопи эпителийсининг яллигланиши, дуоденостаз
- В. ўт қопи яллигланиши, дуоденостаз
- Г. ўт туриб қолиши, модда алмашинувинин бузилиши, дуоденостаз

19. Хирургияда ўт йўлларидаги барча жаррохлик амалиётларида «калит» деб номланувчи Кало уч бурчагини нима ҳосил қилади:

- А. умумий жигар ўт йўли, ўт қопи артерияси, ўт қопи йўли
- Б. умумий ўт йўли, ўт қопи артерияси, ўт қопи йўли
- В. умумий ўт йўли, холедох, ўт қопи йўли
- Г. умумий ўт йўли, жигар дарвоза венаси, ўт қопи йўли

20. Сариклик хусусияти ва келиб чиқиш сабабини аниқлашда, қулланилмайди:

- А. вена орқали холецистохолангиография
- Б. компьютер томографияси
- В. тери ва жигар орқали холангиография
- Г. ЭРПХГ, УЗИ

21. Жигардан ташқарида бўлган ўт йўллари операция вақтида текширишга, кирмайди:

- А. холедохни пайпаслаш
- Б. холедохоскопия
- В. интраоперацион холангиография
- Г. зондлаш холедохни
- Д. вена орқали холангиография

22. Курвуазье симптоми хос эмас:

- А. ошқозон ости беши саратонига
- Б. ўткир калькулез холециститга
- В. индуратив панкреатитга
- Г. катта дуоденал сургич саратонига
- Д. холедох ўсмасига

23. Ўткир обтурацион холангитга хос эмас:

- А. сариқлик
- Б. харорат кўтарилиши
- В. жигар улчамларининг кичрайиши
- Г. лейкоцитоз чапга силжиши
- Д. жигар катталашиши

24. Операция вақтида холангиография тавсия қилинмайди:

- А. ўт қопида битта катта тош ва ингичка холедохда
- Б. ошқозон ости беши бошчасининг саратонида

- В. анамнезда сариқлик бўлса
 Г. холедох кенгайганлигида
 Д. операция вақтида сариқлик бўлса

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм.

Механик сариқлик синдромини симптомокомплексини аниқлаш, ошқозонни зондлаш ва ювиш, холангиограмма интерпретациси.

1. Механик сариқлик синдромини симптомокомплексини аниқлаш.

№	Тадбирлар	Бажарилмаган (0 балл)	Тўлиқ тўри бажарилганлар (10 балл)
1	Беморга ўнг томондан ёндашиш.		10
2	Сариқлик белгиларини аниқлаш (тери копламлари ва Шиллик қават лар, сийдик ва ахлат ранги).		10
3	Тилни куриш ва копламани аниқлаш.		10
4	Оғрикли жойларни аниқлаш учун коринни юзаки пайпаслаш.		10
5	Коринни чуқур пайпаслаш: катталашган ва оғриксиз ўт қопини аниқлаш (Курвуазье симптоми).		15
6	Гепатомегалияни, жигар қон системаси, жигар қиррасини аниқлаш.		15
7	Перкуссия: Курлов бўйича жигар улчамларини аниқлаш.		15
8	Корин бушлигида бугикликни аниқлаш.		15
	Жами		100

2. Лапароцентез ўтказиш техникаси

№	Тадбирлар	Бажарилмаган (0 балл)	Тулиқ тўри бажарилганлар (10 балл)
1	Беморни сийдик қопини бушатиш.		10
2	Бемор оёғини пастга туширган ҳолда ўтиради ёки бош қисми қўтарилган ҳолда ётади.		10
3	Беморга олд томондан ёндашилади. Пункция жойи – корин урта чизиги бўйича киндикдан 2 см пастда.		10
4	Муолажа бажариладиган соҳага ишлов бериш.		10
5	Новокаини 0,5% ли эритмаси билан пункция соҳасини оғриксизлантириш.		10
6	Скалпел билан терини кесиш 1,0 см узунликкача.		10
7	Коринга перпендикуляр равишда корин девори		10

	троакар билан тешилади - корин бушлиги суюклиги ока бошлайди. Суюкликни чикариш коидалари-секинлик билан чикарилади 5-6 дакикалик танаффус билан, корин чойшаб билан боглаб кисилади.		
8	Асцитик суюклик секинлик билан чикарилади, 5-6 дакикалик танаффус билан.(беморнинг умумий ахволи, АКБ ва пульс назорати остида).		10
9	Троакар оракали корин бушлигида дренаж колдирилади, ва терига ипакли чоклар билан бириктирилади, троакар олиниб жароҳат соҳасига ишлов берилади.		10
10	Корин деворидаги жароҳат тикилади, антисептик билан ишлов берилади, асептик боглов куйилади.		10
	Жами		100

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% пасти
2	Амалий қсми	100-86 балларп	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 балла

6. Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар;
- амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

7. Жорий кунда баҳолашнинг назорат қилиш мезони;

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Қониқарли	Қониқарсиз	Ёмон
	Ўзлаштириш % да	100-86%	85-71%	70-55%	54-37%	36% ва ундан паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17,0-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масала ва тест	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисм	15-17,2 балл	17,0-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло "5"	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари,

			қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллар интерпретациясида битта хатога йўл қўяди.
3	86-90%	Аъло “5”	Асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, асоратнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, асоратлар таснифини, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради ва натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Ситуацион масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Ситуацион масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,
4	81-85%	Яхши “4”	Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба асоратланган чурра хақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми,

			асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради, асоратланган чурра пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, дифф. ташҳис, ташҳис алгоритми, асоратланган чурраларни даволашдаги савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, ситуацион масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар таснифини билади, лекин дифф. ташҳисни тўлиқ санаб беролмайди, асоратланган чурралар сабабларини, ташҳисини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда хатоликларга йўл қўяди, ситуацион масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурра ҳақидаги тушунчага тўлиқ тўғри жавоб беради, уларнинг пайдо бўлиш сабаблари, қорин девори ва чурра қопчасининг анатомик тузилиши, таснифи, ташҳис, асоратланган чурраларни даволашни айтиб беради, лекин беморларни текшириш усуллари ва асоратланган чурра дифф.диagnostикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Ситуацион масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба асоратланган чурралар моҳиятини билади, асоратланган чурралар таснифида ва асоратланган чурралар сабабларида адашади. Чурраларни ташҳис қилишда, дифф. ташҳисда ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга аммо ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Ситуацион масалаларни хато ечади.
9	55-60%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, асоратланган чурраларни таърифлашда, ташҳисда, дифф.ташҳисда ва асоратланган чурраларни даволаш алгоритмида хатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб хатоликларга йўл қўяди. Ситуацион масалаларни хато ечади.
10	54% дан паст	Қониқарсиз “2”	Талаба асоратланган чурралар тўғрисида тушунчаларга эга эмас, таснифини, ташҳис қўйишни, дифф. ташҳислашни, беморларни даво тактикасини билмайди.

			Амалиётда қўллай олмайди.
--	--	--	---------------------------

72. Машғулотнинг хронологик картаси.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳга топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйга вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар

1. Организмдаги умумий билирубин.
2. Билирубин ва жигар ферментларини нормадаги кўрсаткичлари.
3. Сариклик синдроми тушунчаси ва классификациси.
4. Механик сарикликни сабаблари.
5. Механик сарикликни клиник кечиши бўйича классификацияси.
6. Механик сарикликдаги объектив симптомлар.
7. Механик сарикликнинг диагностика алгоритми.
8. Механик сарикликда биохимик узгаришлар.

9. Механик сариқликдаги инструментал диагностика усуллари.
10. Механик сариқликда қиёсий ташҳиси.
11. Механик сариқликнинг диагностика алгоритми ва УАШ тактикаси.
12. Ўт йўллари эндабилиар дренажлаш усуллар.
13. Механик сариқликнинг радикал даволаш усуллари.
14. Беморларни жаррохлик амалиётидан кейинги реабилитацияси.
15. Механик сариқликнинг профилактикаси.

11. Тавсия қилинадиган адабиётлар

Асосий:

1. Каримов Ш.И «Хирургик касалликлар» Т.2005
2. Каримов Ш.И «Хирургические болезни» Т.2005
3. Наврузов С.Н. «Хирургические болезни» Т.2004
4. Савельев В.С. «Хирургические болезни» (2х томах) М.2006

Қўшимча:

1. Акопян В.Г. «Хирургическая гепатология» М.1982
2. Данилов М.В Федоров В.Д. «Хирургия поджелудочной железы» М.1995
3. Дедерер Ю.М. Желчекаменная болезнь» М.1983
4. Кон ден Р. И Найхус «Клиническая хирургия» М.1995
5. Дж. Мёрта «Справочник врача общей практики» М.1998
6. Назиров Ф.Г. Гадаев А.Г. «Руководства для врачей общей практики»
7. Электронные версии лекций по хирургии ВОП. ТМА.2006
8. Аталиев А.Е. «Учебное пособия по проведению практических навыков хирургического профиля» Т.2003

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«6-7 курс хирургик касалликлар, болалар хирургияси,
онкология, нур ташҳиси ва терапияси» кафедраси
«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Жигар касалликлари

Жигар касалликларида, бактерияли ва амёбали абсцесларда ва жигар циррозида сариқлик. Жигарнинг паразитар ва нопаразитар кисталари. Таққослама ташҳиси, УАШ ва хирург тактикаси. Замонавий даволаш аспекти. Хирургик, ананъавий ноанъавий даволаш. Беморларни реабилитацияси ва профилактикаси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот ўқитиш технологияси

Амалий дарс №22

Бухоро – 2014

Амалий машғулотларни ўқитишнинг технологик модели

Мавзу №22: Жигар касалликларида, бактерияли ва амёбали абсцессларда ва жигар циррозида сариқлик. Жигарнинг паразитар ва нопаразитар кисталари. Таққослама ташхиси, УАШ ва хирург тактикаси. Замонавий даволаш аспекти. Хирургик, ананъавий ноанъавий даволаш. Беморларни реабилитацияси ва профилактикаси.

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Вакт: 327 минут	<i>Талабалар сони: 8-10</i>
<i>Машғулотнинг шакли ва кўриниши</i>	Амалий машғулот
<i>Машғулотнинг структураси</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш 2. Назарий қисми 3. Аналитик қисми: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-стади - Вазиятли масала ва тестлар 4. Амалий қисм
<i>Машғулот мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида - Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Дастлабки ташҳис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усуллари ўрганиш.
Талаба билиши керак:	<ul style="list-style-type: none"> - беморларни текширув усуллари; - таққослама ташхисни ўтқизиш; - беморларни даволаш тактикасини; - беморларни операциядан кейинги реабилитациясини; - жигар касалликларини профилактикасини;
Талаба қила олиши керак:	<ul style="list-style-type: none"> - ошқозонни зондлаш ва ювиш; - қон гуруҳини аниқлаш ва гемотрансфузияни олиб бориш; - беморлар назорати, профессионал суров ва кўриг.

	<ul style="list-style-type: none"> - коринни пальпация қилиш. - Блекмор зондини қўйиш; - оператив давони талаб қилувчи ўткир ва режали хирургик беморларни симптомакомплекларини аниқлаш усулларини билиш . - фистулография ва инструментал текширув усуллари, лаборатория натижаларини интерпритацияси, рентгенологик ва инструментал текширув усулини олиб бориш; - методикуну проведения қорин бўшлиғи пункцияси ва асцитик сюқликни чиқариш усулини олиб бориш;
<p>Педагогик вазифа: Талабаларни тиббиёт-нинг асосий этика ва деонтологиясига ўргатиш; меҳнатсеварликка, ўзини тута билишга, маъсулиятликка, мақсадга эришишда қатъиятликка тарбиялаш. Одамларга фойда келтириши ва давлат учун керакли бўлиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлашни ва дунёқарашини тарбиялаш, Талабаларни МДХ ва Ўзбекистон жаррохлик мактабининг жарохат, жарохат инфекцияси, БЖИ муаммоларини қайта ишловида муҳим аҳамиятини ўзлаштиришини таъминлаш, бу саволга УАШ кафедрасини замонавий ютуқларини ёритиш, деонтология ва шифокорлик этикаси малакаларини ўргатиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолияти натижалари:</p> <ul style="list-style-type: none"> - абсцесс, киста ва жигар циррози клиникаси билимини сариқлик синдроми сингарини мустақамлаш ва кенгайтириш, - абсцесс, киста ва жигар циррози бўлган беморларни клиник текширув кўникмаларига эга бўлиш; - лаборатор ва инструмертал текширув натижаларини таҳлил қилишни шакллантириш; - сариқлик синдроми билан кечувчи жигар касалликларини таққослама ташхислаш ўтқазини шакллантириш; - жигар касаллиги бўлган беморларни олиб бориш ва даволашнинг асосий қондаларига эга бўлиш; - беморларни олиб боришда УАШ ёндашувини ўзлаштириш; - жигар касаллиги бўлган беморларни камжарохатли даволаш тушунчасини шакллантириш; - жигар касаллиги бўлган беморларни реабилитация ва профилактикасининг асосий қондаларига эга бўлиш;
<p><i>Ўргатиш усуллари</i></p>	<p>Маъруза, аклий хужум, тарих, кўрсатма, намойиш, видео усули, амалий иш, адабиёт билан ишлаш, суҳбат, ўргатувчи ўйинлар, Кейс-стади.</p>
<p><i>Ўргатиш шакли</i></p>	<p>Гуруҳли, гуруҳда ишлаш, якка ўйинлар</p>
<p><i>Ўргатиш манбалари</i></p>	<p>Тарқатма ўқув материаллари, ёрқин материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзлар, тиббий карта комплектлари, жадвал, кўргазмалар, рентгенограмма комплектлари.</p>
<p><i>Ўргатиш жойи ва шароити</i></p>	<p>Поликлиника, ўқув хона, жаррохлик хонаси, боғлов хонаси, операцион хона. Тематик беморлар, амбулатор беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлиллари, инструментал текширув натижалари, қўллаш усуллари, амалий машғулотдан ўқув қўлланмалар, вазиятли масалалар, тест саволлари, амалий машғулотларни бажариш алгоритми, интерактив ўрганиш усуллари сценарийси, стандарт протоколлар, интернетдан тарқатма материаллар, слайдоскоп, слайдлар, TV-видео.</p>

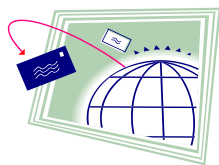
<i>Қайта боғланиш усуллари ва манбалари</i>	Блиц-сўров, тест олиб бориш, ўқув машғулотлар бажарилишини натижалари презентацияси, тиббий картани тўлдириш, амалий машғулотларни бажариш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операцияга кўрсатмасини аниқлаш.
---	---

Машғулотнинг технологик картаси №22

Мавзу 22: Жигар касалликларида, бактерияли ва амёбали абсцессларда ва жигар циррозида сариқлик. Жигарнинг паразитар ва нопаразитар кисталари. Таққослама ташхиси, УАШ ва хирург тактикаси. Замонавий даволаш аспекти. Хирургик, ананъавий, ноанъавий даволаш. Беморларни реабилитацияси ва профилактикаси.

Иш боскичлари ва вақт	Фаолият	Ўқувчи
	Ўқитувчи	
1-боскич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	4.21. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	4.22. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20дақиқа	4.23. Ўрганиладиган қўйидаги машғулотга мияга хужуми, машғулотга тегишли бўлган кизиқтирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.	Саволларга жавоб беради.
5дақиқа	4.24. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.	
5дақиқа	4.25. Танаффус.	Эшитади.
2-боскич. Асосий қисм 20дақиқа 25дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
15дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,кўрсатишни ташкиллаштириш. Танаффус.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
45дақиқа	2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият ҳақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари ҳақида сўралади.
5дақиқа	Танаффус.	
5дақиқа	Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва	

45дақиқа	ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш. Танаффус.	Мустақил равишда муаммони хал қилган ҳолда варақларни тўлдиреди.
5дақиқа 65дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш. Танаффус.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
5дақиқа 40дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш. Танаффус.	Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа 25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида ҳисобот.
3- қисм Яқуний қисм 27дақиқа	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳни баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади, саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.



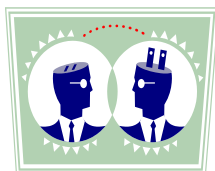
1. Ўрганиш шароити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шаҳар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, вазиятли масалалар.



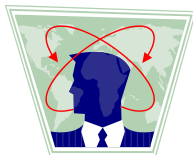
1.1. Мотивация

Сариклик шундай касалликлар симптоми ҳисобланадики, булар абсцесс, киста(паразитар ва нопаразитар), жигар циррози. Умумий амалиёт шифокори доимо бундай касалликлар билан яъни жигарнинг паразитар кистаси, қисман, жигар эхинококкози билан тўқнаш келади. Бундай касалликлар билан тўқнашиш частотаси ҳаёт тарзини кўпроқ қисмини чорвачилик билан шуғулланувчи кишлоқ аҳолиси билан боғлиқ. Бошқа касаллик яна гепатомегалия синдроми билан пайдо бўлувчи бу жигар циррозидир. Бу касаллик гепатит билан касалланиш юқори курсаткичи билан боғлиқ бўлган патологиянинг бир томони ҳисобланади. Шунинг учун Умумий амалиёт шифокори бу касалликни ташхислашни билиши ва қила олиши керак, таққослама ташхис олиб бориши, проводить дифференциальную диагностику, бу касаллар билан муносабатда тактик фаолиятни ишлаб чиқиш.



1.2. Фан ичидаги ва фанлараро боғлиқликлар.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, юқумли касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.

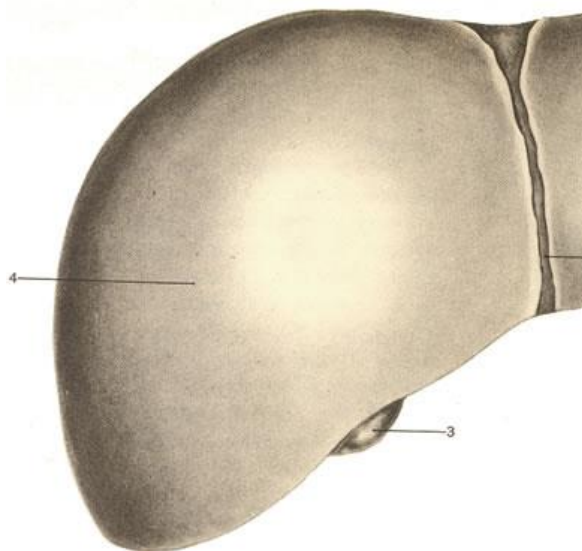


2. Машигулот моҳияти

2.1. Назарий қисм

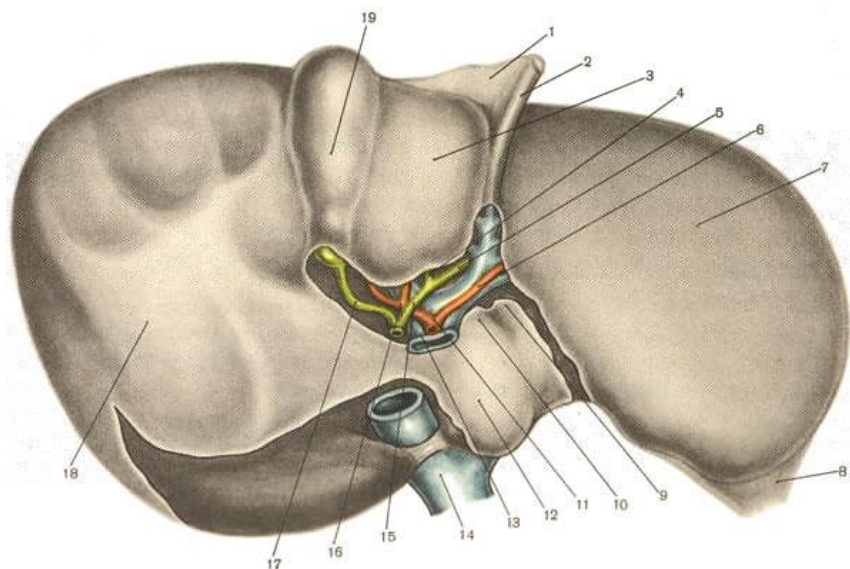
Жигар, hepar хазм қилиш тизимидаги энг катта бездир.жигар қорин бўшлиғини юқори қисмини эгаллайди, диафрагма остида жойлашади, асосий қисми унг томонда.

Жигар понасимон шаклга эга. Жигарнинг ўлчамлари унгдан чапга ўртача 26-30 см ташкил этади, олдиндан орқага – унг бўлаги 20-22 см, чап бўлаги 15-16 см, Энг йўғони(унг бўлаги) 6-9 см. Жигарнинг оғирлиги ўртача 1500 г га етади. Ранги қизил-кўнғир, консистенцияси юмшоқ. Жигарда фарқланади юқори, дўнглиги, диафрагмал юзаси *facies diaphragmatica*, пастки, ботиқ қисми, висцерал юза, *facies visceralis*, ўткир пастки қанот, *margo inferior*, олдиндан юқори ва пастки юзаларга бўлинувчи, ва бироз қавариқ орқа бўлаги, *pars posterior* диафрагмал юза. Жигарнинг пастки қиррасида юмалоқ бойлам ботиклиги бор. *incisura ligamenti teretis*, унга эса ут пуфаги ботиклиги жойлашади. Жигарнинг юқори бўлаги (*facies diaphragmatica*) қавариқ ва силлиқ. Ундан ўтувчи уроқсимон бойлам, *lig. falciforme hepatis*, жигарни иккта тенг бўулмаган қисмга булади: йириги — унг ва кичиги — чап. Жигарнинг пастки юзаси, *facies visceralis*, текис ва бир қанча ботиқ. Иккита саггитал эгат ва чуқур кундаланг эгат уни тўртта хар хил шаклдаги қисмларга булади: унг, *lobus hepatis dexter*, чап, *lobus hepatis sinister*, квадрат, *lobus quadratus*, ва дум, *lobus caudatus* (расм).



Жигарнинг юқори юзаси.

1 — lobus hepatis sinister; 2 — Қопланиш жойи lig. falciforme hepatis; 3 — vesica fellea; 4 — lobus hepatis dexter.



Жигарнинг пастки юзаси.

1 — lig. falciforme hepatis; 2 — lig. teres hepatis; 3 — lobus quadratus; 4 — ductus hepaticus dexter; 5 — ductus hepaticus sinister; 6 — ramus sinister a. hepaticae propriae; 7 — lobus hepatis sinister; 8 — lig. triangulare sinistrum; 9 — processus papillaris; 10 — processus caudatus; 11 — a. hepatica propria; 12 — lobus caudatus; 13 — v. portae; 14 — v. cava

inferior; 15 — ductus hepaticus communis; 16 — ramus dexter a. hepaticae propriae; 17 — ductus cysticus; 18 — lobus hepatis dexter; 19 — vesica fellea.

Чап саггитал эгат яхлит, унинг олдинги бўлимида (fissura lig. teretis) жигарнинг юмалоқ бойлами жойлашади, lig. teres hepatis, орқасида (fissura lig. venosi) дарвоза венанинг чап тармоғидан пастки ковак венага борадиган бир хил номли бойлам аниқланади, — lig. venosum. Айрим ҳолларда квадрат қисми чап қисми билан қисман ёки бутунлай бирлашиб кетади; бундай ҳолларда fissura lig. Teretis озгина ифодаланган ёки умуман йуқ булади ва юмалоқ бойлам мустасно ҳолларда жигар тўқимасида жойлашади. Унг саггитал эгат чапдан фарқли равишда тўлиқ булмаган—processus caudatus уни кесади, қайсики уни дум қисмини унжигвр булагига боғлайди. Унг саггитал эгатнинг олдинги бўлимида, fossa

vesicae felleae, ут пуфаги жойлашади; бу эгат олдиндан кенг, йўналиши бўйлаб у торайиб боради ва жигарнинг кундаланг бойлами билан боғланади. Унг саггитал эгатнинг орқа бўлагиди (sulcus v. cauae) пастки ковак вена ўтади, v. cava inferior.

Жойлашуви, проекцияси ва скелетотопияси.

Жигарнинг қорин бушлиғида асосий 3 та жойлашуви фарқланади: венетропетал, дорсопетал ва оралик. Венетропариетал жойлашувида жигарнинг олдинги қирраси пастга тушган, дорсопетал жойлашувда — жигар қориннинг орқа деворига яқинлашади ва пастки қисми олдинга очилганки, хамма булаклари аниқ кўринади, шунингдек ут пуфаги хам; ўртача оралик жойлашуви венетро- ва дорсопариетал оралиғи ҳисобланади. Шунингдек яна жигарни фронтал текисликда силжиши кузатилади. Унда унг булаги силжишида жигар урта унг қовура ости орқали култиқ остига чизигига тўғри келади, хаттоки унг ёнбош суяги қиррасигача. Жигарнинг чапда силжишида чап булаги чап урта умров чизигидан бир неча см ташқарида жойлашади. Жигар катта кўламда кўкрак қафаси билан ўралган. Юқори нуқтаси ундан урта умров чизигида тўртинчи қовурға оралиғига тўғри келади. Чапда жигарнинг юқори чегараси бир қовурға пастда жойлашади. Жигарни пастки чегарасини олдинги қиррасини жойлашиши билан тушунтирса булади, яъни оралик жойлашуви чап туш ва чап урта умров чизиги бўйлаб қовурға ёйи буйлаб боради, кейин қорин оқ чизигида тахминан қиличсимон усимта ва киндикнинг 1/3 қисмида кесишади. Унда урта умров чизигида жигарнинг олдинги қирраси қовурға ёйини кесади ёки ундан бироз пастда жойлашади, ўрта кўлтиқ остида у XI қовурғага тўғри келади ва унг курак чизигида XII қовурғага тўғри келади. Шунингдек олиш керакки, жигарнинг юқори ва пастки чегараси доимий саналмайди, бу жигарнинг улчамига, шаклига ва жойлашувига боғлиқдир. Диафрагманинг нафас ҳаракатида боғлиқ ҳолда жигарнинг чегарасини юқори ва пастки 2-3 см тебранувчан силжиши кузатилади.

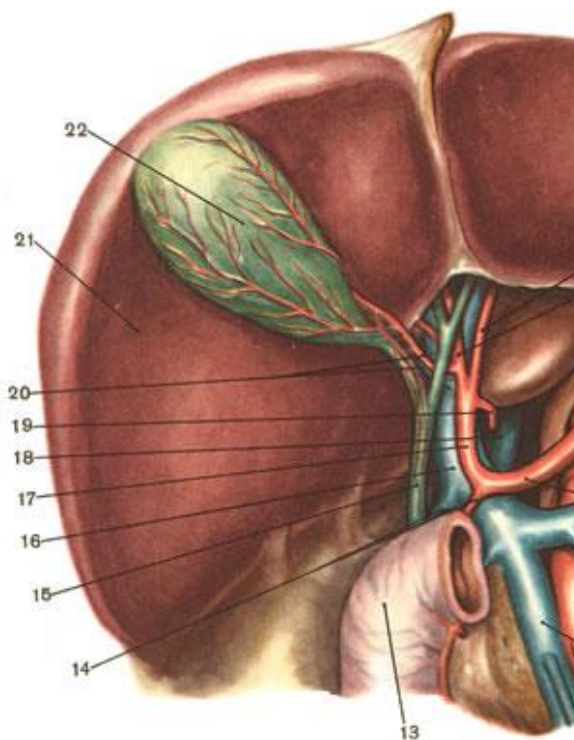
Қорин бўшлиғига муносабати ва бойламли аппарати.

Жигар мезоперитонеал жойлашади. Унинг юқори қисми бутунлай қорин парда билан қопланган; пастки қисми қорин парда билан қопланмаган, фақат эгатлар соҳасида мавжуд; орқа юзаси қори парда билан камроқ қопланган.

Жигарнинг орқа юзаси қорин пардадан ташқари қисми юқоридан тожсимон бойлам билан чегараланган, пастдан қорин пардага ўтишида жигар унг буйракка, унг буйрак усти безига, пастки ковак вена ва диафрагмага тўғри келади. Қорин пардадан ташқари қисми жигарнинг унг булагига боғлиқ ҳолда жойлашади, у нотўғри тўртбурчак шаклга эга ва жигарнинг ўлчамига боғлиқ ҳолда тор ёки кенг бўлиши мумкин. Жигар қанча юқори жойлашса, қорин пардадан ташқари булаги шунча кенг бўлади. бизнинг маълумотларимизга қараганда қорин пардадан ташқари булаги баландлиги пастки ковок вена сатҳида тўғри келади ва ўртача 5-10 см ни ташкил қилади. Унинг узунлиги унг ва чап учбурчаксимон бойлам орасида 16-дан 20 см гача ўзгариб туради. Жигарни қоплаган қорин парда қушни органларга ўтади ва утиш соҳасида бойламлар ҳосил қилади. Жигар-буйрак бойламидан ташқари жигарнинг хамма бойламлари қорин парданинг иккиланишидан ҳосил бўлган.

Қон билан таъминланиши.

Қон жигарга иккита манба орқали келади: жигар артерияси ва дарвоза венаси. (расм).



551. Жигар ва ўт пуфагининг қон томирлари. (ошқозон ва ошқозон ости бези бироз кесилган).

1 — ramus sinister a. hepaticae propriae; 2 — ramus dexter a. hepaticae propriae; 3 — a. et v. gastrica sinistra; 4 — ventriculus; 5 — truncus coeliacus; 6 — a. lienalis; 7 — aorta abdominalis; 8 — a. hepatica communis; 9 — v. lienalis; 10 — v. mesenterica inferior;

II — pancreas; 12 — a. et v. mesenterica superior; 13 — duodenum; 14 — a. et v. gastroduodenalis; 15 — ductus choledochus; 16 — v. portae; 17 — a. hepatica propria; 18 — v. cava inferior; 19 — a. gastrica dextra; 20 — a. et v. cystica; 21 — lobus hepatis dexter; 22 — vesica fellea.

Артериал қон билан таъминланишда тутқич артериядан чиқиб ошқозон ости безининг юқори қисми қорин пардасида жойлашадиган умумий жигар артерияси асосий рол ўйнайди, а. hepatica communis. Умумий жигар артерияси жигар –ўн икки бармоқ ичак бойламига яқинлашганда олдинга қайрилади ва ошқозон пилорик қисми юқори ярим айланасида ёки бироз унғроқда(1—2 см) ундан иккита тармоқ чиқади: хусусий жигар ва ошқозон ун икки бармоқ ичак артерияси. Камдан кам ҳолларда умумий жигар артерияси бу сатҳда уч тармоққа ажралади: жигарга , жигар –ўн икки бармоқ ичак артерияси, ўн икки бармоқ ичакнинг юқори горизонтал қисми орқа соҳасига унғ ва чап жигар артериялари борувчи. Умумий жигар артерияси узунлиги 1.5 см дан 5 см гача ўзгаради купроқ 3 см га етади; диаметри тахминан 0,5—0,8см га етади. Хусурияси жигар артерияси жигар-ун икки бармоқ ичак бойламига дарвоза венага нисбатан юзароқ жойлашади.Бу бойлам таркибида унинг йўналиши кўпроқ қийшиқ пастдан юқорига, чапдан унғга йўналади.

Дарвоза венаси, v. portae.

Қорин бушлиғи тоқ органларига веноз қон олиб борувчи , ошқозон ости безининг орқа соҳасида бош қисмининг тана қисмига ўтиш чегарасида I бел умуртқаси сатҳида шаклланади. Дарвоза венасининг миқдори иккитадан тўрттагача ўзгаради. Унинг илдизлари купроқ юқори тутқич ва талоқ веналари ҳисобланади(72 %). Дарвоза венасининг шаклланишида купроқ пастки тутқич, чап ошқозон ва ўрта ёнбош вена ишторок этади. Дарвоза венасининг узунлиги 5-8 см ларда, диаметри эса 1.5-2 см ларда ўзгаради. Дарвоза

венаси жигарга йўналишида бошида ошқозон ости безининг бош қисмига тўғри келади, кейин жигар- ун икки бармоқ ичак бойламида чуқур жойлашган ҳолда унинг таркибига киради. Жигар дарвозасидан 1—1,5 см масофада *v. Portae* 160—170° бурчак остида фронтал текисликда жойлашувчи икки тармоққа унги ва чап тармоққа ажралади. Унги тармоқ жигарнинг унги булагига киради. Айрим ҳолларда ундан жигарнинг пастки, юқориги ва орқа юзасига йўналувчи йирик ва майда тармоқлар чиқади. Бошқа ҳолларда бирдан хар хил йўналишдаги тармоқлар чиқади. Дарвоза венанинг чап тармоғи жигарнинг чап булагининг юқори ва пастки юзасига тармоқланади, бу тармоқдан квадрат ва дум булагига тармоқ келади. Жигарга тармоқланган дарвоза венанинг асосий устуни нудан пастроқда весцерал юзада ётади. Веноз кон оқимида жигар веналари, *vv. hepaticae*, диафрагма тешигига яқинроқ жойда пастки ковак венага қуйилади. Айрим ҳолларда унги булмачага жигар веналарининг мустақил қуйилиши кузатилади (М. А. Тихомиров).

Жигарнинг доимий веналари тўртта бўлади: унги, урта, чап, ва думсимон булагига венаси. Унги жигар венаси йирикроқ булиб унинг диаметри 1,5—2,5 см га ётади. У диафрагма тешиги остида пастки ковак венанинг олдинги деворига қуйилади. Чапдан худди шундай сатҳда чап жигар венаси қуйилади, унинг диаметри унгига нисбатан кичикроқ (0,5—1 см). Купчилик ҳолатларда чап ва урта жигар веналари умумий устунда пастки ковак венага қуйилади. Думсимон булакнинг венаси диаметри 0,3—0,4 см. Унинг қуйилиш жойи чап жигар венасининг қуйилиш жойидан 3—4 см пастда жойлашади. Унги жигар венаси конни унги булакдан, чапи — чап ва квадрат булагидан, уртаси — жигарнинг ҳамма қисмидан ва думсимон қисми — номдош қисмдан олади.

Тўртта доимий жигар венаси, пастки ковак венанинг олдинги деворига хар хил сатҳларда диаметри 0,1—0,3 см гача булган майда веналар қуйилади. Дарвоза венанинг жигар ичи тармоқланишига асосланган ҳолда, жигарда ўт йуллари ва жигар веналарининг иккита функционал асосланган қисмлари фарқланади: унги ва чап. Буларнинг чегарасида буйламасига ўтувчи урта жигар венаси чизиғи булади [Райфершайд (*Reiferscheid*)]. Жигарнинг иккала булагига ўз навбатида алоҳида сегментларга булинади. бундай сегментларни Райфершайд жигарнинг хар бир булагини тўртта сегментга ажратади: уртароқ юқори, уртароқ паст, ташқи юқори ва ташқи пастки.

Лимфа системаси.

Жигарнинг лимфатик томирлари юзаки ва чуқурга бўлинади. Чуқур томирлар уз навбатида кирувчи ва тушувчи булади. Биринчи навбатда жигарнинг орқа юзаси бўйлаб жигар веналари буйламасига йўналади; жигарнинг юқори юзасидан лимфани йиғувчи юзаки томирлар билан бирга, улар кукрак лимфа тугунларига боради. Бу томирлар уз йулларида диафрагмани тешади ёки ёриқ ва тешик (*hiatus aorticus, foramen v. Cavae* ва бошқ.) орқали ўтади. Кукрак бушлиғига жигар лимфа томирлари ковурағалараро, диафрагма (перикардга яқинроқ) ва орқа туш (ошқозонга яқинроқ) лимфа тугунлари орқали қуйилади (Д. А. Жанов). Пастга тушувчи лимфа томирлари дарвоза венаси, жигар артерияси ва ут йуллари да буйламасига йўналади. Улар юзаки лимфа томирлари билан биргаликда жигарнинг пастки булагига хусусий ва умумий жигар артерияси, чап ошқозон артерияси, шунингдек аортани ва пастки ковак венани ураб турувчи тугунларда жойлашган жигар лимфа тугунларига йўналади. Лимфа томирларидан олувчи бу тугунлар номдош артериянинг атрофида жойлашган туткич тугунларга боради. (Д. А. Жанов).

Иннервация.

Жигарни сайёр нерв, туткич нерв ва унги диафрагмал нерв иннервация килади. Қизилўнгачнинг пастки бўлимида унги ва чап сайёр нервлар қизилўнгачнинг пастки юзаси билан мос келувчи олдинги ва орқа сайёр устунларини ҳосил килади. Олдинги сайёр устунидан жигарнинг чап булагига ва дарвозасига борувчи жигар-ошқозон бойлами

таркибида йўналувчи жигар тармоқлари чиқади. Орқа сайёр устуни тутқич чигалига тармоқ беради. Ҳосил бўлган бу чигалдан умумий ва хусусий жигар артерияси, дарвоза венаси ва ут йулларига борувчи жигар-ун икки бармоқ ичак бойламига йўналади. Тутқич чигалидан чикувчи жигар-ун икки бармоқ ичак бойлами тармоғи шунингдек олдинги сайёр устуни жигар тармоғи қушилиб олдинги ва орқа жигар чигалини ҳосил қилади, булар орасида кўп миқдорда тармоқлар вужудга келтиради.(расм). Олдинги жигар чигали жигар паренхимасига борувчи унги ва чап жигар артериялари билан йўналувчи иккита нерв тутамини ҳосил қилади. Орқа чигал орқа ва жигар дарвозасига яқинроқ дарвоза венасига ётади, дарвоза венаси ва жигар йуллари орасида жойлашади, кейин унинг тармоқлари жигарга йўналади.

Сариклик синдроми билан кечувчи жигар касалликлари патогенези.

Жигар абсцесси патогенези. Абсцес патогенези экзо- ёки эндоген инфекцион агентларни кириш йўлини белгилаб беради. Қон ва лимфа эндоген инфисирланишини ҳосил бўлишида асосий рол ўйнайди. Инфекция қўшни ва узоқдаги органлардан тарқалиши мумкин. Йирингли яллиғланиш-хар қандай локализациядаги абсцеснинг умумий патогенетик механизми. Қатор ҳолатларда некроздан некротик масса ажралади, кейин у тўқималар еришигани олиб келади. Хамма абсцеслар учун йирингни ўраб олувчи қобикни бўлиши характерли. Бу тўқималарда яллиғланиш ўчоғини ўралишини ҳосил қилади. Ички девор абсцес бўшлиғига қараган ва экссудат ишлаб чиқарадиган грануляцион тўқимани йирингли-некротик жараёндан ажратиб туради. Абсцеснинг ривожланиш механизмида организмнинг специфик ва носпецифик жавобига ҳам боғлиқ. Абсцес турли локализацияларда кечиши мумкин, ташқарига ёрилиши (тери ости абсцеси, мушак абсцеси, мастит, парапроктит): ичкарига ёрилиши (қорин бўшлиғига, плевра бўшлиғига, бўғим бўшлиғига): ички органларга (ичак, меъда, сийдик пуфаги, бронх бўшлиқларига) ёрилиши мумкин. Яхши ҳолатларда абсцес бўшлиғининг тўлиқ бўшашида сўрилиб фиброзга учрайди. Агар бўшлиқ тўлиқ бўшамаса, дренажлаш тўлиқ амалга оширилмаса суриккали жараёнга ўтади. Бу ҳолатда узоқ вақт битмайдиган оқмалар ҳосил бўлади. Йирингинг бўшлиққа очилишида тарқалган йирингли жараён (перитонит, плеврит, перикардит, менингит, артрит ва х.к) оғир оқибатларга олиб келади. Йирингли жигар абсцеси патогенезида қорин бўшлиғи азоларидаги (яралли колит, аппендицит, перитонит ёки ўт йуллари (холангит, ўт йуллари паразитар зарарланиши) яллиғланиш ўчоқларидан дарвоза венаси орқали инфекциялар метастази асосий рол ўйнайди.

Жигар циррози патогенези.

Жигар генезида муҳим фактор-гепатоцитлар зарарланиши (некрози), тўғридан тўғри алкогольнинг токсик таъсири, бундан ташқари аутоиммун жараён натижасида юзага келади. Организм тўқимасига имуноситлар сенсбилизатсияси-цирроз патогенезида ҳам муҳим ўрин эгаллайди, бу ҳолат гепатит В, С ва D билан зарарланган беморларда кузатилади. Аутоиммун реакция учун нишон бўлиб жигар липопротед ҳисобланади. Димланиш билан боғлиқ жигар циррозида асосий патогенези фактори-гепатоцитлар некрози, гипоксия ва веноз диъланиш билан боғлиқ. Патологик ривожланишнинг кейинги ривожланиш босқичи: портал гипертензия-жигар ичи ёки жигар ташқариси портал томирлар обструкцияси билан боғлиқ. Портал гипертензия ўз ўрнида портаковал шунтлаш юзага келиб спленомегалия ва ацит шакилланади. Спленомегалия билан тромбоцитопения (талокда қон пластинкацидеролланишининг кучайиши), лейкопения, анемия, (эритроцитлар ошган гемолизи) боғлиқ. Асцит диафрагма харакатини чеклайди, (ўпка ателектази, пневмония хавфи) гастроэзофагал рефлюкс пептик эрозиялар билан яралар ва қизилўнғач веналардан қон кетиш, чурралар бактериал перитонит, гепаторенал синдром бўлади. Жигар циррози билан зарарланган беморларда энцефалопатия кузатилади. бирламчи билар цирроз ривожланишида имунорегуляциянинг генетик бузилиши билан боғлиқ. Дастлабки ўзгаришларга билар эпителий деструкция, кейин каналчалар некрози ва кечки босқичларда улар пролиферацияси яни ўт экскретцияси бузилиши, эпителийнинг лимфоцитар, плазматик

хужайралар, макрофаглар инфилтратцияси ривожланади. Касалликнинг ривожланишида 4-босқич: сурункали йирингсиз деструктив холангит, ўт йўллари деструкцияси билан дуктуляр пролифератция, ўт йўллари чандикланиб торайиши ва крупоз цирроз холестаза билан кечиши.

Жигар непаразитар кистаси патогенези.

Ўт йўллари эпителийси секретсияси натижасида ёпилиб қолади ва натижада киста бўшлиғига суяқлик йиғилади. Киста жигарнинг чап бўлаги ёки ўнг олдинги пастки бўлагиде кўп учрайди.

Жигар

эхинококкози патологик анатомияси ва патогенези.

Паразит тухумлари одам меъда-ичак трактига тушгач хазм ферментлари тасирида ташқи қобилини йўқотади ва онкоцфера ошқозон ёки ичак шиллиқ қаватига илмоқчалари ёрдами билан ёпишади. У ердан веноз қони ёки лимфа орқали портал системага ва жигарга боради. Онкоцфера жигар капилярларидан, пастки ковак вена орқали, юрак ўнг бўшлиғига ундан кичик қон айланиш доирасига, ўпкага тушади. Онкоцферанинг озроқ қисми артериовеноз анастомоз орқали катта қон айланиш доирасига тушади ва одам организмининг хар қандай тўқима ва одам организмининг хар қандай тўқима ва органларига бориб жойлашади. Онкоцфера тўқималарда 5 ойда личинкага айланади. Эхинококк кистаси диаметри 5-20 мм га етади. Унинг ривожланиши қандай тўқимада жойлашишига боғлиқ. Жигар ва суяк тўқимасига қараганда ўпка тўқимасида паразитар киста тез ўсади. Модда алмашинуви организм сенсibiliзатсиясида катта рол ўйнайди, интокция (холсизлик, иш қобилиятини пасайиши) ва аллергик реакция чақиради. Лейкоцит тўлиқ ёрилиб ичидаги махсулот қорин бўшлиғига, плеврал бўшлиғига, шунингдек бронхга, жигар бўшлиғига йирик томирларга, кам холларда оғир анафилактик шок, бошқа орган ва тўқималарга тарқалиши ва иккиламчи эхинококкозга сабаб бўлади. Эхинококк кистаси ўсишида тўқиманинг механик тасири муҳим рол ўйнайди, тўқималар атрофиясига олиб келади ва бир неча ларвосит бир вақтда уни деформацияси аниқ кўриниб туради. Эхинококк кистаси юмалоқ шакилли ва зич рангсиз фиброз капсула билан ўралган, зарарланган органга боғлиқ бўлмаган, мустахам тўқима билан ўралган бўлиши мумкин. Жигар абцесси-микроб флораси ёки паразитлар организмга кириши натижасида жигар паренхимасида деструкция фониде чегара билан ўралган йирингни пайдо бўлиши. Кўзгатувчининг харакатига қараб абсцесслар бактериал ва паразитар (амёбали)га ажралади. Кўпгина мамлакатларда диагностика ва давонинг яхшиланиши кейинги вақтларда жигар абсцесини учраш частотасини 5-10 мартага қисқартирди. Европа ва шимолий Америка давлатларида бактериал абсцес кўп учрайди. Иссиқ иқлимли мамлакатларда (Осиё, Африка, Жанубий Америка) қариб 90% беморларда паразитар абсцес учрайди. СНГ давлатларида ўхшаш моилликлар кўриниб туради. Ўртача холатларда Россия федерацияси европа худудидаги қисмида бактериал абсцес кўп учрайди, ўша пайтдаги Кавказортида, Ўрта осиеда, Қазақистоннинг жанубий туманларида ва Шарқий Сибиринг бир қанча туманларида паразитар абсцесслар учрайди. Инфекцион бактериал абсцесслар кириш йўлига қараб гематоген (портал ва артериал), холангиоген, контакт, пострамати (ишемик) ва криптоген турларга бўлинади. Айрим холларда иккиламчи абсцессларни непаразитар ва эхинококк киста гуруҳларига бўлиш мақсадга мувофиқ, яхши ва ёмон сифатли жигар ўсмаларини порчаланиши сил ва сифилис гранулёмага қараганда ўчоқ кам парчланади. Кам холларда гематоген инфисирланиш жигар артериялари орқали септик эндокардит ёки бошқа хар қандай турдаги сепсисни келтириб чиқаради. Инфекцияни тарқалишида холангиоген йўл асосий ахамиятга эга [Bergamini T. M. et al., 1987]. Кўпкина кузатишларда ўт тош касаллиги ва унинг асорати (холедохолитияз, катта дуоденал сўрғич стенози) ўткир йирингли холангит ва механик сариқликка сабаб бўлади. Кам холларда холангиоген абсцесга сариқлик фониде ошқозон ости беши ўсмаси ёки жигаричи ўт йўллари ўсмалари сабаб бўлади. Кейинги йилларда холангиоген жигар абцесси билан беморлар сони ошмоқда. Жуда кам холларда холангиоген абсцес ривожланишига бир қанча турдаги

паразитларни (асосан аскаридоз, опистархоз, фасциолёз) ўт йўлларига миграцияси сабаб бўлади. Беморларда бактериал абсцессни асосий тарқалиш йўли гематоген йўл билан тарқалишидир. Бунда беморларни қатта қисмида жигар инфисирланиши дарвоза венаси орқали ўткир деструктив апендицит, НЯК, асоратланган кўндаланг ичак дивертикулити, деструктив панкреотит ёки номалум этиологияли тарқалган йирингли перитонит фониде кечади. Инфекцияни контакт йўли билан жигар тўқимасига кириши ўт қопи эмпиемаси ва гастродуоденал яралар, жигарни очик травматик жарохотланиши ва номалум этиологияли диафрагма ости абсцессларида кузатилади. Қорин бўшлиғи ёпиқ травмаладан кейин посттравматик абсцесслар кузатилади. Бу ҳолатда капсулаости ёки интрапаранхиматоз гематома инфисирланиши ва йиринглаши, бошқа ҳолатларда жигар тўқимаси некрози ва уни контузияси кузатилади. Бу микроб флораси зарарланган майдонга биляр ёки гематоген йўл билан киради. Бактериал абсцесс кўзгатувчилари айниқса ичак таёқчаси, стафилококк, стрептококк ёки уларни асосатцияси ҳисобланади. Бази бир ҳолатларда ажралган йиринг таркибида микроблар аниқланмайди (стерил йиринг). Жигар абсцесси билан беморларга инфекцияни артериял йўл билан тарқалишида, асосан стафилакокк ва стрептококк бўлади. Охириги йилларда жигар абсцессини 30-45% беморларида анаэроб микрофлора сақлайди, бунда грамманфий бактериялар группаси устинлик қилади (портал, холангиоген ва контакт йўл билан инфекцияларни кириши. Шу ўринда айтиб ўтиш жоиски, ҳозирги вақтда специфик методларни яратилиши анаэроб микрофлорани учраш частотаси юқорилигини кўрсатади. Паразитар (амёбали) абсцессга жигар тўқималари зарарланишида содда микроорганизмлар сабаб бўлади. Амёба йўғон ичак шиллиқ ости қаватидан вена томирлари орқали портал венага миграция қилади. Бундай қон орқали улар жигарга кириб, солитар ёки кўплаб (кам ҳолларда) абсцесслар ҳосил қилиши билан некроз ўчоқларини ҳосил қилади. Шуни айтиш керакки, бир қанча беморларни паразитар абсцесс таркибидан микрофлора топилади (колибактериякўп учрайди), фақат бази беморлардагина абсцесс таркибида фақат амёба учрайди. Йирингли бўшлиқ деворида тез-тез паразитлар аниқланади. Ичак амёбиязида жигар амёбияз абсцесси учраши 1-25% орасида бўлади. касаллик асосий учраш частотаси 20-40 ёшда, эркакларда 5-7 марта кўп учрайди аёлларга қараганда. Бактериал абсцесснинг клиник намоён бўлиши уларнинг сонига, ҳажмига, локализатсиясига, бирламчи касаллик характеристикасига, жигаричи касаллик сабабига боғлиқ. Йирик солитар абсцесс учун (жигар ўнг юўлагида жойлашганда) учлик симптоми характерли: ўнг қобирға остида оғриқ, гипертермия, гепатомегалия. Оғриқ доимий характерга эга, базан қорин юқори ўнг квадрантида оғирлик ҳисси ёки ёт жисм сезгиси бўлади. Қорин паретал девори яллиғланиш реакцияси билан боғлиқ бўлмаганда, одатда бемор оғриқ локализатциясини белгилаб беради. Йирингли бўшлиқ субсероз жойлашганда нафас олганда ёки тана ҳолатини ўзгартирганда оғриқ кучайиши характерли. Абсцесс диафрагма остида жойлашганда оғриқ ўнг елкага, куракка ва ўмров остига иррадиацияланади. Махаллий оғриқ сезгисидан ташқари, одатда доимий ёки иттирмиттирловчи фебрил (38 °С ва ундан юқори) гипертермия жуда тез учрайди. Массив антибактериал терапия фониде, абсцесснинг ривожланиш сабабини кўрсатадиган асосий яллиғланиш касаллигини, температура реакцияси яққол ривожланмаслиги мумкин. Деярли ярим беморларда гипертермия қалтраш ва қаттиқ титраш билан кечади. Бу белгилар инфекцияни холангиоген ва портал тарқалиши натижасида, абсцесс билан беморларни асосий белгиси сифатида содир бўлади. Жигарни бактериал абсцессиде жуда кўп беморларда учрайдиган доимий симптомлардан бири, яққол ривожланган умумий ҳолсизлик ва лоҳаслик. Жуда кам беморларда диспептик бузилишлар: иштаха пасайиши, кўнгил айниши, кам қайт қилиш, ҳамда озиш кузатилади. Сариклик солитар абсцессда кам учрайди ва одатда жигарни токсик зарарланишида ёки йирик магистрал йирингни ва ўт йўлларини босилиши натижасида учрайди. Амалиётда сариклик ҳамма беморларда холангиоген абсцесс паренхиматоз характерга ега. Кам ҳолларда ўткир дарвоза венаси фониде портал гипертензия натижасида ацит ва гипертензия кузатилади. Тахминан 15%

беморларда ўпка симптоми билан намоён бўлади:йўтал кам шиллиқ балғамли(базан қон аралаш),хансираш,кўкрак қафасида оғриқ,жигарни тезда катталашига алоқадор ўпка тўқимаси ва реактив пневмония ёки пневмонит.Кўп беморларда обектив текширувлар натижасида гепатомегалия кузатилади,жигар пастки бўлаги палпатсияда оғриқли бўлади. Базан жигарни катталашиши жуда ахамиятлик бўлиши мумкин,у холда ўнг қобирға равоғи ишиши натижасида қорин олд деворида ациметрия кузатилади. Базан текширувда кўкрак қафаси пастки ўнг ярми кенгайганлиги аниқланади,нафас олишда иштирок этмайди. Беморларда перкуссияда жигарнинг юқори қисми кенгайганлиги ,бу ўнг ўпкани юқорига силжитилади,ўпканинг пастки бўлагиди перкутор товуш қисқаради. Бу ерда суст нафас ва қуруқ шовқин эшитилади. Бир қанча беморларда ўнг қобирға равоғи остида қорин олд деворини мускулларини тортишиши аниқланади,бу қорин парда зарарланганини билдиради. Йирингли бўшлиқ жигарни ўнг бўлагиди юза жойлашганда (субсероз) қобирға остида абсцесс проекциясида локал оғриқ аниқланади(симптом Крюкова). Жигар бактериал абсцессни кўп учрайдиган асоратларидан йирингли бўшлиқни ёрилиб,қорин бўшлиғига ёки диафрагма абсцессга олиб келишидир. Анчагина холатларда йирингли бўшлиқни ғовак органларга ёрилиши (меъда,кўндаланг ичак),бу холатда бемор ахволи яхшиланади,оғриқ камайиши,тана харорати камайиши кузатилади. Абсцесс бўшлиғини қўшимча ичак флораси билан инфисирланиши жигар абсцессни махаллий ва умумий симптомларини келтириб чиқаради. Йирингли ажралмани плевра бўшлиғига ёрилиши ўткир плевра эмпиемасига ,бир неча холатларда бронхобилиярно оқмаларга ,бу эса иккиламчи ўпка абсцессга олиб келади. Хамма асоратлар одатда жигарнинг йирик абсцесси билан зарарланган беморларда кузатилади.Амёбали абсцессни клиник намоён бўлиши жигарнинг бактериял абсцесси билан бир хил. Амёбали абсцесс учун яхши сифатли кечиши характерли ,секин-асталик билан озғинлик кузатилади,температура реакцияси камаяди. Паразитар абсцессни иккиламчи инфисирланганда касалликнинг обектив ва субектив белгилари юзага келади.амёбали дизентериядан кейин жигар зарарланиши аломатлари 2-6 ой,кам холатларда бир неча йилга чўзилиши мумкин. Базан амёбали дизентерия симптомсиз кечиши мумкин. Паразитар инвазияни биринчи намоён бўлиши амёбали гепатит ёки абсцесс ривожланганда юзага келади.Паразитар абсцессни махаллий симптомлари ва асоратлари жигарнинг бактериал абсцесси билан зарарланган беморларники билан бир-хил.

Диагностикаси, дифференциал диагностикаси.

Бактериал ва амёбали жигар абсцессга чалинган беморлар умумий қон анализида яққол анемия,лейкоцитоз лейкоцитар формулани чапга силжиши билан,ЭЧТ ошиши кузатилади. Биохимик кўрсаткичлари жигарнинг функционал холатига боғлиқ холда нормада бўлади. Беморларда йирик ва кўп сонли абсцесс бўлганда қонда билурибин миқдори юқори бўлади. 50-80% беморларда аминотрансфераза активлиги сезиларли ошади. Бир неча беморларда (ацосан ёшларда) вит В 12 миқдори ошади,бу жигар паренхимаси некрози хисобига юз беради. Абсцессни септик даврида қонни бакпосев текшириш диагностика ва даволашда муҳим рол ўйнайди.

Инструментал текширишлар орасида гепатосканирлаш,УЗИ,КТ,ва ангиография асосий усуллардир. Ўнг кенг тарқлган усул УЗИ дир. Гепатосканирлаш жигар абсцесслари диагностикасиде 75-80% информативликка эга. Бу текшириш методи абсцессдан бошқа ўчоқли жараёнларни ажрата олмайди,шунинг учун бу методни диагностикада роли катта эмас. Ўнг информатив усул УЗИ ва КТ,беморларга 85-90% тўғри ташхис қўйишга ёрдам беради. Охирги метод касалликка ташхис қўйишда касаллик даражасини аниқлаб бередди. Жигарни ўчоқли зарарланишидаҳозирда танлов методи КТ хисобланади, шу жумладан жигар абсцесси учун хам. Жигар абсцесси КТ да жигар тўқимасида юмалоқ ёки овал шаклдаги деструктив, аниқ чегарали четлари нотекис хосила аниқланади. Нисбий ренген

зичлик абсцесс бўшлиғида 15 дан 30 усл.ед. ,жигар нормал тўқимасидан кам. (тахминан 56 усл. ед.).

Тахмнан беморларнинг ярмида ренгенографияда кўкрак бўшлиғида ўзгаришни аниқлаш мумкин. Кўп оғир холатларда ўнг диафрагма гумбазига,ўнг плеврал майдонда йиринг ,ателектаз ва ўнг ўпка базал сигментида пневмония аниқланади. [Алиев В. М., 1985].

Бу симптомлар абсцесс учун патогномик бўлмайди, шунчалик жигар тўқимасида ўткир яллиғланиш кам эмас.

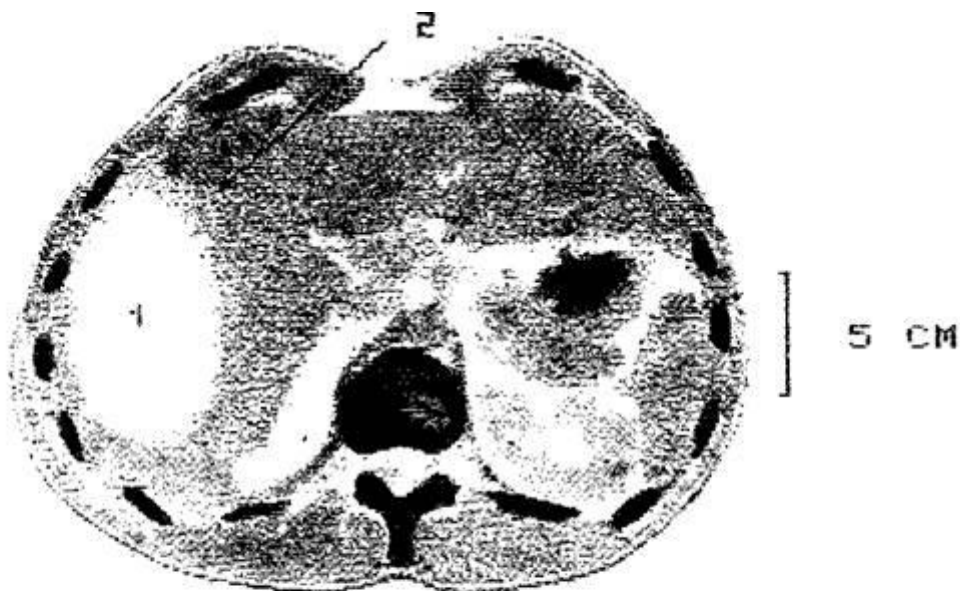


Рис. 33. Абсцесс печени (наблюдение Н. И. Кузина). Компьютерная томограмма.

Печень увеличена в размерах. В наружных отделах правой доли имеется образование овальной формы пониженной плотности (до 7 Н) размером 7×4 см (1), окруженное более плотным ободком (2).

Фақат бази беморлар ренгенографиясида жигарда горизантал сатхдаги суюқлик ва газли бўшлиқ учраши мумкин. Бу симптом жигарни бактериал абсцесси билан оғриган беморлар учун характерли, касалликни паразитр турида учрамайди. Баъзи холатларда бактериал ва амёба абсцесси дифференциал диагностикаси клиникасига қараб аниқлаш етарлича қийинлик туғдиради. Бундай холатларда касалликни анмнезини йиғиш(яшаган минтақаси, амёбияз эндемияси, амебали дизентерия билан оғригани) муҳим рол ўйнайди, яна амёбиязга серологик проба(латекс-агглютинация, гемагглютинация), амалиётда паразитар абсцесс билан оғриган ҳамма беморларда мусбот бўлади. Оғир холларда дифференциал диагностикага охириги метод абсцесс бўшлиғини УЗИ ёки КТ ёрдамида пункция қилиш ва оленган материални бактериологик текшириш.

Даволаш.

Жигар бактериал абсцессини комплекс даволанади. Асосий компонент антибиотикотерапиядир. Бунинг учун кенг таъсир спекторли препаратлар қўлланилади, бу ҳам аэроб ҳам анаэроб микрофлорага тасир қилади [Kandel С, 1984]. Бу холатда энг эффектив антибиотиклар цефалоспоринларни иккинчи (цефокситин) ва учинчи (цефотаксим, моксалактам) авлотлари хисобланади. Метранидазол группасини тайинлаш жуда фойдали, анаэроб бактерияларга танлаб тасир қилади, минимал ножўя тасир ва абсцесс бўшлиғига яхши ўтади. Жигарни бактериал абсцессини узоқ вақтлардан бери асосий даволаш методи хирургик усул

хисобланади, бунда лапаратомия кесмаси орқали йирингди бўшлиққа кесибкирилади ва дренажланади. Бундай холатларда ўлим даражаси 20-30% ни ташкил қилади, асоратлар (йирингри қорин ёки плевра бўшлиғига ёрилиши) икки баробар ошади. Кейинги вақтларда жигар бактериал абсцессри асосий даволаш методи тери орқали УЗИ ва КТ контролида йирингли бўшлиққа кирибпункция қилиш [Кузин М. И. и др., 1986; Von T. Nau, Hartmann E., 1987]. Бу метод нафақат йирингни эвакуациясида, балки кўзгатувчининг антибиотикларга сезувчанлигини аниқлашга ёрдам беради. Одатда ўлим кўрсаткичи 1-5% ни ташкил қилади (касаллик яхши сифатли кечади). Агар қорин бўшлиғидаги инфекция ўчоғи йўқолмаса, бу аператив даволашга кўрсатма хисобланади, абсцессни транспаретал пункциясида йиринг мустақил ажралиши мумкин ва жигар абсцессларида кам травматик метод хисобланади. Шунингдек, йирингли бўшлиққа интраоператцион дренаж қўйиш мумкин. Жуда кўплаб майда абсцессларда (холоноген даврда) одатда дренаж қилишни имкони бўлмайди. Бундай холатларда энг тўғри йўл актив антибиотикотерапия хисобланади, ташқи дренажланиши билан жигар ўт йўллари йўқлиги йирингли холангитни ликвидациясига йўналтирилади. Асоратсиз амёбали абсцессларни асосий давоси медикаментоз хисобланади. Буринг учун одатда эмитин, хлорохин ва метронидазол группа препаратлари (флагил, метродгил) қўлланилади. Интенсив даво кўп беморларга яхши ёрдам беради. Абсцессни транспаретал пункциясига кўрсатма, фақат бактериял ва амёбали абсцессни клиник кўринишига қараб аниқлаб бўлмаганда ўтказилади. Механик сарикликда асорат бўлганда (абсцессни қорин ёки кўкрак бўшлиғига ёрилишида) медикаментоз давондан натижа бўлмаганда, оператив даво қилинади. Ўртача оператциядан кейинги ўлим кўрсаткичи, режали давони 7-10% ни ташкил қилади, асорат кузатилганда бу кўрсаткич янада ошади. 20-40% ва ундан кўп даражагача ошади. Жигар абсцессни профилактикасида ички орган касалликларини замонавий аниқлаш ва ташхислашга, абсцесс сабабини йўқотишга боғлиқ.

Жигарнинг нопаразитар кисталари.

Жигарнинг нопаразитар кисталари ҳақидаги биринчи малумотлар XIX аср ўрталарида келтирилган. Ҳозирги замонавий манбаларга кўра жигарнинг нопаразитар кисталари (синоними: ҳақиқий, туғма, оддий, эпителияль) эмбрионнинг ривожланиш даврида жигаричи ўт йўлларида серроз суюқлик ажралиши натижасида ҳосил бўлади.

Классификацияси.

1925-йилда Б.Е. Линберг жигар нопаразитар кисталарини 6 та группасини ёзган: ҳақиқий, сохта, ретенцион, дермоит, жигар атрофи ва томирли (гемангиома, лимфангиома). S.W. Henson (1956) туғма (солитар поликистоз) травматик, яллиғланишли ва неопластик кисталарга таснифлади. Клиник амалиётда энг кўп қўлланиладиган тасниф Петровскийни (1972) таснифидир:

Жигар поликистоз касаллиги

I. Жигар поликистоз касаллиги (фақат жигар поликистози, буйрак ва бошқа озолар поликистози).

II. Жигарнинг солитар ва ҳақиқий кисталари (оддий солитар, кўп камерали цистаденома, дермоит ва ретенцион киста).

III. Жигарнинг сохта кисталари (травматик ва яллиғланишли).

IV. Жигар атрофи кисталари

V. Жигар поликистаси.

К.Ершова (1999) таснифи бўйича нопаразитар кисталарклиник симтомлари бор ёки йўқлигига кўра,ўлчамлари бўйича5 группага бўлинган: катта(5 см дан катта),кичкина(3-5см),майда(3 см гача). Ўсиш динамикаси бўйича(ўлчамлари ўзгармайдиган,тез ўсадиганларга);тарқалганлиги бўйича(якка,кўп,жигар поликистози), жойлашиши бўйича(жигар сигмертлари,булаклари ва пайлари) кўрсатилади. Лекин бази катта ва гигарт кисталар ташхис қўйишга ва таққослама ташхисга варацционал даволаштактикасини танлашгахалақит беради. (Д.Вишняков, 2003; W.C.Вlonski et al., 2006). Жигарнинг туғма кисталари якка,кўп ва поликистоз,бошқа азоларга айникса буйраккакистозтрансформатция кўринишида бўлади. Болалар иа ўсмирлар кистасини сабабини аниқлаш қийинчиликтуғдирадио(3-4 см гача). Кейинчалик киста ўсиши тезлашадива биринчиклиник шикоятлар40-50 ёшда бўлади,кўпинча аёлларда бўлади. Кистани 7-10 см дан катталашиши киста ичига қон кетиши,ўт ажралиши,кистанинг ичи инфекцияланиши ва йиринглаши,киста бўшлиғига қон кетиши билан асоратланиши мумкин. Асоратларнинг бошқа турларига киста катталашиб жигар паренхимасини сиқиб жигар бошқа қисмини компенсатор гипертрофиясига олиб келади ва гепатомегалияга олиб келади. Жигар поликистоз касаллиги этиологияси ўрганганда PKD1, PKD2 ва kinase C substrate 80K-H (PRKCSH) оқсили мутацияси жигар поликистозини буйрак поликистозига трансформатциясига олиб келишини аниқлаш мумкин. Жигар поликистози ривожланиши сабабли туғма поликистозини генетик усулда аниқлаш мумкин (G.T.Everson, 2004). Ўтган асрнинг 70-йилларида жигар кистазиниулиמידан кейин аниқлаш 0,15-1,86% ташкил этади. Хозирги кунда жигарнинг соф кистасини аниқлаш 4-7% га етади. Бунга УТТ ва КТ ёрдам беради.

Диагностика.

Инструментал текширувлар қилинишидан авал касалликни симтомларига таяниб қолмаслик керак,айникса киста катталиги 97-119 мм ва 120-260 мм хажми 400 дан 999 гача ва1000 дан5500 гача бўлган 85% золларда яққол клиник кўрсатмалар бўлади. Шунини хисобга олиб чап бўлмачадаги катта кисталар қобирға ёйи асосида оғриқ ёки эпигастрал сохадаги тез тушиш симтомлари жигар,ўт қопи,меъда ости бези,меъда,ичак касалликлари аломатлари бўлиши мумкин. Бу касалликларда холсизлик,озиш,қорин айланаси катталашиши,тери сариқлиги,харорат ошиши,хансираш пойдо бўлганлиги хақида маълумотлар беради. Жигар хажмли касалликлари текшириш босқичлари:



Жигар кисталари диагностик комплекси ичида УТТ текшируви биринчи ўринда туради,бу жуда кенг тарқалган ва аниқ маълумот берадиган,ноинвазив усулдир. Хирургик даволаш ва текширув натижасида учта ултратовуш критериялари аниқланади,кистани тўлиқ ва гигант ўлчами,сифатини йўқотганлиги,касаллик ўзаги. Биринчи вариантда (асоратсиз кечишида) УТТ текширувини 50% холларда классик картина:анэхоген таркибли,ингичка қобик,тўғри юмалоқ ва овал шакл аниқланади. Туғма кисталарни 25% юқорида кўрсатилган маълумотдан ўзгарган бўлади. Пунксия қилиб олинган киста махсулоти тиниқ сувсимон кансистенцияли,сарикрок суюқлик. Цитологик текширувларда ривожланган шиллик,якка эритроцитлар,нейтрофил ва эпителий хужайралари кистани ички қобигини қоплаб туради. Кистани асоратланган вариантларида УТТ текшируви ўзгаради,шу томон экзогенлиги ошади ва киста бўшлиғи бир хиллиги йўқолади,девор қалинлиги ошади,тўқима структураси ёки қўшимча мички қобик кўрилади,чўкма хосил қилмайди,майда дисперсли қуйқа хосил қилади. Шу касаллик асоратлари 98-95% га ошиши мумкин. Пункцияда олинган кистоз ичи суюқлигида ,уни ранги ва тиниқлиги ўзгаради. Жигар кисталарини яхши ва ёмон сифатли суюқликли хосилаларини замонавий УТТ,рангли дублекс скайнирлаш,жигарни уч томанлама реконструкцияси ва томирларини аниқлашга йўналтирилган. Жигарни кичкина ва тез катта бўладиган кисталарини поликлинника шароитида аниқланади ва хирургик гепатология бўлимига госпитализатция қилади.

Дифференциальная диагностика:

Гемангиома, ретроперитониал ўсма,ичак ўсмаси,қорин парда ва меъда ости беги ўсмаси,ўт пуфаги истисқоси билан жигар паразитар кисталарини таққослаш мумкин.

Асоратлар:

- киста деворига кон қуйилиши;
- кистанинг йиринглаши;
- киста перфорацияси;
- киста оёқчаларидан айланиб қолиши;

- ёмонсифатлига утиши

Даволаш

Якин кунларгача жигарнинг нопаразитар кисталарини даволашнинг асосий усули факат очик усулдаги операциялар: ё кистани очиш (фенестрация), ё жигарнинг йирик ёки куплаб кушилган кисталар билан зарарланган булагини олиб ташлаш булган. Асосан ультратовуш текшируви билан ташхисланадиган жигарнинг чин кисталари учраш сони ошиши, бошка бир канча енгилрок, кам травматик хамда эффектив булган хирургик технологияларни излашга олиб келди. 70 – йилларнинг урталарига келиб жаррохларнинг жигар кисталарини даволаш тактикасига пункциялаш йули билан ёпик склерозлаш усули кириб кела бошлади. Буни кетидан тезлик билан ривожланаётган йуналиш – эндоскопик хирургия киста пардалари кисталарини склерозловчи технологияларни куллаб олибташлаш имкониятларини курсатиб берди. Жигар паренхимасида чуқур жойлашган кисталарга кириш ультратовуш лапароскопияси текшируви оркали амалга оширилган. Хозирги кунда бу усулларнинг барчаси тугма жигар кисталарида кулланиб келинмокда (табийий равишда катъий курсатмаларга риоя килган холда).

Оператив даволаш.

Жигар поликистози билан огриган беморларда хирургик даволашга курсатмани ва жаррохлик аралашуви хажми хамда характерини танлашда кистанинг катталиги, локализацияси, асоратлар, ёндош касалликлар бор ёки йуқлигини курсатувчи дифференциаллашган тактикани куллаш лозим. Жигар кисталарида барча жаррохлик аралашувлари куйидаги турларга булинади:

- **радикал**

- **шартли радикал**

- **паллиатив**

Жигар поликистозиди радикал операция булиб жигар трансплантацияси хисобланади.

Шартли радикал операциялар.

- кистани пардалари билан биргаликда олиб ташлаш;
- жигар зарарланган кисти резекцияси;
- киста деворини лапароскопик кесиб оли ташлаш (домэктомия);

Паллиатив операциялар.

- кистани очиш ва бушатиш;
- киста марсупиализацияси;
- цистозэнтеро- ва цистогастроанастомоз;

Жигар нопаразитар кисталари билан огриган беморларни текшириш ва даволаш натижаларига кура оператив лапароскопик даволашга курсатмалар куйидагича таснифланади:

1. Абсолют:

- йиринглаш;
- кистани ёрилиши;
- кон кетиши;

2. Шартли абсолют:

- хохлаган локализациядаги гигант киста (диам. 10 смдан катта).
- жигар дарвозаларида марказий жойлашган кисталар (биллиар трактни эзиши ва/ёки портал гипертензия келтириб чикариш).
- клиник белгиларнинг яккол намоён булиши билан кечувчи кисталар (ковурга остиди домий огриклар, диспептик белгилар, озиш ва б.).

3. Нисбий:

- катта улчамли кисталар (диам. 3 дан 10 смгача);

- III – IV сегментларнинг изоляцияланган кисталари;

- ноэффектив пункцион даволаш методлари натижасида рецидивланган киста.

4. Диаметри 3 смгача булган кисталар диспансер назоратида булади.

Юкоридаги классификацияни ишлатиш жигар кисталарини лапароскопик жаррохлик усулида даволашга булган курсатма ва карши курсатмаларни аникрок курсатиб беради ва унинг натижаларини яхшилаиди.

Эхинококкоз – энг огир паразитар касалликлардан бири хисобланади. Ривожланишида хар доим кисталар хосил килади. Касалликнинг кузгатувчиси итларда паразитлик килувчи – *Echinococcus granulosus*. Паразитнинг оралик хужайини одамлар ва кишлок хужалиги хайвонлари хисобланади. Паразит одамга итни силаганда, зарарланган сабзавотларни истъемол килганда юкиши мумкин. Эхинокок тухумидан секинлик билан суюкликка тула пуфак она киста ривожланади. Эхинокок кистаси девори 2 та пардадан ташкил топган: ташки кутикуляр (хитинли) ва ички герминатив. Бу касаллик факатгана Антарктидада топилмаган.

Клиник белгиларининг (унг ковурга ости ва корин уртасидаги, чап ковурга ости сохасидаги огриклар) яккол намоён булмаганлиги касалликни эрта ташхислаш имкониятини кийинлаштиради. Бу холат диагностикада визуал текширув усулларини юкори уринга кутаради: УТТ буборада энг кенг таркалган усуллардан бири хисобланади. Бу усул ёрдамида кичик улчамдаги кисталарни хам аниклаш мумкин. Бундан ташкари жуда кичик улчамдаги кисталарни МРТ ва КТ текширувлари оркали хам аниклаш мумкин.

Эхинококкоз диагностикасида иммунологик усуллар жуда катта ва мухим рол уйнайди. Латекс-аглютинация (РЛА), билвосита гемагглютинация (РНГА), иммунофермент анализ (РИФА, ELISA) реакциялари купрок информатив усуллар хисобланишади. Бу усулар эхинококкоз ва унинг рецидивларини аниклаш имконини беради, карши курсатмаларга эга эмас ва бир неча марта куллаш мумкинлиги билан самарали. Бир вақтнинг узида бир нечта иммунологик тестларни утказиш, ташхислаш имкониятини 80% дан юкори курсаткичларга олиб келади. Эхинококкоз билан огриган беморларни даволашни энг кенг таркалган усули хозирги кунгача анъанавий жаррохлик аралашуви булиб келмоқда. Минимал инвазив жаррохлик аралашувларини хал киладиган мутахасисларнинг асосий вазифалари куйидагича: суюкликни корин бушлигига тушишини олдини олиш билан герметик олиб ташлаш, эхинококк барча элементларининг нобуд булишини кафолатлайдиган кистани кайта ишлаш. Бу усулни куллаш яъни минимал инвазив жаррохлик усули ёрдамида эхинококкоз билан огриган огир ахволдаги беморларни хам даволаш эффективлигини оширади. Эхинококкозни ташхислашда энг самарали усуллар булиб, УТТ ва МРТ хисобланади. Бу текширувлар ёрдамида паразит агрессивлигига бахо бери шва унга карши энг оптимал даво режасини танлаш имконияти мавжуд.

Паразитар кисталар

Эхинококкоз (echinococcus) – цестодалар гурухига кирадиган гельмент, жигар, упка ва бошка орган хамда тукумаларда эхинококк кисталарини хосил килиш билан кечади. Эхинококк купрок Австралия, Янги Зеландия, Жанубий Америка давлатлари, Шимолий Америка, Жанубий Европа мамлакатлари ва Монголияда купрок учрайди. Украина жануби, Шимолий Кавказ, Козокистон, Кавказ орти вохаларда, Молдова, Бурятия, Якутия, Гарбий Сибир ва Узок шаркнинг куп минтакаларида топилади.

Этиологияси: эхинококкознинг кузгатувчиси личинка боскичидаги лентасимон гельмент хисобланади. *E. granulosus* ни хаёт цикли худи альвеокок каби икки хужайинни алмаштириш билан боради. Эхинококк имагинал боскичда ит, бури, шокол каби хайвонларнинг ингичка ичагида паразитлик килади. Улар ок рангли кичик цестода булиб, узунлиги 3,4-6,18 мм, калинлиги 0,47-0,98 мм ни ташкил килади.

E. granulosus бошча, буйинча ва 3-4 та бугимчадан иборат булиб, дастлабки иккита бугими жинссиз, учинчи бугими эса гермофродит жинсий органларга (тухумдон, тухум сариги, уругдон ва бошкалар) эга. Охирги бугимча етилган саналиб, узида 400 дан 800

гача овал шаклдаги тухумлар саклайдиган бачадонга эга. Паразитнинг личинка боскичи – ларвоциста уй хайвонлари (йирик вам айда шохли корамоллар, туя, от, чучка ва б.), ёввойи утхур хайвонлар (лось, бугу ва б.) ҳамда оралик хужайини хисобланган одамларда вегетация келади. Эхинококк кистаси ички генератив ва ташки кутикуляр каватдан тузилган., узида сколекслар сакловчи рангсиз суюклик тутади. Сколекслар асосий хужайинининг ингичка ичагига тушганида жинсий етук боскичга утади, одам ва утхур хайвонлар тукумаларига тушганида (оралик хужайин) эса киста ёрилиши окибатида янги ларвоцисталар хосил булади. Эхинококк кистаси бир неча ммдан 35-40 смгача булиб, бушлигида куплаб киз кисталарини тутади. Эхинококк кистаси атрофида хужайин тукумалари реакцияси натижасида фиброз капсула хосил булади. Бу капсуланинг куп кисмида кальций тузлари утириб, куп холларда охакланишига олиб келади. Эхинококк тухумлари ташки мухит таъсирларига бирмунча чидамли булиб, курук ва нам иклимда -2°C дан 20°C гача хароратда хавода 3 ойдан 6 ойгача хаётий кобилиятини саклаши мумкин.

Эпидемиология

Касаллик манбаи зарарланган хайвонлар: йирткичлар (бури, шокол ва б.), синантроп учокларда – итлар. Эхинококкнинг тухумларга тула етук бугимчалари паразит танасидан узулиб анал тешиги оркали ташки мухитга чиқади ва хайвон юнги, сабзавотлар ва сув хавзаларига тушиб, уларни зарарлайди. Утхур хайвонлар (сигир, бугу, куй, чучка), эхинококк сакловчи фекалиялар билан ифлосланган утларни еб узларига паразитни юктириб оладилар. Бу хайвонларни гуштини, упка ва жигарини истъемол килган хайвонлар узларига яна паразитларни юктириб олишади. Шундай килиб уз хужайинини алмаштирадиган эхинококк учоклари сакланиб бораверади. Одамлар йирткичларнинг терисини кайта ишлаганда, зарарланган итларни силаганда, ювилмаган сабзавотларни истъемол килганда, паразит сакловчи сув хавзаларидан фойдаланганда юктириб олишлари мумкин. Шунинг учун эхинококкоз купрок овчиларда учрайди, чунки улар уз итларини термик ишлов берилмаган овкатлар билан бокишади. Табиий, аралаш ва синантроп учокларнинг куплиги эхинококкоз билан огриган беморларни юкори фоизда булишини таъминлайди.

Иммунитет.

Тургун иммунитет хосил булмайди, шу сабабли кайта юктириш холлари кузатилиши мумкин. Лекин рецидивлар алохида кисталарнинг нотекис усиши ва узок ривожланиши билан кечади. Бир кистанинг усиши бошка ларвоцистанинг усишини тормозлайди деган фикрлар мавжуд.

Клиник манзара.

Касаллик кечиши уч даврга булинади: латент ёки симптомсиз – паразитнинг организмга тушишидан биринчи клиник белги намоён булгангача булган давр; симптомларнинг намоён булиш даври; асоратлар даври.

1 - боскичда беморларда хеч кандай шикоятлар ва касаллик белгилари кузатилмайди. Бу боскичда касаллик профилактик текширувларда, бошка касаллик билан мурожаат килганда ёки жаррохлик амалиёти пайтида аникланади.

2 – боскичда киста улчами катталашиб атроф тукумаларни эса бошлайди ва мувоффик симптомлар юзага келади. Жигар эхинококкозида унг ковурга ости сохада огирлик хисси, огрик пайдо булади, жигарнинг катталашуви кузатилади, пайпасланганда зич, юмалок шаклдаги хосила сезилиши мумкин.

Упка эхинококкозида курук йутал, кон туфлаш, чукур нафас олганда курак кафасидаги огриклар билан бошланади. Агар эхинококк кистаси кичик чанок бушлигида жойлашган булса, дизурик белгилар кузатилиши мумкин. Буйракда жойлашса эса гематурия кузатилади. Эхинококк кисталари бош мияда локализациялашадиган булса хос неврологик белгилар юзага келади.

3 – боскич асоратлар билан намоён булади:

- кистанинг йиринглаши;

- кистани корин ёки кукрак бушлигига, бронхлар, ут йуллари, йирик томирларга ёрилиши; Бунда уз навбатида огрик, иситма, анафилактик шок, гидроторакс, механик сариклик, холецистит ва турли окмалар пайдо булиши мумкин. Эхинококкознинг клиник белгилари давомийлигига аник чегара куйиб булмайд, чунки инвазия пайтини белгилашни деярли имкони йук. Бундан ташкари боскичларнинг давомийлиги кистанинг локализациясига, организм карши курашиш кобилиятига, кистани узиш характериға боглик. Масалан: бош мияда жойлашган киста уз белгиларини эртарок намоён килади, упкада жойлашганлари эса бирмунча кечрок. Ташхис асосан инструментал текширувда ва серологик синамалар асосида куйилади. Эпидемиологик анамнез эхинококкоз борлигига шубха килиш имконини беради холос. Клиник куриниш кам характерли ва факат асоратлар юзага келгандагина ахамият касб этади. Шунинг учун корин бушлиги пальпациясида юмалок махсулот эхинококкозни олдин утказган беморда аникланса комплекс текширувлар, рентген, изотоп ва УТТ утказилади. Рентгенологик текширувлар усули упка эхинококкозида асосий хисобланади. Жигарнинг охакланган кисталари, суяклар эхинококкозида хам бу усул самарали. Жигар эхинококкози, корин бушлиги бошка оргпнлари эхинококкози, корин орти соха эхинококкозларида эса асосий текширув усули УТТ ва КТ хисобланади. Бу усуллар ёрдамида кистанинг локализацияси ва улчами, узларида киз пуфакчаларини саклаш ё сакламаслигини аниклаш имконини беради. Бу уз навбатида касалликни бошка бушликли хосилалар билан кечадиган касалликлар билан киёсий ташхислаш имконини беради. Киёсий ташхислаш ва ахолини профилактик текширишда Латекс-агглютинация, билвосита гемагглютинация, гелдаги куш диффузия хамда иммунофермент усул (ELISA) иммунологик реакциялари катта ахамият касб этади. Эхинококкоз бронх ёки ут йулларига ёрилиш билан асоратланганда, бронх ва ут йуллари дарахтларини кай даражада зарарланганлигини аниклаш максатида бронхография, ретроград ёки пункцион холангиография, холецистография утказилади. Киёсий ташхис абссеслар ва яхши сифатли нопаразитар этиологияли кисталар, алвеольяр эхинококкоз, жигар, упка усмалари билан утказилади. Бу холатда асосий ахамиятли белги серологик синамаларнинг мусбат булиши, киз пуфакчалари, хитин пардаларининг УТТ ва КТ да аникланиши хисобланади.

Даволаш.

Антапаразитар препаратлар билан даволаш эффектсиз булиб, факат операция пайтида ва ундан кейин, шунингдек эндемик учокларнинг серологик реакция натижалари мусбат чикиб, кисталар кузатилмагандагина кулланилади. Асосий даволаш усули киста локализациясидан катъий назар оператив хисобланади ва имкон борича тезрок амалга оширишни талаб этади. Чунки вакт утган сайин касалликнинг таркалиши, сурункали интоксикация ва хаёт учун мухим органларнинг оркага кайтмасдаражада узгаришлари кузатилиши мумкин.

Жаррохлик аралашуви - эхинококкэктомия – эхинококк кистасини унинг бутун таркибий кисми ва пардалари билан биргаликда олиб ташлашни уз ичига олади. Жаррохлик амалиёти пайтида операцион майдонни бошка тукималардан мутлок ажратиш лозим. Пункциядан ва бушатиладан кейин киста бушлигида колган сколексларни зарарсизлантириш максатида (глицерин, 3% ли формальдегидли глицерин) юборилади ва шундан кейингина фиброз капсула очилади. Ичидаги суюклик хамда хитин парда олиб ташланади. Чарви ва ичак туткичида жойлашган, улчами унча катта булмаган кисталар фиброз капсуласи билан биргаликда тукиманинг бир кисмини резекция килиб олиб ташланиши мумкин. Операциянинг ажратиб булмайдиган кисми бу колдик бушлик ликвидацияси хисобланади. Чунки бу бушлик йиринглаб абссесга олиб келиши мумкин. Шу максатда фиброз капсулани эркин киррасидан олиб ташлаб, чоклар ёрдамида бушлик бекитилади. Агар буни имкони булмаса бушликка дренаж най куйилади ва уни грануляцион тукима узиши хисобига тулик ликвидация содир булгандан кейингина олиб ташлаш мумкин булади. Дренажни олиб ташлашдан олдин колдик бушликни йуклигига ишонч хосил килиш учун контроль фистулография утказилади. Одам организмнинг бир нечта органларида куплаб кисталар пайдо булган булса жаррохлик амалиёти бир неча

боскичларда амалга оширилади. Бунда аввал ҳаётга ҳавф солувчи кисталар олиб ташланади. Операциялар орасидаги интервал 3 – 6 ой булиб, бу ораликда қолган кисталар йирингламаслиги учун антибактериал терапия утказилади. Уз вақтида утказилган радикал операциялар прогнози ижобий бўлади. Асоратланган, тарқалган ва бошқа касалликлар билан қушилиб келган эхинококкозда прогноз тарқалиш майдони, кисталар локализациясига боғлиқ булиб, бунда операциядан кейинги улим бирмунча куп (3,5-16,2%) фоизни ташкил қилади. Одамлар ва уй ҳайвонлари орасида эхинококкозни камайтириш ва йукотишда профилактика ҳал қилувчи ролни уйнайди. Аҳоли орасида санитария ишларини — тарқалиш йулларини, уй ҳайвонлари ит — одам занжирини, шахсий гигиена қоидаларини тушунтириш ишларини олиб бориш жуда зарурдир. Бундан ташқари зарур тадбирлар жумласига қуйидагилар қиради: эхинококкоз учоқларини аниқлаш ва бу зоналарнинг санитария-гигиена ҳолатларини урганиш, гушт комбинатларида ва қасобхоналарда тозаланиш саклаш, шахсий молларни суйишда ветеринария — санитария назорати, итларни систематик равишда паразит ташувчанликни аниқлаш учун текшириб туриш ва уларни режали равишда дегельминтизация қилиш, дайди итларни йукотиш, эндемик учоқларда аҳолини ультратовуш сканирлаш, флюорография ва серологик усуллар билан профилактик куриклардан утказиб туриш.

Жигар циррози

Жигар циррози – полиэтиологик сурункали авж олиб боровчи касаллик булиб, паренхима зарарланиши, интерстициал туқима некроз ива жигар хужайралари дистрофияси, тугунли регенерация ва бир туқиманинг диффуз усиши, жигар архитектоникаси ва ривожланиши у ёки бу даражада етишмаслиги билан кечади.

Иктисодий ривожланган мамлакатларда жигар циррози 35-60 ёшлар ичида олти энг куп улим сабабларидан бири ҳисобланади, яъни 100000 дан 14-30 та улим жигар циррозига тугри келади. Вирусли жигар цирроз ива гепатоцеллюляр карциномадан йилига 40 млн. одам улади.

Этиология.

Жигар циррозининг энг куп сабабларидан бири булиб, алкоголь билан сурункали захарланиш (турли маълумотларга қура 40-50% дан 70-80% гача) ва вирусли гепатитлар В,С ва D (30-40%) ҳисобланади. Алкоголли жигар циррозининг пайдо бўлиш муҳим боскичлари булиб, уткир алкогольли гепатит ва фиброз ҳамда мезенхимал реакцияли жигар ёгли дистрофияларини курсатиш мумкин. Асосан оғир кечиши билан ажралиб турадиган алкоголь-вирусли жигар циррози динамикада тез прогрессияланади. Улар куп ҳолларда гепатоцеллюляр карциномага айланади. Камроқ ҳолларда жигар циррози ут йуллари кисталари, турли химик ва дори препаратлари билан захарланиш оқибатида келиб чиқиши мумкин. Генетик фактор билан боғлиқ ҳолда, жигарда моддалар алмашинуви бузилиши (гемохроматоз, гепатолентикуляр дегенерация, α_1 -трипсин етишмофчилиги) ва дарвоза вена тизими окклюзияси (флебопортал цирроз) жигар циррозининг кам учрайдиган шаклларини юзага келтиради. Бирламчи биллиар цирроз сабаби эса ҳалигача маъхум қолмоқда. Тахминан 10-35% беморларда жигар циррози этиологиясини аниқлаш имкони бўлмайди. Булар криптоген (этиологияси номаълум) циррозлар тоифасига киритилади. Циррозни шаклланиши бир неча ой ва йил давомида бўлади. Бу вақт оралигида гепатоцитлар генетик апаратида узғаришлар содир булиб, патологик узгарган хужайралар қатори ҳосил бўлади. Жигардаги бу ҳолатни иммун яллигланиш деб характерласа бўлади. Алкоголли жигар циррозининг муҳим омили деб – алкогольнинг бевосита токсик таъсири ҳамда иммун жараён ҳисобига келиб чиқадиган гепатоцитлар некрозини олиш мумкин. Иммунцитларнинг уз организм туқималарига сенсебилизацияси – вирусли гепатит В, С ва D дан ривожланадиган цирроз патогенезида муҳим фактор ҳисобланади. Аутоиммун реакцияда асосий нишон бу жигар липопроteidларидир. Димланиш натижасида келиб чиқадиган жигар циррозининг

устунлик киладиган фактори бу гипоксия ва веноз димланиш билан боглик гепатоцит некрози. Патологик жараённинг кейинги боскичи бу портал гипертензия булиб, бу уз навбатида коннинг портоковал шунтланишига, спленомегалия ва асцитга олиб келади. Спленомегалия тромбоцитопения (талокда деполаниш кучайиши хисобига), лейкопения, анемия (эритроцитлар гемолизи ошиши хисобига) олиб келади. Асцит натижасида эса диафрагма харакати чегараланади (бу упка ателектази, пневмонияга олиб келиши мумкин), пептик эрозиялар билан гастроэзофагиал рефлюкс кузатилади, кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан кон окиши, уларни яраланиши соди булади, корин чурралари, бактериал перитонит, гепаторенал синдромлар ривожланади. Жигар циррози билан огриган беморларда куп холларда гепатоген энцефалопатиялар кузатилади.

Классификация.

Бугун жохон гепатологлар ассосияцияси (Акопулька 1974 й) ва БЖССТ (1978 й) куйидаги таснифни келтирган.

- кичик тугунли (диам. 1-3 мм)
- йирик тугунли (3 мм дан юкори)
- нотулик септал
- аралаш (турли диаметрли тугунлар)

Охирги классификацияда (Лос Анджелес 1994 й) цирроз этиологияси, биохимик тестлар (АЛТ активлиги) билан аникланадиган фаоллик даражаси ва жигар морфологик узгаришларига асосан таснифланган.

Этиологияси буйича: вирусли, алкогोलли, дорилар окибатида келиб чиккан, иккиламчи биллиар, тугма, димланиш сабабли, Бадда-Киари синдроми ва касаллиги, алиментар-алмашинув ва номаълум этиологияли. Жигар циррозини хужайра етишмовчилиги даражаси (компенсация, декомпенсация, субкомпенсация), портал гипертензия даражаси ва жараён активлигини инобатга олиб ажратиш максадга мувоффик. Жараён активлигига кура циррозлар актив ва пассив булади.

Клиник манзара.

Жигар циррози купрок эркакларда учрайди. Эркаклар ва аёлларда учраш нисбати 3:1. Касаллик барача ёшларда учрайди, лекин купрок 40 ёшдан кейин кузатилади. Эрта ташхислаш дастлабки клиник белгиларнинг хилма хиллиги сабабли бирмунча кийинчилик тугдиради. Купрок кузатиладиган клиник белгиларга умумий симптомлар: холсизлик, иш кобилиятининг пасайиши, коринда нохуш сезгилар, диспептик бузилишлар, тана хароратининг кутарилиши, бугимларда огриклар киради. Метеоризм, кориннинг юкори ярмида огрик ва огирлик хисси, озиш, астенезациялар хам куп кузатилади. Курикда жигарнинг катталашгани, зичлашгани ва юзасининг деформациялашгани, киррасининг уткирлашганини куриш мумкин. Бошлангич даврларда жигарнинг икки булаг ич бир хил катталашади, кейинчалик чап булак купрок катталашади. Портал гипертензия спленомегалия билан намоён булади. Жигар циррозида энг куп учрайдиган объектив белги гепатомегалия (70%). 30% беморларда тугунли юза пайпасланади. Терминал боскичда 25% беморларда жигарнинг кайта кичрайиши кузатилади, спленомегалия эса 50% беморларда кузатилади. Куп холларда циррознинг ташки белгилари топилади: пальмар ёки плантар эритема, томир “юлдузчалари”, култик ости ва пешона сохаларида туклар ва сочларнинг кам булиши, ок тирноклар, эркакларда гинекомастия. Бу белгилар жигар-хужайра етишмовчилиги окибатида юзага келадиган гиперэстерогенемия билан тушунтирилади. Озиш характерли, лекин баъзида суюкликлар йигилиши хисобига сезилмаслиги мумкин. Беморларнинг ярмида иситма кузатилади ва бу иситма субфебрил характерга эга булиб, бир неча хафта сакланади. Гепатоцитлар некрози билан боглик булган бу иситма аксари холатларда интенсив сариклик, зардобдаги аминотрансферазалар ва ишкорий фосфатаза активлигини ошиши, лейкоцитоз билан келади. Организм харорати ошиши ичак бактериал пирогенларини жигар зарарсизлантира олмайгани билан хам тушунтириш мумкин. Иситма антибиотиклар ёрдамида даволашга берилмайди ва факатгина жигар функцияси тикланганда меъёрига келади. Жигар циррозининг кечки

белгиларига сариклик, асцит, переферик шишлар (асосан оёқларда), ташки веноз коллатераллар киради. Гепатолиенал синдром аксари холатларда гиперспленизм билан кушилиб келади. Бу шаклли элементларнинг конда камайишига олиб келади ва хужайра элементлари суяк кумигида купаяди. Яна бир куп учрайдиган, улимга олиб келувчи асоратлардан бири, кизилунгач, меъда, 12 бармок ичак варикоз кенгайган веналаридан кон кетиши. Кон окиши геморойдал веналардан хам булиши мумкин, лекин бу холат кам кузатилади ва кон окиш интенсивлиги кам.

Жигар циррозининг этиологик вариантлари.

Вирусли жигар циррози куп холларда макронодуляр (йирик тугунли). Вирусли жигар циррозининг 2 варианты бор: эрта, уткир гепатитдан (асосан сариклик ва яккол цитолит ёки холестаза белгилари билан кечувчи гепатит D) кейин бир йил ичида ривожланади, кечки, бир узок латент боскични утган (5-15 йил).

Клиник куриниши вирусли гепатитнинг уткир фазасини эслатади ва сариклик, калтираш билан кечувчи иситма, астеновегетатив, диспептикбелгилар билан кечади. Сариклик уртача лекин тургун, утказилган терапияга карамасдан билирубинемиа доимий. Жигар циррозининг холестаза билан кечувчи шакли эса интенсив сариклик, кучли калтираш, ишкорий фосфатазани юкори курсаткичларибиланнамоён булади. Переферик корин коллатераллари ривожланишга улгурмайди, телеангиоэктазиялар йук. Гепатоспленомегалиялар кузатилади. D – маркер билан IgM ва IgG атидельта-антителолар топилади. Вирусли циррознинг кечки шакли секинлик билан доимий ривожланади ва сурункали гепатит B ва C окибатида юзага келади. Беморларда анорекция, унг ковурга ости сохасида огирлик хисси, метеоризм, бугим ва мушакларда огриклар, бурундан кон кетиши, тана вази дефицити, мускуллар гипотрофияси, терининг куруклашуви пайдо булади. Гепатомегалия, гиперспленизм билан спленомегалия, томир “юлдузчалари” ва пальмар эритема, портал гипертензия ва энцефалопатиялар ривожланади. Жигар етишмовчилик белгилари эртарок пайдо булиб, касалликнинг уткир даврига тугри келади. Циррознинг шаклланган боскичида кизилунгач веналарининг варикоз кенгайиши ва геморагиялар кузатилади. Кеч боскичларда белгиларга асцит кушилади. Алкоголли жигар циррози 10 % дан ортик спиртли ичимликларни меъеридан куп истеъмол килувчи шахсларда учрайди. Купрок эркаклар касалланади. Вирусли цирроздан бирмунча тезрок дистрофия ва авитаминоз белгилари юзага келади. Сурункали алкоголь интоксикацияси полиневритга, миопатияларга, мушаклар атрофиясига, Дипюитрен крнтрактурасига, кулок атрофи безлари катталашувига, сочлар тукилиши ва уругдон атрофиясига олиб келади. Бундан ташкари алкоголизм буйраклар, юрак зарарланишига, артериал гипертензияга сабаб булади.

Иккиламчи билиар цирроз ут йулларининг тошлар, операциядан кейинги чандик, яхши сифатли усмалар, бирламчи склерозланувчи холангит, холедох кисталари, лимфогранулематозлар окибатида обструкцияланиши натижасида утнинг жигар ичи ва жигар ташкариси йирик йулларидан окимини узок муддат бузилиши билан келиб чикади. Асосий патогенетик боскичлар: бирламчи холестаза, перилобуляр фиброз, цирроз.

Механик обструкция натижасида ут окими бузилиши сабабли ут йуллари гипертензияси ва перидуктал сохага ут суюклиги компонентларининг тушиши юзага келади. Билиар цирроз огрик синдроми, иситма, калтираш, лейкоцитоз, гепатомегалия, спленомегалия, холестаза синдроми – тери кичиши, яккол намоён булувчи сариклик, гипербилирубинемиа, холестерин, ут кислоталари микдорининг ошиши каби белгилар билан кечади.

Жигарнинг бирламчи билиар циррози. Этиологияси куп холларда номаълум. Таркалиши 1 млн. ахолига 23-50 киши. Барча циррозлар орасида 6-12% ни ташкил килади. Асосан, менопауза давридаги аёллар касалланади.

Касалликнинг биринчи белгиси тери кичишиши булиб, бу конда ут кислоталари микдори ошиши билан тушунтирилади. Сариклик кичишиш бошлангандан бир неча

йилдан кейин пайдо булади. Тери пигментацияси, ксантома, ксантелазма ва кашиш излари характерли. Жигар бирмунча катталашган, спленомегалия кеч боскичларда юзага келади. Узок муддатли сариклик натижасида тизимли остеопароз: чанок суяклари, бош суяги, умуртка погонаси ва ковургаларда узгаришлар юзага келади.

Портал гипертензия синдроми жигар циррозининг бошка таркалган шаклларига караганда бирмунча кечрок пайдо булади. Биохимик тестлардан кон зардобиди IgM ва ишкорий фосфатазининг юкори курсаткичи, гиперхолестеринемия ва гипертриглицеридемиялар мухимрок диагностик ахамият касб этади. 90% холатларда митохондрияка нисбатан антителолар топилади.

Жигар циррозининг асоратлари.

Жигар циррозининг энг огир асоратлари:

- жигар комаси
- кизилунгач варикоз кенгайган веналаридан кон кетиши (кам холатларда меъда ва ичакдан)
- дарвоза вена тизимидаги тромбоз
- гепаторенал синдром
- жигар раки

Алкоголли жигар циррозида инфекцион асоратлар – пневмония, асцит окибатида “спонтан” перитонит (ривожланишида ичакнинг шартли-патоген бактериал флораси ахамиятли деб тахмин килинади) ва сепсислар кузатилади.

Жигар циррози ташхиси.

Анамнез корсагичлари, ичкиликбозлик, вирусли гепатитни откашиш В, С, и D. Шикоятдан бурунданкон кетиши, дипепсия, холсизлик, коринда огрик циррозга шуъха килади. Объектив куриқда узига жалб киладиган курсатгичлардан бу юз ва бел сохасида телеангиоэктазия, бармок кафтэритемаси, тирнокни окариши, геморрагик диатез, иштаха йуколиши, кундаланг таргил мускул атрофияси, терини кулранг-окиш ранги еки склерани сариклиги, жигарни каттиклашиши, спленомегалия, эндокрин узгариш. Лаборатор ва инструментал усуллар узига: кон тахлили, лейкоцитропение, анемия, биохимик узгаришлар: гипер-гаммаглобулинемия, гипоальбуминемия, аминотрансфаразани ошиши, гипербилирубинемия ошиши (пигментни конъюгация фракцияси хисобига кура) . Протромбин индекси камаиши, ва кон ивиш курсатгичлари. Кон зардобини иммунологик синамаси жигар циррозини этиологиясини аниклаб беради. Иммуноглобулин концентрацияси актив циррозда максимал даражага етади бунда алкоголь циррозда IgA , вирус этиологияси булганда IgC ва IgM ошади. Айникса IgM ошиши бирламчи биллиар циррозда кузатилади ва митохондрияга антителалар пайдо болади. Митохондрия антителаларда М-2 ва М-9 фракциялари олинган . Булардан М-9 фракцияси бирламчи жигар циррозини ташхис куишга ердам беради . Инструментал текширувларининг ахамияти хар хил . УТТ бизга жигарни ва талокни хажмини, паренхима зичлигини, тугунлар борлиги ва уларни таркалганлиги, портал гипертензия курсатгичларини куриш мумкин. Компьютер томография- беморларда асцитметеоризм, жигар циррози, жигар тукумаси холатини аниклашга ердам беради. Радионуклид текшируви . Бу текширувни коллоид препаратлари билан утказилади (197 Au ва 99 Tc).Жигар циррозида изотоп диффуз сингиши пасаяди. Бу усул кам ахборот беради. Радионуклид текшируви. Бу текширувда кон томирни ва портал гипертензияни ердам беради. Пункцион биопсия – бу усулда биоптатни гистологик текширувларда паталогик жараенни ва уни боскичини аниклаш мумкин. Лапароскопик текширув - корин бушлиги азолари хакида малумот беради.

Даволаш

Жигар циррози билан касалланган беморларда даволаш иккиламчи профилактикадан бошланади.

беморларни уткир вирус гепатитбилан касалланиши олдини олиш беморларда улимни 50-60% камайтиради.

- ичкиликбозликни тухтатиш беморларда хаетидавомийлигини ва касалликни кечишин яхшилайти.

- гепатотоксик препаратлардан воз кечиш.

Жигар циррози хар хил турли касалигига этиотроп терапия йук.

(Диета №5) кунига 5-6 мартта овкатланиш бу утни яхши ажралишга ердам беради.

Энцефалопатияда оксил улушини камайтириш ва аммиак интоксикацияси олдини олишга олиб келади.

Асцит пайдо булганда тузсиз диета тавсия этилган. Брадикардия ва кичиш пайдо булганда гуштли , мошли овкат таркибида триптофан, тирозин, цистин, ва метионин аминокислоталари бор махсулотларини чегараланади.

Чунки бу аминокислоталар аммиакни токсик етаболити хисобланади.

Жигар циррозининг ноактив компенсация боскичи даврида дори терапияга мухтож эмас. Уларга асосан витамин комплекслари тавсия килинади.

Жигар циррозини урта актив боскичида В6 - В12, кокарбоксилаза, рутин, рибофлавин, аскорбиновая кислота, аскорбиновая кислота, фолиевая кислота.) витаминлари, липоевая кислота, растропши кислотаси тавсия килинади. Даволаш курси 1 -2 ойга мулжалланган . Ушбу гурухдаги препаратлар орасида усимликлардан таййорланган дорилар купчиликни ташкил этади . Тозаланган курук экстракт , таркибида флаволина ва флавоноид саклайди – Силимар препарати юкори самарали жигарни химоялаш хусусиятига эга : индикатор ферментлар ошишини пасайтиради , гепатоцитларнинг хужайра мембранасини стабиллайди , цитоллиз жараёнини тормозлайди , холестаза ривожланишининг олдини олади . Унинг антиоксидант ва радиопротектор хоссаси , жигарнинг детоксикация ва ичкисекреция фаолиятини кучайтиради . Спазмолитик ва кисман яллигланишга карши таъсир хусусияти хам бор . Ишонarli холатда клиник кечишини яхшилаб , бемор томонидан буладиган субектив белгиларни камайтиради , жигардаги фаол жараённи биокимёвий курсаткичларини камайтиради . Утказилган экспериментдан куйидаги натижалар олинди : 7 – кун АСТ ва АЛТ нинг фаоллигининг ошишини тормозланиш 54 ,8 % га , 14 – кун -66 % , уларга боглик холда кон зардобиди ГТТ нинг фаоллиги 33 -60 % гача камайди . Уткирда хам сурункали экспериментдан хам олинган маълумотлар узгариши фиксирланди . Урганиш учун препаратни энг кичик дозада 50 мг хар кг массага юборилади . Ут хайдовчи хоссаси 1-2 соатгача давом этиши аникланди . Холестаза синдромининг бундай курсаткичлари яъни холестерин , триглицеридлар , ишкорий фосфатаза нормага тушиб колди , билирубин ва д - глутаминлар эса норманинг 1,4 ва 2,1 даражасигача камайган , кейин эса 3,1 ва 5,4 гача кутарилади . Бундан ташкари ут пуфагининг гипомотор дискинезияси бор беморларда клиник текширувлардан фаолиятининг нормаллашганини куриш мумкин . Бу вазиятда холестаза синдроми билан кечувчи жигарнинг зарарланишлари бор беморларга бошка аналогларидан фаркли равишда – Силимар ни куллашга тугри келади . Препарат барча ёшдагиларга куллаш мумкин , 1 курси 25 кундан 1,5 ойгача булиб , 1 кундан 3 марта 1 -2 таблеткадан овкатдан 30 мин олдин ичилади . Жигар циррозининг декомпенсацияланган боскичида буладиган ; энцефалопатия , асцит ёки ривожланган гемморагик синдромларда липол кислота ёки липомиднинг микдори кунига 2-3 гр га оширилади . Даволаш курси 60-90 кунни ташкил килади . Ичиш ёки парентераль йул билан комбинирланган холда препарат 10 -20 кунга кабул килинади . Аналогик сифатида эссенциал билан хам даволаш курси килинади : ичиш учун 2-3 та капсуладан кунига 3 махал , томирга томчи усулида 10-20 мл кунига 2-3 марта изотоник эритма билан биргаликда . Комбинирланган даволаш курси 3 хафтадан 2 ойгача давом этади . Жигар етишмовчилиги белгилари йуколгач препарат ичишга утилади . Даволаш курсини умумий давомийлиги 6 ойгача . Вирусли жигар циррозида кон зардобиди HBV , HCV маркерларни уртача активлигида преднизолонни кунлик 30 мг дозада кабул килиш керак . Кучли ривожланган

цитопенияда ҳам тавсия этишга курсатма булади .Хар 2 хафтада ишкор 2,5 мг га секин – аста камайтиради .

Ушлаб турувчи дозаси 15- 7,5 мг индивидуал 2-3 йилга кабул килинади .Активликнинг юкори даражасида ва тез авж олишида препаратнинг юкори дозаларда 40 дан 60 мг гача кабул килиш керак булади .Жигар энцефалопатияси ёки жигар етишмовчилиги юзага келади холатларда , катаболитик реакцияларда , остеопароз , ошқозон – ичак тракти томонидан узгаришлар , инфекция асоратлар ва сепсисда кортикостероидларни куллаш тавсия этмайди .Асцит булган беморларни даволашда комбинирланган диуретик препаратлар кулланилади : алдостерон антогонисти ва тиазид катори препаратлар . Саморам комбинацияси – спиронолактон – этакрин кислотаси , спиронолактон – триампур , спиронолактон – фуросемиддир . Кунлик диурез 2,5 – 3 л дан ошмаслик керак , электролитлар дисбаланси келтириб чиқармаслик учун кучли диуретикларни ишлаб чиқариш деярли тухтатилди , бу улар таъсирида оксилнинг йукотилиши ва инфекция юкиш хавфини келтириб чиқарганлиги учун . Жигарнинг бирламчи билиар циррозининг самарали давоси йук . Кортикостероидлар касалликнинг кечишига таъсир килмай , унинг прогрессирланишига таъсир курсатиб , секинлаштиради .Д – пеницилламин бириктирувчи туқималарда яллигланиш реакциясини секинлаштириб , фиброз ривожланишини , иммуноглобулин ушланишин камайтиради , гепатоцидларга минимал даражаси камаяди .Унинг самадорлиги узок вақт кавул килишдан сунг бошланади . (1,5 - 2 йил) .Урзодезоксихолат кислотаси 10 – 15 мл кг тана массасига узок вақт 6 ой дан 2 йилгача кони биокимёвий курсаткичлари яхшиланиш , теридаги кичишишлар йуқолиши , умумий холсизлик , анорексия йуқолишигача кабул килинади .Рлазмофорез вақтинчалик енгиллик келтиради . Жигарни трансплантация килишга тугри келади . . Жигар циррозининг оператив давосига курсатма булиб хисобланади – портал гипертензия фонида кизилунгач веналарининг кенгайиши ва улардан кон кетиш ёки кон кетишсиз кизилунгач веналарининг кенгайиши , юкори портал гипертензия билан ошқозон веналарининг кенгайишларида . Портокавал анастамознинг турли куринишлари фаркланади : мезентерикоковаль , спленореналь спленоектомия билан ёки усиз .Операция килиш учун карши курсатма булади – ривожланиб боровчи сариклик ва 55 ёшдан юкори булса

Кечиши

Жигарнинг алкоғолли циррозида ташхис куйилган кундан бошлаб беморларнинг 60 % 5 йилдан ортирок умр куради , вирусли циррозли беморларнинг – 30 %да .Жигарнинг бирламчи билиар циррозида хаёт давомийлиги 5 -15 йилдир .Бу касалликнинг компенсация даврига богликдир .Компенсацияли беморларнинг ярими 7 йил умр куради .Асцит ривожланган беморларнинг ¼ кисми 3 йил умр куради .Енг ёмон кечишларидан бири жигар энцефалопатияси булиб , бундай беморлар якин йил ичида хаётдан куз юмадилар .Улимнинг асосий сабабини- (40-60 %)ни жигар комаси, (20-40 %) ни ошқозон – ичакнинг юкориги кисмидан кон кетишлар ташкил этади , бошка сабабларига – жигар раки , интеркуррент инфекциялар , гепатореналь синдром киради .

Жигар циррозини даволашга курсатма куйидагича – ривожланган портал гипертензия фонида кизилунгач веналарининг варикоз кенгайиши ва ундан

Жигар циррозининг сабаблари		
Тез - тез	Тез бўлмаган	Жуда кам

Сурункали вирусли гепатит В ,С Алкоголли Криптоген	Жигарнинг бирламчи билиар циррози ; Сурункали аутоиммун гепатит .	Гемохроматоз Вилсон – Конавалов касаллиги а2 трипсин танкислиги Жигарнинг иккиламчи билиар циррози Жигарнинг кардиал циррози (сурункали ўнг коринча етишмовчилиги) Бадди – Киари синдроми Дори воситалари
--	--	--

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш % ларда	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм. Машгулотда қўлланиладигин янги педагогик технология Амалий машгулотда муаммоли масалани ечишда ўқитувчилар технологияси

3.1. Ўқитишнинг технологик усуллари

№ 22 мавзу , 327 дақиқа	Талабалар сони :8-10
<i>Мавзу</i>	Жигар касалликларидаги сариклик ,бактериал ва амёбали абцесс ва жигар циррози . Жигарнинг паразитар ва нопазаритар кисталари . Киёсий ташхис , УАШ ва хирург тактикаси .Даволашнинг замонавий аспекти .Ананавий ва ноананавий хирургик даволаш усуллари . Беморлар реабилитацияси ва профилактикаси .
<i>Амалий машгулотнинг режаси</i>	73. Кейс ўз ичига нимани олади . 74. Талабалар фикрлашини фаоллаштириш учун блиц сўров ўтказиш .Қарор қабул қилишда мақсад ва муаммони аниқ шакллантириш. 75. Гуруҳ ичида<< Кейс босқич >> ни муҳокама қилиш . 76. Натижаларни муҳокама қилиш ва тақдим етиш .Схема –Т ёрдамида муаммоларни интерпретация қилиш. 77. Хулоса. Талабаларни қўйилган мақсад ва муаммоларни муҳокама қилишига қараб баҳолаш .
Ўқитишдан мақсад: Беморларни мустақил қўригини ўтказишни ўқитиш : - Касаллик тарихини тўлдиришни , тиббий хужжатларни юргизишни ўргатиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликлар диагностикаси , давоси ва профилактикасини синдромал принципларга асосланиб , диагностика алгоритминини ва даволашини ўргатиш . -Мустақил ташхис қўйиш ва факулотда вазиятларда шошилиш ёрдам кўрсатишни билишни (диагностик алгоритм ва даволашга асосланиб) ўргатиш . - Тахминий ташхис қўйишни ва киёсий ташхис ўтказишни ўргатиш.	

<p>- Беморларда текширув усулларини ўтказишни ва лаборатор маълумотларни интерпритация қилишни ўргатиш .</p> <p>- Хирургик касалликларни даволашни асосий принципларини ўргатиш .</p> <p>-Профилактика , диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни усулларини ўргатиш .</p>	
Педагогик топширик:	Ўқитиш натижалари:
<p>Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>билимини сариқлик синдроми сингари мустаҳкамлаш ва кенгайтириш,</p> <p>- абсцесс, киста ва жигар циррози бўлган беморларни клиник текширув кўникмаларига эга бўлиш;</p> <p>- лаборатор ва инстурмертал текширув натижаларини таҳлил қилишни шакллантириш;</p> <p>- сариқлик синдроми билан кечувчи жигар касалликларини таққослама ташхислаш ўтказишни шакллантириш;</p> <p>- жигар касаллиги бўлган беморларни олиб бориш ва даволаш нинг асосий қоидаларига эга бўлиш;</p> <p>- беморларни олиб боришда УАШ ёндашувини ўзлаштириш;</p> <p>- жигар касаллиги бўлган беморларни камжарохатли даволаш тушунчасини шакллантириш;</p> <p>- жигар касаллиги бўлган беморларни реабилитация ва профилактикасининг асосий қоидаларига эга бўлиш;</p>
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.
Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	<ol style="list-style-type: none"> 1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, биноккуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2 Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдирди. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшилтади.

I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг гмақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тзхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайдидля. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўлларини эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейсинг ечимини топишга кўшимча маълумотдандан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтииради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташҳиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

Блиц – сўровлар :

1. Жигарнинг қандай турдаги абцессларини биласиз ?

- бактерияль ва паразитар

2. Жигарнинг бактерияль абцесси учун қандай клиника характерли ?

- юкори харорат калтираш билан , ўнг ковурга сохасида горик , гепатомегалия , лейкоцитоз , баъзан сариклик .

3. Жигар абцесси учун қандай диагностика усули кўпроқ информатив ҳисобланади ?

- УЗИ ва КТ

4. Жигар абцессининг қандай асоратлари бор ?

- йирингни корин бўшлиғига очилиши ва перитонитнинг ривожланиши , сепсис , ўнг томонлама йирингли плеврит ривожланиши .

5 . Жигар кистасининг классификацияси Б. В . Петровский бўйичами ?

- Жигарнинг нопаразитар кистасининг Б. В . Петровский бўйича классификацияси .

Жигар поликистози (поликистоз касаллиги) :

- факат жигарнинг зарарланиши билан

- буйрак ва бошқа органларнинг зарарланиши билан

Жигарнинг солитар , хакикий кисталари:

- жигарнинг оддий солитар кистаси

- жигарнинг кўп камерали цистаденомаси

- дермоид кистаси

- ретенцион кистаси

Жигарнинг сохта кисталари :

- травматик

- яллигланишли

Жигаратрофи кисталари :

Жигар билан боғлиқ кисталари :

6 . Жигар циррози этиологияси ?

- Сурункали вирусли инфекция (кўпроқ вирусли гепатит В , С)

- Алкогол

- Иммуно системанинг бузулиши (аутоиммуно касаллик – организм иммуно тизим хужайралари ўз орган ва тўқималарини ёт деб ҳисоблаб нобут қилишидир)

- Тугма генетик нуқсонлар , организмда мисс (Вильсон касаллиги) , темир (гемохроматоз) ва бошқалар алмашинувининг бузулиши .

- Жигарда модда алмашинувининг бузулиши ҳисобига ортикча ёғнинг йиғилиши ва яллигланиш билан индуцирланган бўлади (алкогольсиз стеатогепатит деб номланади) .

- Давомли юрак етишмовчилиги ва унинг таъсирида жигарда кон димланиши

- Жигардан ўт ажралишининг сурункали бузулиши (билиар цирроз деб номланади) .

- Кизилўнгачдан кон кетишда биринчи ёрдам кўрсатиш .

- Блэкмор зондини кўйиш .

7. Кизилўнгачдан кон кетганда биринчи ёрдам ?

- Блэкмор зондини кўйиш

1 – топширик

Эксперт варағи

1- гурух

1. Жигарда киста пайдо бўлишининг сабаби.

2 . Жигарнинг паразитар кистаси

Муаммоли вазият" жадвални тўлдириг

Муаммо тури	Муаммоли вазиятнинг келтириб чиқарувчи сабаби	Муаммони ечиш йўллари

2 – гурух

2 . Жигар циррози**3 . Жигарнинг асоратланган абцесси**

"Муаммоли вазият" жадвални тўлдириг

Муаммо тури	Муаммоли вазиятнинг келтириб чиқарувчи сабаби	Муаммони ечиш йўллари

2 – топширик

"Т - чизма" жадвални тўлдириг

Жигарнинг паразитар кистаси	Жигарнинг нопазитар кистаси

Кейс билан ишлашнинг баҳолаш кўрсаткичлари ва мезонлари**Аудиторияда ишлашнинг баҳолаш кўрсаткичлари ва мезонлари**

Гурух руйхати	Фаол гурух мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50 – 48 балл – аъло , 46 -38 балл – яхши , 34 -36 балл – коникарли ,
34- 32 – коникарсиз , 31 ва ундан пасти – ёмон

Айни шу машгулотга янги педагогик технологияни қўллаш : айлана стол усули, академик полемика усули .

1. Айлана стол_ усулини қўллаш

Айлана бўйлаб топширик ёзилган варок кулма – кул узатилади, бунда ҳар бир талаба ўзининг жавоб вариантини ёзади ва кейинги талабага узатади. Ҳарким ўз жавобини ёзади, кейин унинг устида баҳс мунозара қилинади, жавобларнинг микдорига қараб талабалр билимлари баҳоланади.

Топширик:

- жигар циррозига характерли синдромни кўрсатинг (астеноневротик, диспептик, цитологик, холестатик, геморрагик)
- жигарнинг нопазитар кистасининг асосий диагностик усулларини кўрсатинг (УЗД, КТ, жигарни сканерлаш, селектив ангиография)

- жигарнинг амёбали абцессининг ўзига хос томонларини кўрсатинг (узок вақт симптомсиз кечиши, субфебрил харорат, баъзида сарикликнинг бўлиши)
- жигар эхинококкини қиёсий ташхислаш мумкин бўлган касалликларни кўрсатинг (ёмон сифатли ўсма, яхши сифатли ўсма, нопаразитар бўлган кисталар, жигар абцесси)

Инцидент усулидан фойдаланиш

Максад – талабаларни тасодифий ҳолатларга тайёрлаш. Талабаларга турли хилдаги муаммоли вазиятли масалаларнинг қисқача маносини бериш. Бу вазиятли масаланинг қарорини – 0,5 – 1,5 дак. ичида қабул қилиш ўргатиш.

Топширик:

Жигар эхинококки билан хасталанган бемор бутун қорин соҳаси бўйлаб қучли оғриқга, анафилактик шок ҳолатида – рангпар, хароратнинг тушиши, тезлашган пулсга, АКБ нинг тушишига шикоят қилиб келди. Қоринни объектив қурганда нафас ақтида қатнашмаётганлиги, пальпацияда – defans musculorum, ахволи оғирлашмоқда.

Ташхис қуйинг ва умумий амалиёт врачлари сифатида сизнинг тактикангиз.

(Эхинококк кистасини очиш .Биринчи ёрдам курсатиш ,анафилактик шокга қарши курашиш , стационарнинг тезкор бўлимига жунатиш.)

Хирург тактикаси: Жигар абцессининг традицион даволаш методи: Йирингли бушлиқни традицион оператив йул билан дренажлаш. Нотрадицион даволаш методи:Жигар абцессини УТТ назорати остида дренажлаш.

Жигар эхинококкининг традицион даволаш методи:Традицион эхинококкэктомия.

Жигар эхинококкининг но традицион даволаш методи:Эхинококк кистасини йугон игна ёрдамида пункция қилиш,киста бушлигини дренажлаш ва антипаразитар терапия.

Жигар абцесси,жигар эхинококки операциядан кейинги реабилитация-Гепототроптерапия,куватловчи воситалар.

-Жигар абцессининг профилактикаси учоқли инфекцилар санацияси. Жмгар эхинококкининг профилактикаси Урта аҳоли орасида санитар оқартирув ишларини олиб бориш,эхинококк билан касалланган хайвонларни даволаш.

Жигар циррози профилактикаси. Ўтқир ва сурункали гепатитларни замонавий диагностика қилиш

Баҳо	Аъло	Яхши	Кониқарли	Кониқарсиз	Ёмон
Асосий	100%-86%	85%-71%	70%-55%	54%-37%	36% паст
Кейс-стади	50-43 балл	42.5-35.5 балл	35-27.5 балл	27-18.5 балл	18 балл

4.Вазиятли масалалар ва тестлар

1 вазиятли масала

Бемор 24 ёшда,анчадан бери амёбали дезинтерия билан касалланган,даво муолажаларни қабул қилиб узини яхши хис қилган, охириги вақтда Унг қовурка ёйи остида интинсив оғриқлар ва нафас олганда оғриқнинг қучайиши қузатилган.Тана харорати интермиттирловчи характерда бўлиб,қучли қалтирашлар булган.Тана вазни охир пайтда қамайган,Жигарни пальпация қилиб қурганда оғриқли ва нисбатан қатталаш.Ичи ва пешоби равон. Лейкоцитоз 17.000

Сизнинг ташхисингиз ва даво тактикангиз

Жавоб.

Жигарнинг амёбали абцесси

Хирургик даво-Йирингли бушлиқни пункция қилиш ёки традицион оператив даво йирингли бушлиқни очиш.

Айлана стол устида ишлаш

Стол уртасида когозга савол ёзилиб куйилади.Хар бир талаба узининг жавобини ёзиб ёнидаги уртогига узатади,Хамма шу тарика саволларга жавоб ёзиб,кейин тахлил килинади,

Нотугри жавоблар белгиланиб тугрисида караб талаба бахоланади.

Топширик-Жигар циррозига хос синдромларни айтинг (астеноневротик,деспептик,цитологик,холестатик,геморрагик)

Жигар кисталарига хос синдромларни айтинг-(УТТ,КТ,Жигарни сканерлаш,селектив ангиография)

Жигар амёбали абсцесси хос синдромларни айтинг-симптомсиз кечиши,узок вақт субфебрил тана харорати хамда сарикликлар.

Топширик

Бемор,жигар эхинококки билан касалланган ва корнининг хамма сохасида кучли огрик билан шикоят килиб келди,Курганда анафилактик шок ҳолатида-Тери ранг окимтир,тана харорати ошган,ипсимон пульс,кон босимининг пасайган.Корин текшириб курганда нафас олишда иштирок этмайди,пальпацияда –defans musculum кучли огрикли.

Ташхис куйинг ва УАШ тактикаси

(Эхинококк кистасининг ёрилиши.Биринчи ёрдам сифатида анафилактик шок бартараф этиш ва шошилиш ҳолатда Ихтисослаштирилган касалхонага йулланма билан юбориш)

Укитувчи группани иккита группа булинг. 1 группага жигар эхинококки билан касалланган беморлар куратцияси,2группага жигар циррози асорати кузилунгачдан кон кетиши билан касалланган беморлар кутатция килиш киринг.Талабалар маълум вақт куратция пайтида беморларда утказилган лаборатор ва инструментал текширишларга аниклик киритишади,

Укитувчи беморларни муҳокама килади, беморларда утказилган лаборатор ва инструментал текширишларга очиклик киритиб,киёсий ташхисот утказиб,даволаш усуларни тушунтиради.

УАШ тактикаси-Сариклик синдром тасдиқлаш учун Беморнинг шикояти,анамнези,обектив ва лаборатория хулосаларига караб беморни махсус стационарларга юборади.

2 вазиятли масала

Бемор,41 ёшда,овчи,унг ковурга сохасила огирлик хиссидан шикоят килади,Бошка шикоятлари йук.Анамнезидан бир йил олдин сабабсиз терисида тошмалар ва кизаришлари булган.Курувда жигар унг ковурга ёйидан 3 см ташкарида,айлана шаклда,огриксиз,Физикал текширувларда бошка касаллик аломатлари аникланмади,Тана харорати нормал.Рентгенологик текширишларда унг томонда диафрагма гумбазида ярим ойсимон дуппайган хосила аникланди.

1.Шу ҳолатлар кайси касалликларни айлаш лозим.

2.Диагнозни тасдиқлаш учун яна канака текширувларни амалга ошириш мумкин.

3.Кайси текшириш усули дуппайган сохани чегараси аник курсатади.

4.Беморни кандай даволанади.

Жавоб

1.Жигар эхинококки.

2.ОАК-эозинофилия, серологик реакциялар.

3.УТТ, КТ.

4.Консерватив даво антипаразитар,пункция ва эхинококк бушликни санация килиш ёки оператив даво Эхинококкэктомия

3.Вазиятли масала.

Бемор,44 ёшда шошилиш ҳолатда стационарга олиб келинган, касаллик тусатдан бошланган, конли кусиш билан. Огрик дархол колган. Анамнезидан узок вақтдан бери алкохол истемол килиб юрган. Текширувларда талок катталашган, жигар палпация килинмайди.

1. Кайси касаллик тахмин килиш мумкин.

2. Кон кетиш сабаби нима деб уйлайсиз.

3. Кайси касалликлар билан киёсий ташхисот килинади.
4. УАШ тактикаси.

Жавоб

- 1.Кузилунгач веналарининг варикоз кенгайиши.
2.Меллори-Вейс синдроми,ярадан кон кетиши,ошкозон tumor
3.Биринчи ёрдам сифатида Блекмор зондини куйиш,хирургик булимга юбориш.

Тестлар.

Жигар кистасининг Линберг.Б.Г буйича 2 куриниши?

- А.икки камерали
Б.солитар
Д.оёкчали
Г.куп камерали
Е.солитар

Жигар кистасининг иккита истинных формаси?

- А. якка,бир ёки куп камерали цистаденомаси
Б.эхинококк
Д.аскаридиоз
Г.жигар куп сонли кисталари
Е.травмадвн кейинги

Жигарнинг оёкчали кисталарининг асосий сабаблари?

- А.травма
Б.гельмент
Д.яра касаллиги
Г.яллигланиш
Е.травмадан кейинги

Жигар кистасининг асосий клиник кечиши?

- А.секин кечувчи
Б.тез кечувчи
Д.дарров огриклар билан
Г.сариклик
Е.панкреатит

Жигар кистасининг симптомлари?

- А.Жигар сохасидаги махаллий кучли огрик
Б.огирлик хисси
Д.иштаха пасайиши ва йуколиши
Г.кусиш
Е.узок вақт симптомсиз кечиши

Жигар кистасининг асосий 4 та диагностик усуллари айтинг?

- А.УТТ
Б.ЭГФДС
Д.КТ
Г.сканерлаш
Е.селектив ангиография

Жигар кистасининг оператив даволаш усуллари?

- А.кистани очиш
Б.киста марсупилизацияси ва тампонлаш
Д.цистоэнтеро ёки цистогастростомия
Г.гемигепатэктомия

Е.жигар резекцияси

Жигар кисталарининг асоратларини айтинг

А.симптомсиз кечиши

Б.пальпацияда огриксиз

Д.сариклик

Г.харорат ошиши

Е.корин парданинг таъсирланиш симптоми

Жигар абсцесс келтириб чиқарувчи асосий касалликларни айтинг?

А.амёбали дезинтерия

Б.сепсис

Д.пилефлебит

Г.йирингли холецистит

Е.гигжа инвазияси

Жигар абсцессининг асосий симптомлари?

А.узок вақт симптомсиз кечиши

Б.субфебрил тана харорати

Д.гектик тана харорати

Г.перитонизм

Е.сариклик

Жигар абсцессининг асосий текшириш усуллари?

А.рентгент

Б.эҗдфс

Д.ангиография

Г.утт

Е.рпхг

Жигар абсцессининг 3 та асосий рентгенологик белгиси?

А.диафрагма гумбази юкорида

Б.клойберг косачалари

Д.диафрагма харакатининг чекланиши

Г.жигар катталашганлиги

Е.керкринка бурмалари

Жигар кайси касалликлари билан диф\диагнозтика қилинади?

А.диафрагма ости абсцесси

Б.паразитар жигар кистаси асоратланган

Д.жигар эхинококки асоратланган

Г.сурункали панкреатит

Е.пилефлебит

Жигар абсцессининг асосий даволаш усуллари?

А.дезинтоксикацион терапия

Б.гепатроптерапия

Д.антикоагулянтлар билан

Г.пункция қилиш

Е.антибиотиклар

Жигар эхинококкини кузгатувчилар?

А.echinococcus gralosis

Б. Echinococcus micrococcus

Д. Echinococcus multilococcus

Г. Echinococcus luteus

Е. Echinococcus perfringens

Йиринглаган жигар эхинококк кистасининг 3 симптоми?

А.огрик синдроми

Б.тана хароратининг ошиши

Д.гипертония

Г. гипотония

Е. калтираш

Жигар эхинококкида кондаги 2 та патологик узгариш?

А. эозинофилия

Б. лейкоцитоз

Д. тромбоцитоз

Г. эритроцитоз

Е. соэ ошиши

Жигар эхинококки диагностикасида 3 та серологик реакция?

А. латекс аглютинация

Б. нотугри гемаглютинация

Д. тугри гемаглютинация

Г. энзим иммунологик метод

Е. иммуноблот реакция

Жигар эхинококкининг инструментал текшириш усуллари?

А. рентгент

Б. кт

Д. радиоизотоп

Г. утг

Е. эгдфс

Жигар эхинококки кайси касалликлар билан Д.Д килинади?

А. уткир холецистит

Б. ячши сифатли усмалар билан

Д. нопаразитар булган кисталар билан

Г. жигар абсцесси

Е. ут пуфаги истискоси

Жигар эхинококки кайси асосий касалликлар билан Д.Д килинади?

А. диафрагма ости абсцесси

Б. паразитар жигар кистаси асоратланган

Д. жигар эхинококки асоратланган

Г. сурункали панкреатит

Е. пилефлебит

Жигар абсцессининг асосий даволаш усуллари?

А. дезинтоксикацион терапия

Б. гепатроптерапия

Д. антикоагулянтлар билан

Г. пункция килиш

Е. антибиотиклар

Жигар эхинококк боскичларига боғлиқ 3 та симптом?

А. унг ковурга остида огриклар

Б. астеновегетатив синдром

Д. шеткина блюмберг симптоми

Г. периодик тошмалар

Е. мейо робсон симптами

Йиринглаган жигар эхинококк кистасининг 3 симптоми?

А. огрик синдроми

Б. тана хароратининг ошиши

Д. гипертония

Г. гипотония

Е. калтираш

Жигар эхинококкида кондаги 2 та патологик узгариш?

А. эозинофилия

- Б.лейкоцитоз
- Д.тромбоцитоз
- Г. эритроцитоз
- Е.соэ ошиши

Жигар эхинококки диагностикасида 3 та серологик реакция?

- А.латекс аглютинация
- Б.нотугри гемаглютинация
- Д. тугри гемаглютинация
- Г.энзим иммунологик метод
- Е.иммуноблот реакция

Жигар эхинококкининг инструментал текшириш усуллари?

- А.рентгент
- Б.кт
- Д.радиоизотоп
- Г.утт
- Е.эгдфс

Жигар эхинококки кайси касалликлар билан Д.Д килинади?

- А.уткир холецистит
- Б.яхши сифатли усмалар билан
- Д.нопаразитар булган кисталар билан
- Г.жигар абсцесси
- Е.ут пуфаги истискоси

Диафрагма ости абсцессининг оптимал даволаш варианты?

- А.утт назорати остида йирингли бушликни пункция килиш
- Б.минилапаротомия,санация ва дренажлаш
- Д.лапаротомия,йирингли бушликни очиш ва тампонлаш
- Г.консерватив даво

Диафрагма ости абсцессининг оптимал йирингли бушликни очиш варианты?

- А.плеврадан ҳамда корин бушлигидан ташкари йул билан
- Б.торакотомия
- Д.икки моментли плеврал йул билан
- Г.тораколапаротомия

Баҳо	Аъло	Яхши	Кониқарли	Кониқарсиз	Ёмон
Асосий	100%-86%	85%-71%	70%-55%	54%-37%	36% паст
Ситуацион масала ва тест	15-12.9балл	12.7-10.6 балл	15.5-8.25 балл	8.1-5.5 балл	а. балл

5.Амалий кисм

1. Механик сарикликда симптомокомплекс синдромни аниқлаш

№	Тадбирлар	Бажарилмаган (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарилганлар (10 балл)
1	Беморга тўғри ёндашиш		10

2	Сариқлик белгилари аниқлаш(тери шиллик кават пешоб ва нажас)		10
3	Тил қуриш ва қарашга мойил		10
4	Қориндаги оғрик соҳасини пальпация қилиш		10
5	Чуқур пальпация қилиш,ўт пуфагини		15
6	Жигар холати кирралари консистенцияси		15
7	Перкуссия Курлов бўйича жигар чегараси		15
8	Корин тумтоқлигини аниқлаш		

2 . Механик сариқликда симптомокомплекс сирдромни аниқлаш ва Блекмор зондини қуйиш техника

№	Тадбирлар	Бажарилмаган (0 балл)	Тўлиқ тўғри бажарилганлар (10 балл)
1	Зонддаги баллончани текшириб қуринг ва зонддан ҳаво ёки суюқлик юбориб қуринг		10
2	Зондга вазелин ёки глицерин суртинг		10
3	Бурун ва ҳалқумга 0.5% дикаин ёки лидокаин инфуляция қилинг		10
4	Зондни бурун орқали қузилунгачга кейин ошқозонга киритинг		10
5	Зонднинг ошқозондаги қисмидаги баллончага шприц ёрдамида 100мл ҳаво юборинг		10
6	Зонднинг ошқозондаги қисмидаги баллончага шприц ёрдамида 50-60мл ҳаво юборинг индиидуал ҳар бири учун		10
7	Кейин аста-секинлик билан зонд тортилади ошқозон қардиал қисмига такалиши учун		10
8	Ошқозон ичидагилар аспирация қилинади,ва тоза сув билан ювилади		10
9	Кейин қузилунгач қисмидаги баллонча 150мл ҳаво юборилади		10
10	Зондни ҳар 24-72 соатда алмаштирилади		10

	Хаммаси		100
--	----------------	--	-----

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Кониқарли	Кониқарсиз	Ёмон
	Асосий	100%-86%	85%-71%	70%-55%	54%-37%	36% паст
	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37 балл	36 балл

6. Фанни билиш ва бажаришни назрат қилиш шакли

- оғзаки;
- ёзма;
- тест;
- вазиятли масалалар;
- амалий кўникмаларни ўзлаштириш.

7. Жорий кунда баҳолашнинг назрат қилиш мезони;

№	Баҳо	Аъло	Яхши	Кониқарли	Кониқарсиз	Ёмон
	Асосий	100%-86%	85%-71%	70%-55%	54%-37%	36% паст
1	Амалий қисм	20-17.2 балл	17-14.2 балл	14-11 балл	10.8-7.4 балл	7.2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42.5-35.5 балл	35-27.5 балл	27-18.5 балл	18 балл
3	Ситуацион масала ва тест	15-12.9балл	12.7-10.6 балл	15.5-8.25 балл	8.1-5.5 балл	5.4 балл
4	Амалий қисми	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37 балл	36 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари;

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло “5”	Талаба машғулотга асосий ва кўшимча саволлар бўйича тайёр, мавзунини муҳокама қилишда фаол иштирок этади, ижодий фикрлайди, амалий кўникмаларга тўлиқ эга бўлади, ташхис қўйиш мезонлари, клиник, мантикий фикрлаб қиёсий ташхис қўйишни аниқ билади. УАШ тактикасини аниқлаб, фарқли медицинаментоз терапияни танлай олади, беморга профилактик тавсиялар бера олади. Навбатчилик вақтида беморларни мустақил курация қилиб, аниқ доклад қила олади.

2	91-95%	Аъло “5”	Талаба машғулотга асосий ва қўшимча саволлар бўйича тайёр,мавзуни муҳокама қилишда фаол иштирок этади, мавзуни чуқур ўзлаштиради, амалий кўникмаларга тўлиқ эга бўлади, ташхис қўйиш мезонлари,клиник, мантиқий фикрлаб қиёсий ташхис қўйишни аниқ билади.УАШ тактикасини аниқлаб,фарқли медикаментоз терапияни танлай олади, беморга профилактик тавсиялар бера олади. Навбатчилик вақтида беморларни мустақил курация қилиб, аниқ доклад қила олади.
3	86-90%	Аъло “5”	Талаба машғулотга асосий ва қўшимча саволлар бўйича тайёр,мавзуни муҳокама қилишда фаол иштирок этади, яхши ўзлаштиради, амалий кўникмаларга тўлиқ эга бўлади, ташхис қўйиш мезонлари,клиник, мантиқий фикрлаб қиёсий ташхис қўйишни аниқ билади.УАШ тактикасини аниқлаб,фарқли медикаментоз терапияни танлай олади, беморга профилактик тавсиялар бера олади. Навбатчилик вақтида беморларни мустақил курация қилиб, доклад қила олади.
4	81-85%	Яхши “4”	Талаба машғулотга асосий ва қўшимча саволлар бўйича тайёр,мавзуни муҳокама қилишда фаол иштирок этади, мавзуни ўзлаштиради, амалий кўникмаларга тўлиқ эга бўлади, ташхис қўйиш мезонлари,клиник, мантиқий фикрлаб қиёсий ташхис қўйишни билади, лекин баъзи бир хатоларга йўл қўяди. УАШ тактикасини аниқлаб,фарқли медикаментоз терапияни танлай олади, беморга профилактик тавсиялар бера олади. Навбатчилик вақтида беморларни курация қилиб, яхши доклад қила олмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Талаба машғулотга асосий ва қўшимча саволлар бўйича тайёр,мавзуни муҳокама қилишда иштирок этади, мавзуни ўзлаштиради, амалий кўникмаларга эга бўлади, ташхис қўйиш мезонлари,клиник, мантиқий фикрлаб қиёсий ташхис қўйишни билади, лекин баъзи бир хатоларга йўл қўяди. УАШ тактикасини аниқлаб,фарқли медикаментоз терапияни танлай олади, беморга профилактик тавсиялар бера олади. Навбатчилик вақтида беморларни навбатчи шифокор ёрдамида курация қилиб, яхши доклад қила олмайди
6	71-75%	Яхши “4”	Талаба машғулотга тайёр,мавзуни муҳокама қилишда иштирок этади, мавзуни ўзлаштиради, амалий кўникмаларга эга бўлади,миокардит ва миоардиодистрофияда тахминий ташхис қўйиши мумкин, лекин баъзи бир хатоларга йўл қўяди. УАШ тактикасини билан аниқлаб, медикаментоз терапияни танлай олади, беморга профилактик тавсиялар бера олади. Навбатчилик вақтида беморларни шифокор ёрдамида курация қилиб, яхши доклад қила олмайди..

7	66-70%	Қониқарли ”3”	Талаба машғулотга тайёр, мавзуни кам ўзлаштиради, амалий кўникмаларга кам эга бўлади, мустақил тахминий тахшис қўя олмайди, лекин баъзи бир хатоларга йўл қўяди. УАШ тактикасини қийинчилик аниқлаб, медикаментоз терапияни танлай олади, беморга профилактик тавсиялар бера олади. Навбатчилик вақтида беморларни шифокор ёрдамида курация қилиб, яхши доклад қила олмайди..
8	61-65%	Қониқарли ”3”	Талаба машғулотга тўлиқ тайёр эмас, мавзуни кам ўзлаштиради, амалий кўникмаларга аниқ эга бўлмайди, мустақил тахминий тахшис қўя олмайди, лекин баъзи бир хатоларга йўл қўяди. УАШ тактикасини қийинчилик аниқлаб, медикаментоз терапияни танлай олади, беморга тўлиқ профилактик тавсиялар бера олмайди. Навбатчилик вақтида беморларни шифокор ёрдамида курация қилиб, яхши доклад қила олмайди..
9	55-60%	Қониқарли ”3”	Талаба машғулотга тўлиқ тайёр эмас, мавзуни кам ўзлаштиради, амалий кўникмаларга аниқ эга бўлмайди, мустақил тахминий тахшис қўя олмайди, лекин баъзи бир хатоларга йўл қўяди. УАШ тактикасини қийинчилик аниқлаб, медикаментоз терапияни ноаниқ танлайди, беморга тўлиқ ва аниқ профилактик тавсиялар бера олмайди. Навбатчилик вақтида беморларни шифокор ёрдамида курация қилиб, яхши доклад қила олмайди
10	54% дан паст	Қониқарсиз ”2”	Барча саволларга нотўғри жавоб беради

9.Машғулотнинг хронологик картаси.

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа

		Хар бир гуруҳга топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйги вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлар

1. Жигар абсцесси таснифи.
2. Жигар абсцесси клиникаси ва симптоматикаси.
3. Жигар кисталари таснифи.
4. Жигар кистаси диагностикаси, дифференциал диагностикаси ва даволаши
5. Жигар эхинококки, даволаш.
6. Жигар циррози этиопатогенези.
7. Жигар циррози клиникаси.
8. Жигар циррози клиникаси.
9. Жигар циррозини даволаш ва профилактикаси.

11. Тавсия қилинадиган адабиётлар

1. Арипов. У. А., Каримов. Ш. И. Корин бушлигини аъзоларини оишгич жаррохлиги. Т. 1991 йил.
2. Каримов. Ш. И. Хирургик касалликлар. Т. 2005 йил.
3. Каримов. Ш. И. Хирургические болезни. Т. 2005 год.
4. Кузин. М. И. Хирургические болезни. М. 1987 год.
5. Панцыров. Ю. М. Клиническая хирургия. М. 1998 год.
6. Дж. Мерте. Справочник ВОП. М. 1998 год.
7. ОКП по механической желтухе
8. Стандартные протоколы по теме
9. Савельев. В. С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. 2004 год.
10. Савельев. В. С., Кириенко. А. И. Хирургические болезни. (2-х томах) М. 2006 год.
11. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М. 2002 год.
12. Шевченко. Ю. Л. Частная хирургия. М. 2002 год.
13. Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП. Т. 2003 г.
14. Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля. Т. 2003 г.
15. Борзяк Э. И., Бочаров В. Я., Волкова Л. И.; / Под ред М. Р. Сапина. Анатомия человека. В 2-х томах. Т. 2 М.: Медицина, 1986

16. Забродская В.Ф., Затолокин В. Д.К вопросу о топографии печеночных вен. В кн.: Материалы 3-й темат конф. Ивано – Франковск, 1967 стр. 221-223
17. Маисая К., Мизандари М., Мтварадзе А., Урушадзе О., Тодуа Ф. Особенности артериальной гемодинамики внутренних органов при циррозе печени.// Медицинская визуализация. 2001 № 2 стр. 59-61
18. Островерхов Г. Е., Лубоцкий Д.Н., Бомаш Ю. М. Оперативная хирургия и топографическая анатомия. М.: Медицина 1972
19. [http:// medical.ru /](http://medical.ru/)

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

Ошқозон ичак трактидан қон кетиш синдроми.

Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан (ВКВ) ва параэзофагеал чурралардан қон кетиши, сабаблари, патогенез, клиника, диагностикаси. Ўпкадан қон кетиши билан дифференциал диагностикаси. УАШ тактикаси. Медикаментоз ва эндоваскуляр даволаш усуллари УАШ тактикаси:

**Мавзуси бўйича амалий машғулот
ўқитиш технологияси**

Амалий дарс №24

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №24: Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан (ВКВ) ва параэзофагеал чурралардан қон кетиши, сабаблари, патогенез, клиника, диагностикаси. Ўпкадан қон

№ 24 мавзу, 327 дақ	Талабалар сонив:8-10	
Ўқув машғулотининг шакли ва тури	Амалий машғулот	
Ўқув машғулотининг тузилиши	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: <ul style="list-style-type: none"> - Кейс-стади - Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм. 	
<p>Ўқув машғулоти мақсади Меъда ичак трактидан қон кетиши сабабларини билиш; - Меъда ичак трактидан қон кетиши хасталиги клиника, ташҳисини билиш - Меъда ичак трактидан қон кетиши синдромида беморларни клиник текширувларини билиш; - Меъда ичак трактидан қон кетиши хасталигининг асосий аломатларини аниқлай олиш; - лаборатор ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қила билиш; - Меъда ичак трактидан қон кетиши билан огриган беморларни даволаш тактикаси ва даволашнинг асосий принципларини билиш; - Меъда ичак трактидан қон кетиши билан огриган беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш. - Меъда ичак трактидан қон кетиши билан огриган беморларни реабилитацияси профилактикаси асосий тамойилларини эгаллаш.</p>		
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактидан қон кетиши анатомия и физиологиясини билиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши этиопатогенези ва клиникаси • Меъда ичак трактидан қон кетиши ташхислаш ва киесий ташхислаш. • Госпитализация вақти. • Меъда ичак трактидан қон кетиши асоратлари. • Беморлар даво тактикаси; • Беморлар операциядан кейинги реабилитацияси. <p>УАШ бажара олиши шарт:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактидан қон кетиши беморларни клиник текширувларини ўтказа олиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши клиник шакллари аниқлай олиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник ташхисни шакллантириш ва асослаш. • Рентген суратларини ўқий олиш. • Хавф омилларини, ташхислашни, ўз вақтида 	

	госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ўргатиш.
Укитиш услублари	Лекция, инсерт, мия штурми, уч боскичли интервью, «ўргимчак тури» усули, демонстрация, видео куриш, дискуссия, беседа, ўргатувчи ўйин, кейс-стади.
Машгулотни ташкил қилиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш манбалари	Таркатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш жойи ва шароити</i>	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдскоп, слайдлар, TV-видеолар.
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Машгулотнинг технологик харитаси №24

Мавзу: Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан (ВКВ) ва параэзофагеал чурралардан қон кетиши, сабаблари, патогенез, клиника, диагностикаси. Ўпкадан қон кетиши билан дифференциал диагностикаси. УАШ тактикаси. Медикаментоз ва эндоваскуляр даволаш усуллари УАШ тактикаси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
1-босқич. Машгулотга кириш 10 дақиқа	4.26. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машгулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва қонспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	4.27. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва қонспект сифатида ёзиб олишади.
20дақиқа	4.28. Урганиладиган қўйидаги машгулотга Мияга хужум, машгулотга тегишли булган	Саволларга жавоб

5дақиқа	кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш. 4.29. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш. 4.30. Танаффус.	беради. Эшитади.
5дақиқа		
2-боскич. Асосий қисм 20дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
25дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш. Танаффус.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
15дақиқа	2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
45дақиқа	Танаффус.	
5дақиқа	Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Дикқат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Мустақил равишда муаммони хал қилган холда варақларни тўлдиради.
45дақиқа	Танаффус.	
5дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
65дақиқа		
5дақиқа	Танаффус.	
40дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	Амалий кўникмаларни бажаришади ва сўрашади.
15дақиқа	Танаффус.	
25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги хақида ва таъхисни асослаш хақида ҳисобот.

<p>3- қисм Яқуний қисм 27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.</p>
---	---	---

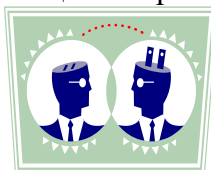
1. Ўқитиш шароити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Мажмуавий жадваллар, услубий қўлланмалар, реактивлар, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар;
3. Шаҳар оилавий поликлиникаси, беморнинг амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, вазиятли масалалар.



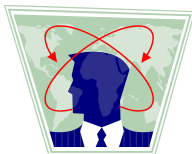
1.1. Мотивацияси

Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналардан қон кетиши, беморларнинг 30%ида учрайди. Бундай вазиятда ўлим 20% ни ташкил этиб, жигар функцияси билан тўғридан тўғри боғлиқ. Ўрта Осиёда Крон касаллиги, носпецифик ярали колит кўп учраганлиги учун ҳам ,бу касалликларни билиш, ҳамда қон кетганда текшириш ва даволаш тактикасини билиши керак . Беморга аспирин ёки бошқа дорилар қабул қилганми; қоринда, бўғимларда оғриқ борми; неча марта қусди, ичи суюқ келдими; спиртли ичимлик ичганми; олдин ҳам қусиш кузатилганми ва б. саволларни бериб тахминий қон кетиш манбаини аниқлаш мумкин. Радикал текширувлар ўтказилиши керак (беморни кўздан кечириш, гемодинамикани баҳолаш, қорин пальпацияси, ректал текширув, лаборатор ва инструментал текширишлар). учун ўз вақтида ташхис қўйиб, режали ёки шошилиш холда касалхонага ётқизишни аниқлаш керак.



1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология,



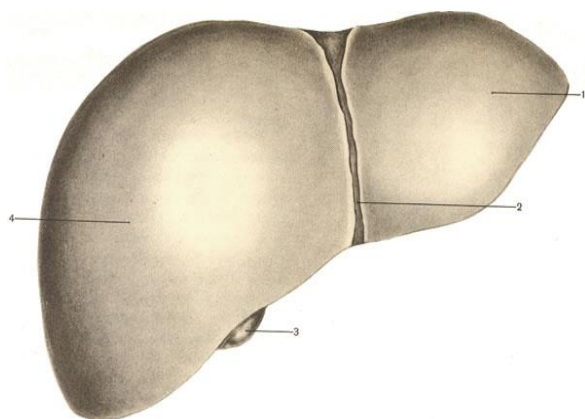
2. Машғулотлар мазмуни

терапия, инфекцион касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология.

2.1. Назарий қисми

Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш клиникаси ва диагностикаси

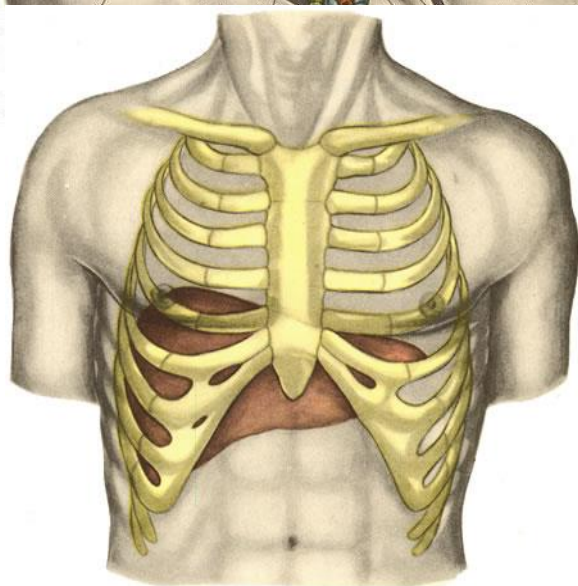
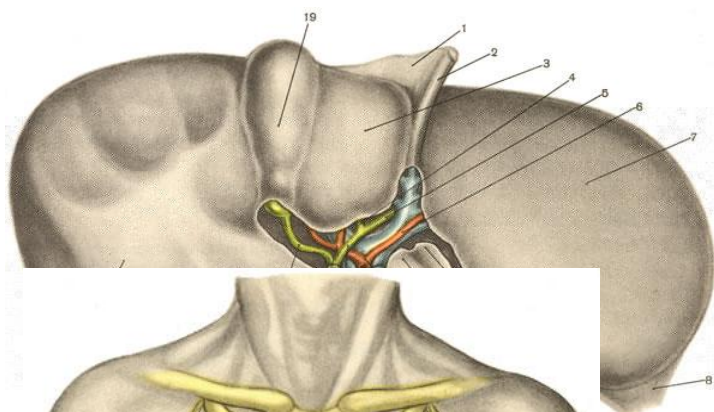
Жигар, ўт пуфаги ва ўт йўллари хирургик анатомияси.



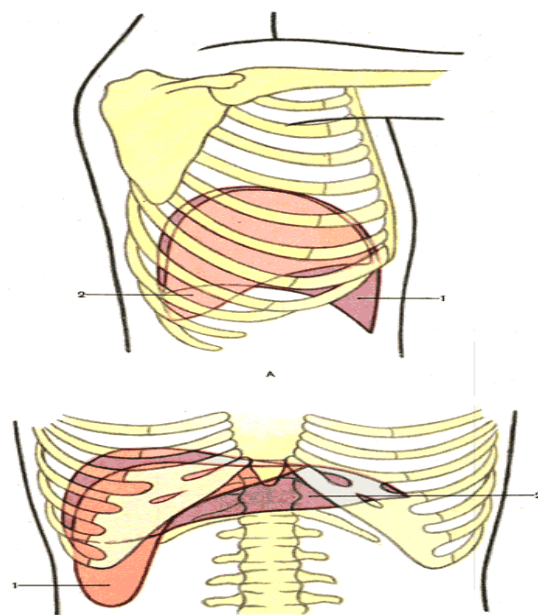
Жигар — (hepar) қорин бұшлиғининг юқори қисмида ассимметрик жойлашган бўлиб, ўнг қовурға ости ва қорин усти соҳасини эгаллайди, кичик қисми чап қовурға остида жойлашган. Жигар понасимон шаклга эга. Унинг юқори, орқа ва пастки юзалари мавжуд бўлиб, улар бири-биридан олд, юқори ва пастки қирралари билан ажралиб туради.

Олдинги қирраси юқори юзасидан пастки юзасига ўтувчи жойидан ҳосил бўлиб, ўткир, қолган (юқори ва пастки) икки қирраси силлиқ.

Катталарда жигар узунлиги ўртача 25—30 см, кенглиги — 15—20 см ва бўйи — 9—14 см. Жигарнинг юқори юзаси (*facies diaphragmatica*) силлиқ ва бироз кўтарилган.



Ундан ўтган бойлам (lig. falciforme hepatis,) жигарни иккита



нотенг бўлакка ажратиб туради: катта-ўнг ва кичик-чап. Пастки юзаси (*facies visceralis*) эса ясси ва бироз букилган.

Иккита сагиттал эгат ва чуқур кўндаланг эгат ўнг (*lobus hepatis sinister*), квадрат (*lobus quadratus*) ва дум (*lobus caudatus*) бўлақларни ажратиб туради.

Жигарнинг юқори юзаси:

1. *lobus hepatis sinister*;
2. бирикиш жойи- lig.
3. *falciforme hepatis*
4. *vesica fellea*;
5. ***lobus hepatis dexter*.**

Жигарнинг пастки юзаси:

1. **lig. falciforme hepatis;**
- 2 — **lig. teres hepatis;**
- 3 — **lobus quadratus;**
- 4 — **ductus hepaticus dexter;**
- 5 — **ductus hepaticus sinister;**
- 6 — **ramus sinister a. hepaticae propria**
- 7 — **lobus hepatis sinister;**
- 8 — **lig. triangulare sinistrum;**
- 9 — **processus papillaris;**
- 10 — **processus caudatus;**
- 11 — **a. hepatica propria;**
- 12 — **lobus caudatus;**
- 13 — **v. portae;** 14—**v.cava inferior ;**
- 15—**ductus hepaticus communis;**
- 16 — **ramus dexter a. hepaticae propriae;**
- 17 — **ductus cysticus;**
- 18 — **lobus hepatis dexter;**
- 19 — **vesica fellea.**

Чап сагиттал эгат текис, унинг олдинги қисмида (fissura lig, teretis) жигарнинг айлана бойлами жойлашган, орқа қисмида эса чап дарвоза венаси шохидан пастки-венага борувчи (fissura lig. venosi) - бойлам lig. Venosum бор. Баъзан квадрат бўлак бутунлай ёки қисман чап бўлак билан қўшилиб туради. Бундай ҳолларда fissura lig. Teretis сезиларсиз даражада намоён бўлади ёки умуман кўринмайди ва айлана бойлам баъзи жойларида жигар тўқимасидан ўтади. Ўнг сагиттал эгат чап эгатдан фарқ қилиб нотекис, уни жигарнинг думли бўлагини ўнг жигар бўлаги билан боғлаб турувчи processus caudatus бўлиб туради. Ўнг сагиттал эгатнинг олд қисмида (fossa vesicae felleae) ўт пуфаги жойлашган. Бу эгат олдиндан кенг, орқа йўналишга қараб торайиб боради ва жигарнинг кўндаланг эгати билан туташади. Унг сагиттал эгатнинг (sulcus v. cavae) чап қисмида пастки ковак вена ўтади v. cava inferior.

Таъриф

Портал гипертензия- портал тизимда қон оқишининг қийинлашиши натижасида келиб чикувчи ўзгаришлар комплекси бўлиб, бу ҳолат портал босимнинг ошиши (140-160 мм.суб уст.), талокнинг катталашуви, қизилўнгач, меъда, тўғри ичакнинг веналарининг варикоз кенгайишига, уларда қон кетишига, асцит ва жигар етишмовчилигига олиб келади.

Портал гипертензия этиологияси:

6. жигар циррози (барча сабабларинг 70-80% ни ташкил этади);
7. панкреато-биллиар соҳадаги аъзоларнинг яллиғланиш, посттравматик, ўсма, паразитар касалликлари;
8. жигар қон томирларининг туғма ва орттирилган нуқсонлари;
9. пастки ковак венанинг туғма ва орттирилган нуқсонлари;
10. ёшликда ўтказилган омфалит ҳолатлари ёки киндик венасининг катетерлаш асоратлари;

Портал гипертензиянинг этиологик омиллар ва веноз тизимнинг анатомияси билан боғлиқ патогенези.

Портал гипертензия муаммосини тушунишнинг асосий калити бу-

- инсон организмнинг веноз тизими анатомиясини билиш ва энг аввало талок, меъда, қизилўнгачнинг кардиал қисми, йўғон ва ингичка ичакдан веноз қон келиб турувчи портал вена тизимини билиш;
- юқорида кўрсатилган аъзоларнинг веналари деворининг тузилиши портал тизимдаги 140-160 мм.суб уст.дан ошмайдиган веноз босим даражасига мослашган, унинг кўтарилиши веналарнинг варикоз кенгайишига олиб келади ва энг аввал қизилўнгачнинг

ҳолат натижасида қоннинг барқарорлиги суғуст шаклли элементлари лейкоцит ва тромбоцитларнинг фаол парчаланиши жараёни бошланади. Гиперспленизм ҳолати қайсидир даражада суяк кўмигининг гиперфункцияси билан компенсация қилинади. Дарвоза венасида босим даражаси 3 та асосий омиллар ёрдамида аниқланади: портал қон оқимининг катталиги, портал томирлар тармоқланиши томир тонуси ва умумий жигар ички томир қаршилиги. Жигар циррозида портал гипертензия қорин бўшлиғи вазодиятациясини чақиради. Бу эса ўз навбатида портал қон оқими тезлигига олиб келади. Юқоридагилардан келиб чиқадики, портал гипертензия патогенезини фақат жигар ички веноз қон айланиши қийинлашуви, жигар ангиоархитектоникаси қайта қурилиши ва бошқа локал омиллар билан боғлаш керак эмас, юқорида келтирилган функционал ўзгаришлар ҳам муҳим аҳамиятга эга. Дарвоза венаси тизимининг босими ошишига жигар артерияси шохлари ўртасидаги ва портал тизимга кўшимча қон оқими келувчи фиброз тўсиқли дарвоза венаси артерио-веноз аностомозлари ҳам сабаб бўлади. Портал гипертензиянинг органик субстрати ва лимфа безлари томонидан ишлаб чиқарилаётган ортиқча суюқлик жигардан веноз қоннинг чиқиб кетишини қийинлаштиради. Бу эса асцит- портал блок жигар ички босими ўзгаришларининг генезида асосий ўринни эгаллайди. Шунга қарамай фақат бу асосий сабаб бўлади дейиш нотўғри бўлар эди. Асцитнинг ривожланишида олдинги белгилардан бири бу ренин-альдостерон-ангиотензин тизимдаги силжишлар ҳақида эсдан чиқармаслик керак. Ренин-ангиотензин механизмининг ортиқча фаоолашуви альдостероннинг гиперсекрециясига олиб келади. Бу буйрак перфузияси бузилиши билан боғлиқ. Асцитнинг ривожланишида яна бир сабаблардан биттаси бу- қон зардоби онкотик босимининг пасайиши билан боғлиқ гипоальбуминемиядир. Гипоальбуминемия томир деворидан ташқарига томир ичи суюқлигининг чиқиб кетишига сабаб бўлади. Қорин бўшлиғи аъзоларининг артериол вазодиятациясининг ривожланиши симпатик импульсацияни фаоллаштиради, бу эса буйракларда ренин ва гипофизда антидиуретик гормон секрециясини ажралишига сабаб бўлади. Симпатик гипертонуснинг яна бир асорати бўлиб буйрак перфузияси бузилиши ҳам ҳисобланади. Кўп ҳолларда буйраклардаги простогландинлар ишлаб чиқарилишининг сусайиши ҳам. Бу ўз навбатида натрий ва сувнинг тутилиши билан коптокчаларнинг фильтрациясини сусайтиради, натижада асцит юзага келади. Бу қорин бўшлиғи аъзолари ва пастки ковак веналар бўйлаб қон циркуляцияси шартларининг ёмонлашувида намоён бўлади. Шу билан бир қаторда ўпкаларнинг нафас экскурсияси чегараланади ва юрак фаолияти қийинлашади. Қорин бўшлиғида босимнинг ошиши гастроэзофагеал рефлюксга сабаб бўлади, қайсики бу ҳолат қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетишини жадаллаштириши мумкин. Портал гипертензияни ташхислаш учун муҳим аҳамиятга эга бу жигардаги цирротик жараённи ўсиши ва фаоллиги даражаси. Бу ҳолатлар жигарнинг функционал имкониятларига таъсир қилади (жигар етишмовчилиги).

Қизилўнгач–ошқозондан қон кетишини таъминловчи омилларга қуйидагилар киради:

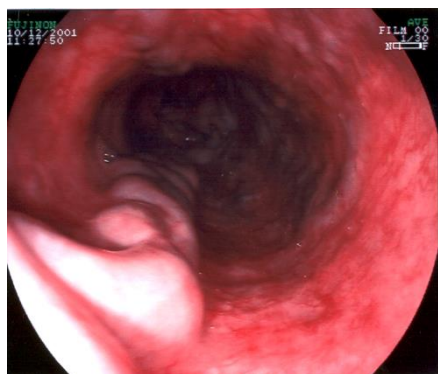
- пептик омил - (рефлюкс-эзофагит);
- қизилўнгачнинг дағал овқатдан шикастланиши (суяк);
- гемостазнинг бузилиши- натижада жигар етишмовчилиги ва талокнинг катталашуви ҳолати.

Шундай қилиб, портал гипертензия синдроми жигар касалликлари ва портал тизим томирлари асоратлари сифатида қизилўнгач веналарининг варикоз кенгайиши ва ўлимга олиб келувчи қон кетиш хавфи шаклланишида бемор ҳаётида бирламчи даражада муҳим ролга чиқади ва 1-ўринда қизилўнгач-ошқозондан қон кетишининг олдини олиш ва тўхтатишга қаратилган даволовчи чора-тадбирларни қўяди. Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши 30% беморларда ташхис қўйилганидан кейин бир йил давомида кузатилади. Бундай қон кетишидан кейинги ўлим ҳолати 20% ни ташкил этиб, жигарнинг фаолиятига тўғридан-тўғри боғлиқ. Қизилўнгач варикоз кенгайган веналари ва ошқозоннинг проксимал қисмидан қон кетиши портал гипертензия асорати ҳисобланади. Жигар ички қон айланиши ёки дарвоза ё жигар веналар тизими қон

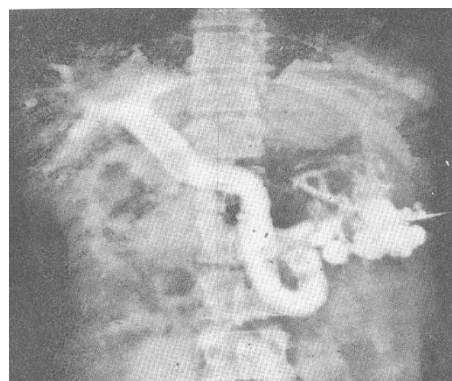
оқимида ўзгаришлар юзага келса, портал ва кавал тизим ўртасида ишлаётган аностомозлар ҳосил бўлишига олиб келади. Қизилўнғач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиши патогенезида портал гипертензия катталиги, вена деворининг юпқалашуви ва кенгайганлиги даражаси, пептик омил ва жигарнинг касалланиши асорати сифатида қон ивиш тизимининг кескин бузилиши аҳамиятга эга. Массив қон кетишлар кўпроқ қизилўнғачнинг пастки кўкрак ва кардиал қисми веноз тугунларининг ёрилишидан келиб чиқади. Қизилўнғач варикоз кенгайган веналари ва ошқозондан қон кетиши 8,2-65,3% ҳолда қон кетишига сабаб бўлади ва ёмон прогнозга эга, аорто-дуоденал фистулани ҳисобга олмаганда. Бу асоратда ўлим ҳолати 20-58% ни (Киценко ва Нереста 1995 й буйича) ташкил этади. ВОПТда веналарнинг варикоз кенгайишининг ривожланишига асосий сабаб жигар циррози билан боғлиқ портал гипертензия ҳисобланади. Кўп ҳолларда қизилўнғачнинг веналари варикоз кенгайиши портокавал аностомозлар шаклланиши ва қизилўнғач веналаридаги босимнинг ошиши натижасида юзага келади. Ошқозон веналари варикоз кенгайиши жуда кам учрайди. Ошқозон варикози фақат кардиал қисм ва тубида жойлашади. Ошқозон веналари варикоз кенгайиши қизилўнғач варикози билан бирга ёки алоҳида учраши мумкин. ЭГДС вена варикоз кенгайишларини аниқлашда қўлланиладиган бирламчи диагностик ва даволовчи усул ҳисобланади. Албатта текширилиши керак бўлган аъзолар – қизилўнғач, ошқозон ва 12 бармоқли ичак ҳисобланади, сабаби қизилўнғач веналари варикоз кенгайишида қон кетишнинг бошқа манбалари ҳам бўлиши аниқланган. Дистал бўлимда варикоз тугун устида тромб аниқланса эндоскопия қилишдан аввал албатта қон кетиши рецидиви (склеротерапия) олди олиниши керак. Қизилўнғач ва ошқозон варикозидан қон кетиши варикоз тугун девори нуқсонидан (кўп ҳолларда эрозив эзофагит ёки гастрит фониди) ривожланади ва одатда струя характериға эга булади. Кўп қон йуқотганда ва портал гипертензия сусайганида варикоз кенгайган веналар ва тугунлар бўшлиққа бўртиб чиқиши сезиларли даражада текисланади, бу эса баъзан ташхислашни қийинлаштиради. Шунини белгилаш керакки, қизилўнғач варикозидан қон кетиши асосан қизилўнғачнинг дистал қисмида 5 см. оралиғида жойлашган тугунларда ривожланади. Бу ҳолатни ташхислаш қийинроқ кечади, сабаби агар гастрит ҳолати аниқланса веналар қалин бўртма кўринишига келади. Портал гипертензия синдроми шартсиз белгиси бўлиб ультратовуш текширувида аниқланадиган ўз-ўзидан ҳосил бўлган коллатерал аностомозлар ҳисобланади. Дарвоза венаси асосий ўқида оқим тезлигининг кескин ошиши ва бўлакли шохларида эса секинлашуви жигар ички портотизим тармоқланиши белгиси ҳисобланади. Дарвоза венасида қон оқими максимал тезлиги 0.10 м/сдан камлиги жигар циррозида ноҳуш белгидир. Дарвоза венасида қон оқим тезлигининг кескин секинлашуви натижасида портал қон оқимининг беихтиёр тўхташи юзага келиши мумкин. Бундан ташқари портал тизимнинг дарвоза, талоқ ва бошқа веналарининг қисман ёки тўлиқ тромбозини келтириб чиқариши мумкин. Нафас олиш вақтида дарвоза венасида пульсациянинг йўқолиши портал гипертензия синдромининг кечки, лекин 94% ҳолда сезгир ва 90% ҳолда махсус белгиси ҳисобланади.

- Рентгенологик текширувлар- қизилўнғач ва ошқозон R-графияси (қизилўнғач веналари варикоз кенгайиши ва эзофагит рефлюкси аниқланганда).
- Эндоскопик текширувлар- қизилўнғач веналарини кўриш, уларнинг ўлчамлари, эзофагитнинг аниқланиши, ошқозон туби ва кардиал қисмини албатта кўриш- ошқозон туби варикоз кенгайган веналари эгатларини аниқланиши қизилўнғачнинг пастки учдан бир қисмида эса бу ҳолатнинг йуқлиги сегментар портал гипертензия белгисидир, ярали касалликка 12 бармоқли ичак кўриги;
- Ректороманоскопия (колоноскопия)- кенгайган геморроидал веналар (ичакнинг ўсмали шикастланиши бундан истисно);
- Спленопортография (инвазив усул)- портал тизим манометрияси (босимни ўлчаш), қон ҳайдалишининг асосий йўналишини кўриш (коллатерал). Агар анамнезида спленэктомия ҳолати бўлса бу усулни қўллашнинг иложи бўлмайди, у ҳолда трансжигар транскутан портография ўтказилади;

- Компьютер томография (КТ)- жигарнинг диффуз (ўчокли) зарарланишини тасдиқлаш (истисно қилиш);
- Пастки (баландки) қаваграфия- жигарусти блокка шубҳа туғилганда;
- Лаборатор диагностика- гиперспленизм (камқонлик, тромбоцитопения, турли хил таркибдаги лейкопения ёки панцитопения), холестаза белгилари (гипербилирубинемия, ишқорли фосфатаза даражасининг ошиши), жигар-хужайравий етишмовчилик (АЛТ, АСТ кўрсаткичларининг ошиши), диспротеинемия, жигарнинг оқсил ҳосил қилиш функциясининг бузилиши ва энг аввало қон ивиш тизимининг бузилиши (коагуляцион гемостаз).



Варикоз
тўғрисида
ошқозон
тубиди
нотекис



тугунсимон бурмаларнинг борлигидан дарак беради, баъзан уларнинг чўққисида яраланиш кузатилади. Қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида асосий эндоскопик гемостаз усули бўлиб склеротерапия ва резина колец (айлана, узук) қўйиш ҳисобланади. Склеротерапия самарадорлиги кам ва оғир асорат беради. Gold ва Sawjer (1952) маълумотларига кўра 33% ҳолларда дивертикулалар қон кетиш билан асоратланади. Қон кетиш асосан кам-кам (сезиларли) характерга эга бўлиб, эрозив дивертикулит билан белгиланади. Дивертикулалар диагностикасида рентгенологик ва эндоскопик усуллар қўлланилади, лекин қон кетиш эндоскопик ташхисланади.

Профуз эзофагогастроудоденал қон кетиш бор бўлган беморнинг аҳволини баҳолаш. Ошқозон - ичакка қон куйилиши иккита даврда кечади. Яширин давр - ОИТга қон кетишидан бошлаб, қон йўқотишнинг умумий белгилари билан кечади (хушдан кетиш, қулоқда шовқин, бош айланиши, совуқ тер, пульснинг тезлашиши, ҳолсизлик ва АҚБнинг пасайиши).

Қон кетишнинг ҳажми ва тезлигига боғлиқ ҳолда латент давр бир неча минутдан бир неча кунгача бўлиши мумкин. Бу ташхислаш учун энг қийин давр. Яққол давр қон қусиш ва мелена билан юзага келади. Бу даврда қон кетиш синдромини ташхислаш жуда осон, лекин қон кетиш манбаини аниқлаш мураккаблигича қолади. Умумий симптомларнинг кескинлик даражаси қон кетишнинг даражасига боғлиқ ва ривожланувчи гиповолемия, артериал гипотензия, мия гипоксияси туфайли келиб чиқади. Мия гипоксияси беморларда эснаш билан намоён бўлади.

Ташқаридан тери қопламларининг рангпарлиги ва намлиги, қорачиқларнинг кенгайганлиги кўринади. Оғир ҳолатларда беморлар ҳаракатсиз ва бутун бадани совуқ тер билан қопланган бўлади. Баъзан эса беморларда ҳаракат кўзғалишлари, хушнинг бузилиши кузатилади.

4. Ҳар қандай қон йўқотиш ҳолатларида қон кетиш даражасини аниқлаш асосий масала ҳисобланади. Бунда энг қулай ва оддий усул "шок индекси" ва гематокритни аниқлашдир. "Шок индекси" пульс частотасини систолик қон босими нисбатига тенг. Нормада у 0,5 га тенг. Индекснинг ошиши қон кетиш даражасини кўрсатади. Индекс 1,0 га тенг бўлса АҚХ 30%га камайганлиги, "шок хавфи" ҳолатини билдиради. Агар индекс 1,5 гача бўлса АҚХ, 40%га камайганлиги, "ривожланган шок" ҳолати мавжудлигини билдиради.

Қон йўқотиш даражасини клиник белгилар орқали ҳам тахминан аниқлаш мумкин.

Енгил даражасида бир маротаба қусиш, бош айланиши, ҳолсизлик, тери қопламларининг рангпарлиги, пульснинг минутига 100 маротабагача тезлашиши кузатилади. Қон босими нормал катталиқлар чегарасида бўлади.

Ўрта оғир даражали қон йўқотишда қисқа муддат ичида бир маротаба кўп миқдорда ёки бир неча марта қайталанувчи қон йўқотиш, клиник коллапс белгилари билан: ҳушдан кетиш, тери қопламларининг рангпарлиги, пульс сустлашган, минутига 100 мартадан ортиқ, артериал қон босими 90-100 мм.с.м.уст.дан паст.

Оғир даражали қон йўқотиш кескин қонсизланишга ва коллапсга олиб келувчи кўп маротаба қон қусиш, ва мелена, ипсимон пульс, Систолик қон босимининг 70 мм.с.м.уст дан пастлиги ёки аниқланмаслиги билан характерланади.

Қон йўқотиш даражасини қон таҳлили ўтказмасдан аниқлаб бўлмайди. Гемоглобин миқдорининг пасайиши, эритроцитлар сонининг камайиши, гематокритнинг пасайиши қон йўқотиш оғирлик даражасини етарлича изоҳлаб беради. Лекин қон йўқотишнинг биринчи соатларида бу кўрсаткичлар ҳар доим ҳам қон кетиш оғирлик даражасини ифодалаб бермайди. Чунки қон кетганда эритроцитлар ва қоннинг суюқ қисми бир хил миқдорда ёки асосан плазма йўқотилади. Натижада сохта гемоконцентрация туфайли қон таҳлили натижаси ёлғон маълумот беради. Тўқималараро суюқлик ҳисобига томир ичидаги қон ҳажми тикланганидан сўнггина қон таҳлилидан керакли маълумотлар олинади.

Инструментал текширувлар орқали қон йўқотишнинг оғирлик даражаси ва АКХ, дефицити анча объектив аниқланади. Инструментал текширувлар ёрдамида нафақат қон томир ўзанидаги қон ҳажмини, балки унинг алоҳида компонентлари миқдорини тез ва аниқ баҳолаш мумкин бўлади. Бу бирор-бир аниқ беморнинг инфузион терапиясида эритроцит сақловчи суюқликлар улушини аниқ танлаш имкониятини беради.

Қон йўқотиш даражасини аниқлашда энг кўп ишлатилувчи усуллар қуйидагилар: Айланувчи плазма ҳажмини аниқлаш учун Т-1824 (Эванс кўки) бўёгини суюлтириш усули, ^{51}Cr радиоактив изотоп билан нишонланган эритроцитларни суюлтириш усулидир. Бу усуллар айланиб юрган эритроцитлар ҳажмини аниқлаш учун имкон беради. Лекин бу усулларни шошилиш жарроҳлик амалиётида қўллаб бўлмайди.

AIQC, ва унинг компонентлари ҳолатини баҳолашда инструментал усуллардан полиглюкинни суюлтириш усули ишлатилади.

Нормал гематологик кўрсаткичларни ҳисоблаш учун беморнинг бўйи ва вазни ўлчанади. Лоренц формуласи ёрдамида идеал тана вазни аниқланади:

Тана вазни = 0,75 x (Беморнинг бўйи - 62)

Ўртача кўрсаткичлардан фойдаланиб, АКХ, айланувчи плазма ҳажми, глобуляр ҳажм, циркуляцияланувчи умумий оксилнинг нормал кўрсаткичлари топилади. Бунда норма $\text{НБ}=150$ г/л ва плазмадаги умумий оксил 75 г/л деб олинади.

Ётган беморнинг қўл венасига 6%ли полиглюкин эритмасидан 40 мл миқдори юборилади ва 10 дақиқадан сўнг иккинчи қўл венасидан даражаланган пробиркада 5 мл қон олинади. Центрифугалашдан сўнг (15 минутда 3500 айл/мин) гематокрит аниқланади (Ht, %). Бу олинган натижани (чўкмага тушган шаклли элементлар ҳажми) таҳлил учун олинган ҳажмга бўлиб, ундан чиққан натижани 96 га кўпайтириш орқали аниқланади (чўкмада ҳали 4% плазма бор деб олинади). Кейин зардоб алоҳида пробиркага олиниб, унинг ярми миқдорида 20%ли трихлорсирка кислотаси қўшилади. Бу қайта центрифугалаш ўтказилиб, чўкма устидаги ҳосил бўлган тиниқ суюқликнинг 1 мл миқдори қуруқ пробиркага олинади. Унга 10 мл 96%ли спирт қўшилади. Яхшилаб аралаштирилиб, 30 минутдан сўнг фотоэлектроколориметр ёрдамида (қизил светофилтр, ҳажми 10 мл ли кювета) оптик зичлиги аниқланади ва шундан келиб чиқиб текшириладиган плазмада полиглюкин концентрацияси аниқланади. Айланувчи плазма ҳажми (АПХ) қуйидаги формула билан ҳисоблаб топилади:

АПХ, = 1000М/С

бу ерда М - қуруқ полиглюкин массаси, мгда;

С - плазма таҳлилидаги полиглюкин концентрацияси

Шаклли элементлар ҳажми (Глобуляр ҳажм, ГХ,) қуйидаги формула билан ҳисоблаб топилади:

$$ГХ = (100 - Ш) / (АҚХ \times Нт)$$

АПХ, ва ГХ, биргаликда АҚХни ташкил қилади.

Гемоглобин қуйидаги формула билан аниқланиб айланаётган қондаги гемоглобин ҳажми аниқланади (АҚГХ):

$$АҚГХ = (АПХ \times НБ) / 1000$$

Умумий оксил миқдорини аниқлаб бўлгандан кейин айланувчи умумий оксил (АУО) ҳисоблаб топилади:

$$АУО = (АПХ \times \text{умумий оксил}) / 1000$$

Қон йўқотиш даражасини баҳолаш Шалимов ва унинг ҳаммуаллифлари таклиф қилган таснифидан фойдаланилади:

енгил даража - АҚХ дефицити 15% дан ошмайди (ўртача 750 мл) ўрта оғир даража - АҚХ, дефицити 30% гача (ўртача 1500мл) оғир даража - АҚД дефицити 30% дан ортик (1500млдан ошиқ)

Юқорида келтирилган усул ҳозирги кунда шошилиш ёрдам кўрсатувчи барча даволаш муассасаларида қўлланилиши мумкин. Шу билан бирга бу усул анча кўп вақтни олади, лекин биз тахминий йўқотилган қон ҳажмини тўлдиришга қаратилган "бирламчи" чора - тадбирларни ўтказишимиз мумкин. Янада содда ва шу билан аниқроқ бўлган усул Г. Н.

Табл.15.2 қон йўқотиш оғирлик даражаси (Горбашко А.И., 1982)

1	Қон йўқотиш кўрсаткичи	қон йўқотиш даражаси		
		Енгил	Ўртача	Оғир
2	Эритроцитлар сони	>3,5-10 ¹² /л	3,5-10 ¹² /л-2,5-10 ¹² /л	<2,5-10 ¹² /л
3	Гемоглобин даражаси г.л	>100	83-100	<83
4	1 мин. пульс частотаси	80 гача	80-100	100 юқори
5	Систолик А.Б (мм.с.уст.)	>110	110-90	<90
6	Гематокрит сон %	>30	25-30	<25
7	ГХ танқислиги %	20 гача	20 до 30	30 ва юқори

Карабанов томонидан таклиф қилинган. Бу усул қоннинг ёпишқоқлиги ва гематокритни аниқлашга қаратилган. Бунда АҚД дефицити қуйидагича ҳисобланади:

$$АҚХД = 1000 \times ? + 60 \times Н - 7040 \text{ эркаклар учун ва } - 6720 \text{ аёллар учун,}$$

бу ерда ? - ёпишқоқлик ед (бирликларда) Н - гематокрит % ларда

Андреев маълумотларига кўра (1990 йил) Эванс кўки билан суюлтириш усули ва бу формула натижасининг фарқи +300 мл ни ташкил қилади.

ВКВҚК да таққослама ташҳис.

Эзофагогастроуденал қон кетишни аниқлаш қийинчилик туғдирмайди. Лекин латент даври узоқ чўзилган бир қисм беморларда қон кетишни ташҳислаш кечикиши мумкин. Қон қусиш ва мелена бўлмаган ҳолатларда ўткир бошланган гемодинамиканинг бузилиши, ҳушдан кетиш ҳолатлари ўткир юрак-қон томир етишмовчилиги, шу жумладан миокард инфаркти сифатида қабул қилиниши мумкин. Бу ҳолатда анамнестик маълумотлар ёки характерли мелена ҳиди ёрдам беради. Бу ҳолатлар бўлмаса қон йўқотишнинг аниқ белгилари юзага чиққунча ташҳис кечикади.

Қон кетишнинг сабабини, унинг локализацияси манбаи ва ҳажмини аниқлашда анамнезнинг аҳамияти ўта муҳим.

Биринчи навбатда қон кетиш қачон бошланганлиги, унинг давомийлиги аниқланади. Кўп ҳолатларда беморлар ўз аҳволининг қайси соатда ёмонлашганлигига айтиб берадилар. Кейин қон кетишнинг миқдорий характеристикасини билвосита кўрсатувчи маълумотлар олинади: қусуқ характери - пушти рангли қон, қон лахталари, "кофе қуйқаси" шаклидаги ошқозон сақламаси, қусишнинг бир ёки кўп мартаба қайтарилганлиги; нажас хусусиятлари - қора рангдаги шаклланган нажас, бир ёки кўп мартаба қайтарилувчи мелена, ўзгарган қон. Йўқотилган қон ҳажмини умумий симптомлар ҳам изоҳлаб беради - ҳолсизлик, бош айланиши, юрак уриб кетиши, совуқ тер босиши, ҳушни йўқотиш. Беморларни бир неча йиллардан бери безовта қилиб келаётган ва эзофагогастроудоденал қон кетишга сабаб бўлиши мумкин бўлган касалликлари тўғрисида айтиб беришлари мумкин.

7. Ўткир эзофагогастроудоденал қон кетишни даволаш.

Медикаментоз даво гемостатик терапиянинг зарурий ва ажралмас қисмидир. Кўп қон йўқотган барча беморларда гемостазнинг бузилиши кузатилади. Массив қон кетиш ҳолатларида қон ивиш хусусиятини ошиши кузатилади. Гиперкоагуляциянинг ноҳуш оқибатларини ҳисобга олиб қуйидаги воситалар ишлатилиши мумкин:

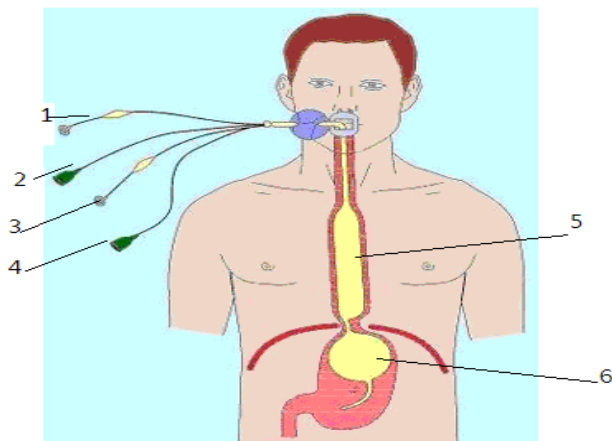
- 1%ли кальций хлор эритмаси;
- аминокапрон кислотаси (фибринолиз ингибитори) 5 %ли глюкоза эритмаси билан регос ёки зонд орқали;
- протеолитик ферментлар ингибиторлари (контрикал, трасилол, гордокс ва бошқалар);
- викасол (протромбин факторлари комплекси синтезини кучайтиради);
- этамзилат (дицинон) - гемостазнинг қон томир тромбоцитар звеносига таъсир қилади;
- тромбоцитар масса - фақат исботланган тромбоцитопения ва тромбоцитопатиялар бўлганда ишлатилади.

Шуни алоҳида таъкидлаш лозимки, гемостатик терапия ДВС синдром ривожланган ҳолатда қарши кўрсатма ҳисобланади. Бу ҳолатнинг профилактикаси ва даволаш учун дезагрегант терапия ва протеазалар ингибиторлари, янги музлатилган плазма қўлланилади.

Қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида асосий эндоскопик гемостаз усули бўлиб склеротерапия ва резина колец (айлана, узук) қўйиш ҳисобланади. Склеротерапия самарадорлиги кам ва оғир асорат беради. Gold ва Sawjer (1952) маълумотларига кўра 33% ҳолларда дивертикулалар қон кетиш билан асоратланади. Қон кетиш асосан кам-кам характерга эга бўлиб, эрозив дивертикулит билан белгиланади. Дивертикулалар диагностикасида рентгенологик ва эндоскопик усуллар қўлланилади, лекин қон кетиш эндоскопик ташхисланади.

Қон кетиш манбасига таъсир қилиш.

Қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетишида Sengstaken-Blakemore зонди юқори самарадорлик билан қўлланилади. Зонд obturator (Sengstaken-Blakemore)



1,2,3,4-зонд каналлари, ошқозон бўшлиғи, қизилўнғач ва ошқозон баллонлари билан тўкнашади; 5-қизилўнғач баллони, 6-ошқозон баллони. 5.9.1- Sengstaken-Blakemore зондини қўйиш усули.

Премедикация – 1 мл.2% ли промедол. Зонд вазелин билан мойланиб, ошқозонга бурун йўлидан киритилади. Ошқозон баллони 3-5 мин. Интервали билан 100-120 см. 3. ҳаво билан шиширилади. Кейин зонд охиригача тортилади, фиксация қилинади ва ошқозондаги суюқлик тозаланади. Шундан кейин қизилўнғач баллони шиширилади, ҳаво ҳар 3-5 мин. интервалда аввал 30-40 см. 3 кейин 10-15 см. 3 юборилади қизилўнғач баллонига юбориладиган ҳаво ҳажми 100-150см.3дан ошмаслиги керак. Ҳар соатда зонд таранглиги ва қизилўнғач баллонидagi босим текширилиб турилиши керак. 4-6 соатдан кейин қизилўнғач баллони ҳавоси чиқарилади ва агар қон кетиши тўхтаган бўлса манжетасини бўш қўйилади. Ошқозон манжетасини 1,5-2 соатдан кейин бўшатилади тип В

5.2. медикаментоз терапия (Sengstaken-Blakemore зондини қўйиш билан бир вақтда олиб борилади)

А . дарвоза венаси тизимида қон оқимининг камайиши

1. перлинганит 40 мг. 400 мл. Рингер эритмасига томчилаб вена ичига ҳар минутига 10-15 томчи юборилади ҳар 2-3 кунда тип С.

2. нитроглицериннинг 1% ли спиртли эритмаси 10 мг. ва 400 мл. Рингер эритмасига қўшилиб, томчилаб вена ичига ҳар минутига 10-15 томчи юборилади ҳар 2-3 кунда тип С. Кунлик микдор 0.43мг/кг)^{тип С}

3. соматостатин 50 мкг.соат-48 соат тўхтовсиз ^{тип С}. [17].

4. Триглицил-вазопрессин-болусно 2мг, кейин ҳар 6 соатда 1 мг.препарат^{тип С}. юборилади.

Вазопрессин 20 мин.давомида 20 МЕ 100 мл. NaCl изотоник эритмасига қўшилиб юборилади, кейин эса препарат 20 МЕ.соат тезликда юборилади. Қон кетиш тўхтаганидан кейин дозани 10 МЕ.соат, кейин 5 МЕ.соат тезликка камайтириб борилади. Даволаш давомийлиги 48 соат (нитроглицерин билан қўшилган ҳолда)

Б. ивишни нормаллаштириш учун:

- Янги музлатилган плазма ^{тип В} ;
- Этамзилат 12,5%ли 4 мл. м.ичига, кейин эса 2 мл.дан ҳар 6 соатда 3-5 кун ^{тип В} ;
- 5% ли аминоксапрон кислота вена ичига 100 мл.дан ҳар 6 соатда ^{тип С} ;
- Ингибиторлар – протеаз-контрикал 20 минг ЕД бир марталик доза, суткалик микдор 60.мингЕД ^{тип С} ;
- Антигистамин препаратлар- капиллярларнинг ўтказувчанлигига гистамин таъсирини нейтраллаш учун ^{тип С} ;

В. Ўрнини босувчи терапия:

- Эритроцитар масса (48 соатдан кам бўлмаган муддатда сақланган бўлиши керак) қон йўқотиш даражасига кўра ^{тип А} ;

Г. Қайта қон кетиш профилактикаси

- Бета-блокаторларни доимий қабул қилиш (анаприлин 10-20 мг.суткасига)

5.3. даволашнинг эндоскопик усуллари. Эндоскопик склеротерапия: ишлатиладиган склерозантлар- 1% ли тетрадецилсульфат натрий эритмаси, 5% этаноламин олеат эритмаси, 5% морруат натрий эритмаси, 1% этосисклерол эритмаси, 1-3% тромбовар эритмаси, цианоакрилат тўқимали елим ошқозоннинг фундали қисми тугунлари учун ^{тип С}. Ҳар бир варикоз тугун учун 1-4 мл.препарат ишлатилади. Агар склерозант бўлмаса 20%ли глюкоза эритмаси ишлатиш ҳам мумкин. (10-20 мл.паравазал).

Склерозирлаш 3 босқичда ўтказилади.склеротерапиянинг 1-сеанси 2-серия инъекцияларини 3 кундан кейин ўтказилиши, 3-сериясини эса 6 кундан кейин ўтказилиши назарда тутилган.склеротерапияни веналар варикоз кенгайишини бутунлай йўқолганга қадар ҳар ҳафта олиб борилади, назорат 3, 6 ойда олиб борилади.

Қизилўнғач ва ошқозон варикоз кенгайган тугунларини эндоскопик лигирлаш. Бу муолажа учун махсус тўплам эндоскопик ВВК асосида накидывания, затыгивания и снятия петель кулланилади. [20,27,30].

Даволашнинг эндоваскуляр усуллари.

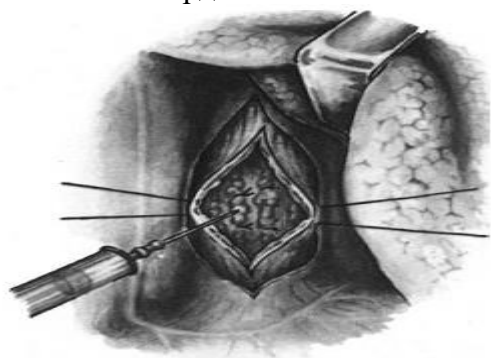
(TIPS)- Трансюгуляр, жигар ичи порто тизим шунтлаш- ёнма ён турадиган шунтни ташкил этиб, дарвоза венаси асосий шоҳи ва жигар венаси ўртасида боғалниш ҳосил қилиб туради. муолажа маҳаллий наркоз остида қилинади. УТТ назорати остида дарвоза венаси бифуркацияси аниқланади, бўйинтуруқ вена орқали жигар ўрта венаси катетерланиб, шу катетер орқали дарвоза венаси шохига игна ўтказилади. Игна орқали ўтказувчи ва ўтказувчи орқали катетер ўтказилади. Игнани олинади ва дарвоза венасида босим градиенти аниқланади. Пункцион канал баллон ёрдамида кенгайтирилади, ундан кейин эса ангиография қилинади. Кейин ўзи ҳаракат қилувчи диаметри 8-12 мм. металл стент киритилади. Стентнинг диаметрини танлаш портал босим градиенти 12мм. симоб уст.дан кам бўлган ҳолатда белгиланади. Агар портал гипертензия биринчисига параллел ҳолда сақланиб турса иккинчи стентни ўрнатиш мумкин. Барча муолажа УТТ назорати остида олиб борилади. Трансюгуляр, жигар ичи порто тизим шунтлаш келажакда жигар трансплантациясига ҳалақит бермайди.

Қизилўнғач венаси тери ва жигар орқали эмболизацияси- ўнг томондан 9-қовурға орасига махсус игна билан портал венанинг шохларидан биридан пункция қилинади, бошқариб бўладиган катетер ўрнатилади, шу катетер орқали ошқозон чап венаси ва қизилўнғач венасига киритилади. Томирларда қон оқими қайтиш жараёнида унга эмболизация қилувчи модда юборилади, бу билан варикоз кенгайган гастроэзофагеал веналарга портал қон оқими камаяди. Муолажа ангиографик кабинетда олиб борилади.

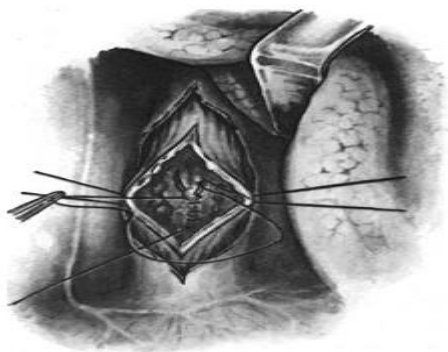
5.4. оператив даволаш.

Юқорида ўтказилган консерватив даво муолажаларининг бесамарлиги ёки жараённинг зўрайиши оқибатида қизилўнғач кенгайган веналаридан кетаётган қонни жарроҳлик аралашуви орқали бартараф қилишга киришилади. Оператив усуллар портал тизим босимини пасайтиришга ва кетаётган қонни тўхтатишга қаратилган.

Қизилўнғач кенгайган веналаридан кетаётган қонни Борема таклиф қилган усулда тўхтатиш қўйидагича: Трансторакал йўл орқали кириб қонаётган томирни тугунли чок билан алоҳида боғлаб қўйилади ва шундан сўнг қизилўнғачнинг диафрагма усти қисми ажратиб узунасига кесилади. Лигатуралар орасидаги вена бўшлигини облитерация қилиш мақсадида 66% Глюкоза эритмаси юборилади. Қизилўнғач бутунлиги уч қаторли чоклар билан тикланади: шиллик қават узлуксиз кетгутли чоклар билан, мушак қават – икки қатор тугунли (ипак) чок билан тикилади. Крайл Борема усулини такомиллаштирди.



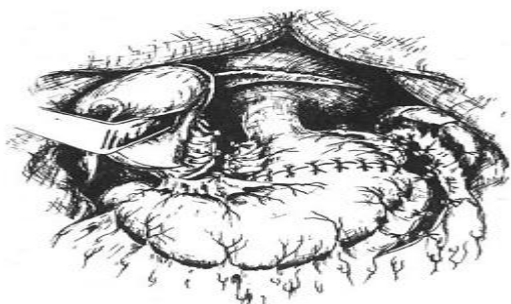
Борема-Крайл операцияси. Қизилўнғач кенгайган вена томирларини склерозлаш



Операция Борема-Крайля. Қизилўнғач кенгайган вена томирларини тикиш
Бунга кўра кетгутли узлуксиз чоклар билан қизилўнғач варикоз веналарини узунасига тикишни таклиф қилди. Бу усул мукамал ҳисобланмайди чунки қизилўнғач варикоз кенгайган веналарнинг барчаси боғланмайди кичик веналар қолиб кетади бунинг оқибатида эса порто ковал тизим ўртасидаги алоқа сақланиб қолади натижада қайта қон кетиш рецидив кузатилади.



Таннер операцияси. Меъдани кесиш



Таннер операцияси. Охирги кўриниши

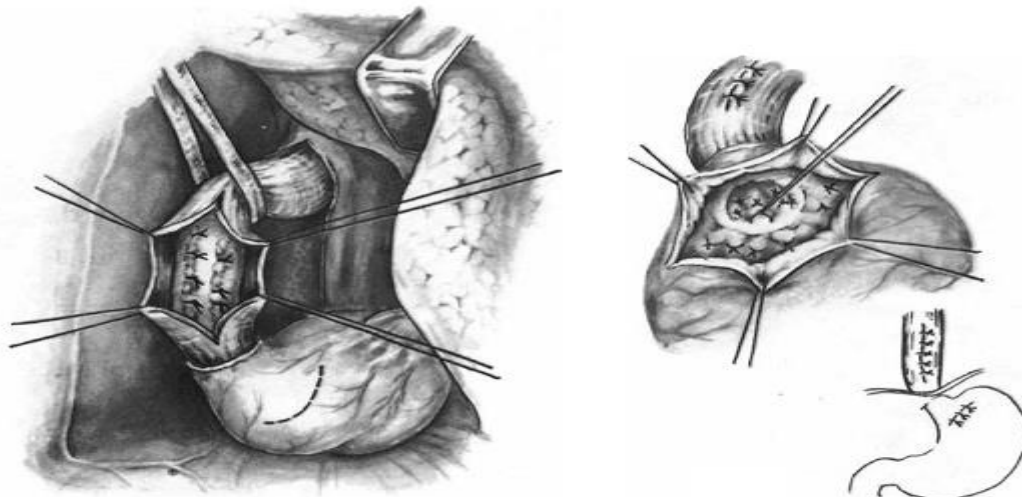
Юқоридагиларни ҳисобга олиб Таннер ўзининг усулини таклиф қилди бунга кўра: диафрагма усти қисмида қизилўнғачни тўлиқ кўндалангига кесиб икки қаторли чоклар билан қаватма-қават тикади. Шундан сўнг порто ковал тизим алоқасини узиш мақсадида меъдани ҳам кўндаланг йўналишда кесади, кесма чизиғи бўйлаб кичик чарви ва меъда талок бойлами бирлаштирилади. Веналар лигатурлангандан сўнг меъда тикилади.

М.Д.Пациора усулида жарроҳлик амалиёти қўйидагича бажарилади. 7 қовурғалараро кесма орқали кириб қизилўнғач ажратилади ва мушак қавати кўндалангига кесилади Новокоин эритмаси орқали шиллик қаватидан ажратилади қизилўнғач варикоз кенгайган веналари алоҳида чоклар билан тикилади. Кесилган мушак қирғоғига бир қаторли чок қуйилади. Кардия ажратилади, гастротомия бажарилади ва қизилўнғач-меъда соҳасига ўтиш қисмига веналар тикилади. Жароҳат қаватма-қават тикилади.

Жигар циррозида қизилўнғач веналари варикоз кенгайишида қон кетишида даволаш тактикаси (Bismuth буйича 1990):

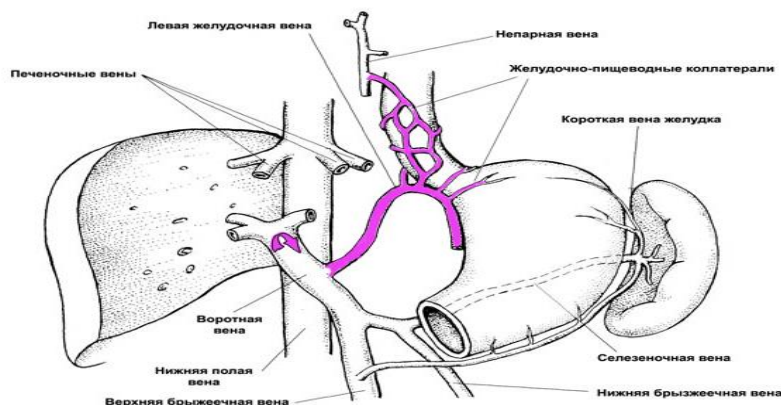
- Чайлд- Пью буйича циррознинг А синфи- шунтлаш ^{тип С}
 - Чайлд- Пью буйича циррознинг В синфи- шунтлаш ва склеротерапия ^{тип С}
 - Чайлд- Пью буйича циррознинг С синфи- склеротерапия ва кутиш бети (варақ) жигар трансплантациясини кўшиш ^{тип С}
- ВВҚда паллиатив операциялар.

3. ВВҚ кардия тикиш (Пациор операцияси)



Пациора операцияси. Қизилўнғач ва кардия веналарини тикиш

4. шунтловчи операция (дистал спленоренал аностомоз, мезентерикокавал аностомоз, Бадда – Киари синдромида атрио-портал шунтлаш).



Қизилўнғач-ошқозон ўтказмалари шиллиқ пардаси йиртилганда (Маллори-Вейсс синдроми) ёриқлар 8 симон чок билан тикилади.расм-6.

Баъзан гемостазни барқарор сақлаб туриш учун кўплаб ёриқларда ошқозон чап артериясини ҳам тикиб кўйилади.ошқозон-ичак тракти парчаланувчи ўсмаси майда қон томирлар бутунлигини бузилишидан қон кетиш асоратини бериши мумкин, шунинг учун қон кетиш ярадан қон кетишдек кучли бўлмайди. Зарур бўлганда аъзо тўлиқ ёки қисман резекция қилинади.

Агар ўсмани олишнинг имкони бўлса узоқлашган метастаз аниқланганда аъзони паллиатив резекциясини ўтказиш мумкин, бунақа операциялар қони тўхтатиш мақсадида амалга оширилсада, жуда кўп ҳолларда беморнинг ўлими билан тугайди. Ўсмани олиб ташлашнинг имкони бўлмаса ва қон кетиш тўхтамаса ошқозон артерияси боғлаб кўйилади. Яхши сифатли ўсма фонида қон кетишда ўсманинг табиати ва аъзони сақлаб қолиш характериға қараб оператив аралашув танланади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқрсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17- 14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

**3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:
Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.**

3.1. Машғулот технологиясининг модели

№ 24 мавзу, 327 дақ	Талабалар сонив:8-10	
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>	
<i>Мавзу</i>	Қизилўнгачнинг варикоз кенгайган веналаридан ва параэзофагеал чурралардан қон кетиши, сабаблари, патогенез, клиника, диагностикаси. Ўпкадан қон кетиши билан дифференциал диагностикаси. УАШ тактикаси. Медикаментоз ва эндоваскуляр даволаш усуллари УАШ тактикаси.	
<i>Амалий машғулотларни режаси</i>	78. Кейсни фикрга киритиш. 79. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 80. Муаммо ва мақсадни аниқ олдига қўйиш ва ечиш. 81. Гуруҳларда масалани“Кейс – усулда” ечиш. 82. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 83. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 84. Хулоса.Талабалар олдига қўйилган муаммо ва мақсадни ечишига қараб баҳолаш.	
Ўқитиш мақсади:		
<ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи ва тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ва кам учрайдиган касалликларни ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром асосидаги тамойиллар ва алгоритм ташҳисни ўрганиш; - Экстремал ҳолатларга мустақил ташҳис қўйиш ва шошилишч ёрдам кўрсатишни бажариш(алгоритм ташҳис ва даволаш); - Бирламчи ташҳис қўйиш ва дифференциал ташҳис қўйишни ўрганиш; - Беморларни текшириш усуллари ва лаборатория таҳлиллари интерпретациясини ўрганиш; - Профилактика усуллари, диспансеризация ва аҳолини соғломлаштиришни ўрганиш. 		
Педагогик топшириқлар:	Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:	
Талабаларни иш қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли бўлишга, масъулятли, интилиши ва мақсадга эришиши инсонларга ва давлатга пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник	<ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактидан қон кетиши анатомия и физиологиясини билиш. • Меъда ичак трактидан қон кетиши этиопатогенези ва клиникаси • Меъда ичак трактидан қон кетиши ташхислаш ва киесий ташхислаш. • Госпитализация вакти. • Меъда ичак трактидан қон кетиши 	

<p>фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш . Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.</p>	<p>асоратлари.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Беморлар даво тактикаси; • Беморлар операциядан кейинги реабилитацияси. <p>УАШ бажара олиши шарт:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Меъда ичак трактдан қон кетиши беморларни клиник текширувларини ўткази олиш. • Меъда ичак трактдан қон кетиши клиник шакллари аниқлай олиш. • Меъда ичак трактдан қон кетиши билан хасталанган беморлар госпитализация критерийларини аниқлаш. • Клиник таъхисни шакллантириш ва асослаш. • Рентген суратларини ўқий олиш. • Хавф омилларини, таъхислашни, ўз вақтида госпитализация ва стационардан кейинги реабилитациясини ўргатиш.
<p>Усуллар ва техникани ўрганиш</p>	<p>“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”</p>
<p>Воситани ўрганиш:</p>	<p>Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.</p>
<p>Ўқитиш шакли</p>	<p>Алоҳида ва гуруҳларда</p>
<p>Ўқитиш шароити:</p>	<p>1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.</p>
<p>Баҳолаш</p>	<p>Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.</p>

6.2. Машғулотнинг технологик харитаси

Фаолият вақти	Фаолият мақсади	
	ўқитувчи	талаба

Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказилади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзунинг мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа 40 дақиқа 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейснинг тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейснинг ечимини йўлларини эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммони вазият учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.

	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда тахминий ташҳиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-илова

Блиц-савол:

- Варикоз кенгайган қизилўнғач веналардан қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.
- Ўпкадан қон кетиш билан қиёсий ташҳиси.
- Параэзофагеал чурралардан қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.
- Дивертикулезда қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.

2-ИЛОВА

1 – топширик

Эксперт варағи

4.Гастродуоденал қон кетиш синдромида биринчи ёрдам кўрсатиш тактикаси (госпитализация этапларида).

5. Гастродуоденал қон кетишнинг клиникаси ва дифференциал ташҳиси?

6. Гастродуоденал қон кетиш синдромида даволаш тактикаси (клиникада)?

Муаммоли ҳолат ҳақида жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ

1.ВКВ дан қон кетиш этиопатогенизи?

2. ВКВ дан қон кетгандаги белгилари?

3. ВКВ дан қон кетганда қандай қонсерватив даволаш усулларини биласиз?

Муаммоли вазият ҳақида жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Ҳолат муаммаларини туғилиш сабаблари	Муаммони ечиш йўллари

3-ИЛОВА

2 - топшириқ

“Т-чизма” жадвал тўлдириш

ВКВ дан қон кетиш сабаблари	Шифокор ВКВ дан қон кетганда қандай касаллик тўғрисида ўйлаш мумкин?
------------------------------------	---

Кейс билан ишлаганда баҳолар кўрсаткичи мезони**Аудиторияда ишлаганда баҳолар кўрсаткичини мезони**

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот иллюстриацияси мак. 30 б	Тўлиқ ва аниқ жавоблар мак. 10 б	Ҳаммаси мак. 50 б
1				
2				

50-48 баллар – аъло, 46 - 38 баллар – яхши, 34- 36 баллар – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 3-1 ва пасти – ёмон.

Ушбу машғулотда қуйидаги янги педогогик технологиялар қўлланилади:

- **айланма стол** усули ва **академик полемика** усули:

-

5. Айланма стол усулини қўллаш:

Қоғозда топшириқлар ёзилади ва айланма бўйича берилди. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейинги талабага варақни узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма талабалар жавобларини ёзиб бўлгач, муҳокама ўтказилади: нотўғри жавоблар ўчирилади, тўғри жавоблар сонига қараб талабалар билими баҳоланади.

Топшириқ саволлари:

4. ВКВ қон кетиш синдроми тушунчаси?

5. ВКВ қон кетиш сабаблари?

6. ВКВ л қон кетиш ташҳиси?

2. Академик полемика усулини қўллаш.

Гуруҳ 2 кичик гуруҳчага бўлинади. Ҳар бир гуруҳчага консультациялар (шифокор-бемор) берилди. Ҳар бир гуруҳда бир талаба консультациянинг яхши томонларини кўрсатади (“адвокат”), бошқаси ёмон томонларини (“прокурор”) кўрсатади. “Адвокат” ва “Прокурор” натижалари айтилади ва бутун гуруҳ билан муҳокама қилинади.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
----------	-------------	-------------	-------------	------------------	-------------------	-------------

1	Ўзлаштириш%	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

Вазиятли масала 1. 45 ёшли беморда давом этувчи ошқозондан қон кетиш ташхиси билан келтирилган. Эндоскопияда меъданинг кардиал қисмида бўйлама чизиқли ёриқлар борлиги аниқланган.

Бемор ташхиси?

Даволаш тактикаси?

Жавоблар:

1) Маллори–Вейс синдроми

2) Гемостатик терапия

Диатермокоагуляция

Консерватив муолажалардан наф бўлмаганида - гастротомия, дефектларни тикиш –

Вазиятли масала 2. 37 ёшли бемор клиникага қонли қусишга, ичини қора рангда келишига, ҳолсизликка, бош айланишига шикоят қилиб келди. Анамнездан 5 йил олдин ўткир гепатит билан даволанган. Кўриқда: умумий аҳволи оғир. Тери ва кўринадиган шиллиқ қаватлари оқарган. Пульс 110 та 1мин, А/Б 100/60 мм.сим.уст. Қрни юмшоқ, эпигастрал соҳада бироз оғрикли, жигар қовурға ёйидан 4 смгача чиқиб турипти.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ярадан қон кетиш белгилари ва унинг миқдорини аниқланг, шу билан бирга кўриш давомида беморда ўзгаришлар аниқлаганингизни изоҳлаб беринг			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашилади	10	5	0
2. Кўриш давомида тери ва шиллиқ қаватлар ранги оқарган, бемор лоҳас, кам ҳаракатчан	10	5	0
3. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади ва қорин пайпаслаб текширилади(жигарга ва қора талокқа ахамият берилади)	10	5	0
4. Томир уриш сони ва А/Б ўлчанади (А/Б пасайиб, тахикардия кузатилади)	10	5	0
5. Бемор қусуғининг тавсифи аниқланади (қонли ёки «кофе қуйқаси» шаклида)	10	5	0
6. Қорамойсимон нажас (мелена)	10	5	0
7. Меъдани зондланганда қон ёки «кофе қуйқаси» ажралади	10	5	0
8. Тўғри ичак бармоқ билан текширилганда қўлқопда қора рангли нажас излари аниқланади	5	2,5	0
9. Шок индексини аниқлаш (томир уруши сонининг систолик босимга нисбати)	5	2,5	0
10. Қонда Нв, Нт ва эритроцитлар миқдори камаяди	10	5	0
11. Эндоскопияда яра ва қон кетиш аломатлари аниқланади	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

Сизнинг дастлабки ташхисингиз?

Қандай текширишлар ўтказиш лозим?

Даволаш тактикаси?

Жавоблар:

1) Портал гипертензияда, варикоз кенгайган қизилўнгач веналаридан қон кетиш

2) ЭГДФС

УТТ жигар, талок

Умумий қон таҳлили

Коагулограмма

Қоннинг биохимиявий таҳлили

3) Блекмор зондини қўллаш

Питуитрин

Гемотрансфузия

Консерватив даво наф бермаганида – оператив даволаш

Вазиятли масала 3. Бемор 42 ёшда стационарга тезкор равишда олиб келинди. Қон қусиш тўсатдан бошланган. Бемор тақидлашича сўнги 2 йил давомида 2 марта қон кетиш. Анамнезида Боткин хасталигини ўтказган. Кўрганда қорин юза веналари «медуза боши» дек кенгайган. Катталашган талоқ ва қирғоқлари қаттиқлашган жигар пайпасланади.

1. Қон кетиш манбаи:

2. Ташхисни тасдиқловчи тешириш усули:

3. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул:

№	Жавоблар	Макс. балл	Аъло	Қониқарси-сиз
1	ВРВ	40	30-40	0
2	ЭГДФС	40	30-40	0
3	гемостатиклар, Блекмор зонди	20	10-20	0

Вазиятли масала 4. Бемор 40 ёшда кўп қусишдан сўнг қонли қусиш кузатилди. Бемор рангпар, ҳолсиз.

1. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз:

2. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули:

3. Тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло	Қониқарси-сиз
1	Меллори-Вейс синдроми	40	30-40	0
2	ЭГДФС	40	30-40	0
3	тинчлантирувчи ётоқ режими, консерватив даво (гемостатиклар, Н ₂ блокаторлар, протон помпа ингибиторлари)	20	10-20	0

Вазиятли масала 5. Бемор 60 ёшда клиникага қон кетиш аломатлари оғзидан очиқ кизил рангли, кўпikli қон келиши билан келди. Умумий аҳволи оғир тери қопламлари рангпар бўлиб, жуда озиб кетган

1. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз:

2. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули:

3. Тез ёрдам шифокорининг қуйидаги ҳолатдаги биринчи ёрдами:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло	Қониқарси-сиз
---	----------	-----------	------	---------------

1	ўпка потологияси	40	30-40	0
2	ўпка рентгенскопияси ва бронхоскопия нишонли биопсия билан	40	30-40	0
3	юқоридагиларни ҳаммасини биргаликда амалга ошириш керак	20	10-20	0

Тестлар :

1.Меллори-Вейс синдромида ёрилишлар каерда учраши характерли:

- А.ошқозон кардиал кисмида
- Б.кизилунгачнинг абдоминал кисмида
- В.ошқозон антрал кисмида
- Г. ошқозон пилорик кисмида**

2.Алвон кўпикли қон бўлади:

- А.ўпкадан қон кетганда;**
- Б.кизилўнгачдан қон кетганда;**
- В.ошқозон ярасида;**
- Г.ичакдан қон кетганда.**

3.Гемотрансфузияга курсатма булиб ҳисобланади:

- А.гемопозни стимуллаш
- Б.парентерал озиклантириш
- В.қон кетиш натижасидаги ифодаланган анемия
- Г.иммунокоррекция

4.Қон қусиш диагностикасида мақсадга мувофиқ текшириш усули:

- А.УТТ
- Б.рентгеноскопия
- В.ЭГДФС
- Г.компьютер томографияси

5.Мелена - бу:

- тугри ичакдан қора, смоласимон ахлат ажралиши
- А.дефекация акти вақтида тугри ичакдан қизил қон келиши
- Б.Юклизма вақтида тугри ичакдан веноз қон келиши
- В.сигмасимон ва тугри ичакдан капилляр қон кетиш

6.УАШ ОИҚК беморлари билан нима қилиши керак:

- А. гемостатикани ўтказиб, хирургик стационарга юборади
- Б. ошқозонни илиқ сув билан ювади
- С. Беморни тинчлантириб, врачга муружат қилишни тавсия беради ва уйда қолдиради
- Д. уй шароитида даволаш ва уйда кузатув олиб бориш
- Е. санатор-курортда даволанишни тавсия беради

7. Меллори-Вейс синдроми бу:

- А. қизилунгачнинг ошқозонга ўтиш жойида шилликнинг узилиши
- Б. гипертрофик гастрит
- С. эрозивн эзофагит
- Д. ошқозон полипи
- Е. ошқозон ВВК

8. "шок"индекси

- А. пульсининг систолик АБга нисбати
- Б. АБнинг Нбга нисбати
- С. Нб ни АБга нисбати

Д. Нб ни Нтра нисбати

9. Мэллори-Вейссиндроми ривожланишига олиб келади:

- А. *Алкоголизм
- Б. Ярали касаллик
- С. диафрагманинг қизилўнгач ёриғи чурраси
- Д. ошқозон саратони
- Е. ошқозон лимфома

10. гиповолемия симптомлари пайдо бўлади, қачонки ичакдан қон кетиш ошади:

- А. *500 мл
- Б. 300 мл
- С. 100 мл
- Д. 750 мл
- Е. 1000 мл

11. Йўталда кучаядиган кўпикли оч қизил рангли қон характерли:

- А. қон кетаётган ошқозон яраси
- Б. кардия саратони
- В. Меллори – Вейс синдроми
- С. Ўпкадан қон кетиш
- Д. Рандю – Ослер синдроми

12. Қон кетиш манбаини аниқлашда қайси текширув ёрдам беради:

- А. ошқозоннинг рентгенологик текшируви
- Б. лапароскопия
- С. Назогастрал зонд
- Д. * ЭГДС
- Е. гемоглобин ва гематокритни қайта аниқлаш.

№	Баҳо	аъло	яхши	ққониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Вазиятли масала ва тестлар	15-12,9 балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм

1. Ошқозонни зондлаш ва ювиш.

№	Ҳаракатлар	Бажарилмаган (0 балл)	Тўлиқ бажарилган
1	Ошқозон зондлашга кўрсатмаларни санаб беринг(қон кетиш, гастростаз, привратник стенози, ўткир ичак тугилиши, овқатдан захарланиш, энтерал овқатланиш учун, операциядан кейинги даврда)	0	10
2	Ошқозонни зондлашга керакли инструментларни санаб беринг(ҳархил ўлчамдаги ошқозон зондлари, Жане шприци ёки воронка, фартук, жом, иссиқ сувли челак, вазелин ёки глицерин, кружка, 10% ли новокаин)	0	10

	ёки 1% дикаин эритмаси)		
3	Беморни олдиндан психологик тайёрлаш ва унинг қулай ўтирганига ёки ётганига ишонч ҳосил қилиш	0	10
4	Қусиш рефлексларида танглай ва халқумга ишлов бериш	0	10
5	Чап қўл билан беморнинг бўйнини орқасидан ушлаб, вазелин сурилган зондни ўнг қўл билан олиб пастки бурун йўлига киритилади. Бемор ютиш ҳаракатини бажаради, шу пайтда зонд тезлик билан қизилўнгачга киритилади	0	10
6	Ошқозон суюқлигининг характерини аниқлаш	0	10
7	Ошқозонни ювиш учун зондга воронка бириктирилади, унга тана ҳароратидаги сув қуйилади.	0	10
8	Воронка оғиздан юқорига кўтарилиб, кейин секин-аста пастга туширилади.	0	10
9	Бу муолажа тоза сув чиққунгача кўп маротаба бажарилади	0	10
10	Ошқозондан қон кетганда тоза сув келгунча совуқ сув билан ювилади ва охирида аминокапрон кислота, дицинон ва бошқа препаратларни совуқ ҳолида юборилади	0	10
	Жами	0	100

6. Блекмор зондини қўйиш техникаси.

Талаба учун топшириқ: Блекмор зондининг тузилиши ва уни қўйиш техникасини изоҳлаб беринг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жа воб йўқ
1. Блекмор зондини қизилўнгач варикоз веналарида қон кетганида ва Меллори-Вейс синдромида қўйилади. 3 ёки 4 каналлик меъда зондидан иборат.	10	5	0
2. 1-канал қизилўнгачнинг цилиндрсимон баллонини тўлдириш учун, 2-канал юмалоқ шаклда меъдадаги баллонни тўлдириш учун, 3-канал меъдадан аспирация учун, 4-канал қизилўнгач юқори қисмидан аспирация қилиш учун хизмат қилади.	10	5	0
3. Баллонлар бутунлиги текширилади, зондни вазелин ёки глицерин билан мойланади.	10	5	0
4. Бурун-ҳалқум соҳасига 0,5% ли дикаин билан ишлов берилади.	5	2,5	0
5. Зонд меъдага бурун орқали қўйилади.	10	5	0
6. меъда баллонига 100,0 мл ҳаво юборилиб, зонд тортиб қўйилади.	10	5	0
7. Қизилўнгач баллонига 50-60 мл дан 200-250 мл гача ҳаво юборилади.	10	5	0

8. Баллонлар тўлиқлик даражаси каналдаги назорат баллонлар ҳолати бўйича назорат қилинади.	5	2,5	0
9. Меъда шираси сув тоза бўлгунча аспирация қилиб ювилади.	10	5	0
10. Вақти-вақти билан меъда шираси аспирация қилиниб, тампонаданинг тўлақонлилиги текширилиб турилади.	10	5	0
11. Зонд 24-72 соатдан сўнг олинади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	0

6. Назорат турлари:

- оғзаки;
- ёзма;
- ҳолатий масалалар;
- ОСКЭ;
- Амалий кўникмалар бажариш бўйича ҳаракат алгоритмларини намойиш этиш

10. Шу кунда баҳолашни назорат қилиш мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
2	Назарий қисми	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
3	Кейс-босқичи	50-43 балл	42,5-35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
4	Ситуацион топшириқлар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
5	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

8. Жорий баҳолаш мезонини назорат қилиш

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло "5"	Ошқозон ичак трактидан қон кетиш синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни

			<p>чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндашади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.</p>
2	91-95%	Аъло “5”	<p>Организмда қон кетиш механизми, постгеморрагик шок тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетишни даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, коагулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари ва коагулограмма интерпретациясида битта ҳатога йўл қўяди.</p>
3	86-90%	Аъло “5”	<p>Организмда ошқозон ичак трактидан қон кетиш механизмини, қон кетиш синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, коагулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда қон кетиш сабабларини, қон кетиш синдроми тўғрисидаги тушунчани, қон кетиш симптомлари, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, клиникаси,</p>

			<p>диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, қон кетиш синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та ҳатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.</p>
6	71-75%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми классификациясини билади, лекин қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қон кетиш синдроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.</p>
7	66-70%	Қониқарли “3”	<p>Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдромининг моҳиятини, қон кетиш синдроми классификациясини, қон кетиш сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.</p>
8	61-65%	Қониқарли “3”	<p>Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми моҳиятини билади, қон кетиш классификациясида ва қон кетиш сабабларида адашади. Қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.</p>
9	55-60%	Қониқарли “3”	<p>Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифференциал диагностикасида ва қон кетиш</p>

			синдромини даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54% дан паст	Кониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифференциал диагностикасида, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	Танаф фус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум.	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш, уйғуриш вазифа бериш, мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари

- Ярадан қон кетганда кўриладиган даво тактикаси.
- Варикоз кенгайган қизилўнгач веналардан қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.
- Ўпкадан қон кетиш билан қиёсий ташҳиси.
- Паразофагеал чурралардан қон кетиш клиникаси ва ташҳиси.

- ВКВ дан қон қетганда УАШ ёрдами.
- Паразозофагал чурралардан қон қетиш белгилари.

11. Мавзу бўйича адабиётлар:

1. Арипов У.А., Каримов Ш.И. Қорин бўшлиғи хирургияси. Т.1991 й.
2. Горбашко А.И. Диагностика и лечение кровопотери Л. 1982 г.
3. Гостищев В.К. и др. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии 2008.
4. Дж. Мерте «Справочник врача общей практики» перевод с англ. М. 1998 г.
5. Каримов Ш.И Хирургик касалликлар. Т.2005г.
6. Клиническая хирургия. Национальное руководство. т.2_2009
7. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М.2002 г.
8. Клинические рекомендации для практических врачей основанные на доказательной медицине. М.2002г.
9. Кузин М.И. Хирургические болезни. М.1987г.
10. Нурмухамедов Р.М. Юнусов И.И. Острые хирургические болезни брюшной полости. Т.1998й.
11. Нурмухамедов Р.М. Хожибоев М.Х. Юнусов И.И. Т. Клинические рекомендации по остром животе для практических врачей 1998 й.
12. Петров В.П., Ерюхин И, Шемякин И.С. Кровотечение при заболеваниях пищеварительного тракта. М. 1987.г.
13. Р. Кондена « Клиническая хирургия» перевод с англ. М.1998г
14. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М.2004г.
15. Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни (2-х т). М.2006 г.
16. Савельев В.С. « Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости» М.2005г
17. Х.Олден « Секреты хирургии» перевод с англ. М.2004 г
18. Шевченко Ю.Л. Частная хирургия

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жаррохлик касалликлари

Фан: Жаррохлик

«Хансираш синдроми»

Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси шикастларида ҳансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

Ўқитиш технологияси

Амалий дарс №25

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №25: Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси шикастларида ҳансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

<i>Вақти: 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Ўқув машғулоти нинг шакли ва тури</i>	Амалий Машғулот
<i>Ўқув машғулоти нинг тузилиши</i>	1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм : -Кейс-стади -Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм .
<i>Ўқув машғулоти мақсади:</i>	Беморни мустақил кўришни ўрганиш; -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; -Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилишч ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида) - Дастлабки ташҳис қўйиш, қиёсий ташҳисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; -Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.
Талаба билиши лозим:	- Беморларни текшириш усуллари - Беморларни даволаш тактикаси - Амалиётга кўрсатма ва операция турини танлаш

	- Амалиёидан сўнг беморлар реабилитацияси.
Талаба бажара олиши лозим:	- Бемордан шикоятларини йиғиш - Беморларни текшириш палпация, курация - Ўпка чегарасини аниқлаш - Текшириш натижаларини таҳлил қилиш - Плеврал пункцияни амалга ошириш - Торакоцентиз ва плеврал бўшлиқни найчалашни билиш
Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика ва деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.	Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: • ХС сабабларини билиш; • ХС хасталиги клиника, диагностикасини билиш • ХС синдромида беморларни клиник текширувларини билиш; • ХС, кўкрак шикастлари ва унинг асоратлари асосий аломатларини аниқлай олиш; • лаборатор ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қила билиш; • ХС синдроми, гемопневмотораксда даволаш тактикаси ва даволашнинг асосий принципларини билиш; • ХС ва кўкрак шикастлари, спонтан пневмотораксда беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш. • ХС билан огриган беморларни реабилитацияси ва профилактикаси асосий тамойилларини эгаллаш
Ўқитиш услублари	Маъруза, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тўри» усули, демонстрация, видео кўриш, дискуссия, сўхбат, ўргатувчи ўйин, кейс-стади.
Машғулотни ташкил қилиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш манбалари	Тарқатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш жойи ва шароити</i>	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
<i>Усуллар билан воситани боғлиқлиги</i>	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси

Мавзу№25: Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси шикастларида хансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>4.31. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>4.32. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>4.33. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли бўлган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>4.34. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>4.35. Танаффус.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>45дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш.</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилди.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p> <p>Мустақил равишда муаммони ҳал қилган</p>

<p>5дақиқа</p> <p>65дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>40дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>25дақиқа</p>	<p>Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.5. Амалий кўникмаларни бажариш.</p> <p>Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.</p>	<p>ҳолда варақларни тўлдиради.</p> <p>Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.</p> <p>Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.</p> <p>Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади.</p> <p>Беморларни кўрганлиги ҳақида ва таъхисни асослаш ҳақида ҳисобот.</p>
<p>3- қисм</p> <p>Яқуний қисм</p> <p>27мин.</p>	<p>3.1. Хулоса.</p> <p>3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш.</p> <p>3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.</p>	<p>Эшитади.</p> <p>Ўз-ўзини баҳолашади.саволлар беришади.</p> <p>Вазифаларни ёзиб олишади.</p>

1. Ўқитиш шароити ва жойи

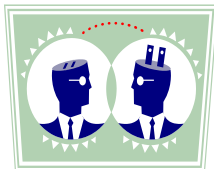
1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЎИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивация

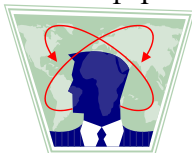
Замонавий тиббиётда гемо-пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси жароҳатлари асаосий муаммолардан бири ҳисобланади, бу эса уз навбатида ушбу ҳасталик билан касалланган беморлар сонини ортиши билан изоҳланади. Замонавий травматологик ва пульмонологик хизматни такомиллаштириш ҳамда кўкрак қафаси жароҳатланган беморларда кенг таъсир доирали антибиотикларни қўллаш натижасида ҳам беморлар сони камайиш кузатилмаяпти. Ушбу касалликларнинг узига ҳослиги шуки организмнинг ҳаётий муҳим аъзоси булмиш ўпка зарарланади, бу эса уз навбатида оғир функционал узгаришларни келтириб чиқаради, беморга шошилиш равишида адекват даво муолажаларини олиб беришни тақозо этади. Ҳар қандай замонавий шифокор кўкрак

қафаси жароҳатланган беморларни ташҳислашнинг комплекс усулларини, даволашнинг асосий тамойилларини билиши зарур.



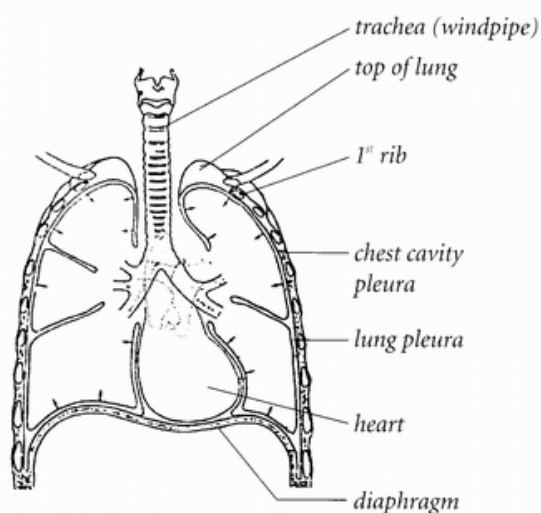
1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология .



2. Машғулотлар мазмуни

2.1 Назарий қисми;

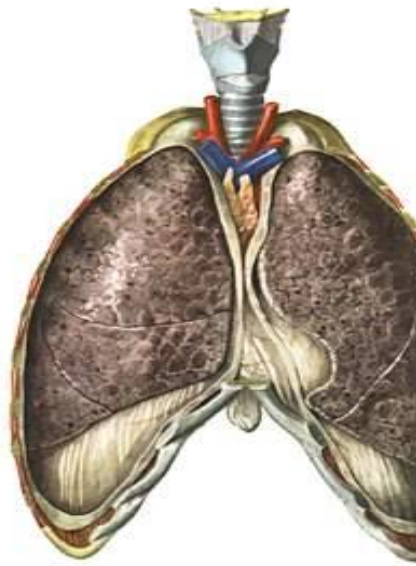


Longitudinal cross section of the thorax

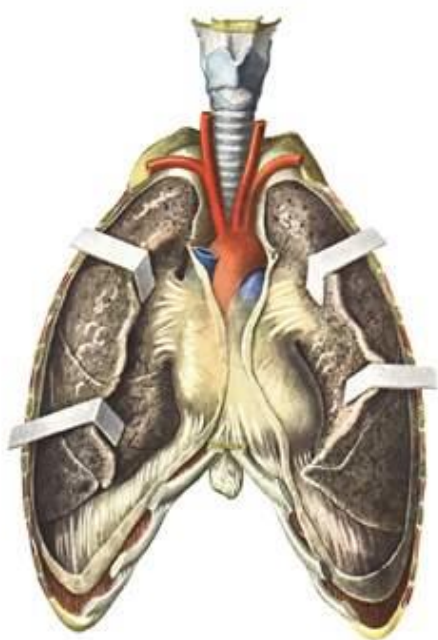
Анатомия: Кўкрак қафаси суяк каркас : коворға ва умуртка поғонасидан ташкил топган .Ковурға лар умуртка поғонаси билан ҳаракатчан боғланган .Пастда кўкрак қафаси гумбазсимон мушак – диафрагма билан чегараланган.

Ковурға лар узаро мушаклар билан боғланган ва нафас олиш жараенида актив иштирок этади . Ўпкалар висцерал плевра билан копланган (Pleura pulmonalis еки visceralis), ва ички томондан кўкрак қафаси га тегиб туради. Кўкрак қафаси ҳам юпка шиллик парда - (Pleura parietalis) – париетал плевра билан копланган .Шиллик пардалар орасидаги киска оралик даги суюклик кавати ўпкаларни ҳаракати давомида кирилишига йул куймайди . Ўпкалар кўкрак қафаси да осилган ҳолатда бўлиб кўкрак қафаси ҳаракатига эргашади. Ўпка - кўкрак қафасини катта қисмини эгаллаган жуфт орган бўлиб чап ва ўнг плевра

ҳалталари билан уралган иккала плевра ҳалтачалари орасидаги, олдиндан туш суяги, орқадан умуртка поғонаси, пастдан диафрагма ва юқорида apertura thoracis superiorга қараган оралик mediastinum деб аталади.



Трахея ва ўпка илдизлари орқали ўтадиган шартли фронтал кесма орқали кўкс оралиғи олд ва орқа кўкс оралиғи соҳага бўлинади . *mediastinum anterius et posterius*. Олд кўкс оралиғида айрисимон без, юрак, юрак йирик қон томирлар, диафрагмал қон томирлар ва нервлар жойлашган. Орқа кўкс оралиғи соҳасида трахея, кизилўнг ач, аорта , тоқ ва ярим тоқ веналар , адашган нерв , симпатик стволлар , кўкрак лимфа йўли жойлашган.



Ўпка кўйидаги қисмлардан ташкил топган : ўнг – 3та , чап -2 та . Шу сабабли чап ўпкада 1 та қийшиқ ёрик мавжуд , *fissura obliqua*, - уни юқориги ва пастки бўлакка буливчи чуқур эгат, *lobus superior et lobus inferior*. Ўнг ўпкада 2 та бўлакларо ёрик бўлиб , улардан юқоригиси горизонтал ерик деб аталади , *fissura horizontalis (pulmonis dextri)*. Бу эгатчалар ўнг ўпкани 3 та бўлакка булади : юқориги,ўрта ва пастки ,*lobus superior, lobus medius et lobus inferior*. Чап ўпка бўлаклари орасидаги эгатча кўкрак қафаси га 3 кўкрак умурткаси чуқкили усимтаси ва 4 коворға ни суяк қисм и олд тарафини бирлаштирувчи чизикка тугри келади.Ўнг ўпка эгатчалари кўкрак қафаси га куйидагича тугри келади : юқориги бўлакларо ерик юқориги ва ўрта бўлакни ажратувчи чегара бўлиб , 4 коворға орқали кўлтик ости чизиги ва тўш суягини боғловчи чизикқа тугри келади.



Пастки ёрик ,олд тарафдан ўрта ва пастки бўлақлар чегараси бўлиб ва орқа тарафдан юқориги ва пастки бўлақлар чегараси бўлиб ,3 кўрак умурткаси чўққили ўсимтаси ва 6 коворға тоғайли қисмини ўрта умров чизиғи , *linea mamillaris (medioclavicularis)* бўйлаб бирлаштиради .Ўпкаларда қўйидаги юзалар фарқ ланади : коворға , *facies costalis*, диафрагматик , *facies diaphragmatica*,бўлақлараро, *facies interlobares*,ва медиал, *facies medialis*, медиал юзада умуртка поғонасига караган қисм , *pars vertebralis*, медиастинал қисм , *pars mediastinalis*, ва юрак босиғи, *impressio cardiaca*.

Ўпкаларнинг коворға юзаси каварик бўлиб кўп холларда юзасида коворғалар изи бўлади . Медиастинал юзада бухтасимон чуқурлик бўлиб , ўпка дарвозаси деб аталади *hilus pulmonum*, -Бу жойдан ўпкага ўпка ва бронхиал артериялар, бронх , нервлар киради, ўпка ва бронхиал веналар ва лимфатик томирлар чиқади. Бу хосилалар ўпка дарвозасида бир хил жойлашмайди .Ўпка дарвозасида олд юқори қисмида бронх , орқа паст қисм да веналар ва ўрта қисмида артериялар жойлашган .Ўнг ўпка дарвозасида олд юқори қисмини артерия , орқа пастки қисми веналар ва ўрта қисми бронх эгаллайди . Бу хосилаларни умуми ўпка илдизини , *radix pulmonis* ташкил этади . Ўпкалар юзаларини бирини 2 чисига ўтувчи қисмлари чегаралар деб аталади.



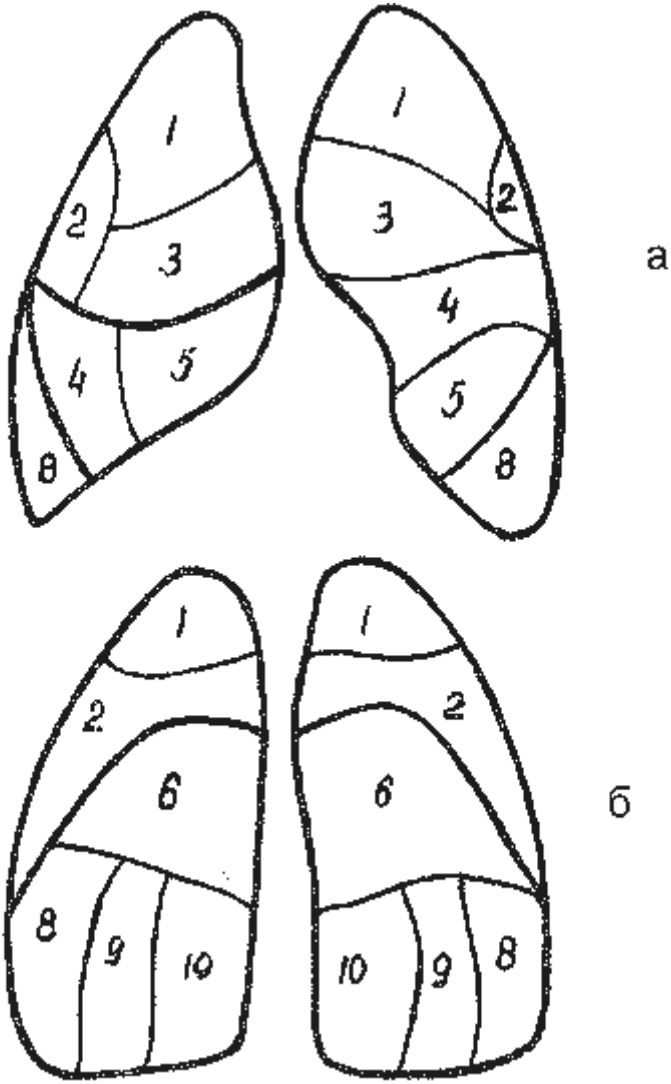
Ўпка 2 та чегарага эга:

1. пастки чегара, margo inferior
2. олд чегара, margo anterior.

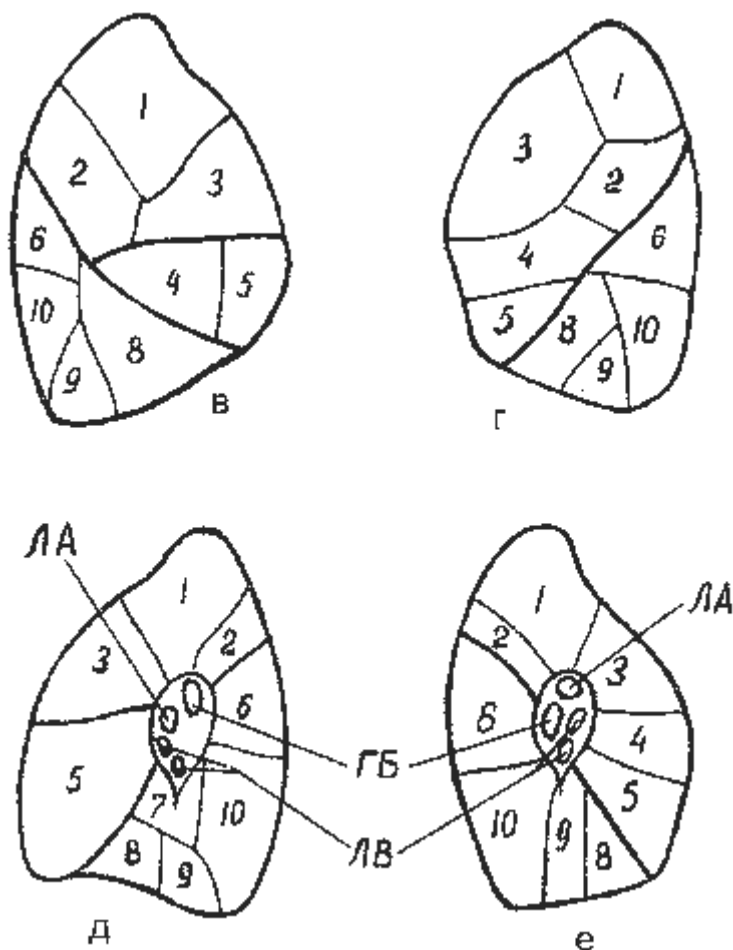
Пастки қисмида чап ўпкада юрак кесиги , incisura cardiaca мавжуд. Ўпкалар болаларда оч пушти рангда бўлади , йиллар утиши билан у аспид – зангори рангга ўзгариб юзасида доғлар пайдо бўлади . Ўпка туқимаси нормада эластик ва кесмада майда тешикли бўлади . Ўпка паренхимаси шохланган трубкалар системасидан (бронхлар, улар шохлари , бронхиолалар, альвеолар) ва шохланган қон томирларидан (артериялар ва веналар), лимфатик томирлар ва нервлардан ташкил топган. Бу хосилаларнинг хаммаси бириктирувчи тўқима билан боғланган .

ЎПКА СЕГМЕНТЛАРИ

Ўнг ўпка		Чап ўпка		
<i>Юқориги бўлак</i>		<i>Юқориги бўлак</i>		
1.	Чўққи	булаги	1—2. Чўққи орқа	
2.		Орқа		
3. Олд			3. Олд	
			4. Юқориги	ТИЛСИМОН
			5. Пастки тилсимон	
<i>Ўрта бўлак</i>				
4.		Латерал		
5. Медиал				
<i>Пастки бўлак</i>		<i>Пастки бўлак</i>		
6. Чўққи		6. Чўққи	мавжуд	эмас
		7. Олд базал		
7. Медиал		базал		
8. Олд		базал	8. Латерал	базал
9. Латерал		базал	9. Орқа базал	
10. Орқа базал				



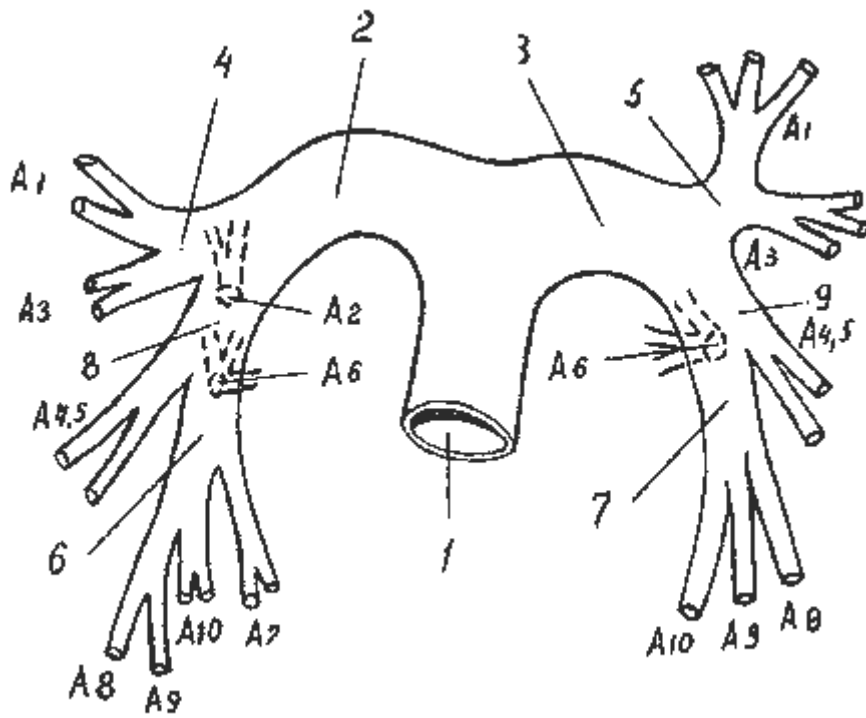
Рас. а — 1. олд Ўпка тарафдан, б бронхлар орқа сегментлари: тарафдан.



Рас.	2.	Ўпка	бронхлар	сегментлари:
в	Ўнг	ўпка	ковурга	юзаси
г	Чап	ўпка	ковурга	юзаси,
д		Чап	ўпка	медиял юзаси,
е	Ўнг		ўпка	медиял юзаси,
АБ			асосий	бронх,
УА			ўпка	артерияси,
УВ				ўпка венаси

Ўпка қон таъминоти : ўпка ва бронхиал томирлар орқали амалга оширилади .Ўпка қон томирлари кичик қон айланиш системасини ташкил этади ва асосан қон ва хаво ўртасида газ алмашинуви функциясини бажаради .Бронхиал томирлар ўпкани озик моддалар билан таъминлайди ва катта қон айланиш системасига тегишли.Бу системалар орасида кўплаб анастомозлар мавжуд.

Ўнг ва чап ўпка артериялари ўпка стволининг шохлари ҳисобланади.Ўпка артериялари ўпкада бўлак ва сегментар шохчаларга бўлинади (расм. 5).Ўпка артериясининг энг майда шохчалари альвеолаларни ўраб олувчи (нафас олувчи капиллярлар) майда капилляр турларини ҳосил қилади.



Расм.	5.	Ўпка	артериялари	булиниш	схемаси
1	—	—	ўпка		стволи
2	—	—	ўнг	ўпка	артерияси;
3	—	—	Чап	ўпка	артерияси;
4	—	Ўпка	артерияси	олд	стволи ;
5	—	Ўпка	артерияси	юқори	стволи ;
6, 8,	7, 9	—	Базал	пирамида	артерияси ;
			Бўлақлараро		ствол;

A1—10 — сегментар артериялар

Ўнг ўпкада юқorigи ўпка венаси юқorigи ва ўрта бўлақлар веналаридан ташкил топган, пастки — пастки бўлақ веналаридан ташкил топган (расм. 6). Чап ўпкада юқorigи ва пастки ўпка веналари юқorigи ва пастки бўлақ ўпка ичи веналари қўшилишидан юзага келади. 2 кала ўпка юқorigи ва пастки ўпка веналари чап юрак бўлмачасига кўйилади.

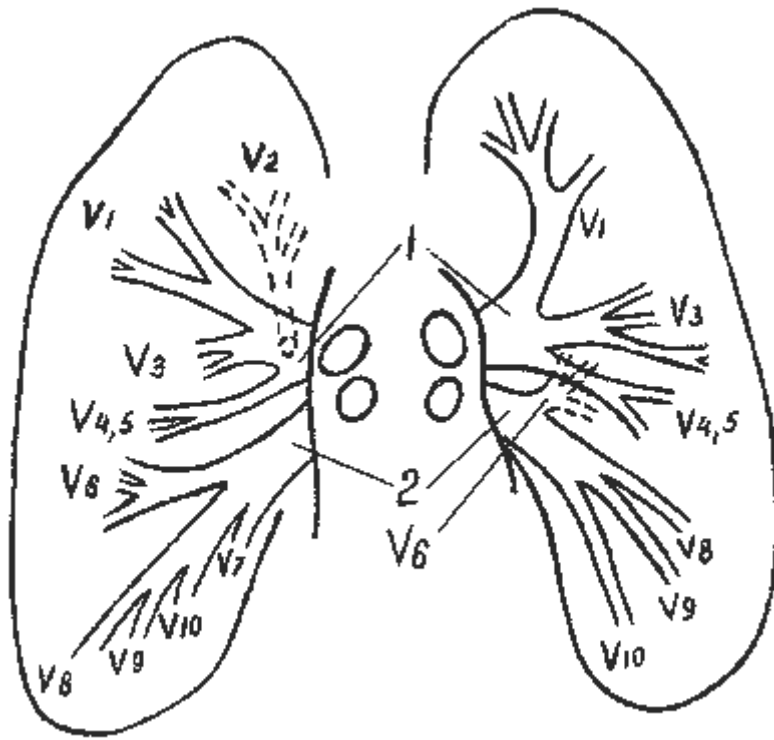
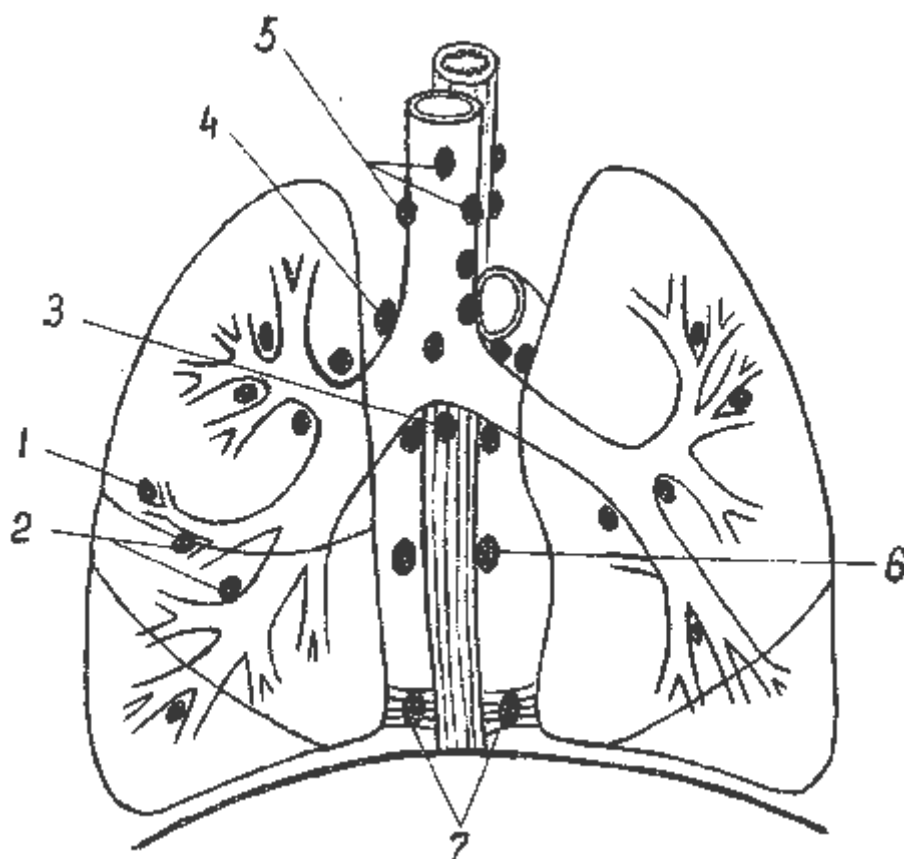


Рис. 6. Ўпка веналари юзага келиш схемаси .
 1 — юқориги ўпка венаси;
 2 — пастки ўпка венаси

Бронхиал артериялар аортанинг арки ва пастга тушувчи қисми чегарасида аорта орқа юзасидан чиқади. Бронхиал артериялар умумий сони 4 (хар ўпкага 2 тадан), лекин 2-6 гача булиши мумкин. Бронхиал артериялардан ташқари ўпка кон таъминотида кизилўнгач ва перикардиал шохчалар ҳам иштирок этади, улар перибронхиал артериал тўр хосил қилади ва ўпка артериялари билан капилляр анастомозлар хосил қилади.

Ўпка лимфатик системаси. Ўпка лимфа йўллари бошланғич қисмини лимфа капиллярларининг юзаки ва чуқур турлари хосил қилади. Юзаки тўр висцерал плеврада жойлашган. Чуқур турлар ўпка бўлаклари ичида бириктирувчи тукимада, бўлақлараро деворларда, бронхлар девори шиллик ости каватида, ўпка ичи кон томирлари ва бронхлар



Расм.	7.	Ўпка	лимфа	тугунлари	.
1	—	ўпка	лимфа	тугунлари	;
2	—	ўпка	бронх	лимфа	тугунлари
3	—	пастки трахеобронхиал	(бифуркацион)	лимфа	тугунлари
4	—	юқориги трахеобронхиал	лимфа	тугунлари	;
5	—	трахеал	(паратрахеал)	лимфа	тугунлари
6	—	орқа кукс	оралиги	лимфа	тугунлари
7	—	ўпка бойламлари	лимфа	тугунлари	

Ўпкалар иннервацияси. Ўпка вегетив нерв системаси симпатик нервлари симпатик чегара стволдан ва парасимпатик толалар адашган нервдан таъминланади.

НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Газ АЛМАШИНУВИ

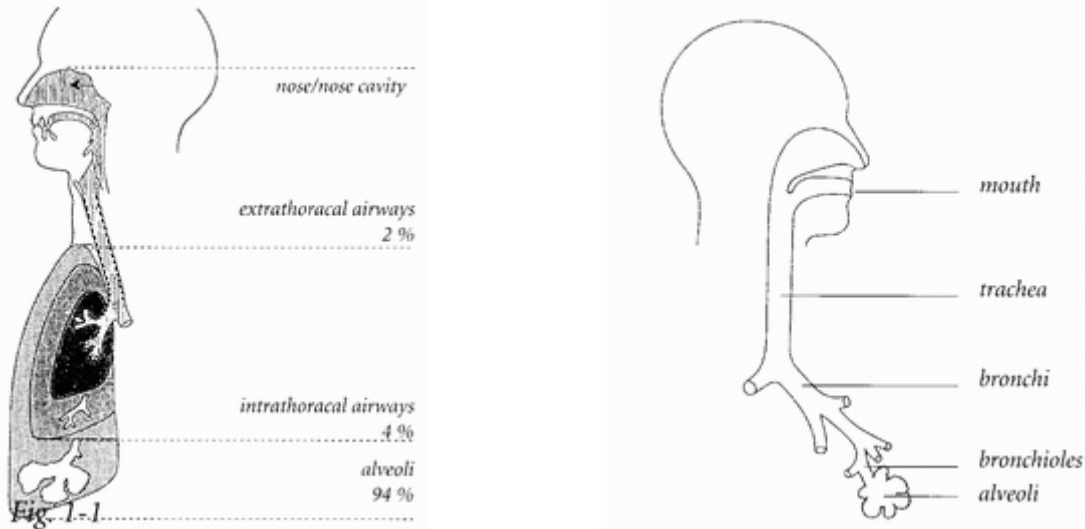
Нафас олиш аъзолари вазифаси - аъзолар учун зарур кислород таъминоти ва карбонат ангидрид атраф мухитга организмдан ажратиб чиқаришдир. Ўпкалар юқоридаги функцияси билан кислота ва асос мувозанатида мухим рол уйнайди.

Нафас йўллари биринчи навбатда бурун хавони илитиш, намлаш ва тозалашда мухим рол уйнайди.

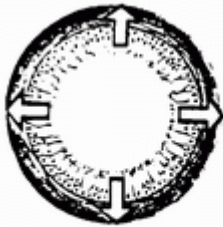
НАФАС ЙУЛЛАРИ

Нафас йўллари бу – бу хавонинг оғиз ва бурун бўшлиғидан альвеолаларгача бўлган йулидир. Нафас йуллари кўкрак қафасидан ташкари ва кўкрак қафаси ичида жойлашган қисм лардан иборат. Кўкрак қафаси дан ташкарида жойлашган нафас йуллари оғиз, бурун, халқум, хикилдок, трахея киради. Трахея ўнг ва чап ўпкага

олиб боровчи 2 та бронх стволига бўлинади. Бу ердан бронхлар ўнг да 3 та , ва чапда 2 та бўлакка шохланади , чунки ўнг ўпка 3 та , чап ўпка 2 та бўлакка бўлинади .Улардан сегментар бронхлар шохланади .



Кейинги 22 марта бўлинишдан сўнг (Бронх дарахтининг шохланиши) терминал бронх ўпка пуфакчаларига (альвеолаларга)куйилади .Улар юпка хужайра каватидан ташкил топган бўлиб, бу қават остида майда кон томирлари (капиллярлар) етади ва улар ёрдамида нафас олиш жараёни юз беради . Катта ва майда бронхлар тукли шиллиқ қават билан ўралган , бу тукчалар терминал бронх ва альвеолаларда мавжуд эмас.



Normal bronchus

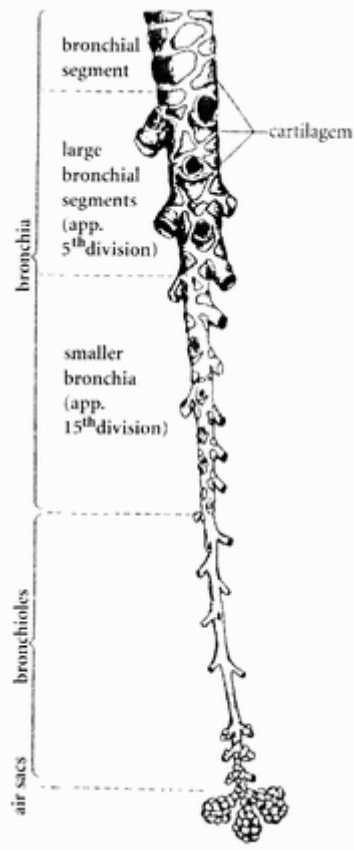


Spastically constricted bronchus

Нормал бронх

Спазматик сиқилган бронх

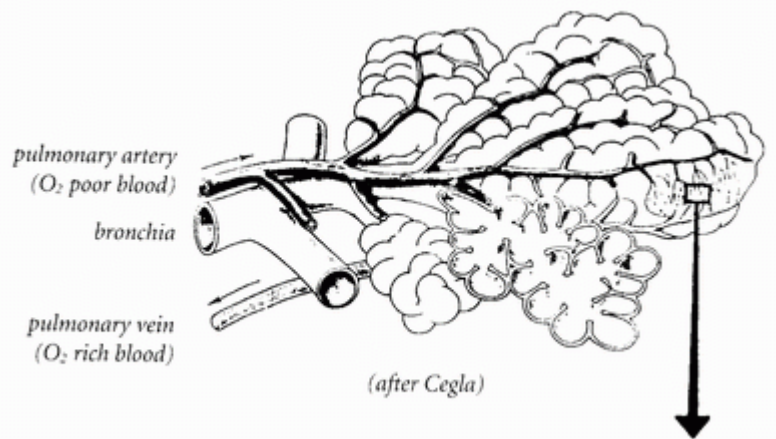
КИЧИК НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎПКА ПУФАКЧАЛАРИДА ТУГАЙДИ. УЛАР ШАР КЎРИНИШИДА БЎЛИБ 0,1 ДАН 0,3 ММ ГАЧА ЕТАДИ.ТАШҚИ ЮЗАСИ ФАОЛ МОДДА (СУРФАКТАНТ) БИЛАН ҚОПЛАНГАН.



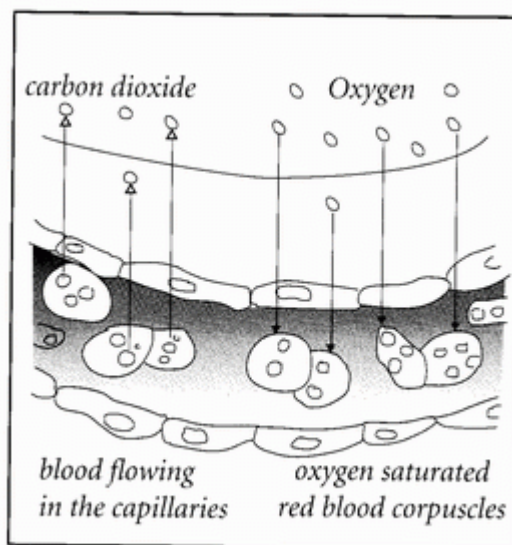
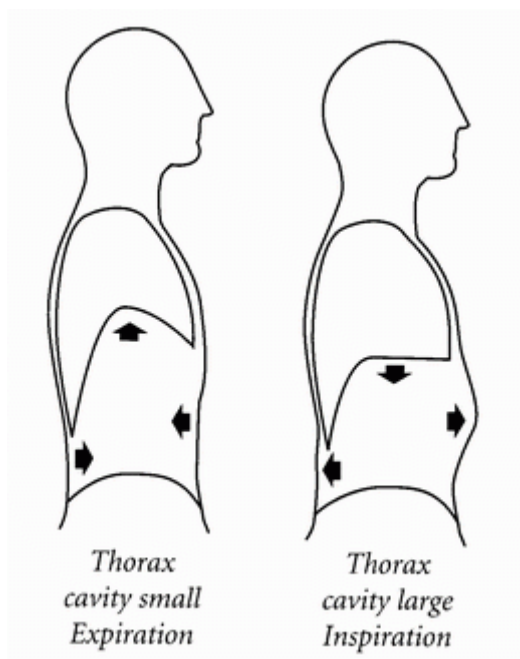
БРОНХДАН ПУФАКЧАЛАРИГАЧА (ЎПКА NETTER БЎЙИЧА)

Рис. 1-6
Алвеолани ўраб турувчи артерия, вена, капилляр (Cegla бўйича)

- ўпка артерияси O_2 га тўйинмаган қон
- бронхиола
- ўпка венаси O_2 га тўйинган қон



Ўпка алвеоласи нози қон томилар билан қопланган(капилляр).Ҳаво таркибидаги кислород алвеолаларда эритроцитга бирикади.Карбонат ангидрит қондан алвеолага ўтади.



Нафас олганда кўкрак қафасининг ҳолати

Ўпканинг эластик тўқимаси қисқариш хусусиятига эга, нафас олиш вақтида кўкрак қафаси дарҳол ўз ҳолатига қайтади.Нафас олиш жараёни кўкрак қафасидаги мускулларнинг кўтарилиши ва қисқариши ҳисобига содир бўлади, бунда диафрагма тушади.Ушбу жараён содир бўлиши учун кўкрак қафаси ҳамда ўпка тўқимасининг эластик ҳолати миёрида бўлиши керак.

Нафас олиш жараёни вақтида ўпка кирувчи ҳаво оқимиغا мос равишда турли ўлчамдаги бронхлар тизими қаршилиқ қилади ва керакли ҳаво оқимини йўналтиради.Демак нафас олиш фаол жараёндир.

Нафас олиш жараёнида ўпка тўқимасида атмосферадагига нисбатан анча паст босим юзага келади. Шунинг ҳисобига ҳаво ўпка тўқимасига ўтади.Нафас чиқариш нафас олганда юзага келган кенгайган ўпка тўқимасини сиқилиши ҳисобига содир бўлади. Демак нафас чиқариш жараёни пассив жараён.

ХАНСИРАШ – бу нафас етишмовчилиги бўлиб,нафас олиш ва чиқаришда қўшимча куч талаб қилувчи синдромдир.

Хансираш Даражалари (Нью Йорк кардиологлар ассоциацияси таснифи):

- 1 даража -оғир жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши.
- 2 даража -ўртача жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши
- 3 даража - енгил жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши
- 4 даража - дам олиш вақтида пайдо бўлиши.

Хансирашнинг асосий сабаблари.

-Юрак қон томир хасталиклари

-Ўпка хасталиклари (нафас йўллари обструкцияси: бронхиал астма, ёт жисмлар, пневмосклероз, ўпка ателектази, гидро-, пневмоторакс).

-Семизлик.

Хансирашнинг асосий турлари.

-тахипное

-минутлик ўпка хажмининг камайиши

-экспиратор

-инспиратор.

-Нафас олиш механикасининг(ташқи) бузилиши

-Қон транспорти вазифасининг бузилиши

-Тукима нафас олишининг бузилиши.

Хансирашнинг хаёт учун хавфли турлари.

А.юрак-қон томир хасталиклари.

-Ўткир юрак етишмовчилиги(миокард инфаркти)- бир неча соатда пайдо бўлади.

-УАТЭ –2-3 мин.орасида пайдо бўлади.

-Аорта аневризмаси қатламлашуви- бир неча соатда пайдо бўлади.

-юрак тампонадаси- бир неча соатда пайдо бўлади.

-миокардит,кардиомиопатия – бир неча кун-хафтада пайдо бўлади.

Б.нафас аъзолари хасталиклари.

-юкори нафас йўллари обструкцияси (бир неча дақиқада)

-пневмоторакс(2-3 дақиқада пайдо бўлади)

-ўпка ателектази(бир неча соатда пайдо бўлади).

Кўкрак қафаси шикастлари кўлами ва хусусиятлари.

1941–1945 уруш йилларида кўкрак қафасининг шикастланиш даражаси бутун жароҳатланишнинг 5% - 12% ташкил қилди. Умумий ўлим кўрсаткичи 13% га етди. Охирги йилларда кўкрак жароҳлиги, анестезиология, реаниматологиянинг ривожланиши натижасида кўкрак қафаси шикастланишнинг ёмон оқибатлари камайди, ўлим кўрсаткичи эса 3,5–6% дан ошмайди.

Дунё бўйича очик кўкрак шикастланишига қараганда ёпиқ шикастланиш 5-6 марта кўпроқ учрайди (Вагнер Е.А., 1981).

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

Кўкрак қафаси шикастланишлари: очик ва ёпиқ,суяклар шикастланмаган ва шикастланган, ички аъзолар шикастланган ва шикастланмаган турларга бўлинади.

Кўкрак қафаси шикастланишлари диагностика усуллари

Бемор шикоятлари ва анамнезини аниқлаш, умумий клиник текширишлар (куриш,пальпацияда оғрик, перкуссияда абсцесс 1 фазасида, гемо- ва пиотораксда буғиқлик, пневмотораксда – тимпанит, аускультацияда абсцесс биринчи фазаси ва гидротораксда нафас олиш сустлиги ёки аниқланмаслиги, абсцесс иккинчи фазасида эса амфорик нафас ва катта ўлчамли нам хириллашлар аниқланади. Диагностиканинг энг информатив ва объектив усули - рентген билан текширувдир.

8.Пиопневмоторакс - бу плевра бушлигида йиринг ва хаво тупланиши булиб, ўпка абсцессининг плевра бушлигига очилиши натижасида иккиламчи пайдо бўлади.Пиопневмоторакс плевра эмпиемасининг очик турига киради.

Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастлари

Кўкрак қафаси нинг лат ейиши ва кисилиши купинча ковурағаларнинг синиши, қон томирларнинг ёрилиши, плевранинг шикастланиши, ўпканинг йиртилиши билан кечиши мумкин ва булар ўз навбатида - пневмоторакс, гемоторакс ва тери ости эмфиземаси каби асоратларга олиб келиши мумкин.

Даволаш: Кўкрак қафаси лат ейиши бўлган беморлар купинча консерватив йул билан даволанади:

1. Анальгетиклар.
2. Бўйин вагосимпатик ва коворғалараро блокадалар.
3. Нафас гимнастикаси.
4. Антибиотикотерапия.
5. Динамик кузатув.

Пневмоторакс

Плевра бўшлигида хаво тўпланиши пневмоторакс дейилади.

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

Пневмоторакснинг сабаблари:

1. Ковурғалар синиши.
2. Ўпка ва плевранинг ёрилиши.
3. Спонтан пневмоторакс.

Пневмоторакснинг турлари

1. Очиқ пневмоторакс.
2. Ёпик пневмоторакс.
3. Клапанли пневмоторакс.
4. Спонтан.

Пневмоторакснинг клиник манзараси

Кўкрак қафасида хаво миқдори кўп бўлмаса беморларнинг шикоятлари кам бўлади. Пневмоторакс кўп бўлса беморларни хансираш, цианоз, тахикардия безовта қилади ва хатто плевропульмонал шок ривожланиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатларда коворғаларнинг оралиғи текисланади, кўкрак қафаси бочкасимон кўриниш олади ва нафас ҳаракатлари чегараланади. Перкуссияда кескин қутисимон товуш, аускультацияда - везикуляр нафаснинг сусайганлиги эшитилади.

Ёпик пневмотораксда - плевра бўшлиғидаги хаво атмосфера хавоси билан туташмайди, кўкрак қафасидаги жарохат тўқималар силжиши туфайли бекилиб қолади.

Очиқ пневмотораксда - хаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда ташқарига чиқиб кетади.

Клапанли пневмотораксда - хаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда эса юмшок тўқима лахтаги кўкрак қафаси девори ёки бронх жарохатини ёпиб қўйиши сабаб ташқарига чиқа олмайди.

Спонтан пневмоторакс – бу аниқ сабабсиз ва шикастланишсиз плевра бўшлиғида хаво тўпланишидир. У купинча ўпканинг буллез трансформацияси ва ўпка кистасида учрайди.

Даволаш

Ёпик пневмотораксда плевра бўшлиғига дренаж найча ўрнатилади. Очиқ пневмотораксда эса жарохатга герметик чок қўйилади ва плевра бўшлиғига дренаж найча ўрнатилиб, хавоси сўриб олинади. Клапанли пневмоторакс эса олдин очиқ пневмотораксга айлантирилади ва очиқ пневмотораксга ухшаб даволанади.

Вагосимпатик, коворғалараро блокада килинади, антибиотиклар ва нафас гимнастикаси буюрилади.

Пневмоторакс турли шаклларида стационаргача бўлган шошилиш ердამ:

- Ёпик пневмотораксда торакал бўлимга ётқизиш, симптоматик даво
- Очиқ пневмотораксда – окклюзион асептик боғлам қўйиш, оғрикисилантириш, юрак дорилари.

- Клапанли пневмотораксда – плевра бўшлигини пункция қилиш ва дренажлаш, шокга қарши, юрак дорилари, кислород бериш.

Гемоторакс

Плевра бўшлиғида қон тўпланиши гемоторакс дейилади. Ўпка коллапси, кўкс оралиғи аъзоларининг соғ тарафга силжиши, гемодинамика бузилиши, шок, хансираш билан намоён бўлади. Гемотораксда кўпинча ўпка, қовурғалараро артерия ёки ички кўкрак артерияси жароҳати билан боғлиқ. Плевра бўшлиғида тўпланган қоннинг микдорига кўра кичик, ўрта ва катта гемоторакслар тафовут қилинади. Гемоторакс ташҳисида рентгенологик текширишлар ва плеврал пункция етакчи ахамиятга эга.

Гемоторакснинг клиник манзараси

Гемоторакснинг клиникаси унинг турига боғлиқ бўлади ва хансираш, цианоз, тахикардия, кўринишида намоён бўлиб, плевропульмонал шокка олиб келиши мумкин. Гемоторакс учун шикастланган томонда қовурғалар оралигининг текисланиши, кўкрак қафаси нинг бочкасимон кўриниш олиши ва нафас ҳаракатларининг чегараланиши хос. Перкуссия перкутор товушнинг тўмтоқланиши, аускультацияда эса – кескин сусайган везикуляр нафас эшитилади.

Гемоторакс турлари:

Кичик гемоторакс (қон сатҳи курак ўртасигача кўтарилиши).

Ўрта гемоторакс (1500мл-гача қон тўпланиши).

Катта гемоторакс (бунда кўйилган қон ҳажми 1500мл-дан ошиб кетади)

Гемоторакснинг инструментал диагностикаси

1. Кўкрак қафасининг ҳар хил ҳолатда обзор рентгеноскопия қилиш.
2. Кўкрак қафасини икки проекцияда рентгенография қилиш.
3. Кўкрак қафасини томография қилиш.
4. Плевра бўшлиғини УТТ қилиш.
5. Плевра бўшлиғини диагностик пункция қилиш.

Гемотораксни даволаш

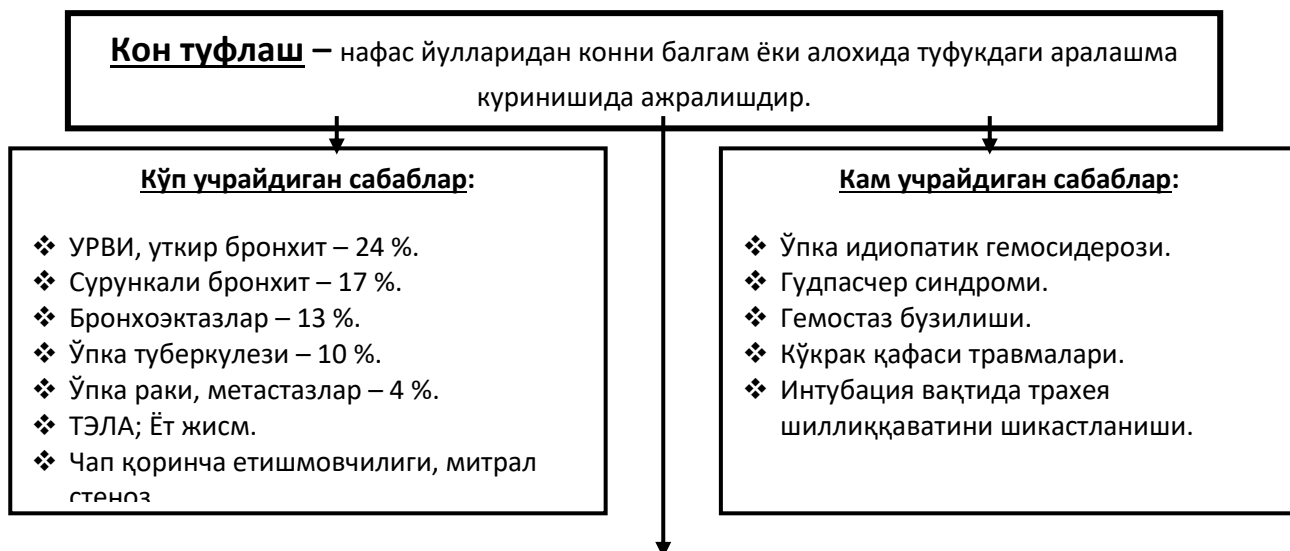
Гемотораксда пункция ёки плевра бўшлиғига дренаж найча ўрнатиш йўли билан, плевра бўшлиғидаги қонни эвакуация қилиш зарур, гемостатиклар, АКБ ва НБ микдорини динамикада кузатув, кўрсатма бўйича гемотрансфузия, катта гемоторакс ва қон кетиш давом этганда – торакотомия.

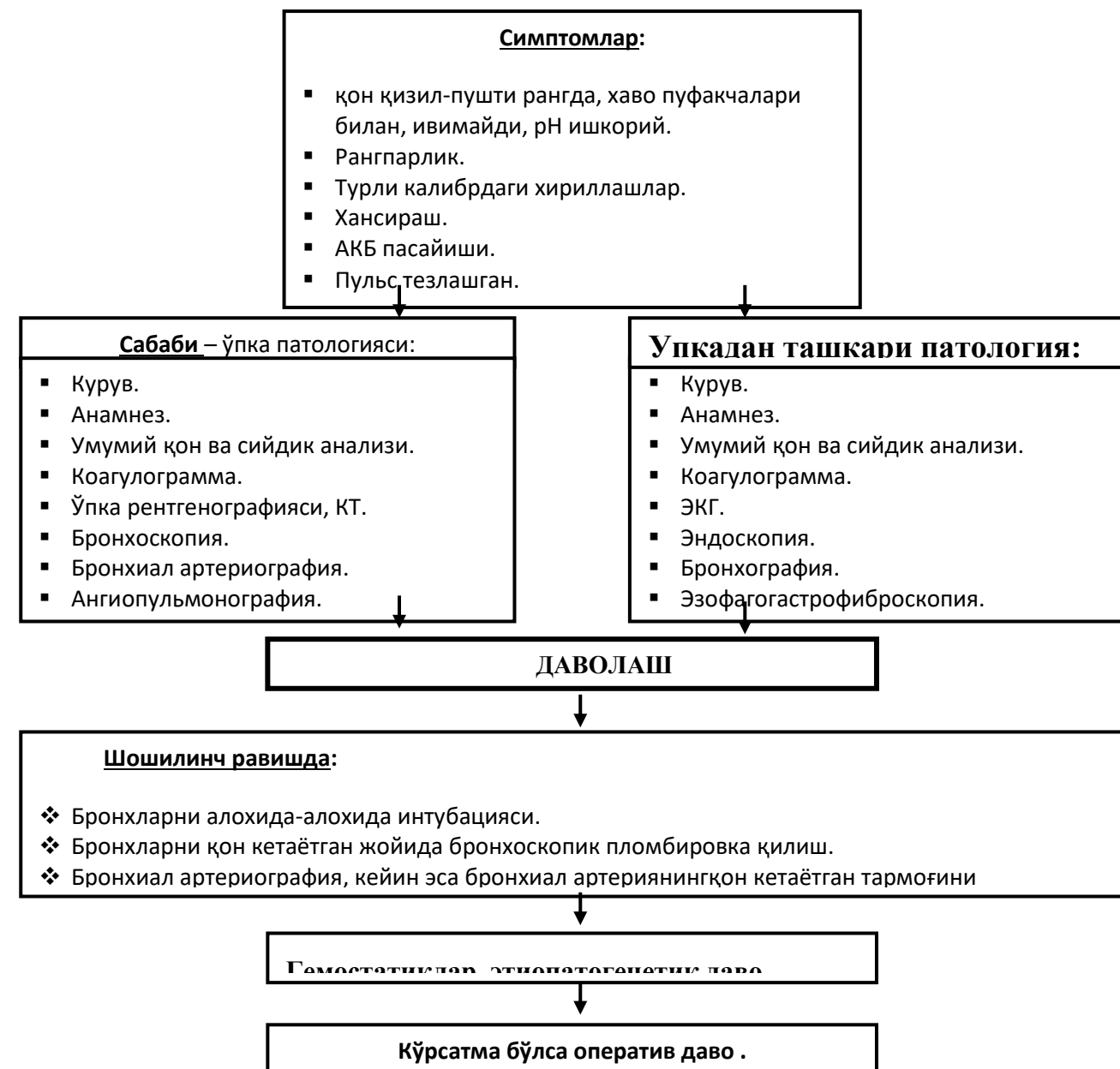
Ўпкадан қон кетишига оч қизил ранг, кўпиксимон, ҳаво аралаш қон туфуриш хос. Аспирацияда эса нафас етишмовчилиги, цианоз, тахикардия, аускультацияда нам хириллашлар аниқланади. Ташхис учун бронхоскопия ва бронхиал ангиография етакчи ахамиятга эга.

Пиопневмоторакс клиникаси ва ташҳиси

Пио- ва пневмоторакс клиникалари йиғиндиси, йирингли интоксикация, нафас етишмовчилиги белгиларига асосланади. Диагностикада анамнез маълумотлари, рентгенологик текширувлар ва плеврал пункция натижалари асосий ахамиятга эга.

“ҚОН ТУФУРИШ” СИНДРОМИ ТАШҲИСИ ВА ДАВОСИ АЛГОРИТМИ.





№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17- 14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:
Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.
3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>Мавзу</i>	Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак кафаси шикастларида ҳансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.
<i>Амалий машғулот режаси</i>	85. Кейс моҳиятига кириш. 86. Блиц сўров ўтказиш ва талабаларни клиник фикрлашини фаоллаштириш. 87. Муаммони аниқлаш ҳамда унинг ечиш йўллари топиш. 88. “Кейс – стади”ни гуруҳларда муҳокама қилиш. 89. Натижаларни таҳлил қилиш. 90. Муаммони Т-схема бўйича хал этиш. 91. Хулоса. Муаммони ечишда қатнашган талабаларни баҳолаш.
<p>Ўқитиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташҳис қўйиш, қиёсий ташҳисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш 	
<i>Педагогик топшириқлар:</i>	<i>Машғулот натижаси:.</i>
Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.	<ul style="list-style-type: none"> - Ушбу касаллик билан ҳасталанган беморларни курация қила олиш, касалликнинг асосий симптомларини аниқлай олиш. - Тахминий ташҳис қўя олиш ва қиёсий ташҳисни утказа олиш - Беморни текшириш усуллари билиш ва лаборатор натижаларни таҳлил қила олтш. - Гемоторакс ва пневмоторакс асоратини ташҳислай олиш, шошилиш ёрдам курсата олиш. - Беморларни даволашнинг асосий тамойилини билиш.
<i>Ўқитиш усул ва услуби</i>	“Кейс – стади”, “Блиц-сўров”, “муаммоли вазият”, “Т-схема”, “дискуссия”
<i>Ўқитиш манбаси:</i>	Таркатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Якка ва гуруҳда

<i>Ўқитиш шароити</i>	УАШ жарроҳлик касалликлари; хирургические отделения №1ШКШ жарроҳлик бўлимлари; №1ШКШ клиник лабораториялари; Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш. Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
<i>Баҳолаш</i>	Сўров, топшириқ, ўз – ўзини баҳолаш, рейтинг тизими бўйича баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

<i>Фаолият вақти</i>	<i>Фаолият мақсади</i>	
	<i>ўқитувчи</i>	<i>талаба</i>
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тэхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказидади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустаҳкамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун таркатади.	Муҳокама қилади, савол беради.

II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўлларини эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейсинг ечимини топишга қўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича амалий кўникмаларни тақдим этади, тушунтиради ва бажарилишини кўрсатади. Мавзуга алоқадор беморларни кўрсатади. Беморлар билан ишлашда ёрдам беради. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Кўрилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 минут)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

Блиц-сўров:

- Синдромнинг ёритилиши: кўкрак қафасида оғриқхансираш, йўтал, қон туфлаш.
- Кўкрак қафаси жароҳати ҳамда ўпканинг йирингли касалликларида ушбу синдромларнинг учраши.
- **Пневмоторакс ва пнопневмоторакс билан асоратланган ўДЙК ташхиси ва қиёсий ташхиси.**
- Беморларни даволаш тактикаси, амалиётга кўрсатма..
- ЎДЙК асоратлари ва уларга шошилиш ёрдам кўрсатиш..

1 – топширик
Эксперт варағи

1-гуруҳ.

1. Ўпканинг йирингли деструктив касалликлари.
2. Ўпканинг ҳажмли хосилалари.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ.

1. Ўпка гангренази.
2. Ўпка абцесси.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

3- Илова

2 - топширик

“Т-схема” жадвални тўлдириш

Ўпка гангренази.	Ўпка абцесси..

Кейс билан ишлашни баҳолаш мезонлари

Аудиторияда ишлашнинг баҳолаш кўрсаткичлари ва мезонлари

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Маълумот намойиши мак. 30 б	Аниқ ва тўлиқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак.50 б
1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон.

Айлана стол усулини қўллаш:

1.Айлана бўйлабтопшириқли варақ тарқатилади.Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади.Жавоблар қайтарилмаслиги керак.Хамма ўз жавобини ёзади ва

муҳокама қилинади. нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Топшириқ намунаси:

а. Синдромнинг ёритилиши: кўкрак қафасида оғриқхансираш, йўтал, қон туфлаш.

б. Кўкрак қафаси жарохати ҳамда ўпканинг йирингли касалликларида ушбу синдромларнинг учраши.

в. Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ЎДЙК ташхиси ва қиёсий ташхиси.

г. Беморларни даволаш тактикаси, амалиётга кўрсатма..

д. ЎДЙК асоратлари ва уларга шошилиш ёрдам кўрсатиш..

Айлана стол усулини қўллаш:

1. Айлана бўйлабтопшириқли варақ тарқатилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади. нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Топшириқ намунаси:.

- Кўкрак шикастланиш турларини кўрсатинг

- Ҳансираш синдроми ташхис алгоритминини кўрсатинг

- Кўкрак шикастида УАШ тактикасини аниқланг

Эксперт варағи усулини қўллаш

2. Гуруҳ 2 талабадан иборат гуруҳчаларга бўлинади ва ҳар бир гуруҳчада “врач” ва “эксперт” тайинланади. “Врач” мавзу бўйича беморни қабул қилади, “эксперт” эса, “врач” қабулини 3 пункт бўйича баҳолайди: Нима тугри қилинди? Қандай хато қилинди? Қандай қабул этиш керак эди? Ўқитувчининг хулосаси.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

Беморлар қабулида хал қилинувчи саволлар:

- Пневмоторакс клиникаси ва ташхиси
- Гемоторакс клиникаси ва ташхиси
- Пиопневмоторакс клиникаси ва ташхиси

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

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

Қандай асорат ҳақида ўйлаш мумкин:

- ўпка ателектази

- ўпка томирларидаги лигатура ечилиб, томирлардан қон кетиши
- пневмоторакс
- ўткир юрак-томир етишмовчилиги
- ўткир нафас етишмовчилиги

Асоратни қандай текшириш тасдиқлайди:

- кўкрак қафаси рентгенографияси
- кўкрак қафасида суюқлик борлиги ва унинг миқдорини УТТда аниқлаш*
- плеврал бўшлиқ пункцияси
- қон умумий анализи
- гематокрит кўрсаткичи

Қандай даво чоралари лозим:

- зудлик билан реторакотомия қилиш, қонаётган томирларни тикиш ва боғлаш
- бош бронхни бронхоскопик пломбировка қилиш
- гемостатик даво
- ОЦКни тўлдириш
- томирларни бронхоскопия вақтида коагуляция қилиш

2 -масала. Ёш беморга ўнг ўпка қўпсонли 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.

Диагнозни қандай қўйиш мумкин, плевра эмпиемаси клиник манзараси қандай:

- 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
- горизонтал сатҳли гомоген соя
- диафрагма гумбази остида эркин ҳаво бўлиб, жигар бўғиқлиги йўқолиши

Беморни операцияга қандай тайёрлаш керак:

- гомеостаз ва КЩС коррекцияси
- антибактериал терапия
- қон ва оксил препаратлаи қўйиш
- плеврал лаваж
- гемодиализ
- гемосорбция

Беморга қандай операция қилиш керак:

- плеврэктомия, ўпка декортикацияси, плевра бўшлиғини дренажлаш
- Шеде бўйича торакопластика
- Линберг бўйича торакопластика
- ўпкани алмаштириш

3 -масала. 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.

Беморда қандай асорат юз берди:

- ўнг ўпка ателектази
- ўпка коллапси
- ўнг тараф зотилжами
- ўнг тараф қолдик плевра бўшлиғи эмпиемаси
- кичик қон айланиш доираси гипертензияси.

Бу асорат нега юзага келди:

- операциядан аввал ва сўнг бронхлар санацияси сифатсиз бўлган, операцияга тайергарлик сифатсиз
- юқори лобэктомиядаги техник камчиликлар
- ИВЛ

Беморни қандай даволаш лозим:

- санацион даво бронхоскопияси
- антибактериал терапия
- юрак давоси, нафас аналептиклар
- диуретиклар
- ичак перистальтикасини стимуляцияси

Тестлар

Ўткир абцесс асоратида кузатилмайди.

- A. абцесс бўшлиғини плеврал бушлиққа ёрилиши
- B. қон кетиш
- C. соғлом ўпка тўқимасига йирингни сўрилиши
- D. ўпкада куруқ бўшлиқни ҳосил бўлиши*

Ўпка бўлагининг гангренаида тавсия қилнади:

- A. Бронхоскоп ёрдамида бронх деворини хар кун тозалаш
- B. Ўпка артериясига антибиотик киритилади
- C. лобэктомия*
- D. эндобронхиал антибиотик киритиш орқали даволаш

Ўпка абцессидида кузатиладиган пневмотораксда биринчи уринда кўрсатма:

- A. эндобронхиал ферментлар киритиш орқали даволаш
- B. плеврал бўшлиқни найчалаш*
- C. антибиотиклар
- D. рентген даволаш

Плеврани сурункали эмпиемаси учрайди:

- A. иккинчи хафтадан
- B. тўртинчи хафтадан
- C. олтинчи хафтадан
- D. саккизинчи хафтадан*

Ўпканинг бир томонлама тотал ателиктазида кўрсатма:

- A. антибиотикотерапия

- В. плеврал бўшлиқни пунцияси
- С. плеврал бўшлиқни найчалаш
- Д. Бронхоскоп ёрдамида бронх деворини хар кун тозалаш *

Ўпканинг йирик кисталарида кузатилиши мумкин:

- А. пневмоторакс
- В. ўпкадан қон кетиш
- С. кистанинг йиринглаши
- Д. юқоридагиларнинг барчаси тўғри*

Ўпканинг йирингли касалликларига киради (нотўғри жавобни белгиланг):

- А. ўпка абсцесси
- Б. ўпка кистасини йиринглаши
- В. ўпка амилоидози *
- Г. бронхоэктатик касаллик
- Д. ўпка гангренази
- Е. зотилжам*

Ўпка ўткир абсцессининг эрта белгиларига киради (нотўғри жавобни белгиланг):

- А. эт увишиши
- Б. қўкракда оғриқ
- В. балғамли йўтал *
- Г. юқори иситима
- Д. балғамсиз йўтал
- Е. кон туфуриш*

Абсцесс бронхга ёрилганда (нотўғри жавобни белгиланг):

- А. беморнинг аҳволи оғирлашади*
- Б. беморнинг аҳволи яхшиланади
- В. йирингли интоксикация камайади
- Г. ҳарорат пасаяди
- Д. кўп миқдорда йирингли балғам ажралади
- Е. пиопневмоторакс*

Ўпканинг ўткир абсцессидида қўлланилади (нотўғри жавобни белгиланг):

- А. антибактериал терапия
- Б. бронхоскопда абсцесс бўшлиғини ювиш
- В. абсцесснинг турли усуллар билан дренажлаш
- Г. турли хил физиотерапия муолажалари *
- Д. детоксикацион терапия
- Е. пульмонэктомия*

Ўпка поликистози асоратланмайди:

- А. қонаш
- В. инфекция
- С. пневмоторакс билан
- Д. ўпканинг ривожланган ўсмаси билан*

Спонтан пневмотораксининг кўп учрайдиган сабаби бўлиб хизмат қилади:

- А. ўпка абсцесси
- В. ўпка ўсмаси

- С. бронхоэктазлар
 D. ўпканинг буллёз кисталари*

Ўпка марказий ракининг асосий рентгенологик белгиси бўлиб ҳисобланади:

- A. ўпканинг мавжуд юмалоқ сояланиши
 B. ўпка илдизига "йўл"
 C. ателектаз
 D. диафрагманинг юқори туриши

Ўсманинг асосий давоси бўлиб ҳисобланади:

- A. рентген даво
 B. химиявий даво
 C. гормон даво
 D. жаррохлик*

Балғамни атипик хужайрага текшириш қандай вақтларда утказилади:

- A. суткада бир марта
 B. икки кун кетма кет
 C. хар куни
 D. беш олти кун кетма кет*

Юрак тампонадасида кўрсатма:

- A. шошилич операция*
 B. қон қуйиш
 C. диуритик
 D. гемостатик даво

Клапанли пневмотораксда шошилич ёрдам нимадан бошланади

- A. трахеостомиядан
 B. плеврал бўшлиқни пункциясидан*
 C. қовурғалараро нерв блокадасидан
 D. кўкрак қафасини харакатлантришсиздан

Ўпканинг 1-2 сегментидаги сурункали абцессиди кўп қўлланиладиган операцияни кўрсатинг:

- A. ўпканинг сегментар резекцияси
 B. абцесс бўшлиғини найчалаш
 C. пульмонэктомия
 D. лобэктомия*

	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15-129 балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5. Амалий қисм

12. Кўкрак қафаси шикастланиши. Пневмоторакс. Гемоторакс.			
Талаба учун топширик: Ушбу беморда пневмоторакс ва гемоторакс белгиларини кандай аниқлаш кераклигини курсатинг. Беморни куриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва кандай узғаришларни аниқлаганингизни изоҳлаб беринг.			
Имтихон олувчи учун маълумот: талаба куникмаларини куйидаги бандлар бўйича баҳоланг.			
	Макс балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Талаба беморга ўнг тарафдан ёки шикастланган тарафдан ёндошади.	10	5,6	0
2. Кузатувда бемор мажбурий ҳолатда, шикастланган тарафини, айниқса нафас олганда яхши кузатилади.	10	5,6	0
3. Перкуссияда пневмоторакс бўлган ида ногора товуш, гемотораксда эса бугиклик аниқланади.	10	5,6	0
4. Аускультацияда шикастланган тарафда нафас олиш жуда суғ.	10	5,6	0
5. Кўкрак қафаси рентгеноскопиясида пневмоторакс булса кукс оралиги соғ тарафга силжиган булади, гемотораксда эса плевра бушлиги пастки қисм ларида горизонтал сатхли суюклик ҳосил қилган соя кузатилади.	10	5,6	0
6. Пневмотораксда плеврал пункция ўрта умров чизиги бўйлаб 2-нчи қовурға оралигидан амалга оширилади, зарурият булса дренажланади.	15	8,25	0
7. Гемотораксда плеврал пункция орқа култик чизик бўйлаб 7-нчи қовурға оралигидан амалга оширилади. Зарурият булса - қатта гемотораксда дренажланади.	15	8,25	0
8.Плеврал бушлиқни найчалаш (қатта гемотораксда орқа қўлтиқ ости чизигидан 7 қовурға оралигидан)	10	5,6	0
9. Плеврал бушлиқни найчалаш (пневмотораксда ўрта ўмров ости чизигидан 2 қовурға оралигидан).	10	5,6	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	0

№	Баҳо	аълю	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пастки
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест

- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

7. Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

№	%	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1	96-100%	Аъло "5"	Ошқозон ичак трактдан қон кетиш синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло "5"	Организмда қон кетиш механизми, постгеморрагик шок тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетишни даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий

			<p>фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари ва каогулограмма интерпретациясида битта ҳатога йўл қўяди.</p>
3	86-90%	Аъло “5”	<p>Организмда ошқозон ичак трактдан қон кетиш механизмини, қон кетиш синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда қон кетиш сабабларини, қон кетиш синдроми тўғрисидаги тушунчани, қон кетиш симптомлари, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностикаси, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, қон кетиш синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш классификацияси, диагностика, қиёсий диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб</p>

			тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми классификациясини билади, лекин қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қон кетиш синдроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли ”3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдромининг моҳиятини, қон кетиш синдроми классификациясини, қон кетиш сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми моҳиятини билади, қон кетиш классификациясида ва қон кетиш сабабларида адашади. Қон кетиш синдроми қиёсий диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
9	55-60%	Қониқарли ”3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, қиёсий диагностикасида ва қон кетиш синдромини даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда қўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54% дан паст	Кониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, қиёсий диагностикасида, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзуни тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари:

Кўкрак қафаси шикастланиши тушунчаси
Кўкрак қафаси шикастланиши таснифи
Кўкрак шикастланишининг ташхис усуллари
Пневмоторакс тушунчаси
Пневмоторакс турлари
Гемоторакс тушунчаси ва таснифи

Спонтан пневмоторакс тушунчаси ва этиологияси
 Пиопневмоторакс тушунчаси ва унда шифокор тактикаси:
 ёпик пневмотораксда тор

ақал булимга етказиш,симптоматик даво

Очик пневмотораксда – окклюзион асептик боглама куйиш,огриксизлантириш,юрак дорилари.

Клапанли пневмотораксда –плевра бушлигини пункция килиш ва дренажлаш,шокга карши,юрак дорилари,кислород бериш.

Гемотораксда – плеврал пункция,гемостатиклар, АКБ ва Нь микдорини динамикада кузатув,курсатма бўйича гемотрансфузия,катта гемоторакс ва кон кетиш давом этганда – торакотомия.

-асоратлари:пиопневмоторакс турлари,1чи ердამ,уткир нафас етишмовчилиги, 1чи ердამ -даволаш тактикаси.

-Кўкрак қафаси шикастланишлари ва унинг асоратлари;

пневмоторакс,гемоторакс,турлари,ташхис,УАШ тактикаси, биринчи ердამ,плеврал пункция,уни дренажлаш ва операцияга курсатмалар.

11. Адабиетлар:

Асосий:

1. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1991й.
2. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1994й
3. Кузин М.И “Хирургические болезни” М.1997й
4. “Клиническая хирургия”, Панцырев Ю.М. редакцияси остида. М .1988й
5. Стручков В.И.“Ўпка ва плевра йирингли касалликлари” Л.1967й
6. Тема бўйича укув назорат программаси. (УНП)1997й
7. Тема бўйича стандарт протоколлар.1997й
8. Дж.Мерта “Справочник врача общей практики” М.1998й
- 9.Хирургия.Руководство для врачей и студентов.Под редакцией В.С.Савельева.М.1998

Кўшимча:

- 10.Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП.Т.2003
- 11.Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля.Т.2003
12. Асосий жаррохлик синдромларининг ташхис ва даволаш алгоритмлари. Т.2006. Муаллифлар: АталиевА.Е., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М.,Арифжанова З.Ш.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Бух МИ ўқув ишлари доц

Олимов С.Ш. _____

« _____ » _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жаррохлик касалликлари

Фан: Жаррохлик

«Ҳансираш синдроми»

Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси шикастларида хансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

Ўқитиш технологияси

Амалий дарс №25

Бухоро – 2014

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №25: Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси шикастларида хансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.

Ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

<i>Вақти: 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	Амалий Машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм : <ul style="list-style-type: none"> -Кейс-стади -Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм .
<i>Ўқув машғулотининг мақсади:</i>	<p>Беморни мустақил кўришни ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; -Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида) - Дастлабки ташҳис қўйиш, қиёсий ташҳисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; -Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усуллари ўрганиш.

Талаба билиши лозим:	<ul style="list-style-type: none"> - Беморларни текшириш усуллари - Беморларни даволаш тактикаси - Амалиётга кўрсатма ва операция турини танлаш - Амалиёйдан сўнг беморлар реабилитацияси.
Талаба бажара олиши лозим:	<ul style="list-style-type: none"> - Бемордан шикоятларини йиғиш - Беморларни текшириш палпация, курация - Ўпка чегарасини аниқлаш - Текшириш натижаларини таҳлил қилиш - Плеврал пункцияни амалга ошириш - Торакоцентиз ва плеврал бўшлиқни найчалашни билиш
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика ва деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.</p>	<p>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ХС сабабларини билиш; • ХС хасталиги клиника, диагностикасини билиш • ХС синдромида беморларни клиник текширувларини билиш; • ХС, кўкрак шикастлари ва унинг асоратлари асосий аломатларини аниқлай олиш; • лаборатор ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қила билиш; • ХС синдроми, гемопневмотораксда даволаш тактикаси ва даволашнинг асосий принципларини билиш; • ХС ва кўкрак шикастлари, спонтан пневмотораксда беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш. • ХС билан огриган беморларни реабилитацияси ва профилактикаси асосий тамойилларини эгаллаш
Ўқитиш услублари	Маъруза, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тўри» усули, демонстрация, видео кўриш, дискуссия, сўхбат, ўргатувчи ўйин, кейс-стади.
Машғулотни ташкил қилиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда , аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш манбалари	Таркатма материаллар, визиуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
Ўқитиш жойи ва шароити	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси

Мавзу №25: Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси шикастларида хансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	
	Ўқитувчи	Ўқувчи
<p>1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа</p> <p>10 дақиқа</p> <p>20дақиқа</p> <p>5дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>4.36. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.</p> <p>4.37. Адабиётлар рўйхати.</p> <p>4.38. Урганиладиган қўйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли бўлган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш.</p> <p>4.39. Талабаларни баҳолаш критерийлари билан таништириш.</p> <p>4.40. Танаффус.</p>	<p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.</p> <p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Эшитади.</p>
<p>2-босқич. Асосий қисм 20дақиқа</p> <p>25дақиқа</p> <p>15дақиқа</p> <p>45дақиқа</p> <p>5дақиқа</p>	<p>2.1. Блиц сўров.</p> <p>2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни, курсатишни ташкиллаштириш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>2.3. кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.</p> <p>Танаффус.</p> <p>Хар бир гуруҳни натижа ва</p>	<p>Саволларга жавоб беради.</p> <p>Муҳокама қилинади, саволлар берилади.</p> <p>Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.</p>

45дақиқа	топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш. Танаффус.	Мустақил равишда муаммони ҳал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.
5дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
65дақиқа	Танаффус.	
5дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш.	Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.
40дақиқа	Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш. Танаффус.	
15дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, ҳар бир бемор ҳақида ҳисоботни эшитиш.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади. Беморларни кўрганлиги ҳақида ва ташхисни асослаш ҳақида ҳисобот.
25дақиқа		
3- қисм Яқуний қисм 27мин.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.

1. Ўқитиш шароити ва жойи

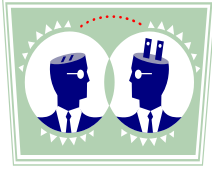
1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қулланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



1.1. Мотивация

Замонавий тиббиётда гемо-пневмоторакс билан асоратланган кўкрак қафаси жароҳатлари асаосий муаммолардан бири ҳисобланади, бу эсса уз навбатида ушбу ҳасталик билан касалланган беморлар сонини ортиши билан изоҳланади. Замонавий травматологик ва пульмонологик хизматни такомиллаштириш ҳамда кўкрак қафаси жароҳатланган беморларда кенг таъсир доирали антибиотикларни қуллаш натижасида ҳам беморлар сони камайиш кузатилмаяпти. Ушбу касалликларнинг узига ҳослиги шуки

организмнинг хаётий муҳим аъзоси булмиш ўпка зарарланади, бу эса уз навбатида оғир функционал узгаришларни келтириб чиқаради, беморга шошилиш равишида адекват даво муолажаларини олиб боришни тақозо этади. Ҳар қандай замонавий шифокор кўкрак қафаси жароҳатланган беморларни ташҳислашнинг комплекс усулларини, даволашнинг асосий тамойилларини билиши зарур.



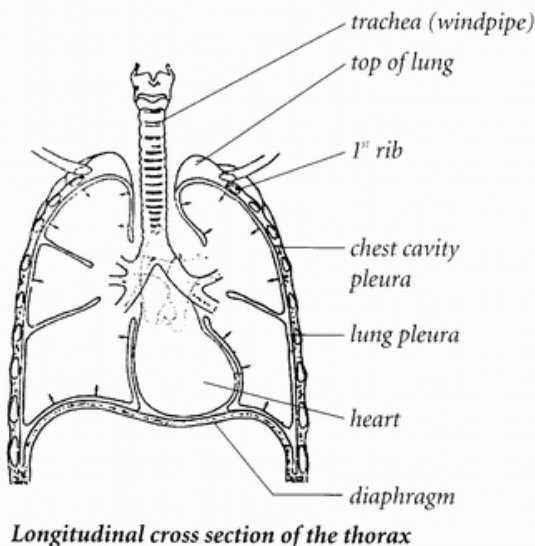
1.2. Предметларро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жаррохлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлар, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология .



2. Машғулотлар мазмуни

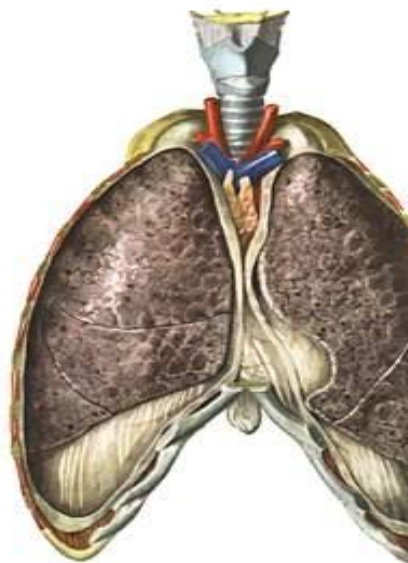
2.1 Назарий қисми;



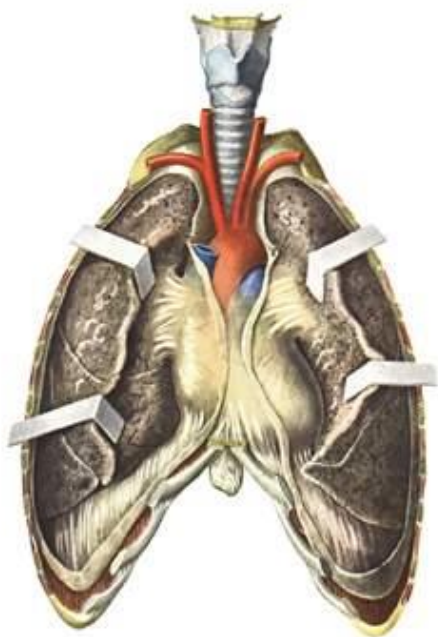
Анатомия: Кўкрак қафаси суяк каркас : коворға ва умуртка поғонасидан ташкил топган .Ковурға лар умуртка поғонаси билан ҳаракатчан боғланган .Пастда кўкрак қафаси гумбазсимон мушак – диафрагма билан чегараланган.

Ковурға лар узаро мушаклар билан боғланган ва нафас олиш жараенида актив иштирок этади . Ўпкалар висцерал плевра билан копланган (Pleura pulmonalis еки visceralis), ва ички томондан кўкрак қафаси га тегиб туради. Кўкрак қафаси ҳам юпка шиллик парда - (Pleura parietalis) – париетал плевра билан копланган .Шиллик пардалар орасидаги киска оралик даги суюклик кавати ўпкаларни ҳаракати давомида кирилишига йул куймайди . Ўпкалар кўкрак қафаси да осилган ҳолатда бўлиб кўкрак қафаси ҳаракатига эргашади. Ўпка - кўкрак қафасини катта қисмини эгаллаган жуфт орган бўлиб чап ва ўнг плевра

ҳалталари билан уралган иккала плевра ҳалтачалари орасидаги, олдиндан туш суяги, орқадан умуртка поғонаси, пастдан диафрагма ва юқорида apertura thoracis superiorга қараган оралик mediastinum деб аталади.



Трахея ва ўпка илдизлари орқали ўтадиган шартли фронтал кесма орқали кўкс оралиғи олд ва орқа кўкс оралиғи соҳага бўлинади . *mediastinum anterius et posterius*. Олд кўкс оралиғида айрисимон без, юрак, юрак йирик қон томирлар, диафрагмал қон томирлар ва нервлар жойлашган. Орқа кўкс оралиғи соҳасида трахея, қизилўнг ач, аорта , тоқ ва ярим тоқ веналар , адашган нерв , симпатик стволлар , кўкрак лимфа йўли жойлашган.

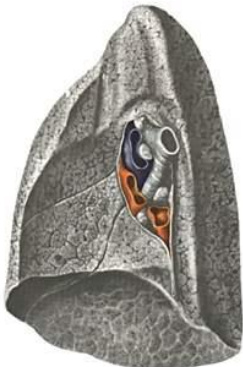


Ўпка кўйидаги қисмлардан ташкил топган : ўнг – 3та , чап -2 та . Шу сабабли чап ўпкада 1 та қийшиқ ёрик мавжуд , *fissura obliqua*, - уни юқориги ва пастки бўлакка буливчи чуқур эгат, *lobus superior et lobus inferior*. Ўнг ўпкада 2 та бўлаклараро ёрик бўлиб , улардан юқоригиси горизонтал ерик деб аталади , *fissura horizontalis (pulmonis dextri)*. Бу эгатчалар ўнг ўпкани 3 та бўлакка булади : юқориги,ўрта ва пастки ,*lobus superior, lobus medius et lobus inferior*. Чап ўпка бўлаклари орасидаги эгатча кўкрак қафаси га 3 кўкрак умурткаси чуқкили усимтаси ва 4 коворға ни суяк қисм и олд тарафини бирлаштирувчи чизикка тугри келади.Ўнг ўпка эгатчалари кўкрак қафаси га куйидагича тугри келади : юқориги бўлаклараро ерик юқориги ва ўрта бўлакни ажратувчи чегара бўлиб , 4 коворға орқали кўлтик ости чизиги ва тўш суягини боғловчи чизикқа тугри келади.



Пастки ёрик ,олд тарафдан ўрта ва пастки бўлақлар чегараси бўлиб ва орқа тарафдан юқориги ва пастки бўлақлар чегараси бўлиб ,3 кўрак умурткаси чўққили ўсимтаси ва 6 коворға тоғайли қисмини ўрта умров чизиғи , *linea mamillaris (medioclavicularis)* бўйлаб бирлаштиради .Ўпкаларда қўйидаги юзалар фарқ ланади : коворға , *facies costalis*, диафрагматик , *facies diaphragmatica*,бўлақлараро, *facies interlobares*,ва медиал, *facies medialis*, медиал юзада умуртка поғонасига караган қисм , *pars vertebralis*, медиастинал қисм , *pars mediastinalis*, ва юрак босиғи, *impressio cardiaca*.

Ўпкаларнинг коворға юзаси каварик бўлиб кўп холларда юзасида коворғалар изи бўлади . Медиастинал юзада бухтасимон чуқурлик бўлиб , ўпка дарвозаси деб аталади *hilus pulmonum*, -Бу жойдан ўпкага ўпка ва бронхиал артериялар, бронх , нервлар киради, ўпка ва бронхиал веналар ва лимфатик томирлар чиқади. Бу хосилалар ўпка дарвозасида бир хил жойлашмайди .Ўпка дарвозасида олд юқори қисмида бронх , орқа паст қисм да веналар ва ўрта қисмида артериялар жойлашган .Ўнг ўпка дарвозасида олд юқори қисмини артерия , орқа пастки қисми веналар ва ўрта қисми бронх эгаллайди . Бу хосилаларни умуми ўпка илдизини , *radix pulmonis* ташкил этади . Ўпкалар юзаларини бирини 2 чисига ўтувчи қисмлари чегаралар деб аталади.



Ўпка 2 та чегарага эга:

3. пастки чегара, margo inferior
4. олд чегара, margo anterior.

Пастки қисмида чап ўпкада юрак кесиги , incisura cardiaca мавжуд.Ўпкалар болаларда оч пушти рангда бўлади , йиллар утиши билан у аспид – зангори рангга ўзгариб юзасида доғлар пайдо бўлади .Ўпка туқимаси нормада эластик ва кесмада майда тешикли бўлади . Ўпка паренхимаси шохланган трубкалар системасидан (бронхлар,улар шохлари , бронхиолалар, альвеолар) ва шохланган қон томирларидан (артериялар ва веналар), лимфатик томирлар ва нервлардан ташкил топган.Бу хосилаларнинг хаммаси бириктирувчи тўқима билан боғланган .

ЎПКА СЕГМЕНТЛАРИ

Ўнг ўпка

Юқориги бўлак

1. Чўкки
- 2.
3. Олд

Ўрта бўлак

- 4.
5. Медиал

Пастки бўлак

6. Чўкки
7. Медиал
8. Олд
9. Латерал
10. Орқа базал

Чап ўпка

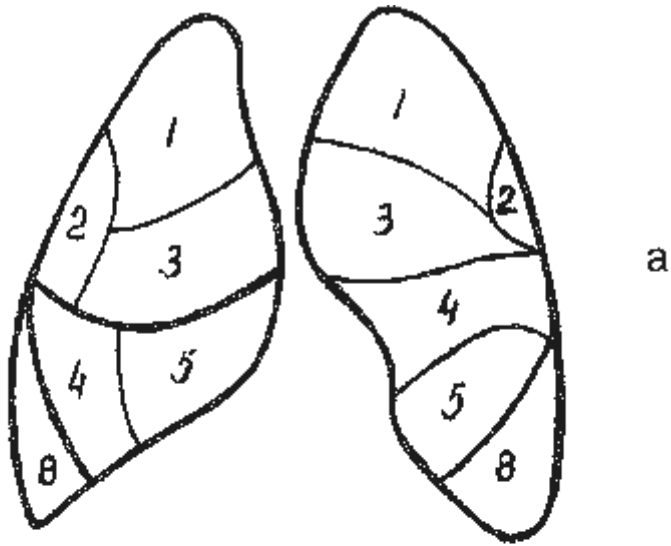
Юқориги бўлак

- | | | | |
|--------|--------------------|---------|----------|
| булаги | 1—2. Чўкки орқа | | |
| Орқа | | | |
| | 3.Олд | | |
| | 4. | Юқориги | ТИЛСИМОН |
| | 5. Пастки тилсимон | | |

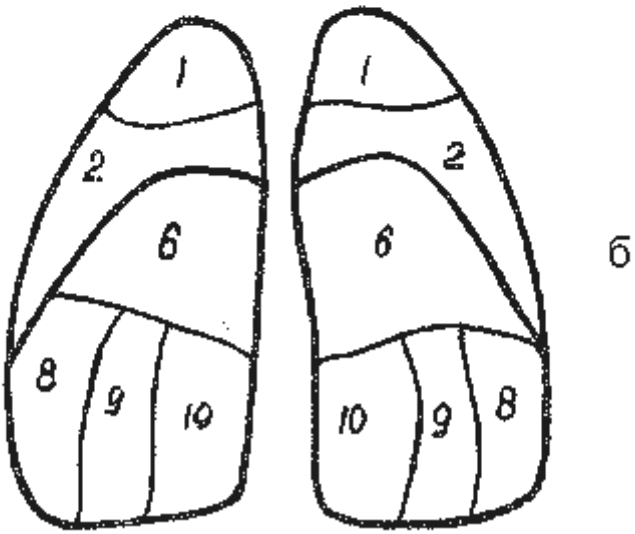
Латерал

Пастки бўлак

- | | | | |
|--------------|---------------|--------|-------|
| 6. | Чўкки | мавжуд | эмас |
| 7. Олд базал | | | |
| 7. базал | | | |
| 8. базал | 8. Латерал | | базал |
| 8. базал | | | |
| 9. базал | 9. Орқа базал | | |



а



б

Рас.
а

—

1.
олд

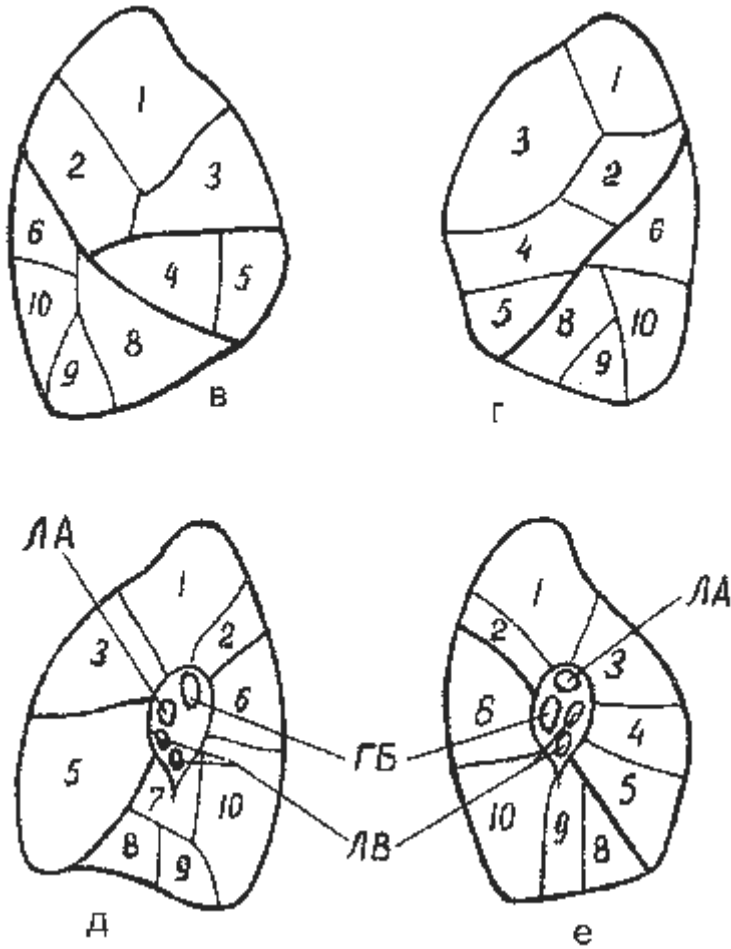
Ўпка
тарафдан,

б

бронхлар
—

орқа

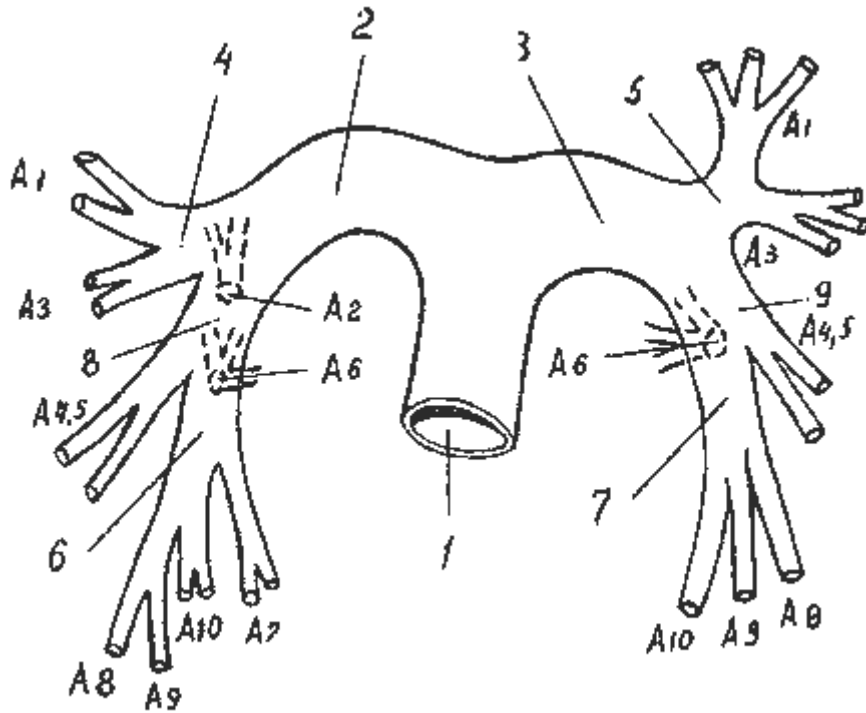
сегментлари:
тарафдан.



Рас.	2.	Ўпка	бронхлар	сегментлари:
в	—	Ўнг ўпка	ковурға	юзаси ,
г	—	Чап ўпка	ковурға	юзаси,
д	—	Чап ўпка	медиял	юзаси,
е	—	Ўнг ўпка	медиял	юзаси,
АБ	—	асосий		бронх,
УА	—		ўпка	артерияси,
УВ	- ўпка венаси			

Ўпка қон таъминоти : ўпка ва бронхиал томирлар орқали амалга оширилади .Ўпка қон томирлари кичик қон айланиш системасини ташкил этади ва асосан қон ва хаво ўртасида газ алмашинуви функциясини бажаради .Бронхиал томирлар ўпкани озик моддалар билан таъминлайди ва катта қон айланиш системасига тегишли.Бу системалар орасида кўплаб анастомозлар мавжуд.

Ўнг ва чап ўпка артериялари ўпка стволининг шохлари ҳисобланади.Ўпка артериялари ўпкада бўлак ва сегментар шохчаларга бўлинади (расм. 5).Ўпка артериясининг энг майда шохчалари альвеолаларни ўраб олувчи (нафас олувчи капиллярлар) майда капилляр турларини ҳосил қилади.



Расм.	5.	Ўпка	артериялари	булиниш	схемаси
1	—	—	ўпка	—	—
2	—	—	ўнг	ўпка	—
3	—	—	Чап	ўпка	—
4	—	Ўпка	артерияси	олд	—
5	—	Ўпка	артерияси	юқори	—
6,	7	—	Базал	пирамида	—
8,	9	—	Бўлаклараро	—	—
A1—10	—	—	—	—	—

Ўнг ўпкада юқorigи ўпка венаси юқorigи ва ўрта бўлаклар веналаридан ташкил топган, пастки — пастки бўлак веналаридан ташкил топган (расм. 6). Чап ўпкада юқorigи ва пастки ўпка веналари юқorigи ва пастки бўлак ўпка ичи веналари қўшилишидан юзага келади. 2 кала ўпка юқorigи ва пастки ўпка веналари чап юрак бўлмачасига кўйилади.

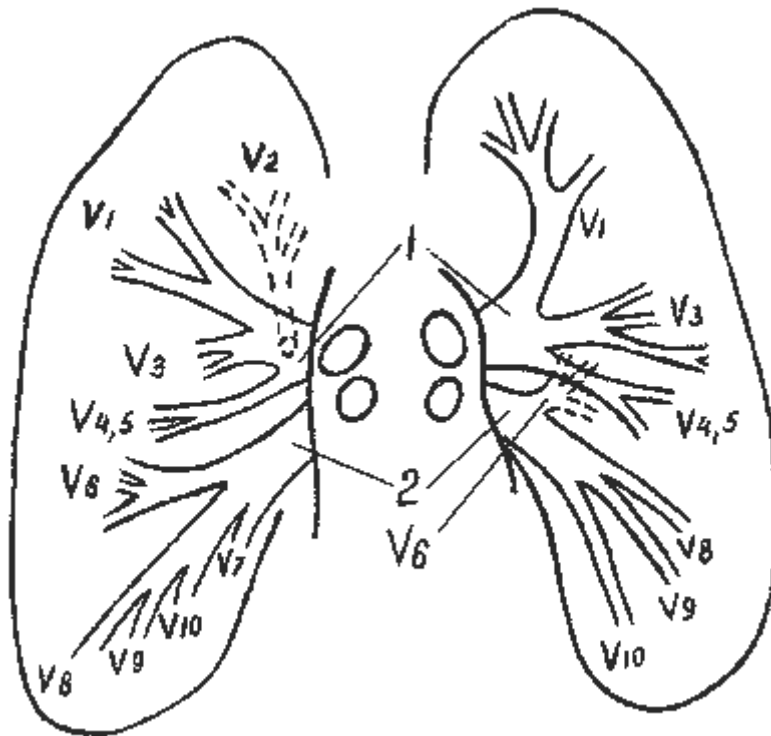
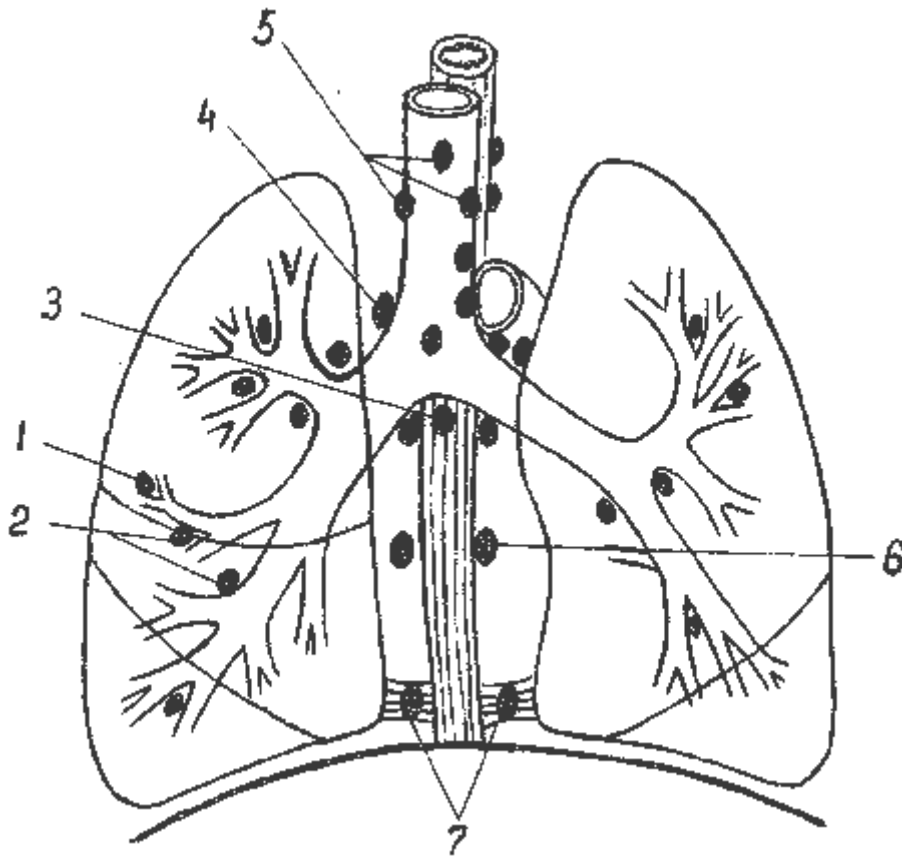


Рис. 6. Ўпка веналари юзага келиш схемаси .
 1 — юқориги ўпка венаси;
 2 — пастки ўпка венаси

Бронхиал артериялар аортанинг арки ва пастга тушувчи қисми чегарасида аорта орқа юзасидан чиқади. Бронхиал артериялар умумий сони 4 (хар ўпкага 2 тадан), лекин 2-6 гача булиши мумкин. Бронхиал артериялардан ташқари ўпка кон таъминотида кизилўнгач ва перикардиал шохчалар ҳам иштирок этади, улар перибронхиал артериал тўр хосил қилади ва ўпка артериялари билан капилляр анастомозлар хосил қилади.

Ўпка лимфатик системаси. Ўпка лимфа йўллари бошланғич қисмини лимфа капиллярларининг юзаки ва чуқур турлари хосил қилади. Юзаки тўр висцерал плеврада жойлашган. Чуқур турлар ўпка бўлаклари ичида бириктирувчи тукимада, бўлаклараро деворларда, бронхлар девори шиллиқ ости каватида, ўпка ичи қон томирлари ва бронхлар



Расм.	7.	Ўпка	лимфа	тугунлари	.
1	—	ўпка	лимфа	тугунлари	;
2	—	ўпка	бронх	лимфа	тугунлари
3	—	пастки трахеобронхиал	(бифуркацион)	лимфа	тугунлари
4	—	юқориги трахеобронхиал	лимфа	тугунлари	;
5	—	трахеал	(паратрахеал)	лимфа	тугунлари
6	—	орқа кукс	оралиги	лимфа	тугунлари
7	—	ўпка бойламлари	лимфа	тугунлари	;

Ўпкалар иннервацияси. Ўпка вегетатив нерв системаси симпатик нервлари симпатик чегара стволдан ва парасимпатик толалар адашган нервдан таъминланади.

НАФАС ОЛИШ АЪЗОЛАРИ АНАТОМИЯСИ ВА ФИЗИОЛОГИЯСИ

Газ АЛМАШИНУВИ

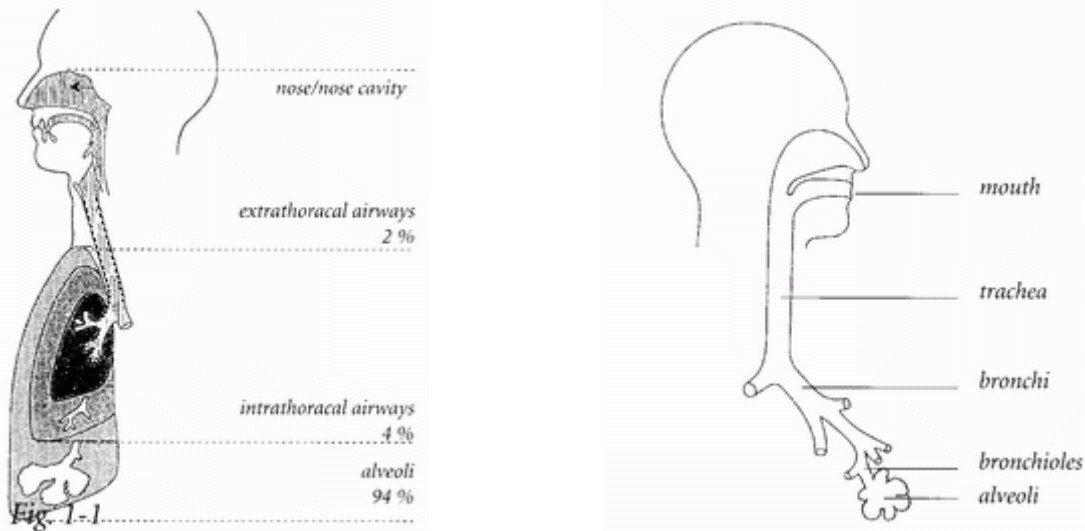
Нафас олиш аъзолари вазифаси - аъзолар учун зарур кислород таъминоти ва карбонат ангидрид атроф мухитга организмдан ажратиб чиқаришдир. Ўпкалар юқоридаги функцияси билан кислота ва асос мувозанатида муҳим рол уйнайди.

Нафас йўллари биринчи навбатда бурун хавони илитиш, намлаш ва тозалашда муҳим рол уйнайди.

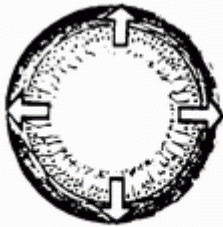
НАФАС ЙЎЛЛАРИ

Нафас йўллари бу – бу хавонинг оғиз ва бурун бўшлиғидан альвеолаларгача бўлган йулидир. Нафас йўллари кўкрак қафасидан ташқари ва кўкрак қафаси ичида жойлашган қисм лардан иборат. Кўкрак қафаси дан ташқарида жойлашган нафас йўллари оғиз, бурун, халқум, хикилдок, трахея киради. Трахея ўнг ва чап ўпкага

олиб борувчи 2 та бронх стволига бўлинади. Бу ердан бронхлар ўнг да 3 та , ва чапда 2 та бўлакка шохланади , чунки ўнг ўпка 3 та , чап ўпка 2 та бўлакка бўлинади .Улардан сегментар бронхлар шохланади .



Кейинги 22 марта бўлинишдан сўнг (Бронх дарахтининг шохланиши) терминал бронх ўпка пуфакчаларига (альвеолаларга)куйилади .Улар юпка хужайра қаватидан ташкил топган бўлиб, бу қават остида майда қон томирлари (капиллярлар) етади ва улар ёрдамида нафас олиш жараёни юз беради . Катта ва майда бронхлар тукли шиллиқ қават билан ўралган , бу тукчалар терминал бронх ва альвеолаларда мавжуд эмас.



Normal bronchus

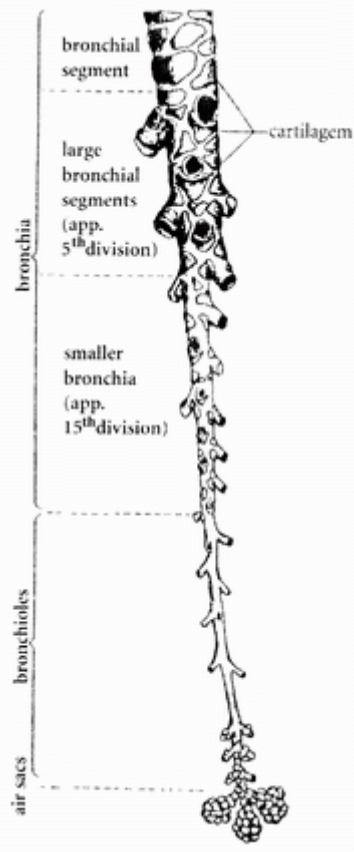


Spastically constricted bronchus

Нормал бронх

Спазматик сиқилган бронх

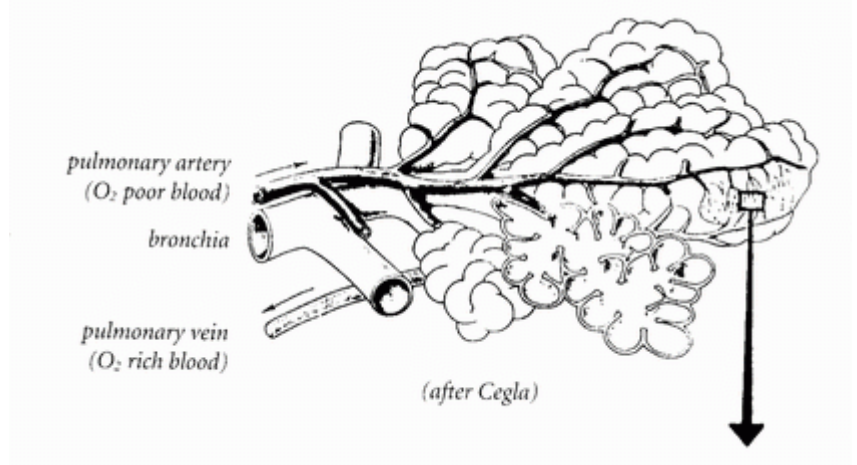
КИЧИК НАФАС ЙЎЛЛАРИ ЎПКА ПУФАКЧАЛАРИДА ТУГАЙДИ. УЛАР ШАР КЎРИНИШИДА БЎЛИБ 0,1 ДАН 0,3 ММ ГАЧА ЕТАДИ.ТАШҚИ ЮЗАСИ ФАОЛ МОДДА (СУРФАКТАНТ) БИЛАН ҚОПЛАНГАН.



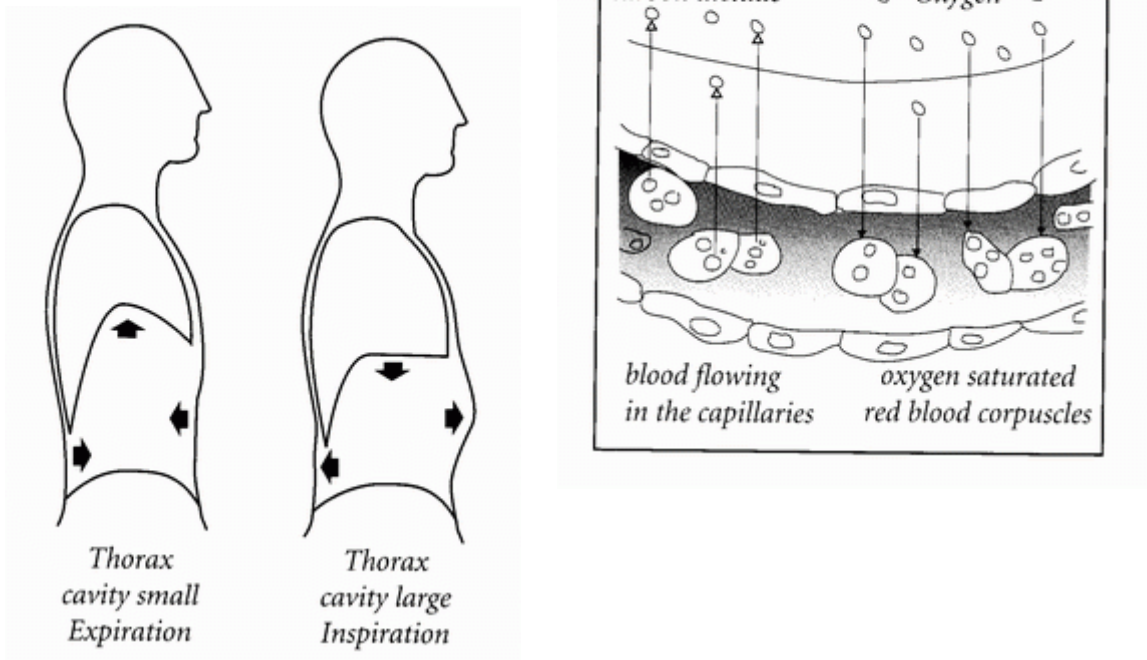
БРОНХДАН ПУФАКЧАЛАРИГАЧА (ЎПКА NETTER БЎЙИЧА)

Рис. 1-6
Алвеолани ўраб турувчи артерия, вена, капиляр (Cegla бўйича)

- ўпка артерияси O_2 га тўйинмаган қон
- бронхиола
- ўпка венаси O_2 га тўйинган қон



Ўпка алвеоласи нози қон томилар билан қопланган(капилляр).Ҳаво таркибидаги кислород алвеолаларда эритроцитга бирикади.Карбонат ангидрит қондан алвеолага ўтади.



Нафас олганда кўкрак қафасининг ҳолати

Ўпканинг эластик тўқимаси қисқариш хусусиятига эга, нафас олиш вақтида кўкрак қафаси дарҳол ўз ҳолатига қайтади.Нафас олиш жараёни кўкрак қафасидаги мускулларнинг кўтарилиши ва қисқариши ҳисобига содир бўлади, бунда диафрагма тушади.Ушбу жараён содир бўлиши учун кўкрак қафаси ҳамда ўпка тўқимасининг эластик ҳолати миёрида бўлиши керак.

Нафас олиш жараёни вақтида ўпка кирувчи ҳаво оқимиغا мос равишда турли ўлчамдаги бронхлар тизими қаршилик қилади ва керакли ҳаво оқимини йўналтиради.Демак нафас олиш фаол жараёндир.

Нафас олиш жараёнида ўпка тўқимасида атмосферадагига нисбатан анча паст босим юзага келади. Шунинг ҳисобига ҳаво ўпка тўқимасига ўтади.Нафас чиқариш нафас олганда юзага келган кенгайган ўпка тўқимасини сиқилиши ҳисобига содир бўлади. Демак нафас чиқариш жараёни пассив жараён.

ХАНСИРАШ – бу нафас етишмовчилиги бўлиб,нафас олиш ва чиқаришда қўшимча куч талаб қилувчи синдромдир.

Хансираш Даражлари (Нью Йорк кардиологлар ассоциацияси таснифи):

- 1 даража -оғир жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши.
- 2 даража -ўртача жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши
- 3 даража - енгил жисмоний ишдан сўнг пайдо бўлиши
- 4 даража - дам олиш вақтида пайдо бўлиши.

Хансирашнинг асосий сабаблари.

-Юрак қон томир хасталиклари

-Ўпка хасталиклари (нафас йўллари обструкцияси: бронхиал астма, ёт жисмлар, пневмосклероз, ўпка ателектази, гидро-, пневмоторакс).

-Семизлик.

Хансирашнинг асосий турлари.

-тахипное

-минутлик ўпка хажмининг камайиши

-экспиратор

-инспиратор.

-Нафас олиш механикасининг(ташқи) бузилиши

-Қон транспорти вазифасининг бузилиши

-Тукима нафас олишининг бузилиши.

Хансирашнинг хаёт учун хавфли турлари.

А.юрак-кон томир хасталиклари.

-Ўткир юрак етишмовчилиги(миокард инфаркти)- бир неча соатда пайдо бўлади.

-УАТЭ –2-3 мин.орасида пайдо бўлади.

-Аорта аневризмаси қатламлашуви- бир неча соатда пайдо бўлади.

-юрак тампонадаси- бир неча соатда пайдо бўлади.

-миокардит,кардиомиопатия – бир неча кун-хафтада пайдо бўлади.

Б.нафас аъзолари хасталиклари.

-юкори нафас йўллари обструкцияси (бир неча дақиқада)

-пневмоторакс(2-3 дақиқада пайдо бўлади)

-ўпка ателектази(бир неча соатда пайдо бўлади).

Кўкрак қафаси шикастлари кўлами ва хусусиятлари.

1941–1945 уруш йилларида кўкрак қафасининг шикастланиш даражаси бутун жароҳатланишнинг 5% - 12% ташкил қилди. Умумий ўлим кўрсаткичи 13% га етди. Охириги йилларда кўкрак жароҳлиги, анестезиология, реаниматологиянинг ривожланиши натижасида кўкрак қафаси шикастланишнинг ёмон оқибатлари камайди , ўлим кўрсаткичи эса 3,5–6% дан ошмайди.

Дунё бўйича очик кўкрак шикастланишига қараганда ёпиқ шикастланиш 5-6 марта купрок учрайди (Вагнер Е.А., 1981).

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

Кўкрак қафаси шикастланишлари: очик ва ёпиқ,суяклар шикастланмаган ва шикастланган, ички аъзолар шикастланган ва шикастланмаган турларга бўлинади.

Кўкрак қафаси шикастланишлари диагностика усуллари

Бемор шикоятти ва анамнезини аниқлаш, умумий клиник текширишлар (куриш,пальпацияда оғрик, перкуссияда абсцесс 1 фазасида, гемо- ва пиотораксда бугиқлик, пневмотораксда – тимпанит, аускультацияда абсцесс биринчи фазаси ва гидротораксда нафас олиш сустиги ёки аниқланмаслиги, абсцесс иккинчи фазасида эса амфорик нафас ва катта ўлчамли нам хириллашлар аниқланади. Диагностиканинг энг информатив ва объектив усули - рентген билан текширувдир.

8.Пиопневмоторакс - бу плевра бушлигида йиринг ва хаво тупланиши булиб, ўпка абсцессининг плевра бушлигига очилиши натижасида иккиламчи пайдо булади.Пиопневмоторакс плевра эмпиемасининг очик турига киради.

Кўкрак қафасининг ёпиқ шикастлари

Кўкрак қафаси нинг лат ейиши ва кисилиши купинча ковурағаларнинг синиши, қон томирларнинг ёрилиши, плевранинг шикастланиши, ўпканинг йиртилиши билан кечиши мумкин ва булар ўз навбатида - пневмоторакс, гемоторакс ва тери ости эмфиземаси каби асоратларга олиб келиши мумкин.

Даволаш: Кўкрак қафаси лат ейиши бўлган беморлар купинча консерватив йул билан даволанади:

1. Анальгетиклар.
2. Бўйин вагосимпатик ва коворғалараро блокадалар.
3. Нафас гимнастикаси.
4. Антибиотикотерапия.
5. Динамик кузатув.

Пневмоторакс

Плевра бўшлигида хаво тўпланиши пневмоторакс дейилади.

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

Пневмоторакснинг сабаблари:

1. Ковурғалар синиши.
2. Ўпка ва плевранинг ёрилиши.
3. Спонтан пневмоторакс.

Пневмоторакснинг турлари

1. Очиқ пневмоторакс.
2. Ёпик пневмоторакс.
3. Клапанли пневмоторакс.
4. Спонтан.

Пневмоторакснинг клиник манзараси

Кўкрак қафасида хаво миқдори кўп бўлмаса беморларнинг шикоятлари кам бўлади. Пневмоторакс кўп бўлса беморларни хансираш, цианоз, тахикардия безовта қилади ва хатто плевропульмонал шок ривожланиши хам мумкин. Бундай ҳолатларда коворғаларнинг оралиғи текисланади, кўкрак қафаси бочкасимон кўриниш олади ва нафас ҳаракатлари чегараланади. Перкуссияда кескин кутисимон товуш, аускультацияда - везикуляр нафаснинг сусайганлиги эшитилади.

Ёпик пневмотораксда - плевра бўшлигидаги хаво атмосфера хавоси билан туташмайди, кўкрак қафасидаги жарохат тўқималар силжиши туфайли бекилиб қолади.

Очиқ пневмотораксда - хаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда ташқарига чиқиб кетади.

Клапанли пневмотораксда - хаво плевра бўшлиғига нафас олганда кириб, нафас чиқарганда эса юмшок тўқима лахтаги кўкрак қафаси девори ёки бронх жарохатини ёпиб қўйиши сабаб ташқарига чиқа олмайди.

Спонтан пневмоторакс – бу аниқ сабабсиз ва шикастланишсиз плевра бўшлиғида хаво тўпланишидир. У купинча ўпканинг буллез трансформацияси ва ўпка кистасида учрайди.

Даволаш

Ёпик пневмотораксда плевра бўшлиғига дренаж найча ўрнатилади. Очиқ пневмотораксда эса жарохатга герметик чок қўйилади ва плевра бўшлиғига дренаж найча ўрнатилиб, хавоси сўриб олинади. Клапанли пневмоторакс эса олдин очиқ пневмотораксга айлантиради ва очиқ пневмотораксга ухшаб даволанади.

Вагосимпатик, коворғалараро блокада қилинади, антибиотиклар ва нафас гимнастикаси буюрилади.

Пневмоторакс турли шаклларида стационаргача бўлган шошилиш ердამ:

- Ёпик пневмотораксда торакал бўлимга ётқизиш, симптоматик даво
- Очиқ пневмотораксда – окклюзион асептик боғлам қўйиш, оғриксизлантириш, юрак дорилари.

- Клапанли пневмотораксда – плевра бўшлигини пункция қилиш ва дренажлаш, шокга қарши, юрак дорилари, кислород бериш.

Гемоторакс

Плевра бўшлиғида қон тўпланиши гемоторакс дейилади. Ўпка коллапси, кўкс оралиғи аъзоларининг соғ тарафга силжиши, гемодинамика бузилиши, шок, хансираш билан намоён бўлади. Гемотораксда кўпинча ўпка, қовурғалараро артерия ёки ички кўкрак артерияси жароҳати билан боғлиқ. Плевра бўшлиғида тўпланган қоннинг микдорига кўра кичик, ўрта ва катта гемоторакслар тафовут қилинади. Гемоторакс ташҳисида рентгенологик текширишлар ва плеврал пункция етакчи ахамиятга эга.

Гемоторакснинг клиник манзараси

Гемоторакснинг клиникаси унинг турига боғлиқ бўлади ва хансираш, цианоз, тахикардия, кўринишида намоён бўлиб, плевропульмонал шокка олиб келиши мумкин. Гемоторакс учун шикастланган томонда қовурғалар оралигининг текисланиши, кўкрак қафаси нинг бочкасимон кўриниш олиши ва нафас ҳаракатларининг чегараланиши хос. Перкуссия перкутор товушнинг тўмтоқланиши, аускультацияда эса – кескин сусайган везикуляр нафас эшитилади.

Гемоторакс турлари:

Кичик гемоторакс (қон сатҳи курак ўртасигача кўтарилиши).

Ўрта гемоторакс (1500мл-гача қон тўпланиши).

Катта гемоторакс (бунда кўйилган қон ҳажми 1500мл-дан ошиб кетади)

Гемоторакснинг инструментал диагностикаси

1. Кўкрак қафасининг ҳар хил ҳолатда обзор рентгеноскопия қилиш.
2. Кўкрак қафасини икки проекцияда рентгенография қилиш.
3. Кўкрак қафасини томография қилиш.
4. Плевра бўшлиғини УТТ қилиш.
5. Плевра бўшлиғини диагностик пункция қилиш.

Гемотораксни даволаш

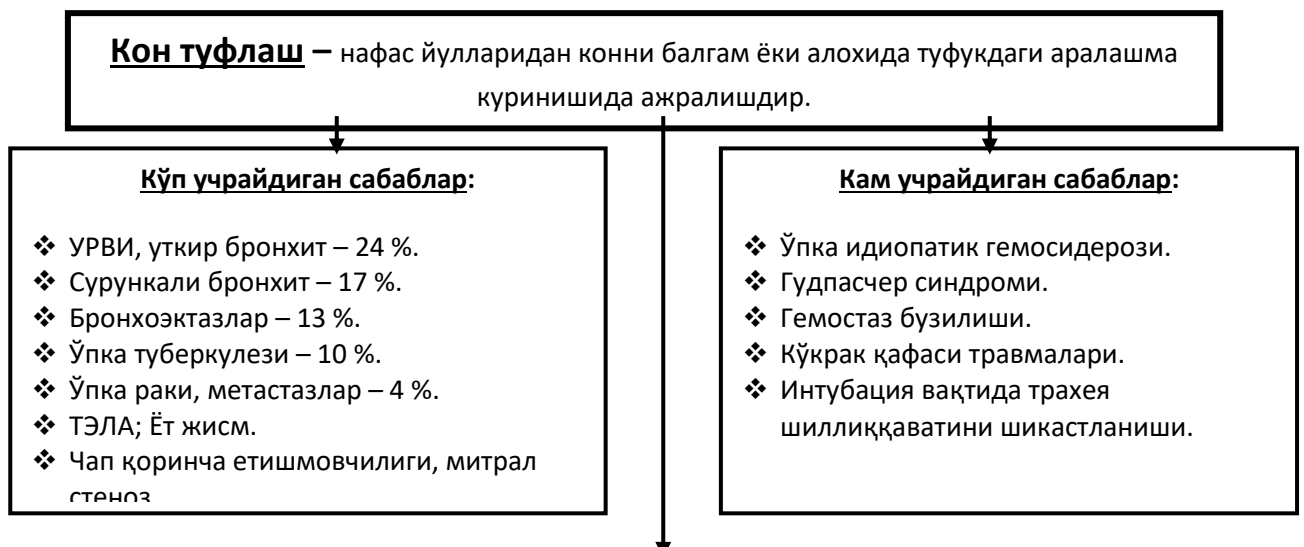
Гемотораксда пункция ёки плевра бўшлиғига дренаж найча ўрнатиш йўли билан, плевра бўшлиғидаги қонни эвакуация қилиш зарур, гемостатиклар, АКБ ва НБ микдорини динамикада кузатув, кўрсатма бўйича гемотрансфузия, катта гемоторакс ва қон кетиш давом этганда – торакотомия.

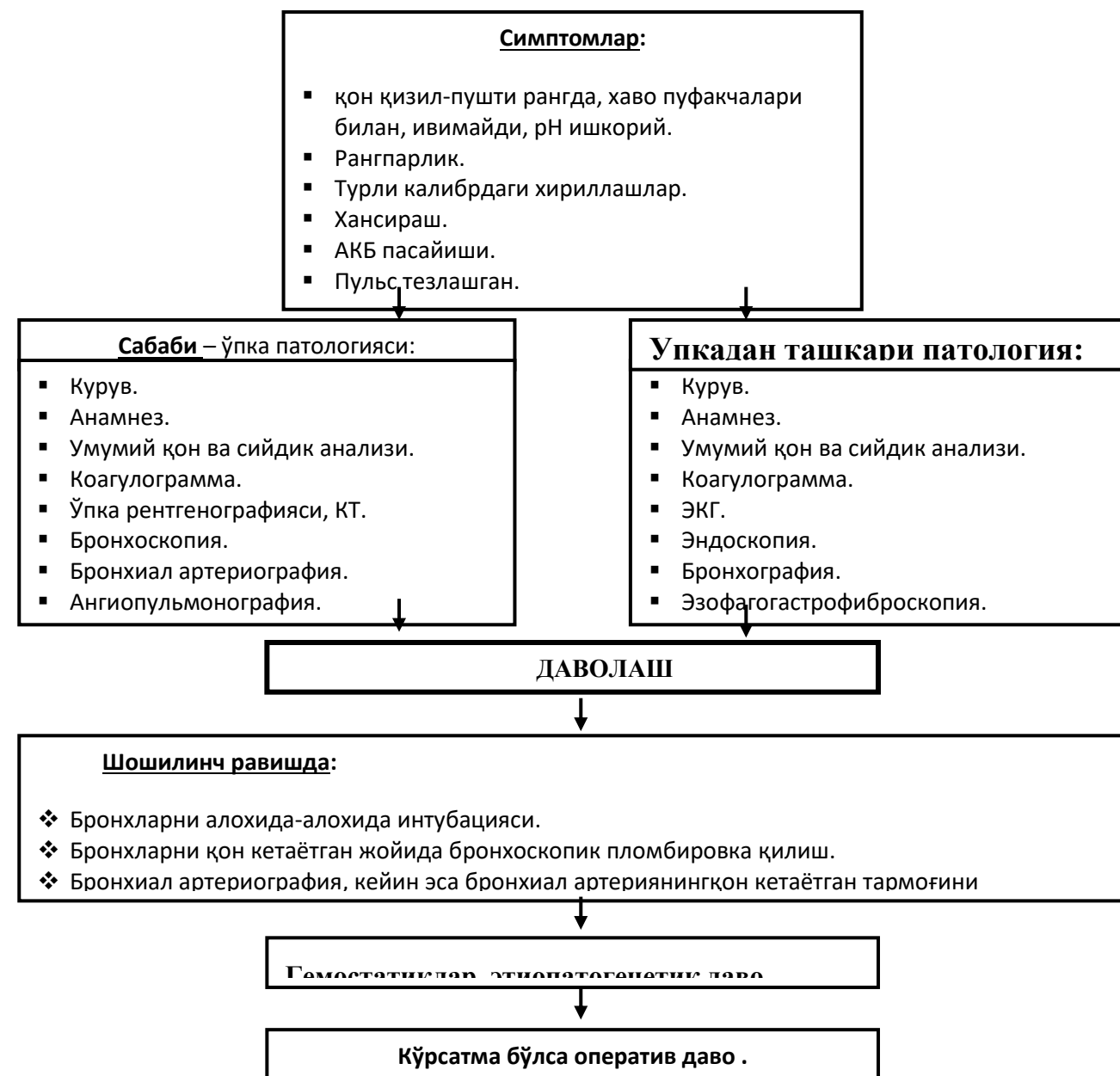
Ўпкадан қон кетишига оч қизил ранг, кўпиксимон, ҳаво аралаш қон туфуриш хос. Аспирацияда эса нафас етишмовчилиги, цианоз, тахикардия, аускультацияда нам хириллашлар аниқланади. Ташҳис учун бронхоскопия ва бронхиал ангиография етакчи ахамиятга эга.

Пиопневмоторакс клиникаси ва ташҳиси

Пио- ва пневмоторакс клиникалари йиғиндиси, йирингли интоксикация, нафас етишмовчилиги белгиларига асосланади. Диагностикада анамнез маълумотлари, рентгенологик текширувлар ва плеврал пункция натижалари асосий ахамиятга эга.

“ҚОН ТУФУРИШ” СИНДРОМИ ТАШҲИСИ ВА ДАВОСИ АЛГОРИТМИ.





№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17- 14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:
Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.
3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№ 25 мавзу, 327 дақиқа</i>	<i>Талабалар сони:8-10</i>
<i>Мавзу</i>	Гемоторакс ва пневмоторакс билан асоратланган кўкрак кафаси шикастларида хансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиникаси, ташҳис ва қиёсий ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра пункцияси, уни дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.
<i>Амалий машғулот режаси</i>	92. Кейс моҳиятига кириш. 93. Блиц сўров ўтказиш ва талабаларни клиник фикрлашини фаоллаштириш. 94. Муаммони аниқлаш ҳамда унинг ечиш йўллари топиш. 95. “Кейс – стади”ни гуруҳларда муҳокама қилиш. 96. Натижаларни таҳлил қилиш. 97. Муаммони Т-схема бўйича хал этиш. 98. Хулоса. Муаммони ечишда қатнашган талабаларни баҳолаш.
<p>Ўқитиш мақсади:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Беморни мустақил кўришни ўрганиш; -Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташҳиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташҳиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташҳис қўйиш, қиёсий ташҳисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш 	
<i>Педагогик топшириқлар:</i>	<i>Машғулот натижаси:</i>
Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.	<ul style="list-style-type: none"> - Ушбу касаллик билан ҳасталанган беморларни курация қила олиш, касалликнинг асосий симптомларини аниқлай олиш. - Тахминий ташҳис қўя олиш ва қиёсий ташҳисни утказа олиш - Беморни текшириш усуллари билиш ва лаборатор натижаларни таҳлил қила олтш. - Гемоторакс ва пневмоторакс асоратини ташхислай олиш, шошилиш ёрдам курсата олиш. - Беморларни даволашнинг асосий тамойилини билиш.
<i>Ўқитиш усул ва услуби</i>	“Кейс – стади”, “Блиц-сўров”, “муаммоли вазият”, “Т-схема”, “дискуссия”
<i>Ўқитиш манбаси:</i>	Таркатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш шакли</i>	Якка ва гуруҳда

<i>Ўқитиш шароити</i>	УАШ жарроҳлик касалликлари; хирургические отделения №1ШКШ жарроҳлик бўлимлари; №1ШКШ клиник лабораториялари; Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш. Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
<i>Баҳолаш</i>	Сўров, топшириқ, ўз – ўзини баҳолаш, рейтинг тизими бўйича баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

<i>Фаолият вақти</i>	<i>Фаолият мақсади</i>	
	<i>ўқитувчи</i>	<i>талаба</i>
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулот натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тэхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулот режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун таркатади.	Муҳокама қилади, савол беради.

II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўллари эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.
	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади. Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради. Гуруҳларга ёрдам беради, кейснинг ечимини топишга кўшимча маълумотдан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова №4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича амалий кўникмаларни тақдим этади, тушунтиради ва бажарилишини кўрсатади. Мавзуга алоқадор беморларни кўрсатади. Беморлар билан ишлашда ёрдам беради. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Кўрилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси.
40 минут		
80 минут		
III - қисм. Яқунловчи (30 минут)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

Блиц-сўров:

- Синдромнинг ёритилиши: кўкрак қафасида оғриқҳансираш, йўтал, қон туфлаш.
- Кўкрак қафаси жарохати ҳамда ўпканинг йирингли касалликларида ушбу синдромларнинг учраши.
- **Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ўДЙК ташхиси ва қиёсий ташхиси.**
- Беморларни даволаш тактикаси, амалиётга кўрсатма..
- ЎДЙК асоратлари ва уларга шошилиш ёрдам кўрсатиш..

1 – топширик
Эксперт варағи

1-гуруҳ.

1. Ўпканинг йирингли деструктив касалликлари.

2. Ўпканинг ҳажмли хосилалари.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ.

1. Ўпка гангренази.

2. Ўпка абцесси.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

3- Илова

2 - топширик

“Т-схема” жадвални тўлдириш

Ўпка гангренази.	Ўпка абцесси..

Кейс билан ишлашни баҳолаш мезонлари

Аудиторияда ишлашнинг баҳолаш кўрсаткичлари ва мезонлари

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Маълумот намоиши мак. 30 б	Аниқ ва тўлиқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак.50 б
1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон.

Айлана стол усулини қўллаш:

1.Айлана бўйлабтопшириқли варақ тарқатилади.Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади.Жавоблар қайтарилмаслиги керак.Хамма ўз жавобини ёзади ва

муҳокама қилинади. нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Топшириқ намунаси:

а. Синдромнинг ёритилиши: кўкрак қафасида оғриқхансираш, йўтал, қон туфлаш.

б. Кўкрак қафаси жароҳати ҳамда ўпканинг йирингли касалликларида ушбу синдромларнинг учраши.

в. Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ўДЙК ташҳиси ва қиёсий ташҳиси.

г. Беморларни даволаш тактикаси, амалиётга кўрсатма..

д. ўДЙК асоратлари ва уларга шошилиш ёрдам кўрсатиш..

Айлана стол усулини қўллаш:

1. Айлана бўйлабтопшириқли варақ тарқатилади. Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади. Жавоблар қайтарилмаслиги керак. Ҳамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади. нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Топшириқ намунаси:.

- Кўкрак шикастланиш турларини кўрсатинг

- Ҳансираш синдроми ташҳис алгоритмининг кўрсатинг

- Кўкрак шикастида УАШ тактикасини аниқланг

Эксперт варағи усулини қўллаш

2. Гуруҳ 2 талабадан иборат гуруҳчаларга бўлинади ва ҳар бир гуруҳчада “врач” ва “эксперт” тайинланади. “Врач” мавзу бўйича беморни қабул қилади, “эксперт” эса, “врач” қабулини 3 пункт бўйича баҳолайди: Нима тугри қилинди? Қандай хато қилинди? Қандай қабул этиш керак эди? Ўқитувчининг хулосаси.

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35-27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

Беморлар қабулида ҳал қилинувчи саволлар:

- Пневмоторакс клиникаси ва ташҳиси
- Гемоторакс клиникаси ва ташҳиси
- Пиопневмоторакс клиникаси ва ташҳиси

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

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

Қандай асорат ҳақида ўйлаш мумкин:

- ўпка ателектази
- ўпка томирларидаги лигатура ечиблиб, томирлардан қон кетиши
- пневмоторакс
- ўткир юрак-томир етишмовчилиги
- ўткир нафас етишмовчилиги

Асоратни қандай текшириш тасдиқлайди:

- кўкрак қафаси рентгенографияси
- кўкрак қафасида суюқлик борлиги ва унинг миқдорини УТТда аниқлаш*
- плеврал бўшлиқ пункцияси
- қон умумий анализи
- гематокрит кўрсаткичи

Қандай даво чоралари лозим:

- зудлик билан реторакотомия қилиш, қонаётган томирларни тикиш ва боғлаш
- бош бронхни бронхоскопик пломбировка қилиш
- гемостатик даво
- ОЦҚни тўлдириш
- томирларни бронхоскопия вақтида коагуляция қилиш

2 -масала. Ёш беморга ўнг ўпка кўпсонли сурункали абсцеслари 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.

Диагнозни қандай қўйиш мумкин, плевра эмпиемаси клиник манзараси қандай:

- 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
- горизонтал сатҳли гомоген соя
- диафрагма гумбази остида эркин ҳаво бўлиб, жигар бўғиқлиги йўқолиши

Беморни операцияга қандай тайёрлаш керак:

- гомеостаз ва КЩС коррекцияси
- антибактериал терапия
- қон ва оксил препаратлаи қўйиш
- плеврал лаваж
- гемодиализ
- гемосорбция

Беморга қандай операция қилиш керак:

- плеврэктомия, ўпка декорткацияси, плевра бўшлиғини дренажлаш
- Шеде бўйича торакопластика
- Линберг бўйича торакопластика
- ўпкани алмаштириш

3 -масала. 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.

Беморда қандай асорат юз берди:

- ўнг ўпка ателектази
- ўпка коллапси
- ўнг тараф зотилжами
- ўнг тараф қолдик плевра бўшлиғи эмпиемаси
- кичик қон айланиш доираси гипертензияси.

Бу асорат нега юзага келди:

- операциядан аввал ва сўнг бронхлар санацияси сифатсиз бўлган, операцияга тайергарлик сифатсиз
- юқори лобэктомиядаги техник камчиликлар
- ИВЛ

Беморни қандай даволаш лозим:

- санацион даво бронхоскопияси
- антибактериал терапия
- юрак давоси, нафас аналептиклари
- диуретиклар
- ичак перистальтикасини стимуляцияси

Тестлар

Ўткир абцесс асоратида кузатилмайди.

- A. абцесс бўшлиғини плеврал бушлиққа ёрилиши
- B. қон кетиш
- C. соғлом ўпка тўқимасига йирингни сўрилиши
- D. ўпкада қуруқ бўшлиқни ҳосил бўлиши*

Ўпка бўлагининг гангренаида тавсия қилнади:

- A. Бронхоскоп ёрдамида бронх деворини хар кун тозалаш
- B. Ўпка артериясига антибиотик киритилади
- C. лобэктомия*
- D. эндобронхиал антибиотик киритиш орқали даволаш

Ўпка абцессидида кузатиладиган пневмотораксда биринчи уринда кўрсатма:

- A. эндобронхиал ферментлар киритиш орқали даволаш
- B. плеврал бўшлиқни найчалаш*
- C. антибиотиклар
- D. рентген даволаш

Плеврани сурункали эмпиемаси учрайди:

- A. иккинчи хафтадан
- B. тўртинчи хафтадан
- C. олтинчи хафтадан
- D. саккизинчи хафтадан*

Ўпканинг бир томонлама тотал ателектазида кўрсатма:

- A. антибиотикотерапия
- B. плеврал бўшлиқни пунцияси
- C. плеврал бўшлиқни найчалаш
- D. Бронхоскоп ёрдамида бронх деворини хар кун тозалаш *

Ўпканинг йирик кисталарида кузатилиши мумкин:

- A. пневмоторакс
- B. ўпкадан қон кетиш
- C. кистанинг йиринглаши
- D. юқоридагиларнинг барчаси тўғри*

Ўпканинг йирингли касалликларига киради (нотўғри жавобни белгиланг):

- A. ўпка абсцесси
- B. ўпка кистасини йиринглаши
- C. ўпка амилоидози *
- G. бронхоэктатик касаллик
- D. ўпка гангренази
- E. зотилжам*

Ўпка ўткир абсцессининг эрта белгиларига киради (нотўғри жавобни белгиланг):

- A. эт увишиши
- B. қўкракда оғриқ
- C. балғамли йўтал *
- G. юқори иситима
- D. балғамсиз йўтал
- E. кон туфуриш*

Абсцесс бронхга ёрилганда (нотўғри жавобни белгиланг):

- A. беморнинг аҳволи оғирлашади*
- B. беморнинг аҳволи яхшиланади
- C. йирингли интоксикация камайади
- G. ҳарорат пасаяди
- D. кўп миқдорда йирингли балғам ажралади
- E. пиопневмоторакс*

Ўпканинг ўткир абсцессидида қўлланилади (нотўғри жавобни белгиланг):

- A. антибактериал терапия
- B. бронхоскопда абсцесс бўшлиғини ювиш
- C. абсцесснинг турли усуллар билан дренажлаш
- G. турли хил физиотерапия муолажалари *
- D. детоксикацион терапия
- E. пульмонэктомия*

Ўпка поликистози асоратланмайди:

- A. қонаш
- B. инфекция
- C. пневмоторакс билан
- D. ўпканинг ривожланган ўсмаси билан*

Спонтан пневмоторакснинг кўп учрайдиган сабаби бўлиб хизмат қилади:

- A. ўпка абцесси
- B. ўпка ўсмаси
- C. бронхоэктазлар
- D. ўпканинг буллёз кисталари*

Ўпка марказий ракининг асосий рентгенологик белгиси бўлиб ҳисобланади:

- A. ўпканинг мавжуд юмалоқ сояланиши
- B. ўпка илдизига "йўл *
- C. ателектаз
- D. диафрагманинг юқори туриши

Ўсманинг асосий давоси бўлиб ҳисобланади:

- A. рентген даво
- B. химиявий даво
- C. гормон даво
- D. жаррохлик*

Балғамни атипик хужайрага текшириш қандай вақтларда утказилади:

- A. суткада бир марта
- B. икки кун кетма кет
- C. хар куни
- D. беш олти кун кетма кет*

Юрак тампонадасида кўрсатма:

- A. шошилич операция*
- B. қон қуйиш
- C. диуритик
- D. гемостатик даво

Клапанли пневмотораксда шошилич ёрдам нимадан бошланади

- A. трахеостомиядан
- B. плеврал бўшлиқни пункциясидан*
- C. қовурғалараро нерв блокадасидан
- D. кўкрак қафасини харакатлантришсиздан

Ўпканинг 1-2 сегментидаги сурункали абцессиди кўп қўлланиладиган операцияни кўрсатинг:

- A. ўпканинг сегментар резекцияси
- B. абцесс бўшлиғини найчалаш
- C. пульмонэктомия
- D. лобэктомия*

	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
1	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст

2	Вазиятли масала ва тестлар	15-129 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
---	----------------------------	-------------	----------------	----------------	--------------	----------

6. Амалий қисм

12. Кўкрак қафаси шикастланиши. Пневмоторакс. Гемоторакс.			
Талаба учун топширик: Ушбу беморда пневмоторакс ва гемоторакс белгиларини кандай аниқлаш кераклигини курсатинг. Беморни куриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва кандай узғаришларни аниқлаганингизни изохлаб беринг.			
Имтихон олувчи учун маълумот: талаба куникмаларини куйидаги бандлар бўйича баҳоланг.			
		Макс балл	Мин балл
			Жавоб йўқ
1.	Талаба беморга ўнг тарафдан ёки шикастланган тарафдан ёндошади.	10	5,6
2.	Кузатувда бемор мажбурий ҳолатда, шикастланган тарафини, айниқса нафас олганда яхши кузатилади.	10	5,6
3.	Перкуссияда пневмоторакс бўлган ида ногора товуш, гемотораксда эса бугиклик аниқланади.	10	5,6
4.	Аускультацияда шикастланган тарафда нафас олиш жуда суст.	10	5,6
5.	Кўкрак қафаси рентгеноскопиясида пневмоторакс булса кукс оралиги соғ тарафга силжиган булади, гемотораксда эса плевра бушлиги пастки қисм ларида горизонтал сатхли суюклик ҳосил қилган соя кузатилади.	10	5,6
6.	Пневмотораксда плеврал пункция ўрта умров чизиги бўйлаб 2-нчи қовурға оралигидан амалга оширилади, зарурият булса дренажланади.	15	8,25
7.	Гемотораксда плеврал пункция орқа қултик чизик бўйлаб 7-нчи қовурға оралигидан амалга оширилади. Зарурият булса - қатта гемотораксда дренажланади.	15	8,25
8.	Плеврал бушлиқни найчалаш (қатта гемотораксда орқа қўлтиқ ости чизигидан 7 қовурға оралигидан)	10	5,6
9.	Плеврал бушлиқни найчалаш (пневмотораксда ўрта ўмров ости чизигидан 2 қовурға оралигидан).	10	5,6
	Станция бўйича максимал балл	100	50

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пастки
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37-баллар	36 баллар

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

7. Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

№	%	Баҳо	Талабанинг билим даражаси
1	96-100%	Аъло “5”	Ошқозон ичак трактидан қон кетиш синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндашади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-	Аъло “5”	Организмда қон кетиш механизми ,

	95%		<p>постгеморрагик шок тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетишни даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари ва каогулограмма интерпретациясида битта ҳатога йўл қўяди.</p>
3	86-90%	Аъло “5”	<p>Организмда ошқозон ичак трактдан қон кетиш механизмини, қон кетиш синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда қон кетиш сабабларини, қон кетиш синдроми тўғрисидаги тушунчани, қон кетиш симптомлари, классификацияси, диагностика, қиёсий диагностикаси, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, қон кетиш синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ</p>

			асослаб беролмайди.
5	76-80%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш классификацияси, диагностика, қиёсий диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми классификациясини билади, лекин қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қон кетиш синдроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдромининг моҳиятини, қон кетиш синдроми классификациясини, қон кетиш сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми моҳиятини билади, қон кетиш классификациясида ва қон кетиш сабабларида адашади. Қон кетиш синдроми қиёсий диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапиради. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
9	55-60%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, қиёсий диагностикасида ва қон кетиш синдромини даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапиради. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54%	Қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга

	дан паст		эмас, классификацияни, диагностикани, қиёсий диагностикасида , беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.
--	-------------	--	--

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзуни тушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари:

Кўкрак қафаси шикастланиши тушунчаси
 Кўкрак қафаси шикастланиши таснифи
 Кўкрак шикастланишининг ташхис усуллари
 Пневмоторакс тушунчаси
 Пневмоторакс турлари
 Гемоторакс тушунчаси ва таснифи
 Спонтан пневмоторакс тушунчаси ва этиологияси
 Пиопневмоторакс тушунчаси ва унда шифокор тактикаси:
 ёпик пневмотораксда тор
 ақал булимга етказиш,симптоматик даво
 Очик пневмотораксда – окклюзион асептик боглама куйиш,огриксизлантириш,юрак дорилари.
 Клапанли пневмотораксда –плевра бушлигини пункция килиш ва дренажлаш,шокга карши,юрак дорилари,кислород бериш.
 Гемотораксда – плеврал пункция,гемостатиклар, АКБ ва Нь микдорини динамикада кузатув,курсатма бўйича гемотрансфузия,катта гемоторакс ва кон кетиш давом этганда – торакотомия.
 -асоратлари:пиопневмоторакс турлари,1чи ердан,уткир нафас етишмовчилиги, 1чи ердан -даволаш тактикаси.
 -Кўкрак қафаси шикастланишлари ва унинг асоратлари;
 пневмоторакс,гемоторакс,турлари,ташхис,УАШ тактикаси, биринчи ердан,плеврал пункция,уни дренажлаш ва операцияга курсатмалар.

11. Адабиетлар:

Асосий:

1. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1991й.
2. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1994й
3. Кузин М.И “Хирургические болезни” М.1997й
4. “Клиническая хирургия”, Панцырев Ю.М. редакцияси остида. М .1988й
5. Стручков В.И.“Ўпка ва плевра йирингли касалликлари” Л.1967й
6. Тема бўйича укув назорат программаси. (УНП)1997й
7. Тема бўйича стандарт протоколлар.1997й
8. Дж.Мерта “Справочник врача общей практики” М.1998й
- 9.Хирургия.Руководство для врачей и студентов.Под редакцией В.С.Савельева.М.1998

Кўшимча:

- 10.Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП.Т.2003
- 11.Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля.Т.2003
12. Асосий жаррохлик синдромларининг ташхис ва даволаш алгоритмлари. Т.2006. Муаллифлар: АталиевА.Е., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М.,Арифжанова З.Ш.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
 Бух МИ ўқув ишлари доц
 Олимов С.Ш. _____
 «_____» _____ 2014 г.

Кафедра: УАШ жарроҳлик касалликлари

Фан: Жарроҳлик

«Ҳансираш синдроми»

Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ўпканинг ўткир бактериал деструкциясида ҳансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиник манзараси, ташҳис ва дифференциал ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра бўшлиғини пункция қилиш, дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси:

Мавзуси бўйича амалий машғулот

ўқитиш технологияси

Амалий дарс №26

Бухоро – 2014

ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

Мавзу №26 : Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ўпканинг ўткир бактериал деструкциясида ҳансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиник манзараси, ташҳис ва дифференциал ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра бўшлиғини пункция қилиш, дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.

ўқитиш технологияси (амалий машғулот)

<i>Вақти: 327 минут</i>	<i>Талабалар сони: 8-10</i>
<i>Ўқув машғулотининг шакли ва тури</i>	Амалий машғулот
<i>Ўқув машғулотининг тузилиши</i>	1. Кириш. 2. Назарий қисм 3. Аналитик қисм: - Кейс-стади - Вазиятли масалар ва тестлар 4. Амалий қисм.
<i>Ўқув машғулотининг мақсади:</i>	Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи, тиббий ҳужжатларни тўлдиришни

	<p>Ўрганиш;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида -Экстремал ҳолатларда мустақил ташҳис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) -Дастлабки ташҳис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усуллари ва лаборатор таҳлилларни интерперетация қилишни ўрганиш; -Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усуллари ўрганиш.
<p>Талаба билиши шарт:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ХС сабабларини билиш; • ХС хасталиги клиника, диагностикасини билиш • ХС синдромида беморларни клиник текширувларини билиш; • ХС, кўкрак шикастлари ва унинг асоратлари асосий аломатларини аниқлай олиш; • лаборатор ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қила билиш; • ХС синдроми, гемопневмотораксда даволаш тактикаси ва даволашнинг асосий принципларини билиш; • ХС ва кўкрак шикастлари, спонтан пневмотораксда беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш. • ХС билан оғриган беморларни реабилитацияси ва профилактикаси асосий тамойилларини эгаллаш.
<p>Педагогик топшириқлар: Талабаларни меҳнат қилишга ва этика и деонтологияни сақлашга ўргатиш, меҳнатни севишга, чидамли, маъсулиятли бўлишга, билим олишга интилишга ва мақсадга эришишга, инсонларга ва давлатга фойда келтиришни ўргатиш. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, объектив дунёқарашини ўргатиш. МДХ ва Ўзбекистон</p>	<p><i>Ўқитувчи фаолиятининг натижаси:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ХС хақида умумий тушунча ва тасаввур хосил қилиш - ХС турларини фарқлай билишни ўргатиш; - ХС билан олгирган беморларни ташхислаш ва киесий ташхислашни ўргатиш; - ХС билан оғриган беморлар даволаш ва профилактика умумий тамойилларини ўргатиш

жаррохларини ютуқларини ўзлаштириш Шу соҳада УАШ ютуғларини ёритиш.	
Ўқитиш услублари	Лекция, инсерт, мия штурми, уч босқичли интервью, «ўргимчак тури» усули, демонстрация, видео кўриш, дискуссия, беседа, ўргатувчи ўйин, кейс-стади.
Машғулотни ташкил қилиш шакллари	Индивидуал ишлаш, гуруҳларда ишлаш, коллектив, аудиторияда, аудиториядан ташқарида.
Ўқитиш манбалари	Таркатма материаллар, визуал материаллар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий хариталар комплекти, таблицалар, стендлар, рентгенограммалар комплекти.
<i>Ўқитиш жойи ва шароити</i>	Поликлиника, ўқув хонаси, жарроҳ хонаси, боғламхона. Мавзу бўйича амбулатор шароитдаги беморларни касаллик тарихи, қон ва сийдик таҳлили, инструментал текширувларни натижалари, услубий қўлланма, амалий дарсни ўтишда ўқув қўлланмаларидан фойдаланиш, Вазиятли масала, тест саволлари, амалий билимларни алгоритм асосида ўрганиш, сценариялар, интерактив усулларда ўқитиш, стандарт баённомалар, интернет материаллари, слайдоскоп, слайдлар, TV- видеолар.
Усуллар билан воситани боғлиқлиги	Блиц-сўраш, тест олиш, ўқув топшириқларни бажариш натижаларини презентация қилиш, тиббий карталарни тўлдириш, юмшоқ тўқиманинг йирингли касалликларини операция қилиш кўрсатмасини амалиётда бажариш.

Машғулотнинг технологик харитаси №26

Мавзу: Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ўпканинг ўткир бактериал деструкциясида ҳансираш синдроми. Тушунча, тасниф, клиник манзараси, ташҳис ва дифференциал ташҳис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра бўшлиғини пункция қилиш, дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси.

Иш босқичлари ва вақт	Фаолият	Ўқувчи
	Ўқитувчи	
1-босқич. Машғулотга кириш 10 дақиқа	4.41. Мавзу, топшириқ, мақсад ва кутиладиган натижалар. Мавзу бўйича асосий тушунчалар: этиология, патогенез, даволаш. Амалий машғулот режаси билан танишиш.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
10 дақиқа	4.42. Адабиётлар рўйхати.	Эшитишади ва конспект сифатида ёзиб олишади.
20 дақиқа	4.43. Урганиладиган қуйидаги машғулотга Мияга хужум, машғулотга тегишли булган кизиктирадиган саволлар, иш режасини аниқлаш. 4.44. Талабаларни баҳолаш критерийлари	Саволларга жавоб беради.

5дақиқа	билан таништириш. 4.45. Танаффус.	Эшитади.
5дақиқа		
2-боскич. Асосий қисм 20дақиқа	2.1. Блиц сўров.	Саволларга жавоб беради.
25дақиқа	2.2. Кейс билан тўғри ишлашни, вазиятни анализ қилиш, кейсни муҳокама қилишни,курсатишни ташкиллаштириш.	Муҳокама қилинади, саволлар берилади.
15дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	2.3.кейс билан мустақил ишлашни ташкиллаштириш, вазият хақида тушунча бериш, ечиш йўллари аниқлаш, уни ечиш учун топшириқ ва йўлланма бериш.	Муҳокама қилинади, аниқланади, кейс материаллари хақида сўралади.
5дақиқа	Танаффус.	
45дақиқа	Хар бир гуруҳни натижа ва топшириқларни намойиш этиш ва ташкиллаштиришда ёрдам бериш, шархлаш, хулоса чиқаришда ёрдам бериш. Диққат билан эшитиш ва талабаларни баҳолаш.	Мустақил равишда муаммони ҳал қилган ҳолда варақларни тўлдиради.
5дақиқа	Танаффус.	Масала ва тестни ечимини муҳокама қилишади.
65дақиқа	2.4. Тест ва вазиятли масалалар билан мустақил ишлаш.	
5дақиқа	Танаффус.	Амалий куникмаларни бажаришади ва сўрашади.
40дақиқа	2.5. Амалий кўникмаларни бажариш. Кўрув вақтида беморлар билан ишлашда ёрдам бериш.	
15дақиқа	Танаффус.	Мустақил ва ўқитувчи билан беморларни курация қилишади.
25дақиқа	Мавзу бўйича беморларни муҳокама қилиш, хар бир бемор хақида ҳисоботни эшитиш.	Беморларни кўрганлиги хақида ва таъхисни асослаш хақида ҳисобот.

3- қисм Яқуний қисм 27мин.	3.1. Хулоса. 3.2. Актив бўлган талабани баҳолаш, ҳар бир гуруҳ баҳолаш критерияларини аниқлаш. 3.3. Мустақил тайёргарликни аниқлаш учун саволлар ва вазифалар.	Эшитади. Ўз-ўзини баҳолашади. саволлар беришади. Вазифаларни ёзиб олишади.
--	--	--

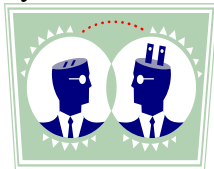
1. Ўқитиш шароити ва жойи

1. УАШ жарроҳлик кафедраси; РШТЁИМ Бух Фил жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси;
2. Жадваллар мажмуаси, услубий қулланмалар, реактивлар мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильм;
3. Поликлиника, беморлар амбулатор картаси, таҳлил натижалари, тарқатма материаллар, назорат саволлари, вазиятли масалалар.



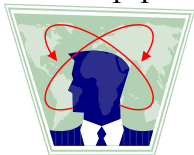
1.1. Мотивация

Ўпка деструктив йирингли хасталиклари билан беморларнинг қупайиб бориши замонавий тиббиёт олдига уларнинг даволаш муаммоларини ҳал қилиш масаласини қўймоқда. Ҳозирги кунда кучли антибиотиклар қулланилишига ва пульмонологик хизматнинг такомил этишига қарамай ўпка деструктив йирингли хасталиклари қупайиб бормоқда. Қупинча оғир шакли некротик формасидаги йиринглаш учрамоқда. Бу хасталикда ҳамда кукрак кафаси шикастланишлари гемо- ва пневмоторакс билан асоратланганда ҳаёт учун хавфли вазият вужудга келади, турли хил ўткир асоратлар ривожланади (пиопневмоторакс) ва улар тезлик билан беморларга шошилиш ёрдам курсатишни такозо этади, акс холда улим ҳолатига олиб келади. Шунинг учун ҳар қандай шифокор ўпка деструктив йирингли хасталиклари, ўпка кистаси ва кукрак кафаси шикастланиши ва уларнинг асоратларини текшириш ва даволаш принципларини мукамал билиши ва лозим бўлганда шошилиш ёрдам курсата олиши керак.



1.2. Предметлараро ва предметлар ичидаги ўзаро боғлиқлик.

Анатомия, топографик анатомия, оператив жарроҳлик, патанатомия, патофизиология, терапия, инфекция касалликлари, гематология, анестезиология ва реаниматология, клиник фармакология, микробиология

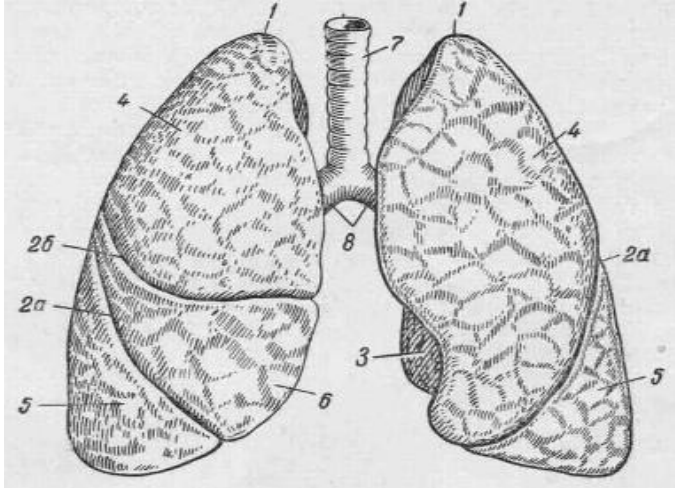


2. Машғулотлар мазмуни

2.1 Назарий қисми;

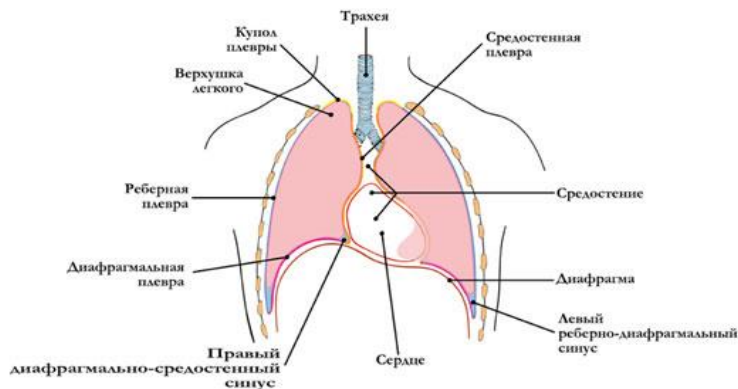
Қисқача анатомик ва физиологик маълумот.

Ўпка- жуфт аъзо, ўнг ва чап плеврал қоплар билан ўралган, кукрак бушлиғида йирик жойни эгаллайди. Иккала плеврал қоплар орасидаги бушлиқ олдиндан туш, орвадан умуртқа поғонаси билан, пасдан диафрагма, юқоридан apertura thoracis superior чегараланган бўлиб кукс оралиғи mediastinum деб аталади.



Париетал плевра қовурға туш, кўкс ва диафрагмал қисмлардан ташкил топган бўлиб, умров суягидан 3-4 см юқорида плевра гумбазини ҳосил қилади. Варақлар орасида синуслар ҳосил бўлади.

● Отделы париеальной плевры (синусы)



Ўнг ўпкани қийшиқ ва горизантал эгат 3 булакка бўлади. (юқори, ўрта, пастки), чнг ўпкани қийшиқ ва горизантал эгат 2 булакка бўлади (юқори, пастки).

1958 й. анатомлар конгресси ўпкани сегментар классификациясини қабул қилишган. Классификацияга кура ўнг ўпка 10 сегментдан (юқори булакда 3-чўкки, олдинги, орка, ўрта бўлакда 2-латерал ва медиал, пастки бўлакда 5) ва 8 та сегмент чап ўпкада (4та юқори бўлакда 4 та пастки бўлакда)



иборот.

Бронх дарахтининг тузилиши: хилпилловчи цилиндрик эпителий билан қоплпнган, 1,2,3 тартиб бронхлари.

Қон билан таъминланиши: а.pulmonalis (юқори – бўлакли, пастга тушувчи, ўрта – бўлакли) ва а. bronchialis. Веналар-юқори , пастки. Иннервация – n.vagus ва симпатик нерв орқали.

Ўпка вазифаси – нафас олиш ва чиқариш (олиш – диафрагма ва қовурғалараро мушакларнинг қисқариши, чиқариш ўпканинг эластик қисқариши), газ алмашинуви. Альвеола юзаси 100 м². Ўпка артериясидаги босим 14-16 мм.с.м. уст.

	Атмосфера ҳавосида	Атмосфера ҳавосида
O ₂	22%	17%
CO ₂	кам	кўп

Газ алмашинуви босимлар фарқи туфайли амалга ошади.

Нафас: 1) нафас механикаси (олиш , чиқариш), газлар диффузияси, ўпка капиллярларида қон айланиши – ташқи нафас (спирография билан аниқланади) ; 2) қоннинг транспорт вазифаси ; 3) ички (тўқима) нафас, қон ва тўқима ўртасида газ алмашинуви.

Беморларни текшириш методлари .

Ташқи нафас - спирография, нафас ҳажми 500 – 800 см.3 , минутлик ҳажм дыхания (МОД) = нафас частотаси (12-16 мин.) X наф.ҳажм.,яъни. 8-10 литров.

ЎТХ – 3500-5000 мл нафаснинг қолдиқ ва резерв ҳажми – 1500 см 3, дополнительный объем 2000 см 3. Нафас йулларининг умумий ҳажми 5,5 – 6 литров.

ОФВ 1- қучаниш нафас ҳажми.

ОФВ 1 – Тиффно индекси – 70 % кам бўлмаслиги керак

КИО 2 (О ни ишлатиш коэффициент) 34-40 кам эмас

- БА-графия.
- рентгенологик (скопия, графия, куп осли, прицел, томография, К.Т.)
- эндоскопик – бронхоскопия
- бронхография.
- Плеврография – торокоскопия.
- Медиастеноскопия – қаваграфия .

Ксенон билан радиоизотоп сканирлаш.

ЎПКА АБЦЕССИ ВА ГАНГРЕНАСИ

Ўпка абцесси ва гангренаси – Ўпка абцесси- бу ўпка 1 сегменти чегарасида перифокал инфильтрация билан чекланган ,йиринг тупланган 1-2 бушлик хосил килувчи ўпканинг чекланган йирингли деструктив яллигланишидир. Йирингли бушлик ўпка соғ туқималаридан пиоген капсула билан ажралган.

Ўпка гангренаси деганда ўпка 1 булагидеки бир неча булагиде сохасининг чекланмаган .капсула билан уралмаган ва таркалишга мойил чириккли-некротик зарарланиши тушунилади. Келиб чиқишига кура ўпка абцессларининг бронхоген(аспирацион,постпневмоник ва обтурацион),тромбоэмболик(микробли ва асептик), ва посттравматик турлари бор.

Ўпка абцессининг келиб чиқишига кура турлари ва уларнинг учраш фоишлари:

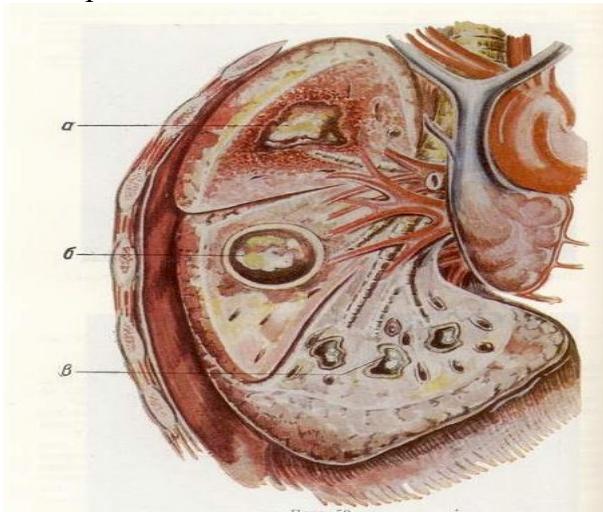
-пневмоник(пара- ва метапневмоник) - 70%;

-аспирацион - 15-20%;

-обтурацион - 1%;

-гематоген-эмболик -1-9%;

-посттравматик - 1-3%



Этиологияси: Касаллик инфекция аралашган ҳар хил моддаларни, ёт жисмларни, бурун-томоқ суюқликларининг нафас йўли орқали бронх ва ўпкага тушиши, ўткир зотилжамлар, инфекцияли ўпка эмболияси, кўкрак қафасининг шикастланиши натижасида вужудга келади. Касалликни ҳар хил бактериялар - стрептококк, стафилококк, пневмококк, фридлендер диплококклари, ичак таёқчалари, ҳамда анаэробли микроорганизмлар чақиради.

Патогнези :Инфекциянинг ўпка тўқимасига киришининг бир қанча йўллари мавжуд.

Бронх ёки бронх ўпка йли. Ўпка ва бронхларга инфекция аралашган овқат парчалари ва қуруқ моддалар тушиши натижасида ривожланадиган аспирационли абсцесс алоҳида ўрин эгаллайди. Бундай ҳодисалар бемор хушини йўқотганда, наркоз ва маст ҳолатларда юзага келади.Баъзи ҳолларда абсцесс бронхнинг ўпка ателектази билан сиқилиши натижасида вужудга келади. Масалан, бронх ўпка саратонида, аорта аневризмасида, кўкс оралиғи ўсмаларида.Учоқли ва крупозли зотилжамдан кейинги абсцесс алоҳида ўринни эгаллайди. Бунга сабаб ўткир зотилжамни кеч даволаш, антибиотик дозасининг камлиги, организмнинг иммун-биологик ва реактивлик хусусиятининг пасайишидир.

Гематоген йўли. Бунда абсцесс ўпка томирларида инфекцияланган эмболларни қон оқими билан ўпкага тушиши натижасида ривожланади. Бу ҳолат септикли эндокардит, тромбофлебит, туғруқдан кейинги септикопиемияда куза тилади.

Лимфа йўлида қўшни аъзоларда - жигар, талоқ ва диафрагма ости абсцессиде, йирингли

медиастенит ва плевритларда, паранефритларда, кизилўнгач саратон касаллигида тўпланган йиринг ўпкага силжийди ва абсцессни вужудга келтиради.

Шикастланиш йўли орқали абсцесс ривожланиши кўкрак қафасининг очик ва ёпик жароҳатланишида кузатилади. Бунда жароҳатланган ўпка соҳасида қон қуйилиши қон айланиши бузилиши ва йиринглашни вужудга келтирувчи инфекциянинг қўшилиши аҳамиятга эга.

Клиника ва диагностикаси:

1. Ўпка абсцесси клиникаси тусатдан еки пневмония ремиссияси пайтида бемор ахволи оғир лашуви, иситма ва совук котиш, кукрак қафасидаги симиллаб огриш ва терлаб кета бериш, бемор ахволи оғир лашуви, тахикардия, тахипное, тери ва шиллик қаватлар гиперемияси ва курук йўтал билан намоен бўлади. Умумий клиник текширувда хасталанган соҳа устида перкутор товуш буғиклашуви, нафас шовкинлари сусайиши, клиник анализларда лейкоцитоз, лейкоформуланинг чапга силжиши, СОЭ ошуви, сийдик анализида оксил аниқланиши рентгенограммаларда купинча ўпканинг 2 ва 6 сегментларида юмалок соя перифокал яллигланиш чегараси билан бўлиши -- ўпка абсцессининг биринчи фазасига хос. Ўпка абсцессининг иккинчи фазаси (абсцесснинг бронхга очилган, яни дренажланган фазаси) йўтал огиз тулдириб 400-500мл йирингли балғам ташлаш билан бошланади. Балғам шиша идишда турганда 3 катламга ажралиши хос (детрит, йиринг ва устида шилимшик).

Беморлар ахволи шундан сунг яхшиланиб, тана харорати ва лейкоцитоз пасаяди. Ўпка хасталанган соҳасидаги буғиклик камаяди, аускультацияда амфорик нафас ва катта улчамли нам хириллашлар пайдо бўлади. Ўпка рентгенограммасида горизонтал сатхли суюклиги бор юмалок соя бўлиши хос.

Ўпка абсцессининг бронхга очилгунча бўлган давр, яъни блокланган абсцессдаги белгилар.

1. Юкори тана харорати.
2. Интоксикация (захарланиш) белгилари.
3. Кукрак қафасининг шикастланган томонидаги огриклар.
4. Курук йўтал.
5. Тукиллатиш овозининг кискариши. Нам хириллашлар эшитилади.
6. Юкори ЭЧТ ва лейкоцитоз.
7. Рентгенограммада ўпка тукумасида кучайган, чегараланган соя-ланиш кузатилади.

Ўпка абсцессининг бронхга ёрилгандан кейинги белгилари, ўзгача килиб айтганда, дренажланган хуппоз белгилари. Эски шифокорлар-нинг айтишича, “дренажланган хуппознинг ташхиси унинг тупургичидадир”.

1. Ёқимсиз хидли, кўп микдорли балғам ажралувчи йўтал.
2. Биринчи даврга нисбатан тана хароратининг пасайиши.
3. Қон тупуриш.
4. Амфорик сояли бронхлар дарахтининг пайдо бўлиши.
5. Рентгенограммада кундаланг суюклик сатхи булган бушлик.

Гангрена- жуда оғир касаллик хисобланиб, организмнинг кучли захарланиши билан кечади. Ташхис бўлим остонасига кираверишда, хатто 2 қаватли хлорамин билан ишлов берилган чойшаб билан уралишига карамасдан, аниқ қуйилади. Юзи шишган бўлиб, акроцианоз аниқланади. Аккилловчи нафас масофадан эшитилади. Ифлос гушт ювиндиси каби куп микдор балғам ажралувчи йўтал ёки ифлос шоколад рангидаги ўпка булаклари (секвестрлар) ажралувчи йўтал кузатилиши мумкин. Рентгенологик текширувда аниқ чегарага эга булмаган, секвестрацияли куплаб бушликлар аниқланади. Демаркацион чизик булмайди, ўпка тукумаси

йиртилади, шишган бўлади. 1 хафта давомида жадал захарсизлантириш, антибиотиклар, кон куйиш, витаминлар, гемосорбция утказилади. Госпитал улим 50 % ва ундан ортик. Операциясиз барча беморлар улимга махкум.

Давоси. Бу беморлар қаерда даволаниши лозим? Олдин беморлар жаррохлик, хозирда эса ихтисослаштирилган пульмонология бўлимларида даволанмокдалар. Хўппозларнинг 80% консерватив усулда даволанадилар, аммо махсус муолажаларни - найчалош, даволовчи бронхоскопияни (хафтасига 2-3 марта) талаб килади. Махсус катетерлар билан бронхлар оркали бушлик найчаланеди ва 2-3 хафта давомида ювилади.

Хўппознинг четда жойлашувида у трансторакал усулда йўғон нина билан пункция килиниб, йиринг суриб олинади, антибиотиклар юборилади. Трансторакал катетеризация умров ости катетерини колдириш билан яқунланади.

Постурал дренажлаш тана холатини узгартириш билан амалга оширилади.

Максадли антибиотикли даво утказилади.

33% - 20,0 спирт, 200,0 1% ли CaCl₂ эритмаси вена ичига юборилади.

Умумкувватлантирувчи даво - юкори кувватга эга булган, оксил ва витаминларга бой овкатлар буюриш керак. Шунингдек, ёгли эмульсиялар тавсия этилади, негаки, ёг етишмовчилигида ўпка сурфактант тизимида парчаланиш юз беради.

Экстрокорпорал детоксикация, иммун восита – АСГГ, кон куйиш, тактивин ва бошкалар кулланилади. Агар хўппозлар куп сонли булса, уларни найчалош кийин бўлади. Бунда:

- а/б ни интрапульмонал юбориш;
- БАГ катетерлаш ва а/б юбориш (томчилаб юборилади);
- реополиглюкин, гемодез;
- гемосорбция кулланилади.

Аэрозоллар, мушак ичига дори юбориш кам самара беради

2. Ўпка абсцесси асоратлари клиникаси ва диагностикаси.

Пиопневмоторакс - бу плевра бушлигида йиринг ва хаво тўпланиши бўлиб, ўпка абсцессининг плевра бушлигига очилиши натижасида иккиламчи пайдо бўлади. Пиопневмоторакс плевра эмпиемасининг очик турига киради. Ўпка абсцесси плевра бушлигига очилганда пайдо бўлиб, нафас етишмовчилиги, хансираш, тахикардия, тери ва щиллик қаватлар цианози, кўкрак қафасидаги оғрик баъзан шок холати, юкори харорат билан намоен бўлади. Перкуссияда кукравк қафаси хаста тарафи пастки қисмларида буғиқлик устида тимпанит аниқланади. Рентгенологик текширувда кўкрак қафаси пастки қисмида горизонтал сатхли соя бўлиб, юкори қисмларида пневмоторакс, бронх-томир расми йуклиги, ўпка коллапси аниқланади.

Ўпканинг аспирацион асоратлари ва карама-карши тарафи абсцесси клинк манзараси

Ўпканинг Ўткир абсцесси клиникасига ухшаш., фарқи – анамнезда.

Ўпкадан кон кетишига оч кизил ранг, купиксимон, хаво аралаш кон туфуриш хос. Аспирацияда эса нафас етишмовчилиги, цианоз, тахикардия, аускультацияда нам хириллашлар аниқланади. Ташхис учун бронхоскопия ва бронхиал ангиография етакчи ахамиятга эга.

Ўпка абсцессининг сурункали турига ўтиши гигант (д 5см.дан катта) ва куплаб абсцесслар булганида, бемор нотугри даволанганида ва абсцесс юкори кутбидан бронхга очилганида учрайди—касаллик бошланишидан 2 ой кейин. Рентгенографияда горизонтал суюқлик сатхи бор юмалок соя аниқланиб, чегаралари нотекис, пиоген капсула калинлашган бўлади.

Ўпка абсцессини: ўпка раки ва кистаси, ўпка гангренаси ва каверноз туберкулездан қиёсий ташхис қилинади.

Ўпканинг периферик ракида юмалоқ соя нотекис дагал чегарага эга бўлиб, ўпка илдизига караб йўлакча сояси аниқланади, канцероз пневмония клиникасини беради.

Рак парчаланганида қалин, нотекис чегарали рак бўшлиғи хосил қилиб, биопсияда атипик хужайралар топилади.

Асоратланмаган ўпка кистаси рентгенограммада аниқ юпка чегарали юмалок соя бериб, эхинококкозда эозинофилия бўлиши, Кацони, латекс- ва гемагглютинация реакциялари мусбат бўлиши хос. Кисталар йиринглаганда -- уларни ўпка ўткир абсцессидан фарқлаб бўлмайди. Факат синчиклаб ўрганилган анамнез екрдам бериши мумкин.

Ўпка гангренаси бемор умумий ахволининг оғирлиги, акроцианоз, кучли интоксикация, рентгенологик текширувда ўпканинг 1-2 булагига еки хамма ерида аниқ чегарасиз деструкция учоғлари бор сояланиш билан намоён бўлади. Балғам қуланса хидли, гушт ювилган сув рангида бўлиб, ўпка тўқималари секвестрлари ҳам бўлиши хос.

Каверноз туберкулез ўпка абсцессидан анамнестик маълумотлар, ўпкани динамик рентгенологик текширувида, одатда, 2-3 ҳафтада диссеминация белгилари пайдо бўлиши билан, балғамда туберкулез микобактериялари топилиши ва туберкулин синамалари мусбатлиги асосида фарқланади.

Пиопневмоторакс клиникаси ва ташхиси пио- ва пневмоторакс клиникалари йиғиндиси, йирингли интоксикация, нафас етишмовчилиги белгиларига асосланади. Диагностикада анамнез маълумотлари, рентгенологик текширувлар ва плеврал пункция натижалари асосий аҳамиятга эга.

Ўпка абсцессидан беморларни торакал бўлимига мукамал текшириш ва даволаш учун юборилади.

Даво компонентлари:

- сифатли оксил, ёғ, ва витаминларга бой овқат тановул қилиш
- антибиотик ва протеолитик ферментларни эндотрахеал юбориш
- санацион даво бронхоскопияси (ҳафтасига 1-2 марта), постурал дренаж
- гемотрансфузия
- экстракорпорал детоксикация (гемосорбция)
- 33% этил спирти ва кальций препаратларини вена ичига юбориш
- иммунокоррекция.

БЕМОРЛАР ҚАБУЛИДА ХАЛ ҚИЛИНУВЧИ САВОЛЛАР:

1. Ўпка абсцесси клиникаси ва ташхиси
2. Ўпка абсцесси асоратлари клиникаси ва ташхиси
3. Ўпка ўткир абсцесси қиёсий ташхиси

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарлисиз	ёмон
1	Ўзлаштириш % да	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
2	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл

3. Аналитик қисм . Дарсларда янги педагогик технологияни қўлланиши:
Амалий машғулотда муаммоли ҳолатни ечишнинг ўқитиш технологияси.

3.1. Машғулот технологиясининг модели

<i>№26 мавзу, 327 дақ</i>	<i>Талабалар сонив:8-10</i>
<i>Машғулот шакли</i>	<i>Амалий машғулот</i>
<i>Мавзу</i>	Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ўпканинг ўткир бактериал деструкциясида ҳансираш

	синдроми. Тушунча, тасниф, клиник манзараси, ташхис ва дифференциал ташхис. УАШ тактикаси, тезкор ёрдам. Плевра бўшлиғини пункция қилиш, дренажлаш ва операцияга кўрсатмалар. Беморлар реабилитацияси:
Амалий машғулотларни режаси	99. Кейсни фикрга киритиш. 100. Блиц сўраш билан талабалар фикрлашини кучайтириш. 101. Муаммо ва мақсадни аниқ олдиға қўйиш ва ечиш. 102. Гуруҳларда масалани “Кейс – усулда” ечиш. 103. Муҳокама натижаларини эълон қилиш 104. Чизма ёрдамида муаммо интерпретацияси. 105. Хулоса. Талабалар олдиға қўйилган муаммо ва мақсадни ечишиға қараб баҳолаш.
Ўқиш мақсади: Беморни мустақил кўришни ўрганиш; - Касаллик тарихи, тиббий хужжатларни тўлдиришни ўрганиш; - Кенг тарқалган ёки кам учрайдиган касалликлари ташхиси, даволаш ва олдини олишни синдром тамойллари асосида ўрганиш ва алгоритм ташхиси ва даволаш асосида - Экстремал ҳолатларда мустақил ташхис қўйиш ва шошилиш ёрдам кўрсатишни ўрганиш. (алгоритм ташхиси ва даволаш асосида) - Даствлабки ташхис қўйиш, дифференциал ташхисни бажариш; - Беморни текширув усулларини ва лаборатор таҳлилларни интерпретация қилишни ўрганиш; - Жарроҳлик касалликлари даволашни асосий тамойилларини ўрганиш; - Аҳолини соғломлаштириш, диспансеризация қилиш, профилактика қилишни усулларни ўрганиш.	
Педагогик топшириқлар: Талабаларни иш қилишға ва этика и деонтологияни сақлашға ўргатиш, меҳнатни севишға, чидамли бўлишға, масъулятли, интилиши ва мақсадға эришиши инсонларға ва давлатға пайдо келтиради. Талабаларни замонавий клиник фикрлаш, дунё қарашини ўзгартириш. Шу соҳада МДХ ва Ўзбекистон жарроҳларини талабларни ўзлаштиришдаги аҳамияти. Шу соҳада УАШ кафедраларининг ютуғини ёритиш.	Ўқитувчи фаолиятининг натижаси: <ul style="list-style-type: none"> • - ХС сабабларини билиш; • - ХС хасталиғи клиника, диагностикасини билиш • - ХС синдромида беморларни клиник текширувларини билиш; • - ХС, кўкрак шикастлари ва унинг асоратлари асосий аломатларини аниқлай олиш; • - лаборатор ва инструментал текширув натижаларини таҳлил қила билиш; • - ХС синдроми, гемопневмотораксда даволаш тактикаси ва даволашнинг асосий принципларини билиш; • - ХС ва кўкрак шикастлари, спонтан пневмотораксда беморларни олиб боришда УАШ тактикасини билиш. • - ХС билан оғриган беморларни реабилитацияси ва профилактикаси асосий тамойилларини эгаллаш.
Усуллар ва техникани ўрганиш	“Кейс – усули”, “Блиц-сўраш”, “ҳолат муаммоси”, “Т-чизмаси”, “муҳокама”
Воситани ўрганиш:	Тарқатилган ўқув материаллари, визуал материаллар, видеофильмлар, муляжлар, график органайзерлар, тиббий карта мажмуаси, жадваллар, стендлар, рентгенограммалар мажмуаси.

Ўқитиш шакли	Алоҳида ва гуруҳларда
Ўқитиш шароити:	1. УАШ жарроҳлик кафедраси; 1-ШКШ ва 1-РКШ жарроҳлик бўлимлари; клиник лабораторияси; 2. Жадваллар мажмуаси, услубий қўлланма, реактив мажмуаси, бинокуляр микроскоп, видеофильмлар; 3. Поликлиникада, бемор амбулатор харитаси, таҳлиллар натижаси, тарқатилган материаллар, назорат саволлар, ситуацион топшириқлар.
Баҳолаш	Сўраш, топшириқлар, ўз-ўзини баҳолаш, рейтинг тизимида баҳолаш.

3.2. Машғулотнинг технологик харитаси

<i>Фаолият вақти</i>	<i>Фаолият мақсади</i>	
	<i>ўқитувчи</i>	<i>талаба</i>
Тайёргарлик (30 дақиқа)	Мавзунинг моҳиятини аниқлайди, ахборот билан таъминлашга тайёрланади, “кейс-стади” ни тўлдиради. Мустақил тайёрланишни ва керакли адабиётларни таклиф қилади.	Эшитади.
I - қисм. Мавзуга кириш (60 дақиқа)	1.1. Мавзу ва унинг мақсади билан, топшириқлар билан, машғулоти натижаси билан таништиради. Мавзунинг муҳимлигига тўхталади.	Эшитади.
	1.2. Диққатни жамлаш мақсадида блиц сўров ўтказилади. (1-илова)	Саволларга жавоб беради.
	1.3. Тингловчилар билан мавзуни мустақамлашда “Кейс - стади” ўрни ва топшириқларини аниқлайди. Машғулоти режаси ва баҳолаш мезонлари билан таништиради. Кейс манбаларини танишиш учун тарқатади.	Муҳокама қилади, савол беради.
II - қисм. Асосий 80 дақиқа	2.1. Кейс манбаларини муҳокама қилишни ташкиллаштиради, кейсни тўғри ечимига тўхталади	Кейс манбаларини муҳокама қилади, сўрайди, аниқлайди.
	2.2. Тингловчилар томонидан тақдим этилган турли вариантдаги кейсни ечиш йўллари эшитишни таклиф қилади..	Мустақил тўлдиради, муаммони ечади.

40 дақиқа 80 дақиқа	2.3. Талабаларни 2 гуруҳга бўлади.Мавзу бўйича муаммоли вазия учун тайёрланган топшириқларни тарқатади. (2-илова)	Саволларга жавоб беради. Муҳокама қилади, савол беради.
	2.4. Кичик гуруҳларда кейс топшириқларининг ечимини муҳокама қилишни ташкиллаштиради.Гуруҳларга ёрдам беради, кейсинг ечимини топишга қўшимча маълумотдандан фойдаланишга имкон беради. Муаммони тушунтиради, ечимини топиш учун тўғри йўлга йўналтиради. (илова №3.1).	Фаол иштирок этади.
	2.5. Вазиятли масалалар ва тестлар билан мустақил ишлаш. (илова № 4).	Масала ва тестларни муҳокама қилади.
	2.6. Мавзу бўйича беморлар муҳокамаси. Ҳар бир талабанинг бемори ҳақидаги ҳисоботни эшитади.	Амалий кўникмани бажаради, сўрайди. Мустақил ва ўқитувчи билан бемор кўриги.. Курилган бемор ҳисоботи ҳамда таҳминий ташхиси.
III - қисм. Яқунловчи (30 дақиқа)	3.1. Хулоса. 3.2. Фаол талабаларни баҳолаш, гуруҳни баҳолаш.	Эшитади
	3.3 саволлар ва мустақил тайёрланиш учун топшириқлар. (илова №8)	Эшитади

1-Илова

Блиц-сўров:

- Ўпка гангренази.
- Ўпка абцесси.
- Ўпка кисталари.
- Ўпка абцесси, гангренази тушунчаси.
- кукрак қафаси жароҳати, гемо- пневмоторакс ва ҳансираш синдроми билан асоратланиши
- ўпка абсцеси, гангрена,гемо-пневмоторакс симптомлари
- беморларнинг текшириш усуллари ва уларнинг натижалари.
- беморларни даволаш тамойиллари, плеврал пункция ва дренажлашга курсатмани аниқлаш.

1 - топшириқ

Эксперт варағи

1-гуруҳ.

1. Ўпканинг йирингли деструктив касалликлари.

2. Ўпканинг ҳажмли хосилалари.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

2- гуруҳ.

1. Ўпка гангренази.

2. Ўпка абцесси.

“Муаммоли вазият” жадвални тўлдириш

Муаммо тури	Муаммоли келтириб сабаблари	вазиятни чиқарувчи	Муаммони ечиш йўллари

3- Илова

2 - топшириқ

“Т-схема” жадвални тўлдириш

Ўпка гангренази.	Ўпка абцесси..

Кейс билан ишлашни баҳолаш мезонлари

Аудиторияда ишлашни баҳолаш курсатгичлари ва мезонлари

Гуруҳ руйхати	Фаол гуруҳ мак. 10 б	Ахборот намоёйиши мак. 30 б	Аниқ ва тўлиқ жавоблар мак. 10 б	Жами мак.50 б
1				
2				

50-48 балл – аъло, 46- 38 балл – яхши, 34- 36 балл – қониқарли 34-32 қониқарсиз, 31 ва паст – ёмон.

Айлана стол усулини қўллаш:

1.Айлана бўйлабтопшириқли варақ тарқатилади.Ҳар бир талаба ўзининг жавобини ёзади ва кейингисига узатади.Жавоблар қайтарилмаслиги керак.Хамма ўз жавобини ёзади ва муҳокама қилинади.нотўғри жавоблар ўчирилади тўғри жавоблардан талаба билими аниқланади.

Топшириқ намунаси:

а. Синдромнинг ёритилиши: кўкрак қафасида оғриқхансираш, йўтал, қон туфлаш.

б. Кукрак қафаси жарохати ҳамда ўпканинг йирингли касалликларида ушбу синдромларнинг учраши.

в. Пневмоторакс ва пиопневмоторакс билан асоратланган ЎДЙК ташхиси ва қиёсий ташхиси.

г. Беморларни даволаш тактикаси, амалиётга кўрсатма..

д. ЎДЙК асоратлари ва уларга шошилиш ёрдам кўрсатиш..

Эксперт варағи усулини қўллаш

2. Гуруҳ 2 талабадан иборат гуруҳчаларга булинади ва хар бир гуруҳчада “врач” ва “эксперт” тайинланади. “Врач” мавзу бўйича беморни қабул қилади, “эксперт” эса, “врач” қабулини 3 пункт бўйича баҳолайди: Нима тугри қилинди? Қандай хато қилинди? Қандай қабул этиш керак эди? Уқитувчининг хулосаси.

№	Баҳолаш	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
3	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл

4. Вазиятли масалалар ва тестлар

1. 45 ёш бемор узок муддат совукда булгач тана харорати 39оС, кукрак кафаси унг қисмида нафас олганда ва йўталганда кучаювчи огрик пайдо булган. Шамоллашга қарши даво олса хам тана харорати 8 кун тушмаган, унг кукрак остида перкуссияда буғиқлик, нафас олишлик сусайгани аниқланган.

Беморда қандай касаллик?

1. Ўнг ўпка ўткир абцесси
2. ОРВИ
3. Ўткир плеврит
4. Бронхопневмония
5. Қорин тифи

Қандай қушимча текширишлар керак?

1. Унг ўпка ўткир абцесси*
2. УРВИ
3. Ўткир плеврит
4. Бронхопневмония
5. Қорин тифи

Ўпка абцесси бронхга очилгунча давр рентгенсемиотикаси ?

1. Ўпка 2 ва 6 сегментларида юмалок соя перифокал инфильтрация билан*
2. Горизонтал сатхга эга суюклиги бор юмалок соя
3. Ўпка илдизига йул олган , чегаралари ноаниқ юмалок соя, трахеобронхиал лимфатугунлар катталашуви

Бемор қайерда даволаниши керак?

1. Хирургия бўлими торакал палатасида*
2. Терапия бўлимида
3. Инфекцион касалхонада
4. Амбулатор
5. Уйид
6. Махсус торакал бўлимида

2. 45 ёш бемор узок муддат совукда булгач, тана харорати 39оС га кутарилиб, нафас олганда кучаювчи огрик кукрак кафаси унг тарафида пайдо булган. Йўтал ва балғам ажралиши булмаган. 8 кун давомида даволанса хам харорати тушмаган. 9-кун йўтал билан огиз тула сассик йирингли балғам ташлаган, кунига 200 мл атрофида балғам ажралиб турган. Тана харорати тушиб, бемор холати енгиллашган. Унг курак остида перкутор товуш бироз буғиқ, нафас олиш суст, йирик улчамли нам хириллашлар ва амфорик нафас олиш мавжуд.

Беморда Қандай касаллик бор?

1. Унг ўпка абсцесси, бронхга очилган даври*
2. Унг ўпка абсцесси, плевра бушлигига очилган
3. Ўпканинг ўткир гангренази
4. УРВИ
5. Тифо-паратифоз инфекция

Диагнозни аниқлаш учун Қандай текширувлар керак?

1. Ўпка рентгенографияси, 2 проекцияда*
2. Балғам умумий анализи*
3. Бронхоскопия*
4. Кон ва сийдик умумий анализи*
5. Видал реакцияси

Бемор кайерда даволанади?

1. Бемор торакал бўлимда даволаниши керак*
2. Бемор уйида врач кузатувида бўлиши керак
3. Терапия бўлимида.

Даволаш мажмуаси.

1. Тулаконли, сифатли овкатланиш, иммунокоррекция*
2. Даво бронхоскопияси*
3. Антибактериал терапия вена еки мушаклар ичига.
4. Кенг спектрга эга антибиотикларни эндотрахеал юбориш*
5. Вена ичига ег эмульсиялари, кон, 33% спирт, 1% кальций хлорид юбориш.*

3. 50 ёш беморда унг ўпка куп сонли сурункали абсцесслари буйича унг тарафлама пневмонэктомия килинган. Бемор уйгонганидан 20 минут утгач анестезиолог тахикардия (минутига 140 марта), ипсимон пульс аниқлаган. Систолик кон босими 50 мм симоб устунига тенг. Перкуссияда кукрак унг тарафида буғиқлик аниқланади.

Қандай асорат хакида уйлаш керак?

1. Ўпка ателектази
2. Ўпка томирларидаги лигатура ечилиб, томирлардан кон кетиши*
3. Пневмоторакс
4. Ўткир юрак-томир етишмовчилиги
5. Ўткир нафас етишмовчилиги.

Биринчи тиббий ёрдам:

- Қоновчи сегментар бронхни бронхоскопик тикинлаш, гемостатиклар.
- Бронхларнинг алоҳида интубацияси, гемостатиклар.
- Қоновчи бронхлар артериясини артериография қилиш ва эмьоблизацияси, гемостатиклар.

Даволаш тактикаси:

1. Ўпкадан қон кетиш тўхтатилгандан сўнг ҳар томонлама текшириш ва комплекс антибиотик даво, гемостатик симптоматик, даволовчи бронхоскопия, сурункали шаклига ўтганда оператив даво.
5. Шошилиш амалиёт.

Тестлар**Ўткир абцесс асоратида кузатилмайди.**

- A. абцесс бўшлиғини плеврал бўшлиққа ёрилиши
- B. қон кетиш
- C. соғлом ўпка тўқимасига йирингни сўрилиши
- D. ўпкада қуруқ бўшлиқни ҳосил бўлиши*

Ўпка бўлагининг гангренаида тавсия қилнади:

- A. Бронхоскоп ёрдамида бронх деворини ҳар кун тозалаш
- B. Ўпка артериясига антибиотик киритилади
- C. лобэктомия*
- D. эндобронхиал антибиотик киритиш орқали даволаш

Ўпка абцессидида кузатиладиган пневмотораксда биринчи уринда кўрсатма:

- A. эндобронхиал ферментлар киритиш орқали даволаш
- B. плеврал бўшлиқни найчалош*
- C. антибиотиклар
- D. рентген даволаш

Плеврани сурункали эмпиемаси учрайди:

- A. иккинчи хафтадан
- B. тўртинчи хафтадан
- C. олтинчи хафтадан
- D. саккизинчи хафтадан*

Ўпканинг бир томонлама тотал ателектазида кўрсатма:

- A. антибиотикотерапия
- B. плеврал бўшлиқни пунцияси
- C. плеврал бўшлиқни найчалош
- D. Бронхоскоп ёрдамида бронх деворини ҳар кун тозалаш *

Ўпканинг йирик кисталарида кузатилиши мумкин:

- A. пневмоторакс
- B. ўпкадан қон кетиш
- C. кистанинг йиринглаши
- D. юқоридагиларнинг барчаси тўғри*

Ўпканинг йирингли касалликларига киради (нотўғри жавобни белгиланг):

- A. ўпка абсцесси
- B. ўпка кистасини йиринглаши
- C. ўпка амилоидози *
- G. бронхоэктатик касаллик
- D. ўпка гангренаи
- E. зотилжам*

Ўпка ўткир абсцессининг эрта белгиларига киради (нотўғри жавобни белгиланг):

- А. эт увишиши
- Б. кўкракда оғрик
- В. балғамли йўтал *
- Г. юқори иситима
- Д. балғамсиз йўтал
- Е. кон туфуриш*

Абсцесс бронхга ёрилганда (нотўғри жавобни белгиланг):

- А. беморнинг аҳволи оғирлашади*
- Б. беморнинг аҳволи яхшиланади
- В. йирингли интоксикация камайади
- Г. ҳарорат пасаяди
- Д. кўп микдорда йирингли балғам ажралади
- Е. пиопневмоторакс*

Ўпканинг ўткир абсцессиди қўлланилади (нотўғри жавобни белгиланг):

- А. антибактериал терапия
- Б. бронхоскопда абсцесс бўшлиғини ювиш
- В. абсцесснинг турли усуллар билан дренажлаш
- Г. турли хил физиотерапия муолажалари *
- Д. детоксикацион терапия
- Е. пульмонэктомия*

Ўпка поликистози асоратланмайди:

- А. қонаш
- В. инфекция
- С. пневмоторакс билан
- Д. ўпканинг ривожланган ўсмаси билан*

Спонтан пневмоторакснинг кўп учрайдиган сабаби бўлиб хизмат қилади:

- А. ўпка абцесси
- В. ўпка ўсмаси
- С. бронхоэктазлар
- Д. ўпканинг буллёз кисталари*

Ўпка марказий ракиннинг асосий рентгенологик белгиси бўлиб ҳисобланади:

- А. ўпканинг мавжуд юмалоқ сояланиши
- В. ўпка илдизига "йўл" *
- С. ателектаз
- Д. диафрагманинг юқори туриши

Ўсманинг асосий давоси бўлиб ҳисобланади:

- А. рентген даво
- В. химиявий даво
- С. гормон даво
- Д. жаррохлик*

Балғамни атипик хужайрага текшириш қандай вақтларда утказилади:

- A. суткада бир марта
- B. икки кун кетма кет
- C. хар куни
- D. беш олти кун кетма кет*

Юрак тампонадасида кўрсатма:

- A. шошилич операция*
- B. қон қуйиш
- C. диуритик
- D. гемостатик даво

Клапанли пневмотораксда шошилич ёрдам нимадан бошланади

- A. трахеостомиядан
- B. плеврал бўшлиқни пункциясидан*
- C. қовурғалараро нерв блокадасидан
- D. кўкрак қафасини харакатлантришсиздан

Ўпканинг 1-2 сегментидаги сурункали абцессидида кўп қўлланиладиган операцияни кўрсатинг:

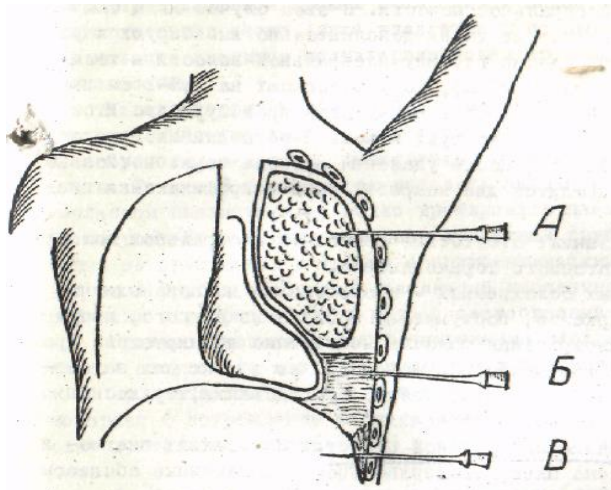
- A. зпканинг сегментар резекцияси
- B. абцесс бўшлиғини найчалош
- C. пульмонэктомия
- D. лобэктомия*

№	Баҳо	аъло	яхши	кониқарли	кониқарсиз	ёмон
1	Узлаштириш %	100%- 86%	85%- 71%	70-55%	54%-37%	36%ва паст
2	Вазиятли масала ва тестлар	15- 12,9балл	12,7- 10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл

5.Амалий қисм.

Плеврал пункция				
1. Кўрсатма: плевральная пункция экссудатив плевритда диагностик ва даволовчи мақсадда, гемоторакс, пиоторакс, плевра эмпиемаси, спонтан пневмотораксда амалга оширилади.				
2. Керакли асбоблар– 0,5%ли новокаин эритмаси, шприц, Дюфо нинаси.				
3. Талаба топшириғи – Плеврал пункцияга кўрсатмани айтинг.				
4. Имтиҳон олувчи учун маълумот: Талабани билим ва кўникмасини аниқланг ва алоҳида бўлимлар билан баҳоланг.				
№		Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1	Плеврал пункция ўрта умров чизиғи бўйлаб 2 қовурға оралиғидан (пневмоторакс) ёки урта қўлтиқ ости	10	5	0

	чизиғи бўйлаб саккизинчи коворға оралиғидан (плеврал бўшлиқда суюқлик мавжуд бўлса) амалга оширилади.			
2	Бемор ҳолати ўтирган ҳолда	10	5	0
3	Қўлни ва операцион майдонни обработка қилиш	10	5	0
4	0,5%ли новокаин эритмаси билан маҳаллий оғриксизлантириш.	10	5	0
5	Дюфо нинаси ёрдамида плеврал бушлиқни пункция қилиш.	10	5	0
6	Шприц ёрдамида суюқлик ва хавони сўриб олиш.	10	5	0
7	Нина орқали атмосферадан плеврал бўшлиққа ҳаво сурилишини олдини олиш мақсадида, нина билан шприц ўртасида резина найча қўйилади.	10	5	0
8	Резина найчага қисқич қўйгандан сўнг тўлган шприцни ажратиш	10	5	0
9	Зарур ҳолда плеврал бўшлиққа антибиотик киритиш	10	5	0
10	Нинани олиш ва асептик боғлам қўйиш.	10	5	0
	Станция бўйича максимал балл	100	50	0



Плевральная пункция

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш в %	100%- 86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва пасти
4	Амалий қисми	100-86 баллар	85-71 баллар	70-55 баллар	54-37- баллар	36 баллар

6. Билим , кўникма, малакани назорат шакли;

- оғзаки
- ёзма
- тест
- вазиятли масала
- амалий кўникмалар бажариш

7. Жорий кунда баҳолашнинг назорат мезони

№	Баҳо	аъло	яхши	қониқарли	қониқарсиз	ёмон
	Ўзлаштириш %	100%-86%	85%-71%	70-55%	54%-37%	36% ва паст
1	Назарий қисм	20-17,2 балл	17-14,2 балл	14-11 балл	10,8-7,4 балл	7,2 балл
2	Кейс-стади	50-43 балл	42,5- 35,5 балл	35- 27,5 балл	27-18,5 балл	18 балл
3	Вазиятли масалалар ва тестлар	15-12,9 балл	12,7-10,6 балл	10,5-8,25 балл	8,1-5,5 балл	5,4 балл
4	Амалий қисм	100-86 балл	85-71 балл	70-55 балл	54-37-балл	36 балл

8. Жорий назоратни баҳолаш мезонлари

№	%	Баҳо	Мезон
1	96-100%	Аъло "5"	Ошқозон ичак трактидан қон кетиш синдроми тушунчаси, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўрикда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, биохимик таҳлиллار ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва онгли равишда беморларнинг даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, ижодий ёндошади ва жавобни тўлиқ асослаб беради.
2	91-95%	Аъло "5"	Организмда қон кетиш механизми, постгеморрагик шок тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетишни даволаш тўғрисидаги саволларига тўлиқ, тўғри жавоб беради. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий

			<p>фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморларни даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Биохимик таҳлиллари ва каогулограмма интерпретациясида битта ҳатога йўл қўяди.</p>
3	86-90%	Аъло “5”	<p>Организмда ошқозон ичак трактдан қон кетиш механизмини, қон кетиш синдроми тўғрисида тушунчаларга, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностика, диагностика алгоритми, қон кетиш синдроми даволаш тўғрисидаги саволларга тўлиқ, тўғри жавоб бериш. Натижаларни чиқаради ва тўғри қарор қабул қилади. Ижодий фикрлайди. Мустақил таҳлил қилади. Мустақил беморларни курация қилади, беморни объектив кўриқда амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади. Мустақил ва билимли равишда беморлар даво тактикасини олиб боради. Интерактив ўйинларда актив иштирок этади. Вазиятли масалаларни ижодий томонлари билан тўлиқ жавобни асослаб ечади. Вазиятли масалаларни ечишда тўғри ёндашади, лекин 2-3 та ноаниқликларга йўл қўяди,</p>
4	81-85%	Яхши “4”	<p>Саволни тўлиқ тўғри асослаб беради. Талаба организмда қон кетиш сабабларини, қон кетиш синдроми тўғрисидаги тушунчани, қон кетиш симптомлари, классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, клиникаси, диагностикаси, беморларни даво тактикасини билади, амалиётда қўллайди, қон кетиш синдроми билан оғриган беморлар курациясида амалий кўникмаларни тўғри бажаради, клиник, каогулограмма, биохимик таҳлиллар ва инструментал текширишлар натижаларини тўғри таҳлил қилади, лекин 2-3 та хатоликлар, ноаниқликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни тўғри ечади. Лекин жавобни тўлиқ асослаб беролмайди.</p>
5	76-80%	Яхши “4”	<p>Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш классификацияси, диагностика, дифференциал диагностикаси, беморларни даволаш тактикасини билади, савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб</p>

			беради, аниқ тушунчаларга эга, вазиятли масалаларга жавоб тўлиқ эмас, интерактив ўйинларда актив иштирок этади.
6	71-75%	Яхши “4”	Саволларга тўғри, лекин тўлиқ бўлмаган жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми классификациясини билади, лекин қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини тўлиқ санаб беролмайди, қон кетиш синдроми сабабларини, диагностикасини билади, лекин беморларни даво тактикасини аниқлашда қийналади. Савол моҳиятини тушунади, ишонч билан жавоб беради, амалиётда қўллайди. Лекин амалий кўникмаларни бажараётганда ҳатоликларга йўл қўяди, вазиятли масалаларга тўлиқ жавоб беролмайди.
7	66-70%	Қониқарли “3”	Саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдромининг моҳиятини, қон кетиш синдроми классификациясини, қон кетиш сабабларини билади, лекин беморларни текшириш усуллари ва қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасида адашиб кетади. Мавзунинг айрим саволлари ҳақида аниқ тушунчаларга эга. Вазиятли масалаларни тўғри ечади, лекин жавобни асослаб беролмайди. Амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни баъзиларини нотўғри бажаради.
8	61-65%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради. Талаба қон кетиш синдроми моҳиятини билади, қон кетиш классификациясида ва қон кетиш сабабларида адашади. Қон кетиш синдроми дифференциал диагностикасини ва беморларни даволаш алгоритмининг ёмон билади. Мавзунинг айрим саволлари бўйича аниқ тушунчага эга, ишончсиз гапирди. Амалиётда қўллайди, лекин Амалий кўникмаларни нотўғри бажаради. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
9	55-60%	Қониқарли “3”	Берилган саволларнинг ярмига тўғри жавоб беради, синдромни таърифлашда, диагностикасида, дифференциал диагностикасида ва қон кетиш синдромини даволаш алгоритмида ҳатоликларга йўл қўяди. Ишончсиз гапирди. Мавзу тўғрисида қисман тушунчага эга. амалиётда қўллайди, лекин амалий кўникмаларни бажаришда кўплаб ҳатоликларга йўл қўяди. Вазиятли масалаларни ҳато ечади.
10	54% дан паст	Қониқарсиз “2”	Талаба синдром тўғрисида тушунчаларга эга эмас, классификацияни, диагностикани, дифференциал диагностикасида, беморларни даво тактикасини билмайди. Амалиётда қўллай олмайди.

9. Машғулотнинг хронологик харитаси

№	Машғулот босқичлари	Машғулот шакли	вақт 327 дақиқа	танаффус
1	Эрталабки конференцияда бўлиш ва фаол қатнашиш	давомад	30 дақиқа	
2	Талабани дарсга тайёргарлигини текшириш.	Дафтарни текшириш талабаларни баҳолаш мезонлари билан таништириш	20 дақиқа	
3	Ўқитувчининг кириш сўзи	Мавзунитушунтириш	25 дақиқа	5 дақиқа
4	Назарий қисм	Баҳс сўров, ақлий хужум	20 дақиқа	
5	Аналитик қисм	Кейс материалларини муҳокама қилиш	25 дақиқа	15 дақиқа
		Муаммони тасаввур қилиш вазиятни мустақил баҳолаш	45 дақиқа	5 дақиқа
		Хар бир гуруҳда топшириқ бериш.	45 дақиқа	45 дақиқа
		Вазиятли масала ва тестларни ечиш	45 дақиқа	5 дақиқа
6	Амалий қисм	Амалий кўникмаларни бажариш. Стационар ва поликлиника қабул бўлимлари ва бўлимларида ишлаш. Беморларни мустақил кўриш ва курация қилиш	65 дақиқа	15 дақиқа
7	Хулоса	Баллар бўйича баҳолаш уйга вазифа бериш мустақил ишлаш учун вазифа бериш	30 дақиқа	

10. Назорат саволлари

- ўпка деструктив йирингли касалликлари тушунчаси, таснифи
- ўпка деструктив йирингли касалликлари клиникаси ,диагностикаси, қиёсий ташҳиси.
- ёрдам
- даволаш тактикаси.
- Кўкрак қафаси шикастланишлари ва унинг асоратлари;

- пневмоторакс,гемоторакс,турлари,ташхис,УАШ тактикаси, биринчи ёрдам,плеврал пункция,уни дренажлаш ва операцияга курсатмалар.
- Ўпка абсцесси ва гангренаши тушунчаси
- Ўпка абсцесси этиопатогенези ва таснифи
- Ўпка абсцессига олиб келувчи сабаблар ва уларнинг урни
- Ўпка абсцесси ва кўкрак шикастланишининг ташхис усуллари
- Спонтан пневмоторакс тушунчаси ва этиологияси
- Пиопневмоторакс тушунчаси

11. Адабиетлар:

Асосий

1. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1991й.
2. Каримов Ш.И “Хирургик касалликлар” Т.1994й
3. Кузин М.И “Хирургические болезни” М.1997й
4. “Клиническая хирургия”, Панцырев Ю.М. редакцияси остида. М .1988й
5. Стручков В.И.“Ўпка ва плевра йирингли касалликлари” Л.1967й
6. Тема бўйича укув назорат программаси. (УНП)1997й
7. Тема бўйича стандарт протоколлар.1997й
8. Дж.Мерта “Справочник врача общей практики” М.1998й
9. Хирургия.Руководство для врачей и студентов.Под редакцией В.С.Савельева.М.1998

Кушимча адабиётлар

- 10.Алгоритмы диагностики и лечения основных синдромов для подготовки ВОП.Т.2003
- 11.Алгоритмы диагностики и лечения заболеваний хирургического профиля.Т.2003
12. Асосий жаррохлик синдромларининг ташхис ва даволаш алгоритмлари. Т.2006.
Муаллифлар: АталиевА.Е., Юнусов И.И., Мадаминов Р.М.,Арифжанова З.Ш.

**ЎЗБЕКИСТОН СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
«УАШ ХИРУРГИЯ» КАФЕДРАСИ**

**ХИРУРГИЯ ФАНИДАН ҲОЛАТИЙ МАСАЛАЛАР ТЎПЛАМИ
(ТИББИЁТ ОЛИЙГОҲЛАРИНИНГ 7 КУРС ТАЛАБАЛАРИ УЧУН)**

Ишлаб чиқувчи муассаса: Бухоро Давлат Тиббиёт Инститuti, «УАШ хирургия» кафедраси.

Тузувчилар:

УАШ учун жаррохлик кафедраси
муд. т.ф.д.,доц: **Уроков Ш.Т.,**

УАШ учун жаррохлик кафедраси
т.ф.н., ассистенти: **Мусоев Т.Я.,**
УАШ учун жаррохлик кафедраси
ассистенти: **Сафаров С.С.**

Бух МИ. Илмий Кенгаши йиғилишида
муҳокама қилинган ва тасдиқланган

“ ” 2014 йил. Баён №

**Илмий кенгаш котиби,
тиббиёт фанлари номзоди:**

Муаззамов Б.

УАШ жаррохлик-вазиятли масала

1.45 ёш бемор узок 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 кўшимча текширишлар керак:

III. Ўпка абсцесси бронхга очилгунча давр рентгенсемиотикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг ўпка ўткир абсцесси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	кўкрак қафаси рентгеноскопияси, ўпка рентгенографияси, қон ва сийдик умумий анализи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ўпка 2 ва 6 сегментларида юмалоқ соя перифокал инфильтрация билан	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

2. 45 ёш бемор узок муддат совукда бўлгач, тана ҳарорати 39оС га кўтарилиб, нафас олганда кучаювчи оғриқ кўкрак қафаси ўнг тарафида пайдо бўлган. Йўтал ва балғам ажралиши бўлмаган. 8 кун давомида даволанса ҳам ҳарорати тушмаган. 9-кун йўтал билан оғиз тўла сассиқ йирингли балғам ташлаган, кунига 200 мл атрофида балғам ажралиб тўрган. Тана ҳарорати тушиб, бемор ҳолати 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 қайерда даволанади:

№	Жавоблар	Макс. балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг ўпка абсцесси, бронхга очилган даври	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўпка рентгенографияси, 2 проекцияда, балғам умумий анализи, брoлнхоскопия, қон ва сийдик умумий анализи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	бемор торакал бўлимда даволаниши керак	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

3. 50 ёш беморда ўнг ўпка кўп сонли сурункали абсцесслари бўйича ўнг тарафлама пневмонэктомия қилинган. Бемор уйгонганидан 20 мин. Утгач, 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 хақида ўйлаш мумкин:

II. Асоратни қандай текшириш тасдиқлайди:

III. Қандай даво чоралари лозим:

№	Жавоблар	Макс. балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўпка томирларидаги лигатура ечилиб, томирлардан қон кетиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	кўкрак қафаси рентгенографияси, кўкрак қафасида суюқлик борлиги ва унинг миқдорини УТТда аниқлаш, плеврал бўшлиқ пункцияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	зудлик билан реторакотомия қилиш, қонаётган томирларни тикиш ва боғлаш, гемостатик даво, ОЦҚни тўлдириш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

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.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
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	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	гомеостаз ва КЦС коррекцияси, антибактериал терапия, қон ва оксил препаратлаи қўйиш, плеврал лаваж	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	плеврэктомия, ўпка декортикацияси, плевра бўшлиғини дренажлаш, Линберг бўйича торакопластика	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

5. 34 ёш бемор ўнг ўпка юқори бўлаги сурункали абсцесси бўйича ўнг ўпка юқори бўлаги лобэктомиясидан сўнг 2нчи куни аҳволи бирдан оғирлашган. Кўкракда

оғриклар кучайиб нафас етишмовчилиги ва тахикардия пайдо бўлган. Тана ҳарорати 37оС. Кўкрак ўнг тарафи нафасда суст қатнашади, нафас шовқинлари эшитилмайди. Перкутор товуш қисқарган. Рентгенда кўкрак ўнг тарафи сояланган. Кўкс оралиғи ўнгга силжиган.

I. Беморда қандай асорат юз берди:

II. Бу асорат нега юзага келди:

III. Беморни қандай даволаш лозим:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг ўпка ателектази	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	операциядан аввал ва сўнг бронхлар санацияси сифатсиз бўлган, операцияга тайергарлик сифатсиз, юқори лобэктомиядаги техник камчиликлар	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	санацион даво бронхоскопияси, антибактериал терапия, юрак давоси, нафас аналептиклари	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

6. 20 ёш бемор 2 hafta давомида йўтал билан кунига 200-300 мл йирингли балғам ташлайди, ҳолсизлик, терлаб кетиш, тана ҳароратининг 37,8-39оС га кўтарилишига шикоят қилади. Болалиқдан хаста. Бармоқлари ногора чўпига ўхшаш, тирноқлари - соат шишасига. 1 ой аввал рентген текширувида бронх-томир картинаси кучайгани, ўнг ўпка пастки қисмлари говаксимон структурага эга экан.

I. Диагнозни аниқлаш учун қандай текширувлар керак:

II. Беморни кайерда даволаш керак:

III. Даво тактикаси қандай бўлиши керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	диагностик бронхоскопия (йирингли эндобронхит манзараси), бронхография (бронхоэктазия, бронхлар яқинлашуви, чўлтоқ супурги белгиси), балғам анализи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	торакал хирургия бўлимида	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	комплекс антибактериал, умумий ва симптоматик даво, haftасига 1-2 марта бронхоскопик санация, чекланган бронхоэктазларда ва моънелик бўлмаса –	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

оператив даво					
----------------------	--	--	--	--	--

7. 50 ёш бемор 3 хафтадан бери гриппдан сўнг тана ҳарорати субфебрил, курук йўтал, ҳолсизлик, силласи қуриши, ҳансирашга шикоят қилади. Чап ўпка юқори бўлагида нафас сушт. СОЭ 45 мм/соат. Балғам анализида кўплаб эритроцитлар. Рентген текширувида ўпка юқори бўлагида аниқ чегараси бўлмаган ногомоген соя. Ёнлама текширувда 3 сегмент ателектази. Бронхографияда юқори бўлак бронхи торайган, емирилган контурга эга, олдинги сегмент бронхи аниқланмайди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Сизнинг тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг ўпка юқори бўлаги марказий раки	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	операцияга тайёргарликдан сўнг пульмонэктомия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	?	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

8. 50 ёш бемор торакал бўлимга оғир аҳволда келган. Шикоятлари ўнг ўпка соҳасида оғриқ, нафас етишмовчилиги, акроцианоз, йўтал билан кўланса ҳидли, гўшт селига ўхшаш балғам ажралишига, оғир интоксикация, тана ҳарорати кўтарилиши, гемодинамика кўрсаткичлари паст ва камқонлик. Ўпка рентгенографиясида ўнг ўпкада аниқ чегарасиз интенсив сояланиш бўлиб, унда кўплаб деструкция ўчоғлари бор. Плевра бўшлиғида бироз суюқлик бор.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Сизнинг даволаш тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг ўпка гангренази	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	5-7 кун давомида комплекс операция олди давоси (антибиотиклар, гемотрансфузия, гемосорбция, юрак препаратлари, инфузион- дезинтоксикацион терапия), ўнг тарафлама пневмонэктомия, иммунотерапия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	?	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

9. 40 ёш бемор пневмония ремиссияси пайтида бирдан тана ҳарорати кўтарилиб, совуқ қотиб, кўкрагида оғриқ ва йўтал пайдо бўлган. Хасталикнинг 7-куни йўтал вақтида оғиз тўла йирингли балғам ташлаган. Кунига 300 мл.дан балғам ташлаб тўрган. Иситмаси, оғриқ ва интоксикация камайиб тўрган вақтнинг 3-нчи куни йўталиш алвонранг, ҳаво пуфаклари аралаш балғам ташлаган.

I. Сизнинг ташхис, қандай текширишлар лозим:

II. Қандай асорат юзага келган:

Ш. Биринчи врачлик ёрдами:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўпка абсцесси, II давр, кон туфуриш асорати билан, ўпка рентгенографияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўпка абсцессидан қон кетиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	қонаётган бронх сегментини бронхоскопик пломбировка қилиш, гемостатиклар, бронхларни айрим интубация қилиш, гемостатиклар, бронхиал ангиографияда қонаётган томир тармоғини эмболизациялаш, гемостатиклар	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

10. 45 ёш бемор оғир юк кўтаргач тўсатдан кўкрак қафаси ўнг томонида оғрик, нафас етишмовчилиги пайдо бўлиб ёта олмаган. Туриш ёки утиришга мажбур бўлган. Кўкрак қафаси ўнг тарафи нафас олишда суст қатнашади, перкутор ногора товуши, аускультацияда – нафас фақат ўпка илдизи соҳасида аниқланади, шовқинлар йўқ.

I. Сизнинг ташхисингиз ва уни тасдиқлаш учун қандай текширишлар лозим:

II. Спонтан пневмоторакс рентгенсемиотикаси:

III. Бемор қайерда даволаниши керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг ўпка буллез трансформацияси, спонтан пневмоторакс асорати билан. Кўкрак қафасининг рентгенографиясини қилиш керак	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	пневмоторакс, ўпка коллапси, плеврал синусда суюқлик, кўкс ораллигининг қарама-қарши томонга силжиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	торакал бўлимда, хирургия бўлими торакал палатасида	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

11. Бемор 42 ёшда стационарга тезкор равишда олиб келинди. Қон қусиш тўсатдан бошланган. Бемор тақидлашича сўнги 2 йил давомида 2 марта қон кетиш. Анамнезида Боткин хасталигини ўтказган. Кўрганда қорин юза веналари «медуза боши» дек кенгайган. Катталашган талоқ ва қирғоқлари қаттиқлашган жигар пайпасланади.

I. Қон кетиш манбаи:

II. Ташхисни тасдиқловчи тешириш усули:

III. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ВРВ	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	гемостатиклар, Блекмор зонди	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

12. Ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган бемор хафта давомида азобловчи, орқага узатилувчи оғриқ, жиғилдон қайнаши, тунги оғриқ (қайсики бемор шу сабабли ухлай олмаган) кабилар билан ҳарктерланган касаллик қўзиши кузатилди. Охирги икки кун давомида оғриқлар йўқолиб, жиғилдон қайнаши тўхтади, лекин беморни ҳолсизлик ва бош айланиш безовта қила бошлади.

I. Қайси асорат кузатилмоқда:

II. Қайси тешириш усулларини ўтказиш лозим:

III. Операция турлари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ярадан қон кетиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	гемодинамик кўрсаткичларни аниқлаш, ошқозонни зондлаш, тозаловчи хўқна ва тезкор ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ошқозон резекцияси ёки ярани тикиш ваготомия билан	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

13. Бемор 65 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги 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:

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

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ярадан қон кетиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	тез ёрдам машинасида жарроҳлик бўлимига	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

14. Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, ҳолсиз, бош айланиш, ҳушидан кетиш ҳолати кузатилган. Тери қопламлари рангпар. АҚБ 90/60мм.см.уст, Рс-120 зарба 1 минутда, «жофе куйқа»сидек қусган, ичи қора рангда келган.

I. Сизнингташхисингиз:

II. ОИТ дан қон кетиш кўп кузатиладиган сабаблари:

A. *

B. геморрагик гастрит

B. Меллори-Вейс синдроми

Г. эрозив гастрит

III. Тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ошқозон-ичак трактидан (ОИТ) қон кетиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ошқозон ва 12бармоқли ичак яраси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	1% викасол, аминаокапрон кислота, дицинон тавсия қилиш, антиацидлар тавсия қилиш, H₂ блокаторлар тавсия қилиш,	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

15. Бемор анамнезида кўп йиллардан буён ошқозон яра мавжуд. Даврий равишда(1 йилда 2марта кўзиб туради) охири бор оғриқлар интензивлиги 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 кузатилмоқда:

II. Шифохонада перфорация ва ярадан қон кетиш қандай ташхисланади:

III. Ярадан қон кетиш ҳамда яра перфорацияси бўлган беморда даво тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ҳар иккаласи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	обзор рентгенография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оператив даво	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

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 кузатилмоқда:

II. Тактикангиз:

III. Давони қандай ташкил этиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан
---	----------	-----------	----------------	---------------	-----------------	-----------------

						кам
1	ярадан кон кетиши қайталамоқда	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	такрор ЭГДФС ўтказиш қонни вақтинчалик тўхтатиш ва кейинчалик оператив даво учун	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	вақтинчалик кон тўхтатгандан сўнг оператив даво: қонаётган томирни тикиш ваготомия билан, вақтинчалик кон тўхтатгандан сўнг оператив даво: радикал ошқозон резекцияси	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

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	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	Меллори-Вейс синдроми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	тинчлантирувчи ётоқ режими, консерватив даво (гемостатиклар, H₂ блокаторлар, протон помпа ингибиторлари)	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

18. Бемор 60 ёшда клиникага кон кетиш аломатлари оғзидан очиқ кизил рангли, кўпikli кон келиши билан келди. Умумий аҳволи оғир тери қопламлари рангпар бўлиб, жуда озиб кетган

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз:

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули:

III. Тез ёрдам шифокорининг қуйидаги ҳолатдаги биринчи ёрдами:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўпка потологияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўпка рентгенскопияси ва бронхоскопия нишонли биопсия билан	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	юқоридагиларни ҳаммасини биргаликда амалга	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

	ошириш керак					
--	---------------------	--	--	--	--	--

19. Бемор 35 ёшда кўп вақт ревматизм билан даволанган. У мушак орасига курсли антибиотиклар олмоқда, доимо аспирин ичиб, вақти-вақти билан санатор-курортда даволанади. Беморда тўсатдан «кофе қуйқаси»дек қусиш кузатилди. Илгари бундай ҳолат кузатилмаган. ОИТ томонидан шикоятти бўлмаган.

I. Сиз нимага гумонсирамоқдасиз:

II. Ташхисни тасдиқловчи текшириш усули:

III. Биринчи навбатда қандай чора кўриш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўткир аспиринли яра, эрозив гастрит ревматик васкулит фониди	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	1% викасол,аминокапрон кислотадицинон тавсия қилиш, антиацидлар тавсия қилиш, Н₂ блокаторлар тавсия қилиш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

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	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	жигар циррози, портал гипертензия, қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	қизилўнгач псткки 1/3 қисмидаги порто-ковал анастомоздан	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ректороманоскопия	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

21. Ўн икки бармоқли ичак яраси бўлган бемор ҳафта давомида азобловчи, орқага узатилувчи оғриқ, жигилдон қайнаши, тунги оғриқ (қайсики бемор шу сабабли ухлай олмаган) кабилар билан ҳарактерланган касаллик кўзиши кузатилди. Охириги икки кун давомида оғриқлар йўқолиб, жиғилдон қайнаши тўхтади, лекин беморни ҳолсизлик ва бош айланиш безовта қила бошлади. Тез ёрдам билан ярадан қон кетишга гумонсираб клиникага олиб келинди

I. Қандай текширув усуллари ташхисни тасдиқлайди:

II. Қайси текширув усулини қўллаб қон кетиш интенсивлигини баҳолаш мумкин:

III. Давони нимадан бошлаш лозим:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ЭГДФС, контрастли рентгенография, умумий кон таҳлили	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ҳар иккаласи	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

22. Бемор 50 ёшда кўп йиллардан буён ошқозон яра хасталиги билан хасталаниб, охириги 2 кунда оғриқлар интенсивлиги камайиб, кучайиб борувчи ҳолсизлик ва бош айланиши пайдо бўлди. Ичи кўп миқдорда қора рангда келди. Тез ёрдам машинасида шифохонага олиб келинди. Бемор рангпар бўлиб, эпигастрал соҳада бироз оғриқ бўлиб, қорин парда таъсирланиш аломати йўқ. Гемодинамик кўрсаткичлар 25% ОЦК дефицитини кўрсатмоқда. ЭГДФС картинада ярадан сизиб қон кетиш аломати.

1. Бу кўрсаткичлар қон кетиш қайси даражасига тўғри келади?

II. Бу қон кетишни Форест бўйича таснифланг:

III. Операция турлари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	3	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	2а	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Ошқозон резекцияси ёки ярани тикиш ваготомия билан ва дренажловчи операция	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

23. Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда, ҳолсиз, бош айланиш, ҳушидан кетиш ҳолати кузатилган. Тери қопламлари рангпар. АКБ 90/60мм.см.уст, Ps-120 зарба 1 минутда, «кофе куйка»сидек қусган, ичи қора рангда келган.

I. Бу аломатлар қайси хасталик учун хос:

II. Ўз ташхисингизни тасдиқлаш учун қандай тезкор текширув усулларини қўллайсиз:

III. Тактикангиз:

№	Жавоблар	макс. балл	Тўлиқ жавоб	Нотўлиқ жавоб	Қониқар- сиз жавоб	
1.	ошқозон ва 12бармоқли ичак яраси	20	10-20	5-9	0-4	
2.	ЭГДФС	30	20-30	5-19	0-4	
3.	1% викасол, аминаокапрон кислота, дицинон тавсия қилиш, Антиацидлар тавсия қилиш, H₂ блокаторлар тавсия қилиш	20	10-20	5-9	0-4	
№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам

1		30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2		30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3		40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

24. Бемор анамнезида кўп йиллардан буён ошқозон яра мавжуд. Даврий равишда (1 йилда 2 марта 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. 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	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ЭГДФС, обзор рентгенография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	обзор рентгенография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Мондор	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

25. Бемор 60 ёшда клиникага қон кетиш аломатлари оғзидан очиқ кизил 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	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ҳаммаси тўғри	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўсма емирилиши бронхга ёрилиш билан	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	1% викасол, аминоксапрон кислота, дицинон тавсия қилиш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

26. Беморда ошқозон кичик эгрилигида жойлашган оёқчадаги аденоматоз полип борлиги аниқланди

I. Тактикангиз:

II. Операциядан кейинги тактикангиз:

III. Касалликни қайси бир патология билан қиёслаш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	эндоскопик электроэксцизия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	Кузатув ва 6 ойдан сўнг ЭГДФС нишонли биопсия билан	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	экзофит рак	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

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	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ха	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ошқозон проксимал резекцияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	кузатув ва 6 ойдан сўнг ЭГДФС нишонли биопсия билан	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

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 жунатасиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ярадан қон кетиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	тез ёрдам машинасида жарроҳлик бўлимига	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

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 кузатилмоқда:

II. Бу ҳолатда портал гипертензиянинг қайси варианты кузатилмоқда:

III. Даво муолажаларини нимадан бошлаган маъқул:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	қизилўнгач варикоз кенгайган веналаридан қон кетиш	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	жигар ости блоқи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	гемостатиклар, Блекмор зонди	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

30. Бемор 55 ёшда кучли қусишдан сўнг қонли қусиш кузатилди. Бемор сут беги раки сабабли химиотерапия курсини олмоқда. Ҳар бир курс кучли қусиш билан кузатимокда. Бемор рангпар, ҳолсиз.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Ташхисни тасдиқлочи тешириш усули:

III. Тактикангиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	Меллори-Вейс синдроми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ЭГДФС	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	тинчлантирувчи ётоқ режими, консерватив даво (гемостатиклар, H2 блокаторлар, пратон помпа ингибиторлари)	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

31. Бемор 50 ёшда. Клиникамизага чап оёқда вена томирларини кенгайиши, кечқуриш шишлар пайдо бўлиши, товоннинг медиал тарафида қичишиш безовта қилиши билан шикоят қилиб келди. Кўриқда: таннанинг пастки қисмида тана ҳарорати нормал, катта тери ости венаси кенгайган, товоннинг пастки медиал қисми пигментлашган, пульсация сақланган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Қайси касалликлар билан қиёсий ташхис ўтказиш лозим:

III. Текширув методлари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқни варикоз кенгайиши декомпенсация босқичи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўткир тромбоз	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	функционал синамалар	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

32. Бемор 28 ёшда шифохонага ўнг оёқда оғирлик ва оғриқ сезиши вертикал ҳолатда чарчаб қолиши. Тунда шишлар оёқда пайдо бўлиши ва дам олгандан сўнг шишларни йўқолиши билан шикоят қилиб келди. Кўриқда: ўнг оёқнинг тери ости венаси кенгайганлиги ва тик ҳолатда томирларни чувалчангсимон кенгайганлиги ва пульсация сақланганлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Қайси касалликлар билан қиёсий диагностика ўтказиш лозим:

III. Қайси функционал синамалар кўпроқ информатив:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқни варикоз кенгайиши компенсация босқичи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	юзаки веналар ўткир торомбози	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

3	Троянова - Трендленбург	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0
---	--------------------------------	----	---------	-----------	-----------	---

33. Бемор 24 ёшда. Чап оёқда оғриқ оғирлик сезишига, мушалкда тортишиш ва қичиши пайдо бўлишига, товонда шишлар бўлишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: Чап оёқнинг катта тери ости венаси кенгайганлиги аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак:

III. Қайси функционал синамлар информатив:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқни варикоз кенгайиши субкомпенсация босқичи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	юзаки веналарни ўткир тромбози	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Троянов-Трендленбург	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

34. Бемор 50 ёшда Клиникага иккала оёқда доимий оғриқлар, увишиш, иккала оёқда шишлар безовта қилишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: товонлар қалинлашган, кўкарган, шишган. Иккала оёқнинг ички томонидан кўплаб трофик яралар бор.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қандай текширув методалари ўтказиш лозим:

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, трофик яралар асорати	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	флебография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	посттромбофлебитик синдром	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

35. Бемор 63 ёшда. Ўнг оёқда сезгирликни камайиши, увишиш, қичишиш, тана ҳароратини ошишига, кучли оғриқлар пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: товон қалинлашган, кўкарган, шишган. Ўнг оёқда юзаки веналарни шнурсимон кенгайиши ва шу соҳада қизаришлар борлиги, пальпатор оғриқлар сезиши аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Инструментал текшириш усуллар:

III. Қандай асоратлар бўлиши мумкин:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	иккала оёқни варикоз кенгайиши компенсация босқичи, тромбофлебит асорати	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	флебография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

3	ўпка тромбоэмболияси	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0
---	---------------------------------	----	---------	-----------	-----------	---

36. Бемор 65 ёшда, клиникага мушакларда оғриқ бўлиши, тана ҳароратини кўтарилиши оёқларда шиш пайдо бўлишига шикоят қилиб келди. Хомонс и Левенберг симптомлари мусбат.

I. Сизни диагнозингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Текширув методлари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чуқур венлар ўткир тромбофлебити	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ётоқ режим, Беллер шинасини 10 кунга қўйиш, антибиотиклар и антикогулянтлар бериш	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	функционал синамалар	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

37. Бемор 55 ёшда клиникага чап оёқда оғриқ, шиш, вена томирларини кенгайишига, шишлар борлигига, трофик яра борлигига шикоят қилиб келди. Яра гоҳида ёпилиб очилиб қайталанди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

III. Диагнозни аниқлаштириш учун лозим:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқнинг посттромбофлебитик синдроми яралли формаси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	веналарни варикоз кенгайиши касалиги	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	флебография	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

38. Бемор 32 ёшда оёқда вена томирларини варикоз кенгайишига, тез чарчашга, оғирлик сезишига, шишлар борлигига шикоят қилиб келди.

I. Қандай касаллик ҳақида уйлаш мумкин:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

III. Текшириш усуллари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	оёқнинг варикоз касалиги	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўткир тромбофлебит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	флебография	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

39. Бемор 45 ёшда клиникага венларни варикоз кенгайишига, ҳолсизликка, чап оёқда оғриқлар бўлиши, мушакларда тортишиш сезишига шикоят қилиб келди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қандай текширувлар ўтказиш лозим:

III. Тавсия этиладиган оператив даво тури:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқнинг юза веналарини бирламчи атоник кенгайиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	функционал синамлар	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Бибкокк бўйича флeбэктомия	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

40. Бемор 59 ёш, анамнезида 8 ой олдин оёқларни чуқур веналарини ўткир тромбозини ўтказган. Шикояти: чап оёқдаги оғриқ ва оғирлик хисси, оёқларда кўп вақт тўрғанда оғриқларни кучайишига ҳамда горизонтал ҳолатда оғриқларни йўқолишига. Чап оёқда юзаки веналарни илон изи кўринишида варикоз кенгайиши аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Текшириш усуллари:

III. Даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	посттромбофлебитик синдром, варикоз тури	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	флeбoгpафия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	oпepaтив дaвo	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

41. Бемор 55 ёш, болдир соҳасидаги ўткир оғриқларга, оғриқларни ҳаракат вақтида кучайишига, болдирни пастки учдан бир қисмидаги шишга, тана ҳароратини ошишига. Оёқ кафти букилганда болдир мушакларида оғриқ пайдо бўлади. Худди шундай оғриқлар болдирни ўрта қисми Рива-Роччи манжетаси билан сиқилганда ҳам пайдо бўлади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Беморда қанси симптомлар аниқланган:

III. Текшириш усуллари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг оёқ чуқур веналари ўткир тромбози	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оёқ кафти букилганда оғриқлар пайдо бўлиши – Хоманс симптоми. Шундай оғриқлар манжета билан сиқилганда пайдо бўлиши – Левенберг симптоми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	флeбoгpафия	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

42. Бемор 35 ёш, болдир мушакларидаги ўткир оғриқлар, оғриқларни ҳаракат вақтида кучайиши, болдир пастки қисмида шиш, тана ҳароратини ошиши шикоят билан келди.

I. Бирламчи ташхисингиз:

II. Объектив текширишда қайси симптомлар мусбат бўлади:

III. Даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқ чуқур веналари ўткир тромбофлебити	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	Хоманс ва Левенберг	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ётоқ режим, жароҳатланган томонга Беллер шинасини қўйиш, малҳамли бинтли боғлам, антикоагулянт ва антибиотиклар	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

43. Бемор 45 еш чап оёқ веналири варикоз кенгайишига шикоят қилиб келди. Объектив: оёқ ҳарорати нормал, оёқ ката тери ости венаси кенгайган, болдирни пастки медиал соҳаси пигментланган, томирлар пульсацияси нормал.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Қайси текшириш методалир ёрдамида ташхисни тасдиқлаш мумкин:

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқ веналари варикоз кенгайиши, декомпенсация босқичи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	функционал синмалар, флебография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ўткир тромбофлебит	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

44. Бемор 28 еш, чап оёқлаги оғриқ ва оғирлик хиссига шикоят билан келди. Чап оёқдаги шишлар тундаги дам олишдан сўнг ҳам ўтмайди. Шишлар тупик соҳасига ҳам тарқалган. Анамнезида 3 ой олдин чуқур веналар тромбозини ўтказган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Қайси текшириш усуллари ташхисни тасдиқлаши мумкин:

III. Қайси касалликлар билан қиёслаш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	посттромбофлебитик синдром, чап болдир чуқур веналари зарарланиши билан	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	флебоданометрия ва	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

	функционаля флебография					
3	чукур веналар ўткир тромбози	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

45. Бемор 39 ёш, анамнезида 8 ой олдин чап оёқ юзаки веналари ўткир тромбозини ўтказган. Шикоят: чап оёқдаги оғриққа, узоқ вақт тўрғанда оғриқларни кучайишига, горизонтал ҳолатда оғриқлар камаяди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Текшириш усуллари:

III. Даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	посттромбофлебитик синдром	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	флебография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оператив даво	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

46. Бемор 34 ёш. Чап оёқнинг пастки қисмида қизариш, шиш борлигига ва ҳаракат вақтида чап оёқ мушакларида оғриқ пайдо бўлишига шикоят қилиб келди.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қандай диагностика методалари ўтказишлари лозим:

III. Қайси касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш лозим:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқ юзаки веналарин тромбофлебити	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	флебография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	юзаки веналарни ўткир тромбози	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

47. Бемор 64 ёшда, чап оёқда оғриқлар, увишиш, қичишиш, тана ҳароратини 38 С га кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: товон қалинлашган, цианотик ўзгарган, шишган. Чап оёқ юзаки венларини шнурсимон кенгайганлиги, терисини қизарганлиги ва пальпатор венада оғриқ сезишлиги аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қандай асоратлар кузатилиши мумкин:

III. Қандай текширув методлари ўтказилиши керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўпка артериясини тромбоэмболияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	функционал синамалар ва	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

флебология					
-------------------	--	--	--	--	--

48. Бемор 64 ёшда, ўнг оёқда кучли оғриқ, увишиш, қичишиш ва тана ҳароратини кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: товон қалинлашган, кўкарган, шишган. Чап оёқ юзаки веналарини шнурсимон кенгайганлиги, венадан юқори соҳада терини қизарганлиги ва пальпатор вена соҳасида оғриқ сезиши аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қайси касалликлар билан қиёслаш лозим:

III. Қандай асоратлар кузатилиши мумкин:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўткир тромбоз	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

49. Бемор 64 ёшда, иккала оёқда қизариш, оғриқ, қичишиш, тана ҳароратини 38 Сга кўтарилишига шикоят қилиб келди. Кўрикда: товон соҳаси қизарган, шишган, қалинлашган. Иккала оёқда юзаки веналарни шнурсимон кенгайганлиги ва венадан юқори қисмида тери қизарганлиги, пальпатор вена соҳасида оғриқ сезишлиги аниқланади.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Қандай асоратлар кузатилиши мумкин:

III. Диагностика методлари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	иккала оёқнинг варикоз касаллиги декомпенсация босқичи, тромбофлебит асорати	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўпка артериясини тромбоэмболияси, кўтарилувчи тромбоз, Посттромбофлебитик синдром	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	махсус функционал синамалар и флебология	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

50. Бемор 28 ёшда клиникага: бўйин соҳасидаги 1,5x1,0 см оғриқларга ва шишга ва пульсацияга шикоят қилиб келди. Анамнездан: 2 ой олдин шу соҳага отилган жароҳат олган ва шундан кейин бўйин соҳасида шиш пайдо бўлган. Аускультатив: шиш устида систолик шовқин эшитилади.

I. Сизнинг ташхисингиз

II. Қандай текшириш усули бу касалликда информатив:

III. Қандай даволаш усуллари мавжуд:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	травматик артериал аневризма	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

2	артериография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	аневризми кесиш, томир бутунлигини тиклаш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

51. Поликлиника шифокори қабулига 35 ёшли эркак оёқлардаги оғриқларга, оғриқни ҳаракатда кучайишига, сезгини йўқолишига шикоят қилиб келди. Кўриқда: иккала оёқ атрофиялашган, артериал пульсация пасайган, аускультацияда аорта проекциясида систолик шовқин эшитилади.

I. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин:

II. Лериш синдромини асосий келиб чиқиш сабаблари:

III. Мавжуд операция турларини санаб ўтинг:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	Лериш синдроми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	томирларнинг атеросклеротик жароҳатланиши, аутоиммун фактор	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оклюзион томир резекцияси, протезлаш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

52. Бемор 40 ёшда: тез чарчашга, оёқ мушаклари диффуз атрофиясига, ностабил эрекцияга шикоят қилиб келди. Кўриқда: болдир ва панжа териси оқимтир тусда эканлиги шу ҳолат вертикал шароитда ҳам сақланиши аниқланади.

I. Қайси касаллик ҳақида уйлаш мумкин:

II. Дифференциал диагностика мақсадида қайси текшириш усуллари қўлланилади:

III. Қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	Лериш синдроми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	аорта- ангиотерапия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	облетирланган эндоартериит	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

53. Поликлиника шифокори қабулига 60 ёшли аёл оёқдаги оғриқларга, камсезгирликга, соч тўкилишига, тирноқларни секин ўсишига, оёқни совуқ сезишига, анал сфинктери етишмовчилигига шикоят қилиб келди.

I. Диагноз:

II. Қўшимча текшириш усуллари

III. Касалликни ривожланиши ва авж олишига олиб келувчи омиллар:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	Лериш синдроми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ультратовуш доплерографияси, реовазография,	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

	рентгеноконтраст ангиография, радиоизотоп текшириш усуллари					
3	атеросклеротик стеноз қисмини катталигига	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

54. Поликлиника шифокори қабулига 22 ёшли эркак бемор: оёқдаги оғриқларга, ўтиб кетувчи оқсоқланишга 200- 300 метрдан, кўп вақтдан бери битмаётган оёқ панжасидаги ярага шикоят қилиб муружат қилди.

I. Қайси томир касалликлари билан тафовут қилиш керак:

II. Қандай томир касалликлари билан тафаут қилиш зарур:

III. Касалликни этиопатогенези:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	облетирланган эндоартериит, Лериш синдроми, тромбоангиит, диабетик ангиопатия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	Лериш синдроми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	аутоиммун жараён	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

55. Поликлиника шифокорига 20 ёшли бемор аёл: оёқдаги оғриқларга, субфебрил гипертермияга, бўғимлардаги оғриқларга, тахикардияга, камқувватликга шикоят қилиб муружаат қилди.

I. Диагноз:

II. Қандай томир касаллик лари билан тафаут қилиш зарур:

III. Даво тактикасини танлаш:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	неспецифик аортоартериит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	аортанинг атеросклеротик жароҳатланиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	антибактериал ва гормонтерапияси	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

56. Поликлиника шифокорига 22 ёшли эркак бемор: оёқдаги санчиқларга, бармоқлардаги сезгирликни пасайганлигига, тез- тез чарчашга, камқувватликга шикоят қилиб келди. Оёқ совуқ сезганида оқимтир тусга кириб, пайпаслаганда совуб қолади. Соатига 4-5 км/с юрганда 1000 м юрганда ўтувчи оқсоқлик аниқланади. Ўнг оёқ артериясида пульсация сусайган, чап оёқ пульсацияси аниқланмайди.

I. Касаллик босқичини ва даво тактикасини аниқланг:

II. Даво тактикасини танлаш:

III. Касалликни аниқлайдиган қандай функционал пробалар мавжуд:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан
---	----------	-----------	----------------	---------------	-----------------	--------------------

						кам
1	1 босқичи, консерватив даво: спазмолитиклар, микроциркуляцияни ва кон реологиясини яхшилаш	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	консерватив даво: спазмолитиклар, микроциркуляцияни ва кон реологиясини яхшилаш	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Опелл плантар ишемии пробаси, проба Шамова, Самюэлс	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

57. Тез ёрдам машинаси чақириқга борганида 66 ёшдаги аёлга, кўп йилдан бери мерцал аритмия оғриган беморда ўнг оёқда, куймичда пайдо бўлган ўткир оғриқларга, оёқларини совушига шикоят қилади.

I. Диагноз:

II. Қайси томир касалликлари билан тафовут қилиш керак:

III. Даво тактикасини танлаш:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	илео-феморал тромбоз	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ўткир флеботромбоз	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	тромб лизиси, эндоваскуляр тромбэктомия	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

58. 65 ёшли бемор, кўп йиллардан бери оёқ варикоз веналари кенгайиши билан хасталанган. 3 кун олдин чап болдир орқа медиал қисми вена томирлари проекциясида оғриқ сезди. Оғриқ кучайди, бемор ҳаракатдаги қийинчиликлар сезиб бошлади, тана температураси 37,8Сгача кўтарилди. Кўриқда: вена томир йўналишида эркин ифодаланган гиперемия аниқланади. Вена томир деворлари қалинлашган, айрим жойлари щеткасимон ўзгарган, оғриқли боғлам шаклида пальпация қилинади. Тери инфильтрациялашган, қизарган, оғриқли. Оёқ ва панжаларда шиш аниқланмайди.

I. Диагноз:

II. Даво тактикаси:

III. Икқиламчи веналар варикоз кенгайиши сабаблари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	оёқ юзаки веналари тромбофлебити	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оператив даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	хамма жавоблар тўғри	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

59. 70 ёшли беморда, чап сон ва болдир веналарида икқиламчи варикоз кенгайган веналар аниқланади. 10 йил олдин бемор флеботромбоз ўтказган. Ундан ташқари бемор болдир медиал юзасида трофик яра аниқланади ўлчамлари 10x5 см, ва кўп вақтдан бери битиш тенденцияси йўқ. Флебодиагностика текширувда сон ва болдир чуқур веналари реканализациялашган, кўплаб коммуникант веналар аниқланади.

- I. Диагноз:
 II. Даво тактикаси:
 III. Флеботромбоз профилактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	беморда посттромбофлебитик синдром, оператив даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	тромболитик ва антикоагулянт терапия самарасизлигида, оператив даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	медикаментоз ва механик профилактика	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

60. 62 ёшли беморда, бачадон экстирпациясидан кейин 8 кун тўсатдан нафас сиқиши, кукрак қафасидаги оғриқлар, хушидан кетиш кузатилди. Реанимацион муолажалар ёрдамида беморни эс-хуши ўзига келди. Беморнинг умумий аҳволи ўта оғир. Юзида ва кўкрак қафасида цианоз аниқланади. Ўпкасида везикуляр нафас. Пульс 120 марта 1 минутига АКБ.80\50 мм.см.уст. ўнг оёқда бироз шиш аниқланади, ўнг чов соҳасида томирлар инъекцияси аниқланади ва шу соҳасидаги оғриқлар сезади. Ангиографияда «чўлтоғ» симптоми чап ўпка артериясида аниқланади.

- I. Қанақа асорат пайдо бўлди, шифокор тактикаси:
 II. Шифокор тактикаси:
 III. Замонавий даволаш усуллари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг сон венаси флеботромбози, чап ўпка чап тармоқ артерияси эмболияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оператив даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ҳамма жавоблар тўғри	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

61. 66 ёшли беморда, чап болдир мушакларида 50 м. юрагндан кейин оғриқлар пайдо бўлганлигига, оёқни хатто ёз ойларида ҳам совушига, тез оёқлар чарчаб қолишига шикоят қилади. Кўрикда: чап болдир ва панжасида окимтир рангда, ўнг оёқ чапга қараганда ҳам окроқ рангда, пайпаслаганда совуқроқ. Ўнг оёқда пульс сон артериясида аниқланади, ва сусайган. Ёнбош артерия устида систолик шовқин аниқланади. Беморнинг умумий аҳволи коникарли, хотираси сусайган, юрак соҳасидаги жисмоний зўриқишдаги оғриқларга шикоят қилади.

- I. Диагноз:
 II. Беморга қандай даво буюрилади:
 III. Касалликга олиб келувчи сабаблар:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	беморда ўнг ёнбош артерияси стенози ва сон артерияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

	окклюзияси. Кўрсатма, оператив даво					
2	консерватив терапия, кўтувчи хирургик тактика	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	тромбни юракдан томирларга эмиграцияси	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

62. 66 ёшли беморда, клиникага келишидан 2 кун олдин ўнг оёқда тўсатдан ўткир оғриқлар пайдо бўлган. Кўрикда: беморда Ю.И.К. клиник кўриниши, мерцал аритмии, ўнг оёқ ишемияси 3 В даражаси.

I. Шу ҳолатда ангиография зарурми, беморга қандай даво тавсия қилинади:

II. Беморни ташхиси:

III. Даво тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ўнг оёқдаги ўзгаришлар кайтмайдиган жараён ҳисобланади ва ангиографияга кўрсатма йўқ, эмболия бўлиш хафи инобатга олиниб, консерватив терапия, кўчувчи хирургик тактика	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оёқ чуқур веналар ўткир тромбофлебети	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	консерватив даво	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

63. Бемор 55 ёшли аёл, бўлимга оёқ мушакларидаги ҳаракатда кучаядиган ўткир оғриқларга, чап болдир соҳасидаги шишга, тана температурасини ошишига шикоят қилиб келди. Объектив кўрикда Хоманс ва Левенберг белгилари аниқланади.

I. Беморни ташхиси:

II. Даво тактикаси:

III. Касалликга олиб келувчи омиллар:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап оёқ чуқур веналари ўткир тромбофлебети, стационар даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	стационар даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	томирлар яллиғланиш фониди веноз кон айланишига ўткир тўсиқ	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

64. Бемор 38 ёшли аёл, чап оёқдаги кўп вақт давомида тик тўрганда пайдо бўладиган оғриқга ва оғирликга, горизонтал ҳолатда юқоридаги шикоятлар йўқолишига шикоят қилиб келди. Кечқурунги уйқудан кейин шиш ва оғриқлар йўқолишини кайт қилади. Юзаки веналар кенгаймаган, томирлар пульсацияси нормада. Анамнезидан 6 ой олдин чап оёқ чуқур веналари тромбози билан оғриган.

I. Беморни ташхиси:

II. Постромбофлебетик синдромни Савельев В.С 1983 г бўйича классификацияси:

Ш. Касалликни консервативн даволаш усуллари:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	посттромбофлебитик синдром, шиш- оғриқ тури чап болдир чукур веналари жароҳати	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ҳамма жавоблар тўғри	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ҳама жавоблар тўғри	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

65. Бемор 52 ёшда, анамнезидан 10 ой олдин ўнг оёқ чукур веналари ўткир тромбози билан хасталанган. Бўлимга оёқда кўп вақт давомида тикка тўрганда пайдо бўладиган ва горизонтал ҳолатда йўқоладиган ўнг оёқдаги оғриқ ва оғирликга шикоят қилиб келди. Ўнг оёқда юзаки кенгайган кўп бурмали варикоз томирлар аниқланади.

I. Диагноз:

II. Даво тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	посттромбофлебитик синдром варикоз тури, оператив даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	варикоз тури, оператив даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	?	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

66. Бемор 34 ёш, бир неча кунлаб ичини мустақил келмаслигига, қорнини катталашшига, оғриққа шикоят қилиб келди. Ичи фақат сурги дорилар ёрдамида келади. Маҳаллий кўриқда: қорин дамланган, қорин девори юпкалашган, катта тўлқинли ичак перистальтикаси кўринади. Перкуссияда тимпанит. Ирригографияда тўғри ичак «воронкасимон» кенгайган.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Қайси текширувлар кўпроқ афзал:

III. Касаллик асосий сабаби:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	Гиршпрунг касаллиги	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	гистологик (Свенсон бўйича биопсия)	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	туғма нерв толалари йўқлиги	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

67. Бемор 20 ёш, қориндаги оғриқга, ичини мустақил келмаслигига, бош айланиши, ҳолсизликка шикоят қилади. Ота-онасини сўзига кўра қабзият болалигидан бери аниқланган. Консерватив даво вақтинчалик наф берган. Кўрганда: қорни катталашган, ассиметрик. Тўғри ичак бармоқ билан текширилганда нажас тошлари борлиги аниқланди. Ректоскопияда: тўғри ичак ампуляр қисми кескин кенгайган, шиллиқ қавати гиперемияланган, юза эрозиялар бор.

I. Гиршпрунг касаллигини асосий сабабини кўрсатинг:

II. Гиршпрунг касаллигида йўғон ичак нерв аппаратида қандай ўзгариш хос:

III. Гиршпрунг касаллигини анатомик турларини кўрсатинг (А.И. Ленюшкин бўйича):

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	йўғон ичак интрамурал нерв системаси ривожланиш аномалияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	интрамурал чигалда ганглийларни бўлмаслиги	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	барча жавоблар тўғри	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

68. Бемор А., 30 ёш, ичини 5-7 кун давомида келмаслигига, қабзиятнинг охирги кунларида қоринда дардсимон оғриқлар бўлишига, тез-тез сурги дорилари истеъмол қилишига шикоят қилиб келди. Эндоскопик текширишда шиллик қават атрофияси, рангсизланганлиги аниқланди. Ирригографияда долихосигма, йўғон ичак чап бўлимларининг спастик ҳолати, ўнг бўлимларининг бироз кенгайганлиги ва ҳамма бўлимларида гаустраларининг йўқолганлиги аниқланди. Электроколограммада ҳамма бўлимларида гипокинезия.

I. Юқоридагилар қайси касалликка хос:

II. Дифференциал диагностика мақсадида қайси текширишлар қўлланади:

III. Қайси касалликлар билан дифференциал диагностика ўтказиш лозим:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	сурункали йўғон ичак стази	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ошқозон ичак тракти барий пассажи	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Гиршпрунг касаллиги	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

69. Бемор Б., 18 ёш, ичини 15-20 кунлаб келмаслигига, даврий ҳолда қорнининг пастки соҳаларида оғриқ ва оғирлилик пайдо бўлишига, қорин дам бўлишига ва ичи келганида тулик бушамаслик сезгиси борлигига шикоят қилиб келган. Болалигидан хаста. Ирригографияда тўғри ичакнинг анал усти соҳасида циркуляр торайиш соҳаси ва мегаректум аниқланди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Ташхисни аниқлаш мақсадида сизнинг режангиз:

III. Касаллик асосий сабабларидан бири:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	Гиршпрунг касаллиги	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	Свенсон усулида биопсия олиш	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	аганглионар зона узунлиги	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

70. Бемор В., 35 ёш, Сурункали йўғон ичак стази, тотал тури, декомпенсация босқичи, ичак тутилиши хуружлари билан кечиши ташхиси билан.

I. Йўғон ичак стази нима:

II. Йўғон ичак стази ривожланишини асосий омили бўлиб ҳисобланади:

III. С.Н. Наврузов классификациясида йўғон ичак стази қандай турлари фарқланган:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	йўғон ичак мотор-эвакуатор фаолияти бузилиши натижасида ичак сақламасини тутилиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	токсикоинфекция, алиментар омил	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	компенсация босқичи бўйича	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

71. Бемор Д., 48 ёш, тез ёрдам бўйича келган. Охирги 3 кун мобайнида дефекация охирида қон кетиш кузатилган. 10 йил давомида 3-4 кунлаб ичи келмаслиги безовта қилиб юрган. Охирги вақтларда сурги дорилар қабул қилади. Ирригографияда сигмасимон ичакда 6 та 0,5дан 0,9 смгача катталиқда қопсимон шишлар аниқланди.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Ушбу касалликни ривожланиши сабаби нима:

III. Ушбу касалликни ривожланишини ким биринчи бўлиб ўрганган:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	сигмасимон ичак дивертикулези	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ичак ички босимини ошиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Морсон	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

72. Бемор 22 ёш, клиникага ичини суяқ, қон аралаш келишига, ҳолсизликка, қориндаги оғриққа шикоят қилиб келган. 10 кун давомида хаста. Кўрганда умумий аҳволи оғир. Тили қуруқ, қорни дамланган, пальпацияда оғриқли, перитонизм белгилари бор, перкутор тимпанит.

I. Носпецифик ярали колитни қандай турлари мавжуд:

II. Носпецифик ярали колитни асосий клиник белгиси қандай:

III. Ушбу беморда перитонизм белгилари пайдо бўлиши сабаби нима:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	барча жавоблар тўғри	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	диарея, патологик қўшилмалар билан ич келиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	йўғон ичакдаги яллиғланишни перифокал тарқалиши	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

73. Бемор 40 ёш клиникага ичини 6 мартагача суюқ, қон ва шиллик аралаш келишига шикоят қилиб келди. 2 йил давомида стационар ва амбулатор шароитда даволанган, вақтинча наф бўлган. Бемор умумий аҳволи ўрта оғирликда. Тери ва кўринадиган шиллик қаватлари оқиш рангда. Тили нам, оқ қараш билан қопланган. Қорни шишмаган, пайпаслаганда чап томонда йўғон ичак проекцияси бўйлаб оғриқли.

I. Қандай патология тўғрисида фикрлаш мумкин:

II. Носпецифик ярали колитда ярали-яллиғланиш қайси қаватгача тарқалади:

III. Носпецифик ярали колитни асосий клиник белгиси қандай:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	ярали колит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	шиллик, шиллик ости қаватис	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	диарея, патологик кўшилмалар билан ич келиши	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

74. Бемор 28 ёш ичини суюқ тез-тез келишига, ҳолсизлик, қувватсизликка шикоят қилади. 5 йил давомида хаста. Бир неча марта амбулатор ва стационар шароитда даволанганда нафи бўлмаган. Ирригограммада йўғон ичак чап бўлимида «мис най» ва «синган яшил новда» симптомлари бор.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Ушбу касалликни даволашда асосий дори воситасини танланган:

III. Бу ҳолатда оператив даволашга кўрсатма булла олади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	носпецифик ярали колит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	сульфаниламидлар (салазопиридозин)	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	барча жавоблар тўғри	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

75. Бемор ичини суюқ ҳолда шиллик ва қон аралаш келишига шикоят қилади. Анамнездан 4 йилдан бери хаста. Таҳлиллар: гем-130г/л. эр-4,2. УТТ – Сурункали гепатит. Ректоскопия – тўғри ичакда патология йўқ. ЭФГДС - Сурункали гастрит. Ирригография – сигмасимон ичакда псевдополиплар ва кўплаб яралар бор. Тушувчи чамбар ичакда патология йўқ. Кўндаланг чамбар ичакда яра ва стриктура аниқланди.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Ушбу касалликни ривожланиши сабаби нима:

III. Кўшимча яна қандай текшириш ўтказиш лозим:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	носпецифик ярали колит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	сабаби номаълум	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	колонофиброскопия	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

76. Поликлиникага 25 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқларга, оғриқларни менструациядан олдин кучайишига ва аста секинлик билан камайишига.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Беморга қандай текширув ўтказилиши керак:

III. Беморга қандай даволашни режасини ўтказиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	диффуз мастопатия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	сут безини УТТ	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	консерватив, (асаб системаси, жигар, жинсий аъзоларини ҳолатини ҳисобга олиб)	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

77. Поликлиникага 35 ёшли бемор мурожат қилди, шикоятлари ўнг кўкрагидаги оғриқларга кўкрак учини қаттиқлашига ва ундан ажралма келишига. Аёлнинг фарзанди йўқ.

I. Қайси патология ҳақида уйлаш мумкин:

II. Қайси қулай инструментал текшириш методи ута информатив:

III. УТТ да аниқланди: қаттиқлашган фиброз тўқима фонида майда кистоз бўшлиқлар ва кенгайган йўллар. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	диффуз мастопатия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	сут беги УТТ	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	фиброз-кистоз мастопатия	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

78. Поликлиникага 55 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: чап кўкрагидаги оғриқларга, терини қизаришига, кўкрак учини қаттиқлашига ва тана ҳароратини кўтарилишига

I. Қайси патологиялар ҳақида уйлаш мумкин:

II. Диагностикани қайси методи ута информатив:

III. Беморга даволашни қандай усулини ўтказиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	маститсимон рак	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	сут беги пункцион биопсияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оператив	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

79. Поликлиника 60 ёшдаги аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқсиз, қаттиқлашган, кам ҳаракатчан ўртача катталиқдаги ҳосилага шикоят қилиб келди

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Беморга қандай текшириш ўтказиш керак:

III. Беморга даволашни қандай усулини ўтказиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	сут беzi ўсмаси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	маммография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Оператив	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

80. Поликлиникага 22 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкраги оғриқларга, кўкрагини катталашига, терисини қизаришига, тана ҳароратини кўтарилишига

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Сут безини қайси патологиялари билан тасхишлаш керак:

III. Беморга қандай даволаш тактикасини ўтказиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	мастит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	қуйидаги ҳамма касалликлар билан	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	консерватив даволаш 2-3 кўнга, агар ёрдам бермаса оператив даво	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

81. Поликлиникага 22 ёшли аёл қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкраги оғриқларга, кўкрагини катталашига, терисини қизаришига, тана ҳароратини кўтарилишига пальпацияда флюктуация аниқланади.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Беморга қандай даволаш тактикасини ўтказиш керак:

III. Интрамаммар абсцессда қандай кесим ўтказилади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	сут бези абцесси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оператив	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	радиар	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

82. Поликлиникага 22 ёшли бемор қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқга, кўкрагини катталашига, бош оғришига. Анамнездан 2 ой олдин туғруқ бўлган

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Сут безини қайси патологиялари билан диф. диагноз ўтказиш керак:

III. Беморга қандай даволаш тактикасини ўтказиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	инфильтратив мастит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	маститсимон рак	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	гормонотерапия	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

83. Поликлиникага 19 ёшли бемор муружат қилди. Шикоятлари ўнг кўкрагидаги оғриқга, катталашига, анамнездан 2 hafta олдин туғруқ бўлган.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Сут безини қайси патологиялари билан тасхишлаш керак:

III. Беморга қандай маслаҳат бериш:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	мастит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	диффуз мастопатия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	кўкракда сут димланишини олдини олиш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

84. Поликлиникага 30 ёшли бемор куйидаги шикоятлар билан муружат қилди: ўнг кўкрагидаги оғриқсиз, қаттиқ, атроф тўқималардан ажралган ҳаракатчан ўртача катталиқдаги ҳосила борлигига.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Шу беморга қандай текшириш усулини ўтказиш мумкин:

III. Беморга даволашни қандай усулини ўтказиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	сут бези фиброаденомаси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	маммография, сут бези УТТ	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оператив	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

85. Поликлиникага 19 ёшли бемор кўрсаткич ва ўрта бармоғидаги лўқилловчи характердаги оғриқлар шикоят билан муружат қилди, анамнездан 2 кун олдин маникюр қилдирган. Кўрикда тирноқ атрофидаги тери шишган, қизарган, босиб кўрилганда кучли оғриқли.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Қандай кесим қўлланилади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	паронихия	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оператив	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Клапн бўйича	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

86. Врач қабулига 19 ёшли бемор муружат қилди. 2 кун олдин тирноқ остига ёт жисм кирган, шундан сўнг кўрсаткич бармоғида лўқилловчи оғриқлар пайдо бўлди. Кўрикда тирноқ остида йиринг яққол кўриб турибди, тирноқ босиб кўрилганда кучли оғриқли.

I. Сизнинг диагнозингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Қандай кесим қўлланилади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	тирноқ ости хасмоли	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оператив	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	ярим ойсимон	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

87. Поликлиникага 19ёшли бемор мурожат қилди, шикоятлари: бармоқдаги лўқиллов-чи оғриқларга, оғриқни бармоқни букиш вақтида кучайишига. Анамнезидан 6 кун да-вомида тери ости хасмоли бўйича консерватив даволанган. Кўриқда бармоқни букувчи юзаси бўйича шишган, бўғим ғалвирсимон кўринишда, крепитация аниқланади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Диагнозни тасдиқлаш учун нима қилиш керак:

III. Бошлангич даврда даволаш тактикаси қандай:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	бўғим панариций	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	бўғим рентгенографияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	бўғим пункцияси ва антибиотикларни ичига юбориш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

88. Бемор жарроҳлик бўлимига бармоқдаги лўқилловчи оғриқларга, тирноқ фалангасининг колбасимон кенгайишига шикоят қилиб келди. Анамнезидан 1-1,5 ой олдин амбулатор шароитда тери ости хасмоли бўйича даволанган. Кўриқда ярадан майдаланган, ириб кётган суяк бўлақлари ажралиб турибди.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текширувни ўтказиш керак:

III. Бошлангич даврда даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	суяк панарицияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	рентгенография	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оператив	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

89. Бемор жарроҳлик бўлимига қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: бармоқдаги кучли лўқилловчи оғриқларга, тана ҳароратини кўтарилишга, кўнгил айниб қусишга. Анамнезидан 2 ой олдин амбулатор шароитда бўғим панарийцияси бўйича даволанган. Кўриқда бармоқлар шишган, бемор бармоқлари ярим букилган ҳолатда, бармоқларни ёзиб кўрганда оғриқ кучаяди

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Қандай кесим қўлланилади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло	Яхши	Кон-ли	К-сиз
---	----------	-----------	------	------	--------	-------

			100-86	85-71	70-55	55 дан кам
1	пай хасмоли	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	консерватив даволашни самараси камлигида оператив даво	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	фалангаларни олдинги ен юзаси бўйлаб параллел	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

90. Поликлиникага 19 ёшли бемор мурожат қилди, шикоятлари кўрсаткич бармоғидаги лўқилловчи оғриқларга, уйқусизликга, тана ҳароратини кўтарилишига. Кўрикда бармоқ шишган, қизарган, босиб кўрилганда кучли оғриқли

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Даволаш тактикаси:

III. Оғриқсизлантиришни қандай усулини қўллаш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	тери ости панариций	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оператив	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Оберст-Лукашевич бўйича	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

91. Бемор хирургия бўлимига қуйидаги шикоятлар билан мурожат қилди: бармоқ бўйича лўқилловчи оғриқларга, тирноқ фалангасини шишга. Анамнездан 2 ой олдин амбулатор шароитда тери ости хасмоли бўйича даволанган. Кўрикда ярадан майдаланиб кетган суяк бўлаклари ажралиб турибди. Рентгенограммада остеопароз, фалангаларни деструкцияси кўринади.

I. Сизнинг ташхисингиз:

II. Бошлангич даврда даволаш тактикаси:

III. Кечки даврда даволаш тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	суяк хасмоли	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	оператив	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оператив	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

92. Поликлиника хирургига бемор, чап чов бурмаси остида шиш борлигига ва унинг жисмоний зўриқишда, узоқ юрганга ва йўтал пайтида оғришига шикоят қилапти.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Юқоридаги шикоятни пайдо бўлишида қандай омиллар ёрдам беради:

III. Шу беморга Сиз қандай давони тавсия этардингиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чап томонлама сон чурраси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ичнинг дам бўлиши, оғир жисмоний иш, чекиш, йўтал	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0

3	режали равишдаги оператив даво, олиб келувчи омилларни катъиян эътиборга олган хо лда	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0
---	--	----	---------	-----------	-----------	---

93. Поликлиника қабулида бемор чап чов соҳасидаги ҳосилага, унинг ёрғоқга тушишига ва жисмоний зўриққанда, узоқ юрганда, йўталганда оғришига шикоят қилди. Бу ҳосила охириги пайтда катталашмоқда, бироқ, қорин бўшлиғига уз ҳолича тўғирланади.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Бу беморога қийшиқ чов чурраси ташхиси қўйилди, бунинг сабаби бўлиб:

III. Қийшиқ чов чуррасидаги операциянинг мохияти нимадан иборат:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	қийшиқ чов чурраси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	олд деворнинг сусайиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	олд деворни мустаҳкамлашдан	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

94. Режали равишда бажарилаётган чурра операцияси вақтида, чурра қопчасини очилганидан сўнг унинг ичидан 50 мл миқдорида тиник сариқ рангда, сийдик хидли суюқлик ажралди. Ревизия вақтида сийдик қопчаси очилганлиги аниқланди.

I. Нима учун бундай бўлди:

II. Бу операцияни қандай тугатиш керак:

III. Бундай ҳолатдан қандай холи бўлиш керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	жарроҳ сийдик қопчасини чурра қопчаси деб уйлаб, уни беҳос кесиб юборган	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	сийдик қопчаси деворига икки қатор чоклар қўйиб ва уни албатта катетерланади, чурра операциясини охирига етказилиб тугатилади	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	чурра қопчаси деворини диққат билан бошқа қўшни тўқималардан дифференциялаб фақат шундан сўнг уни очиш керак	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

95. Қабул бўлимига, 3 йилдан бери чов-ёрғоқ чурраси билан хасталанган 50 ёшдаги бемор келтирилди. 1 сутка олдин чурра сиқилган. Беморнинг ўзи уйда чуррасини қоринга тўғирлашга уринган, аммо самарасиз. Бемор аҳволи ёмонлашганлиги туфайли клиникага мурожат қилган. Қабул бўлимида, гигиеник ванна қилиш вақтида, чурраси ихтиёрий ўзи тўғирланган ва бемор ўзини яхши хис қилган. Сизнинг дастлабки ташхисингиз

I. Бундай ҳолларда қабул бўлими шифокори қандай иш тутиши лозим:

II. Беморга уйига жавоб берилди, аммо уйда аҳволи яна ёмонлашди, қориннинг барча ерида оғриқлар, кўнгил айнади, кусди ва оғзи куриди. Қандай асорат ҳақида уйлаш мумкин:

III. Бемор клиникага перитонит ташхиси билан ётқизилди, шўнга яраша врач тактикаси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	беморни хирургик бўлимга дархол госпитализация қилиниб операция қилинади	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	сиқилган аъзонинг некрози ва перфорацияси натижесидаги перитонит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	сув-туз ва бошқа модда алмашинувларини тикланишига қаратилган кискача инфузион терапиядан сўнг шошилишч операция, сув-туз ва бошқа модда алмашинувларини тикланишига қаратилган кискача инфузион терапия ва албатта, тозаловчи хукна қилинганидан сўнг шошилишч операция	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

96. Хирург қабулига кекса ёшдаги бемор мурожаат қилди. У бесабаб озиб кетишига, иштахасининг бузилишига, вақти-вақти билан эпигастрал соҳадаги оғриққа, ичнинг дам бўлишига, чов ва қўлтиқ остидаги оғриқларга шикоят қилади. Шу билан бирга уни киндик соҳасида пайдо бўлган қаттиқ, усти гадир-будир, кукиш рангли, оғриқсиз шиш безовта қилади.

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Шу беморга ўтказиладиган қайси бир текширишлар кўпроқ мақсадга мувофиқ:

III. Бу бемор қайси мутахасис шифокорда маслаҳат олиши ва даволаниши керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	қорин бўшлиғи аъзолари онкожараёндаги киндикка узатилган Крюкенберг метастази	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	ички аъзоларни рентгенологик, эндоскопик ва УТТ текшириш	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	онкологда	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

97. Ёш аёлда биринчи тукқанидан 1,5 йилдан сўнг киндик соҳасида ўлчамлари 2 см. келадиган шиш пайдо бўлди, жисмоний зўриққанда ва узоқ юрганда оғрийди, уни ўзи қорин бўшлиғига тўғирлаб қўяди

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Ўлчамлари унчалик катта бўлмаган киндик чуррасида қайси қорин бўшлиғи аъзоси кўпроқ учрайди:

III. Бемор аёлнинг ёшлигини ва киндик чуррасини унчалик катта бўлмаганлигини эътиборга олган ҳолда Сиз қайси операцияни тавсия этган бўлардингиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	киндик чурраси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	катта чарвининг бир қисми	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Лексер операцияси	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

98. Бемор жарроҳга 4 кундан бери безовта қилаётган ва динамикада кучайиб бораётган ўнг чов соҳасидаги шишга, қизаришга, оғриққа шикоят билан мурожат қилди. Ўзининг касалини ҳеч нарса билан боғламайди. Аммо диққат билан анамнез йиғилганда маълум бўлдики, у 7 кун илгари игнани босиб олган ва шу туфайли жарроҳга мурожат қилган ва керакли даवони олган, яра эса бирон бир асоратсиз битган.

I. Бу беморда қандай касаллик ҳақида ўйлаш керак:

II. Хирургик даволаш учун қандай мезонлар кўрсатма бўлади:

III. Лимфаденитда қандай оператив даво адекват ҳисобланади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	чов лимфаденити	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	қизариш, шиш, оғрик, флюктуация ва тана ҳароратини 37.5 С дан ошиши	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	йирингли бўшлиқни кенг очиб ташлаб кейин дизенфицирловчи суюқликлар билан ювилади ва гипертоник эритма билан бўктирилган сафетка ҳамда резина чиқаргич билан енгил тамполада қилинади	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

99. 30 ёшли аёл танасининг барча ерида, айниқса қўл ва оёқларида турли ўлчамдаги оғриқсиз шишлар борлигига шикоят қилади. Ушаб кўрилганда юмшоқ-эластик консистенцияда, силлиқ юзали, ҳаракатчан. Аммо охири ойларда бўғимлардаги оғриқларни, ҳолсизликни, субфебрил тана ҳароратини кўтарилишини кузатди. Шу билан бирга бу шишлар, айниқса, иккала чов соҳасидаги, борган сари қаттиқлашди, юзаси нотекис, ҳаракатсиз ва бироз оғриқли бўлмоқда.

I. Бу аёлқандай касаллик билан хасталанган:

II. Бу бемор аёлга қайси текширишлар кўпроқ мақсадга мувофиқ:

III. Бу бемор аёл қайси мутахасис шифокорда даволаниши керак:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан
---	----------	-----------	----------------	---------------	-----------------	--------------------

						кам
1	нейролимфагранулематоз, Рекхленгаузен касаллиги	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	комплекс клиник-инструментал текшириш: қоннинг умумий ва биоқимёвий таҳлили, ревмосинама, қоннинг мофологияси, метастазлар борлигини аниқлаш мақсадида суяк тизимини сканерлаш, қўл ва оёқ суяклари рентгенографияси	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	онкологда	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

100. Ёш йигит, спортсмен-футболист, ёрғоқнинг чап тарафидаги қаттиқ оғриққа, кизаришга, шишга, оғриқни оралиққа ва чап оёққа узатилиши ва динамикада кучайиб боришига ҳамда, тана ҳароратини ошишига шикоят билан шифокорга мурожат қилди. Қўйидаги ҳолни биринчи бор кузатаяпти. Анамнезидан маълум бўлишича, 3 кун аввал оғир жисмоний машғулотдан сўнг совуқ сувли ховузда чўмилган. Шу ерига бўлган травмама ёки зарбани инкор этади

I. Сизнинг дастлабки ташхисингиз:

II. Бу бемор қайси шароитда ва қандай мутахасис шифокорда даволаниши керак:

III. Орхоэпидемидит учун қандай белгилар ҳарактерли:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	орхоэпидемидит	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	стационар шароитида, урологда даволаниши керак	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	оғриқли, кизарган, тухумнинг шиш ҳисобига ёрғонинг катталашганлиги туфайли қаттиқ консистенцияга эга бўлган ёрғоқ. m. Crimaster синамаси манфий ва оғриқли, маҳаллий ҳарорат ошган	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

101. Военкоматда тиббий кўрик пайтида ҳарбий шифокор ўсмирнинг ўнг ёрғоғида ўлчамлари 2.0X3.0 см. бўлган ҳосилани аниқлади. Пайпаслаганда юмшоқ эластик консистенцияда, оғриқсиз, йўтал турткиси манфий. Бу ҳосилага ўсмир аввал эътибор бермаган. Ҳарбий шифокор ўсмирни оператив даво учун жарроҳга йўлланма берди.

I. Ҳарбий шифокор ўсмирда қандай патологияни аниқлади:

II. Нима учун кўпчилик ҳолларда варикоцелле чап тарафда учрайди, бунинг сабаби нимада:

III. Варикоцеллени адекват услубдаги давоси:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
---	----------	-----------	----------------	---------------	-----------------	------------------------

1	варикоцеле	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	v. Testicularis буйрак венасига ўткир бурчак остида қуйилади	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	Иванисевич операцияси, v. Testicularisни чов тарафдан, қорин пардаси ортидан ёндошилиб боғланади	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

102. Ёш йигит ўнг чов соҳасидаги оғриққа, жисмоний зўриққанда ва йўталганда оғриқнинг кучайишига шикоят билан мурожат қилди. Шифокор беморни кўрган пайтида шу ерида на бирон бир шишни ёки теридаги ўзгариш топмади. Аммо пайпаствлаганда чов тешигини кенгайганлигини, кучанганда тери остидаги бир оз шишишни аниқлади. Йўтал турткиси мусбат. Шифокор унга, тўлиқ бўлмаган чов чурраси борлигини тушунтирди ва оғир жисмоний ишлаш пайтида эҳтиёт бўлишни, қабзиятини нормаллаштиришини ва турли шамоллашлардан ўзини асрашини тавсия қилди.

I. Тўлиқ бўлмаган чурра (hernia incompletus) ҳақида сизнинг тушунчангиз:

II. Қайси анатомик жойларда кўпроқ тўлиқ бўлмаган чурра учрайди:

III. Шу беморга сизнинг тавсиянгиз:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	тўлиқ бўлмаган чурра – қорин деворида нуқсон бўлиб, лекин, чурра қопчаси ҳосиласи билан хали қорин деворидан ташқарига чиқмаган	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	чов соҳасида	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	шифокорнинг тавсиясига қушилиш	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

103. Чов-ёрғоқ чурраси бўйича операция қилиш пайтида жарроҳ чурра қопчасини очган пайтида унинг ичида тухумни борлигини аниқлади.

I. Қуйидаги чов-ёрғоқ чурраси қандай гуруҳга мансуб:

II. Бу операцияни жарроҳ қайси услубда тугатиши лозим:

III. Туғма чурра ривожланиши асосида қуйидаги ётади:

№	Жавоблар	Макс.балл	Аъло 100-86	Яхши 85-71	Кон-ли 70-55	К-сиз 55 дан кам
1	туғма чуррага	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
2	Винкельман операцияси ўтказилиб, чов канали олд деворини мустаҳкамловчи пластика қилинади	30	30-25,8	25,7-21,3	21,2-16,5	0
3	қорин пардани қин ўсимтасининг битишиб кетмаслигидан	40	40-34,4	34,3-28,4	28,3-22,0	0

1. Дивертикулездақонкетишклиникасивадиагностикаси

2. Ярадан кон кетгандауашёрдами

3. Бавосирдақонкетиш клиника вадиагностикаси
4. Жигар абсцесси таснифи.
5. Жигар абсцесси клиникаси ва симптоматикаси.
6. Жигар кисталари таснифи.
7. Жигар кистаси диагностикаси, дифференциалдиagnostикаси ва даволаши
8. Жигар эхинококки, даволаш.
9. Жигар циррози этиопатогенези.
10. Жигар циррози клиникаси.
11. Жигар циррозини даволаш ва профилактикаси.
12. Организмдаги умумий билирубин. Жароҳат тушунчаси.
13. Жароҳатлар классификацияси.
14. Қон тўхтатиш жгутини ўрнатиш.
15. Жароҳатга бирламчи жарроҳлик ишлови тушунчаси.
16. Бирламчи жарроҳлик ишловига қарши кўрсатмалар.
17. Қоқшол тушунчаси.
18. Қоқшолни специфик профилактикаси (қутуриш).
19. Бирламчи кечиктирилган ва иккиламчи чоклар ҳақида тушунча
20. Кўкрак қафаси шикастланиши тушунчаси
21. Кўкрак қафаси шикастланиши таснифи
22. Кўкрак шикастланишининг ташхис усуллари
23. Пневмоторакс тушунчаси
24. Пневмоторакс турлари
25. Гемоторакс тушунчаси ва таснифи
26. Спонтан пневмоторакс тушунчаси ва этиологияси
27. Пиопневмоторакс тушунчаси ва унда шифокор тактикаси:
28. Очикпневмотораксда – окклюзион асептик
богламақуйиш, оғриксизлантириш, юракдорилари.
29. Клапанлипневмотораксда – плевра бушлигини пункция
килишвадренажлаш, шокга қарши, юракдорилари, кислородбериш.
30. Гемотораксда – плевралпункция, гемостатиклар, акбваньмикдорини
31. Ярадан қон кетганда қўриладиган даво тактикаси.
32. Варикоз кенгайган қизил ўнгач веналардан қон кетиш клиникаси ва ташхиси.
33. Ўпкадан қон кетиш билан қиёсий ташхиси.
34. Параэзофагеал чурралардан қон кетиш клиникаси ва ташхиси.
35. Вқв дан қон кетганда ушёрдами.
36. Параэзофагал чурралардан қон кетиш белгилари.
37. Ярадан қон кетганда қўриладиган даво тактикаси
38. Варикоз кенгайган қизил ўнгач веналардан қон кетиш клиникаси ва диагностикаси
39. Ўпкадан қон кетиш билан дифференциал диагностикаси
40. Параэзофагеал чурралардан қон кетиш клиникаси ва диагностикаси
41. Билирубин ва жигар ферментларининг нормадаги кўрсаткичлари.
42. Сариклик синдроми тушунчаси ва классификацияси.
43. Механик сариклик нисаблари.
44. Механик сарикликни клиник кечишибўйича классификацияси.
45. Механик сарикликдаги объектив симптомлар.
46. Механик сарикликнинг диагностика алгоритми.
47. Механик сарикликда биохимик узгаришлар.
48. Механик сарикликдаги инструментал диагностика усуллари.
49. Механик сарикликда қиёсий ташхиси.
50. Механик сарикликнинг диагностика алгоритми ва уштактикаси.
51. Ўтйўллари ни эндобилиар дренажлаш усуллари.

52. Механик сариқликнинг радикал даволашусуллари.
53. Беморларни жаррохлик амалиётидан кейинги реабилитацияси.
54. Механик сариқликнинг профилактикаси.
55. Беморларни даволаш тактикаси. Уаш вазифалари.
56. Беморлар операциядан кейинги парвариши ва реабилитацияси ҳақида тушунча.
57. Операциядан кейинги эрта ва кечки асоратлар ҳақида тушунча
58. Клиникаси ва ташхислаш.
59. Тез тиббий ёрдам ва даволашда уаш тактикаси.
60. Қорин бўшлиғи аъзолари очик ва ёпик жароҳатлари тушунчаси;
61. Касаллик этиологияси ва патогенези;
62. Паринхиматоз ва бўшлиқ органлар жароҳатиклиникаси;
63. Қорин бўшлиғи аъзолари жароҳатлари диагностикаси ва текшириш усуллари;
64. Оитвахаво йўллари ёт жисмиклиникаси;
65. Диагностика ва диффиринциал диагностикаси;
66. Оитвахаво йўллари гаёт жисми тушган даинструментал вақўшим чате текширувлар;
67. Чурралар ҳақида тушунча
68. Чурра турлари
69. Қорин чурраларини келиб чиқилишининг асосий сабаблари
70. Қорин чурраларини тўғри номланиши ҳамда эвентерация ва тушишдан фарқли томонлари.
71. Чурра таркибий қисмлари: чурра дарвозаси, чурра ҳалтачаси, чурра сақлами.
72. Қорин деворининг анатомик тузилиши.
73. Чурраларнинг замонавий классификацияси.
74. Қорин чурраларининг асоратсиз шакллари этиопатогенези.
75. Қорин чурраларининг клиник намоён бўлиши унинг жойлашган ўрнига боғлиқлиги, текшириш усуллари ва дифференциал ташхиси.
76. Чурра касалликларини объектив ва инструментал текшириш усуллари.
77. Асоратсиз чуррада уаш тактикаси. Тез тиббий ёрдам кўрсатиш ва УАШ тактикаси.
78. **Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорати этиопатогенези.**
79. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорат классификацияси.
80. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорати клиник курилиши.
81. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асорати диагностикаси.
82. Меъда ва ўн икки бармоқ ичак ярасини тешилиш асоратини даволаш.

83. Ўит этиопатогенези.
84. Ўит таснифи.
85. Ўит клиникаси.
86. Ўит диагностикаси ва дифф. Диагностикаси.
87. Ўит даволаш.
88. Касаллик асоратларини олдини олиш ва даволаш.
89. Ўткир қорин синдроми тушунчаси;
90. Қоринда оғриқ билан кечувчи хасталиклар;
91. Қоринда оғриқ билан кечувчи камучрай диган хасталиклар;
92. Ўткир аппендицит клиникаси, ташхиси, қиёсий ташхиси, даволаш тактикаси.
93. Ўткир қорин синдроми тушунчаси;
94. Қоринда оғриқ билан кечувчи хасталиклар;
95. Қоринда оғриқ билан кечувчи камучрай диган хасталиклар;
96. Қорин бўшлиғи ўткир жаррохлик хасталиклар клиникаси, диагностика, дифф. диагностикаси, даволаш тактикаси.
97. Ўткир қорин синдроми тушунчаси;
98. Қоринда оғриқ билан кечувчи хасталиклар;
99. Қоринда оғриқ билан кечувчи камучрай диган хасталиклар;

100. Қорин бўшлиғи ўткир жаррохлик хасталиклар клиникаси, диагностика, дифф. диагностикаси, даволаш тактикаси.
101. Хирургик инфекцияда иситматурлари, сабаблари.
102. Маҳаллий хирургик инфекцияда терининг узгариши.
103. Лимфангит ва флегмонанисарамасдан қиёсий таххислаш
104. Қандли диабетда хирургик инфекциянинг узига хос кечиши
105. Маҳаллий хирургик инфекциянинг клиник кечиши ва диагностикаси
106. Анаэроб аэроб инфекцияларда иситма
107. Маҳаллий хирургик инфекцияларда уаш тактикаси.
108. Фурункул, карбункул, гидраденит, тери ости абсцесси, флегмона ва лимфаденитларда иситма хусусиятлари
109. Маҳаллий хирургик инфекцияларда теридаги ўзгаришлар.
110. Лимфангит ва сарамасли флегмоналарнинг диффееренциал таххиси.
111. Карбункул ва фурункулёз ривожланишида қандли диабет касаллигининг роли
112. Маҳаллий хирургик инфекциянинг диагностика ва даволаш усуллари
113. Маҳаллий хирургик инфекцияда уаш тактикаси
114. Хирургик инфекцияда иситматурлари, сабаблари.
115. Маҳаллий хирургик инфекцияда терининг ўзгариши.
116. Лимфангит ва флегмонанисарамасдан қиёсий таххислаш
117. Қандли диабетда хирургик инфекциянинг узига хос кечиши
118. Маҳаллий хирургик инфекциянинг клиник кечиши ва диагностикаси
119. Анаэроб аэроб инфекцияларда иситма
120. Маҳаллий хирургик инфекцияларда уаш тактикаси
121. Сурункали артериал касалликларида фактор хавфи.
122. 2. Каковы основные компоненты патогенеза критической ишемии
123. Консерватив даволарни бугунги кундаги йўналиши.
124. Облитерик атеросклероз.
125. Ишемия таснифи.
126. Облитерик эндартериит таснифи
127. Ўткир артериал етишмаслиги
128. В.с. савельев бўйича ўткир ишемиянинг даражаси (2007)
129. Варикоз касаллиги дегани нима?
130. Куйиш касаллиги тушунчаси ва сабаблари;
131. Куйиш таснифи;
132. Совуқ уриш таснифи
133. Куйиш касаллиги клиникаси;
134. Куйган майдонни аниқлаш усуллари;
135. Куйиш касаллиги васовуқуришни давоси
136. Тери анатомияси.
137. Тери физиологияси.
138. Жаррохлик ва ирингли жаррохлик касалликларида терида бўладиган ўзгаришлар.
139. Турлик касалликларда терида бўладиган ўзгаришлар қиёсий таххиси

140. Вена томири варикоз касаллиги таснифи.
141. Варикоз сабабини айтиш.
142. Варикозни қандай белгиларини биласиз?
143. Варикоз касаллигида қандай консерватив даволаш усуллари бор?
144. Уткир тромбофлебитда даволаш тактикаси қандай?
145. Чуқур веналар уткир тромбофлебиде қандай белгилар кузатилади?
146. Птф таснифи

147. Вена кон томиркасаликларидан ташқарикандай хасталиклар шиш-огрик синдром клиникаси билан кечишимумкин?
148. Ўткир парапроктит нисаблари.
149. Ўткир парапроктит нисаифи.
150. Ўткир парапроктитни қандай клиник белгиларини биласиз?
151. Ўткир парапроктитда қандай даволаш усуллари қўлланилади?
152. Сурункали парапроктит нима?
153. Сурункали парапроктитни клиник кечиши қандай?
154. Параректал оқманнинг клиникаси, ташхиси ва даволаш усуллари.
155. Тўғрича қоқмаларини даволаш тактикаси.
156. Пелвиоректал парапроктитларни клиник кечиши қандай?
157. Асоратланган қорин чурраларининг замонавий таснифлари
158. Қорин чурраларини асоратланган турларининг этиопатогенези
159. Асоратланган қорин чурраларини жойлашганлигига, асорат турларига кўра клиник кўриниши, диагностика усуллари ва дифференциал диагностикаси.
160. Чурра асоратини турига, асорат бошланишидан ўтган вақтига кўра, бошқа асоратларни тараққий этганлигига кўра, беморнинг ёши ва ҳолатига кўра жарроҳлик тактикасини ва оптимал жарроҳлик услубини танлаш
161. Асоратланган қорин чуррали беморларни объектив ва инструментал текшириш усуллари
162. Беморларни операциядан кейинги даврда олиб боришга мойиллари, бандаж тақиш, оғир жисмоний меҳнатдан ҳолос этиш ва операциядан кейинги даврда диспанцеризация олиб бориш.

Tarqatma material





Рис. 2.7 Основные виды хирургических инструментов



Основные препараты и методы биологической антисептики

Таблица 2.1

Биологическая антисептика	
Вещества прямого действия на микроорганизмы	Вещества и методы опосредованного действия на микроорганизмы
Антибиотики	Методы, стимулирующие неспецифическую резистентность: УФО крови, кварцевание, лазерное облучение крови, использование перфузата и клеток железоселезенки, переливание крови и ее компонентов
Протеолитические ферменты: трипсин, химотрипсин, химотсин, террилитин, трипсин	Вещества, стимулирующие неспецифический иммунитет: витамины, препараты вилочковой железы (тималин, Т-активин), продигозан, лизоцим, левамизол, интерфероны, интерлейкины
Средства специфической пассивной иммунизации: лечебные сыворотки, антитоксичные, γ-глобулины, бактериофаги, гипериммунная плазма	Препараты для стимуляции активного специфического иммунитета: вакцины, анатоксины

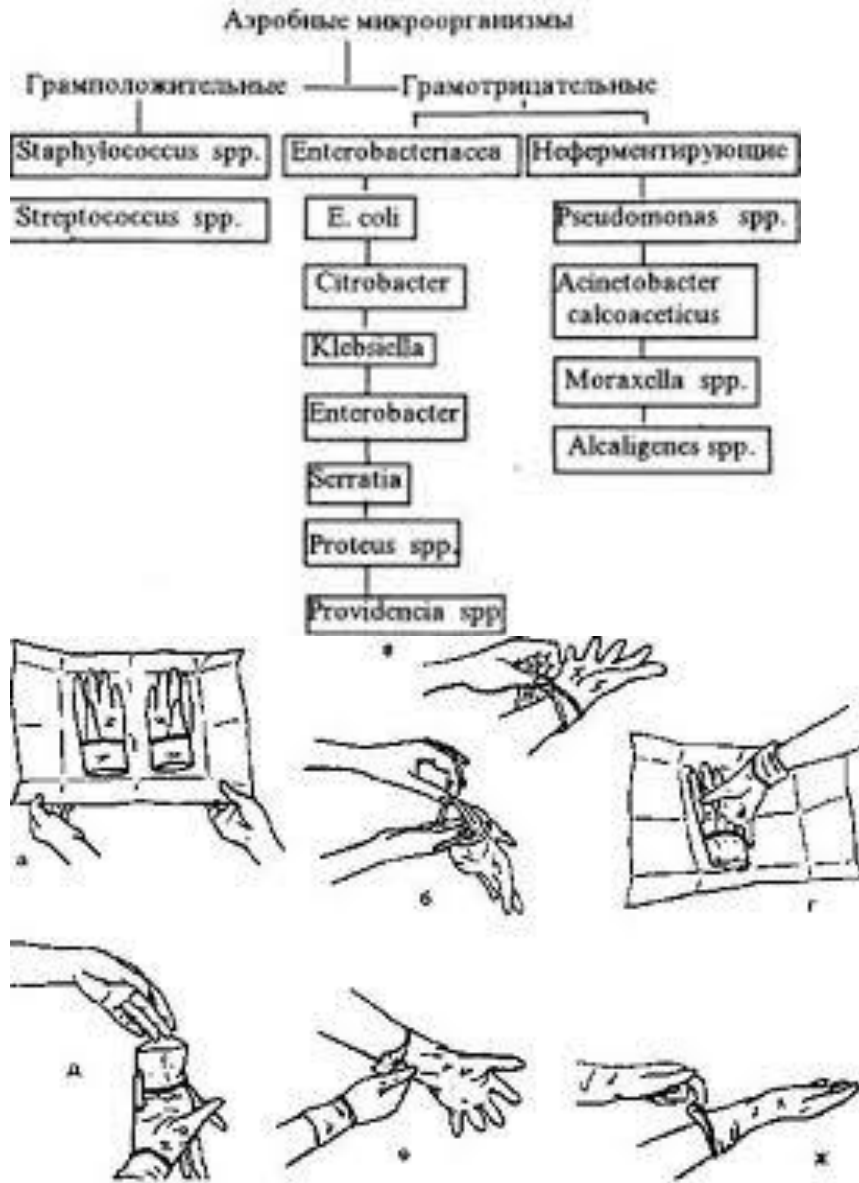


Рис. 2.9
Основные пути распространения инфекции



Рис. 2.10
Основные мероприятия физической антисептики

Основные возбудители гнойной инфекции в хирургии





MedUniver.com
Все по медицине...





Колотая рана

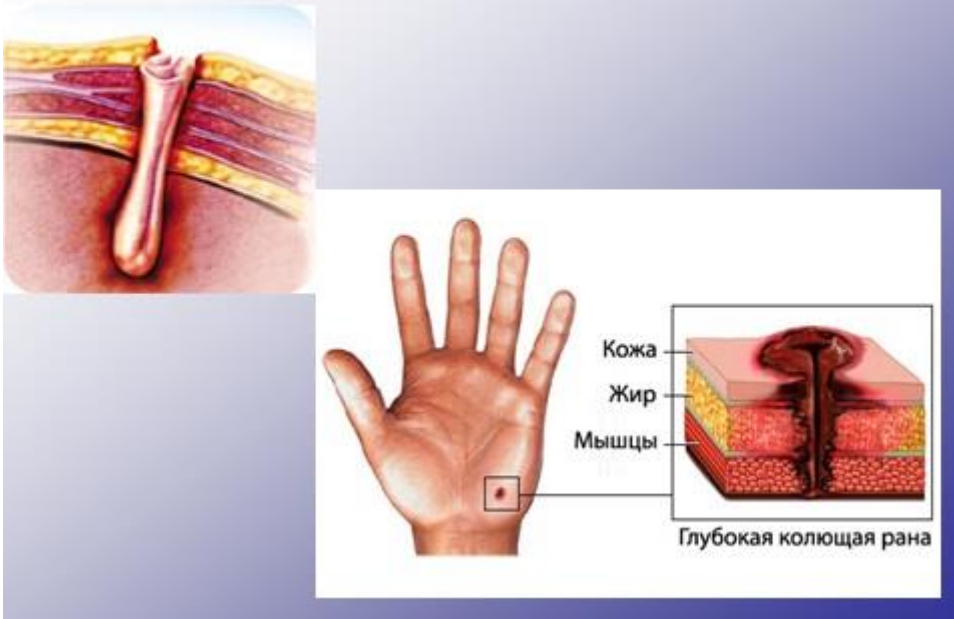


Таблица 2

Классификация неогнестрельных и огнестрельных травм по тяжести повреждений

Градации тяжести травм	Количественные границы в баллах по шкалам «ВПХ-П»	Летальность, %	Увольняемость из рядов ВС, %	Длительность утраты боеспособности, сутки
Легкие	0,05—0,4	0	0	<70
Средней тяжести	0,5—0,9	<1	<20	>70
Тяжелые	1,0—12,0	1—50	20—100	>70
Крайне тяжелые	>12,0	>50	20—100	>70

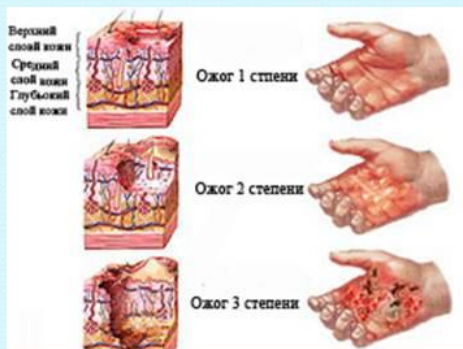
Классификация огнестрельных травм по характеру ранения

Этиология ранения	Характер раневого канала	Отношение к полостям	Локализация ранения	Характер поврежденных органов и тканей
Огнестрельные ранения:	Слепые	Проникающие	Голова	С повреждением: головного мозга органа зрения, ЛОР органов, пищевода
пулевые осколочные	Сквозные	Непроникающие	Шея	органов груди органов живота и брюшинного пространства
	Касательные		Грудь	
Минно-взрывные ранения	Рикошетирующие		Живот	тазовых органов спинного мозга магистральных сосудов
			Таз	
			Позвоночник	крупных нервных стволов
			Конечности	суставов
				С переломами костей
				С обширным повреждением мягких тканей
				С разрушением или отрывом сегментов конечностей

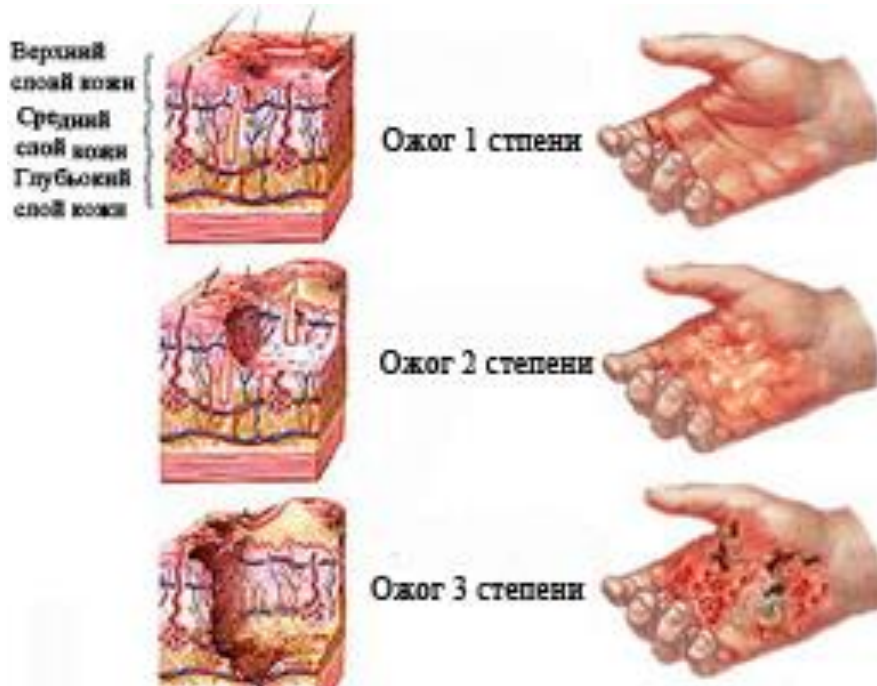
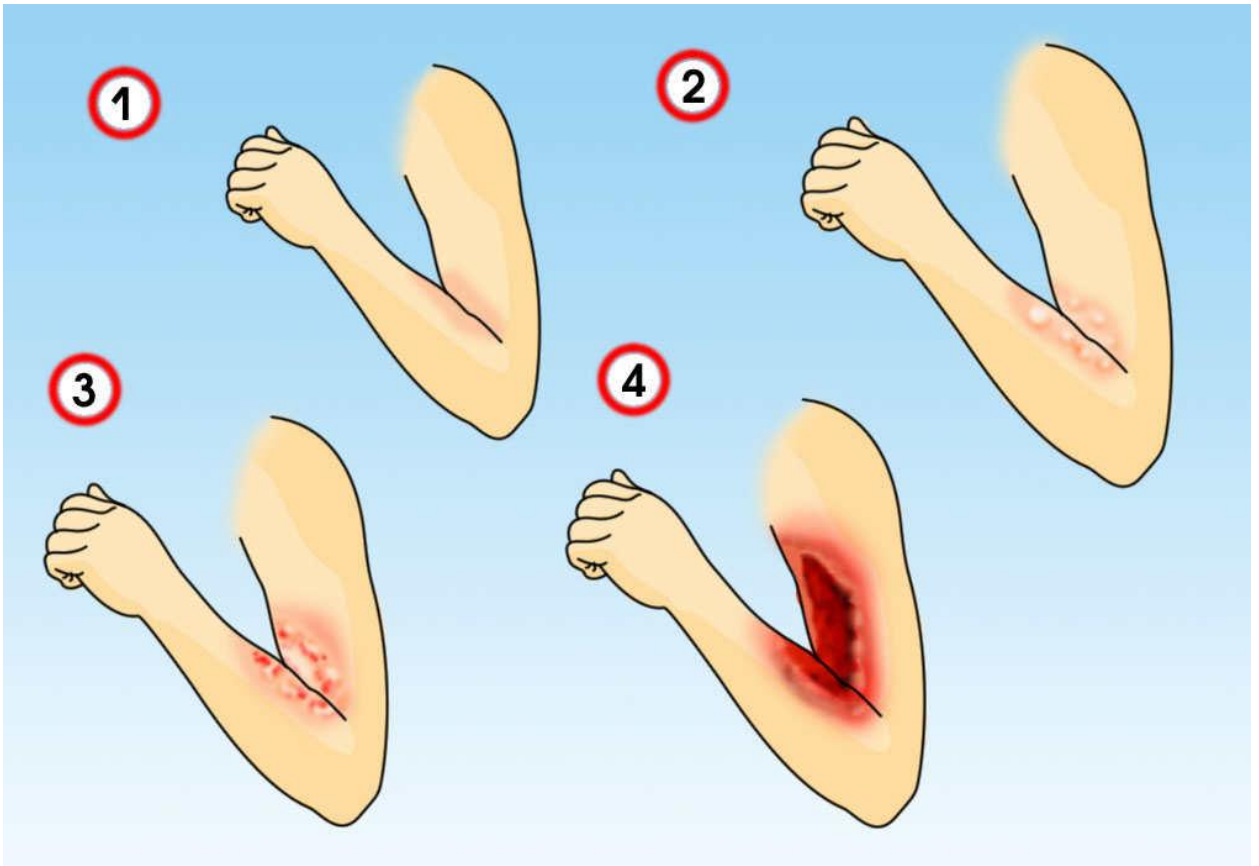


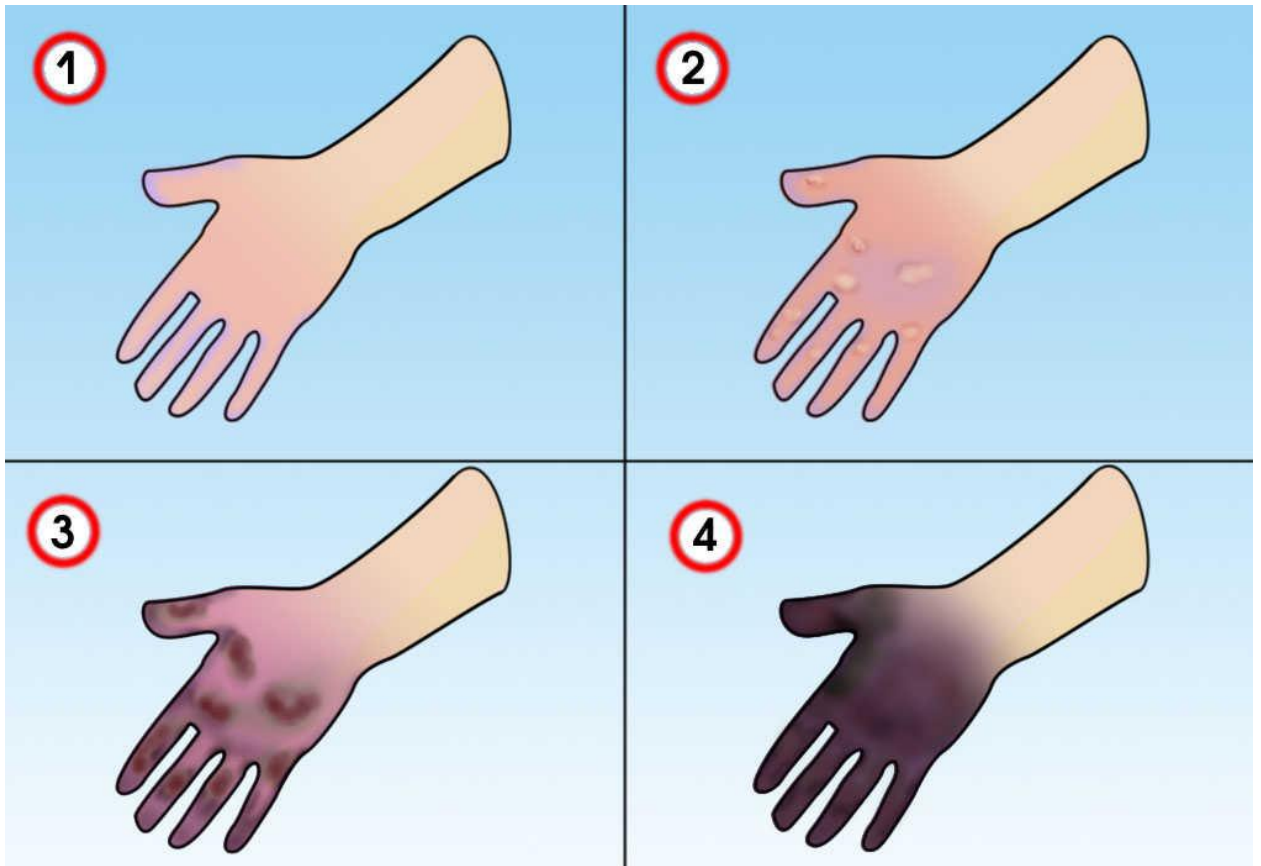
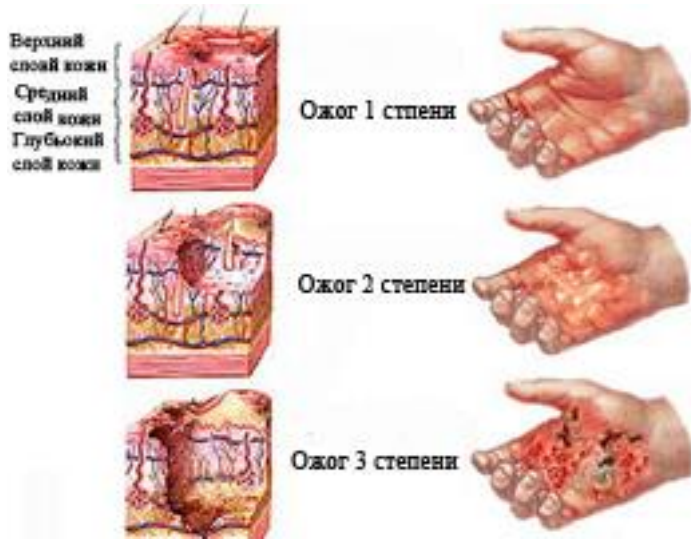


Термические ожоги



Ожоги III степени - в местах ожогов кожа имеет светло-серый или светло-коричневый цвет, плотная на ощупь. Глубина повреждений выявляется в течение 5-7 дней.



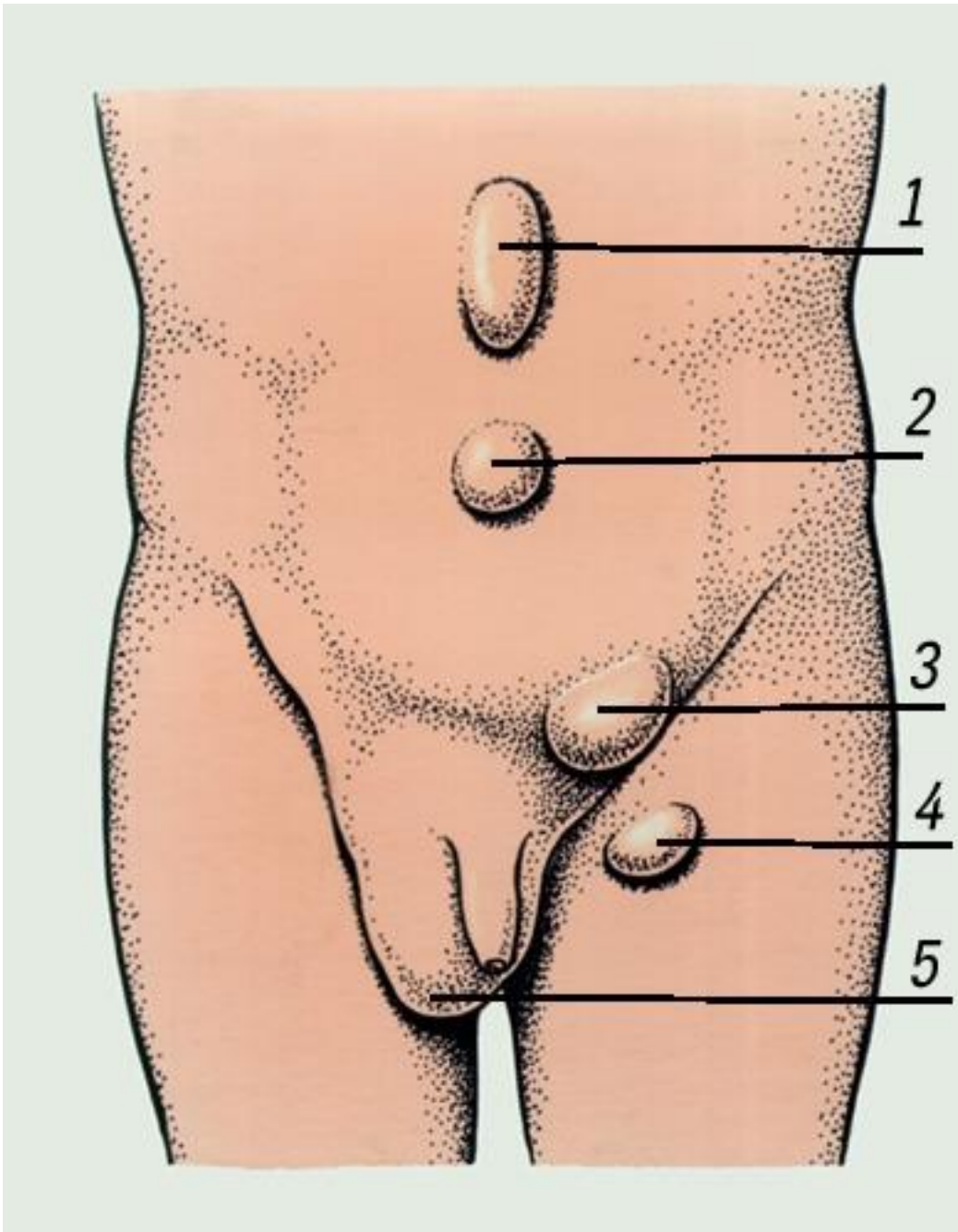


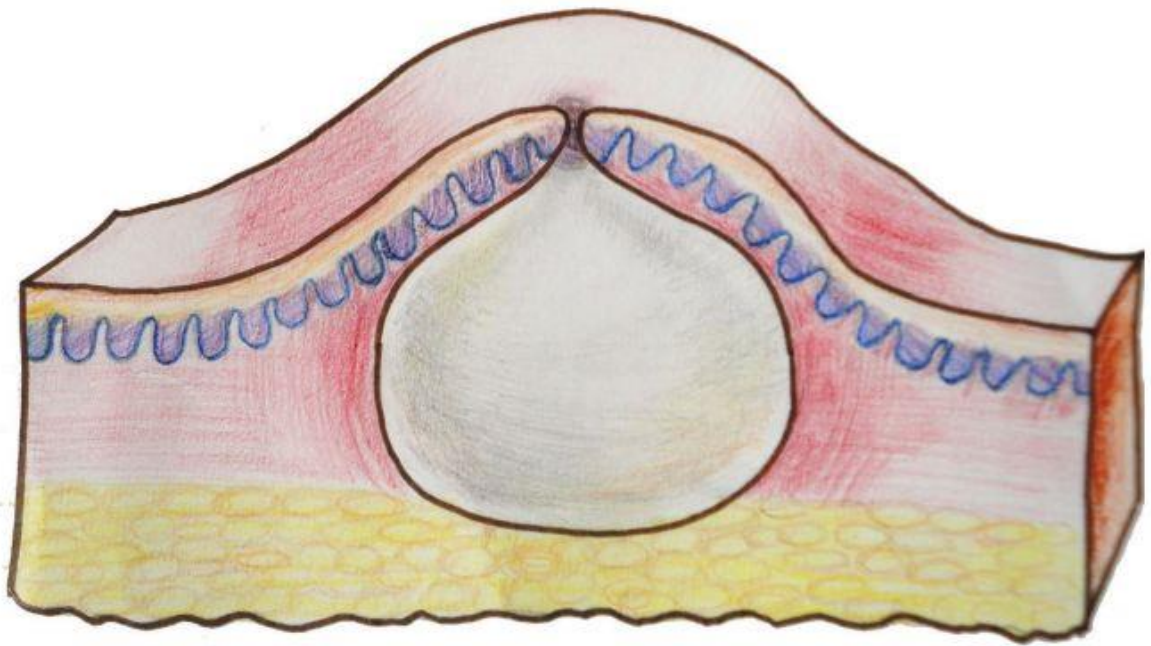
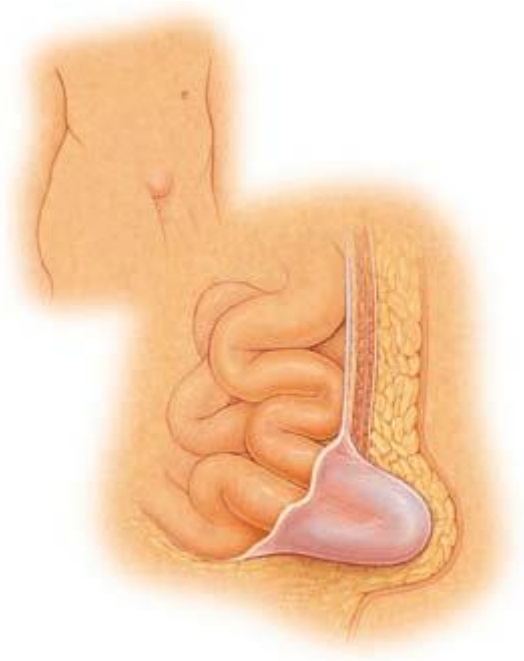


Диагностика и лечение болезней органов брюшной полости ПМП при ожогах и обморожениях

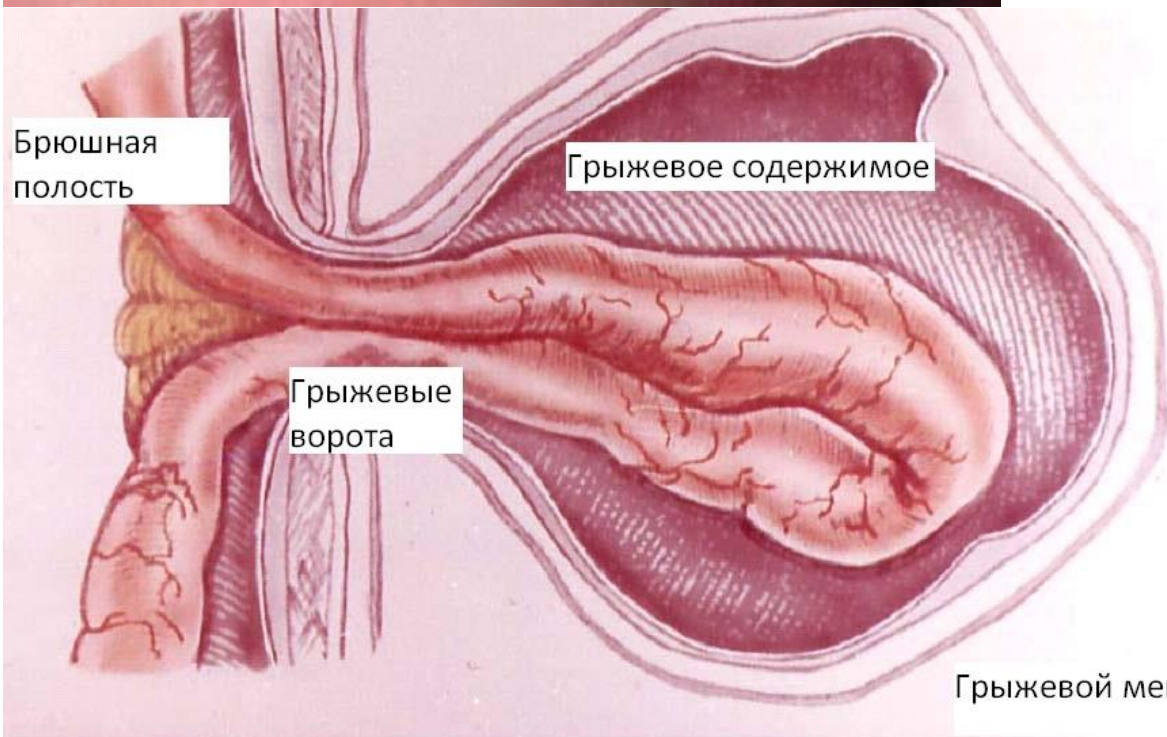


Александр Бунчук, 15.12.2011, Турклуб КПИ Глобус









Брюшная
полость

Грыжевое содержимое

Грыжевые
ворота

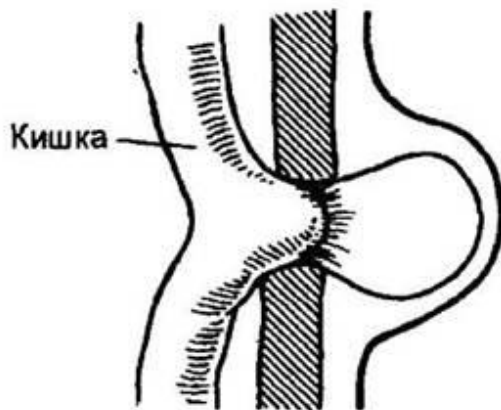
Грыжевой мешок







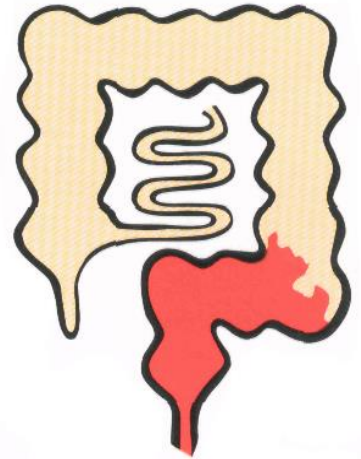
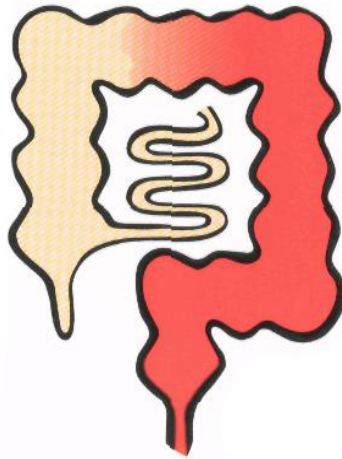
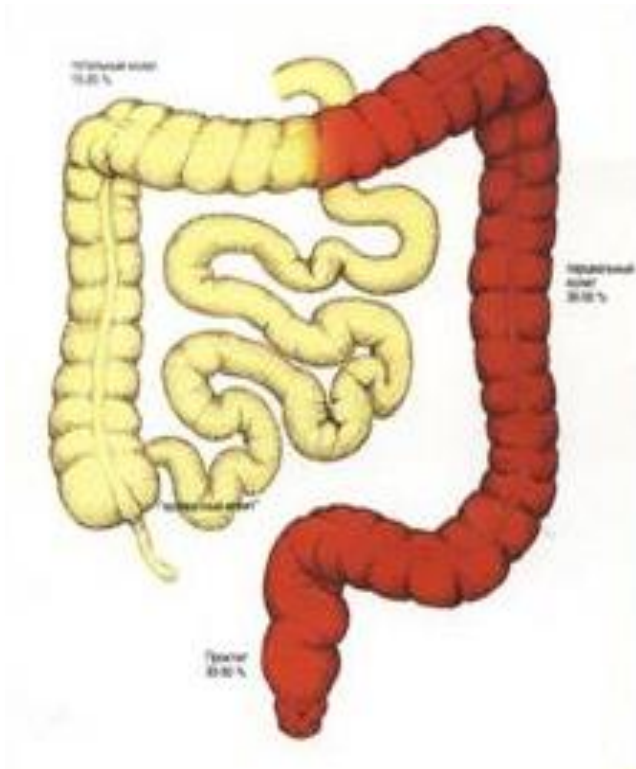
Типичное ущемление кишки в грыже. Развиваются непроходимость кишки, ее омертвление и перитонит

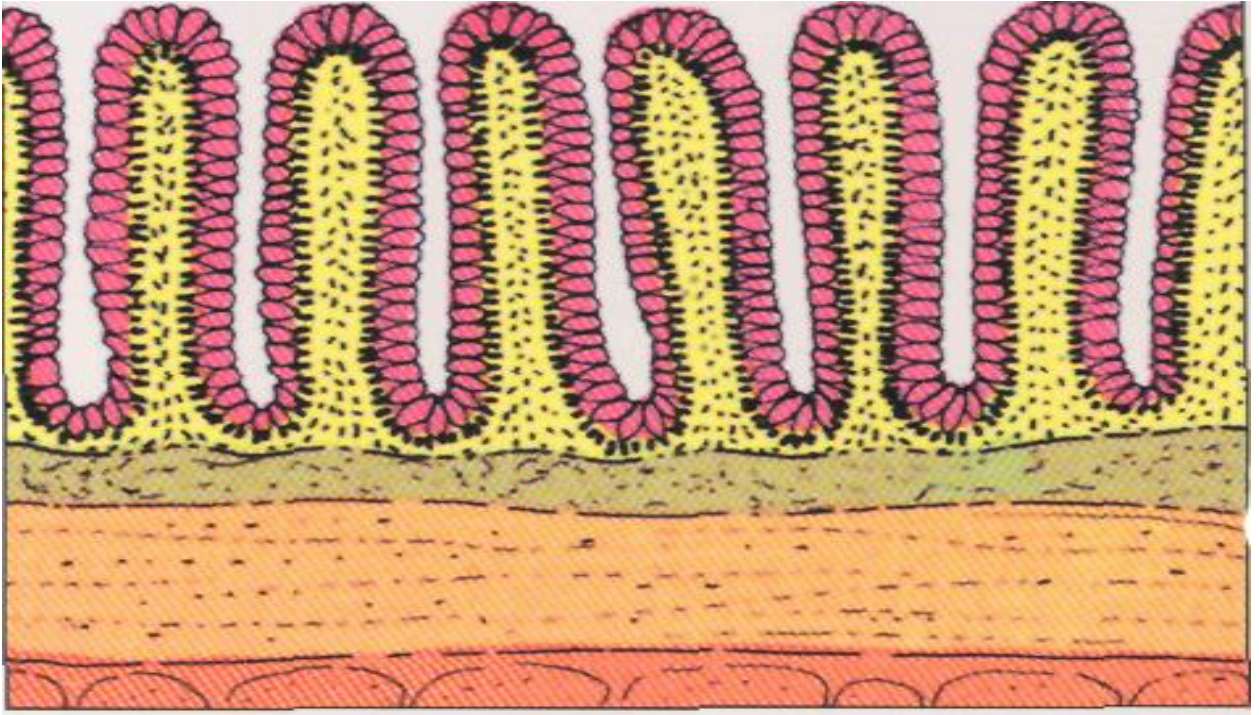


Ущемление Рихтера. Ущемлена только часть окружности кишечной стенки. Развивается некроз стенки кишки и перитонит без явлений непроходимости

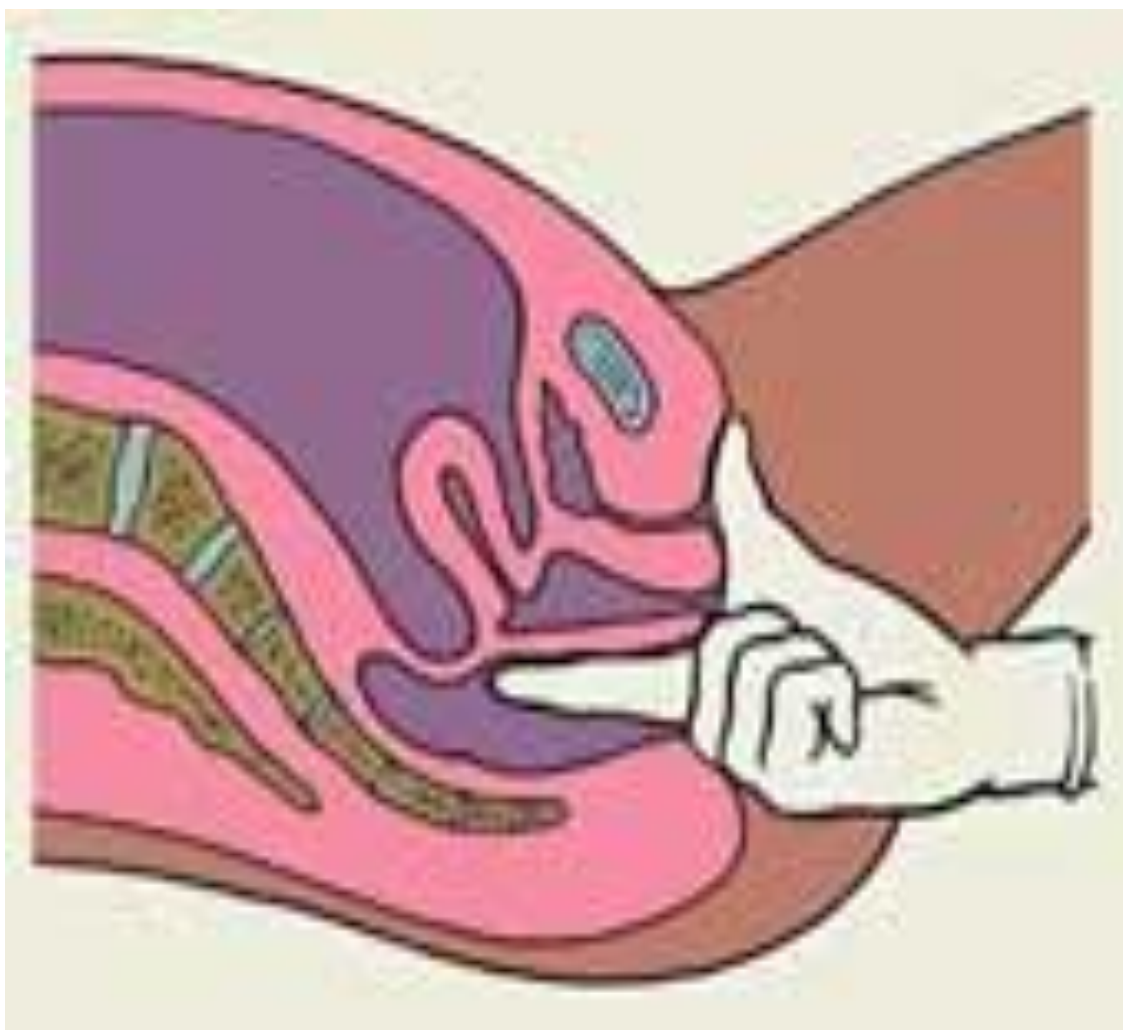
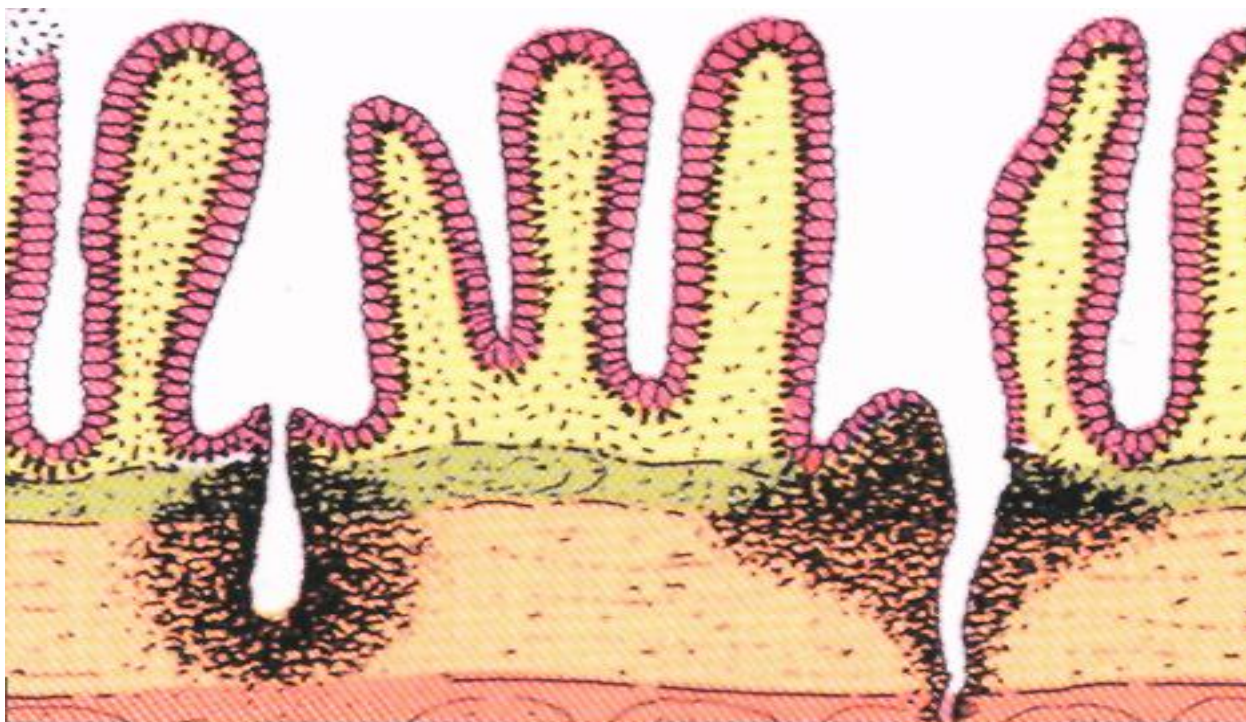


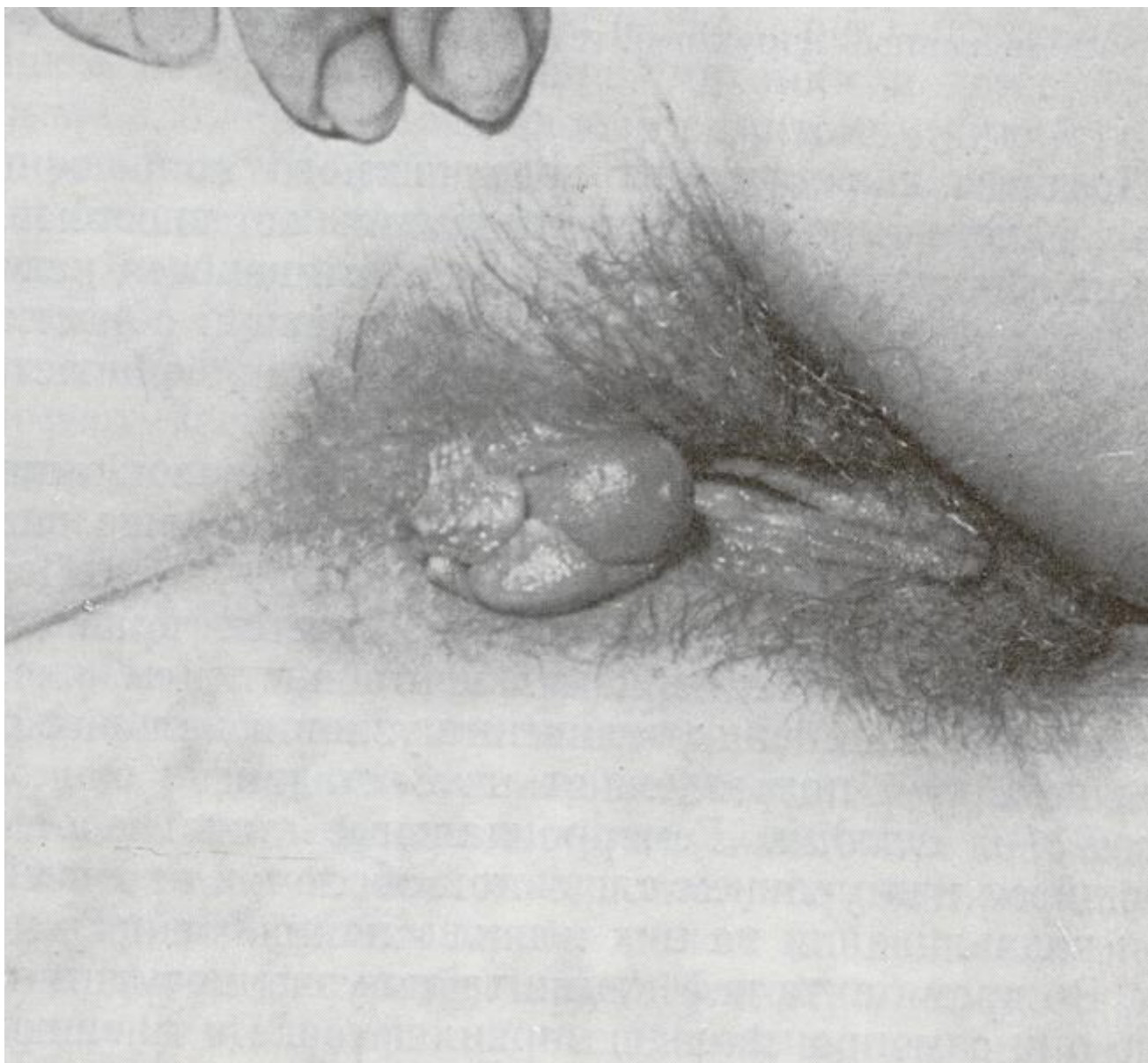
Ретроградное ущемление В грыже ущемлена брыжейка, питающая кишку. Некрозу подвергается петля кишки не в грыже, а в брюшной полости

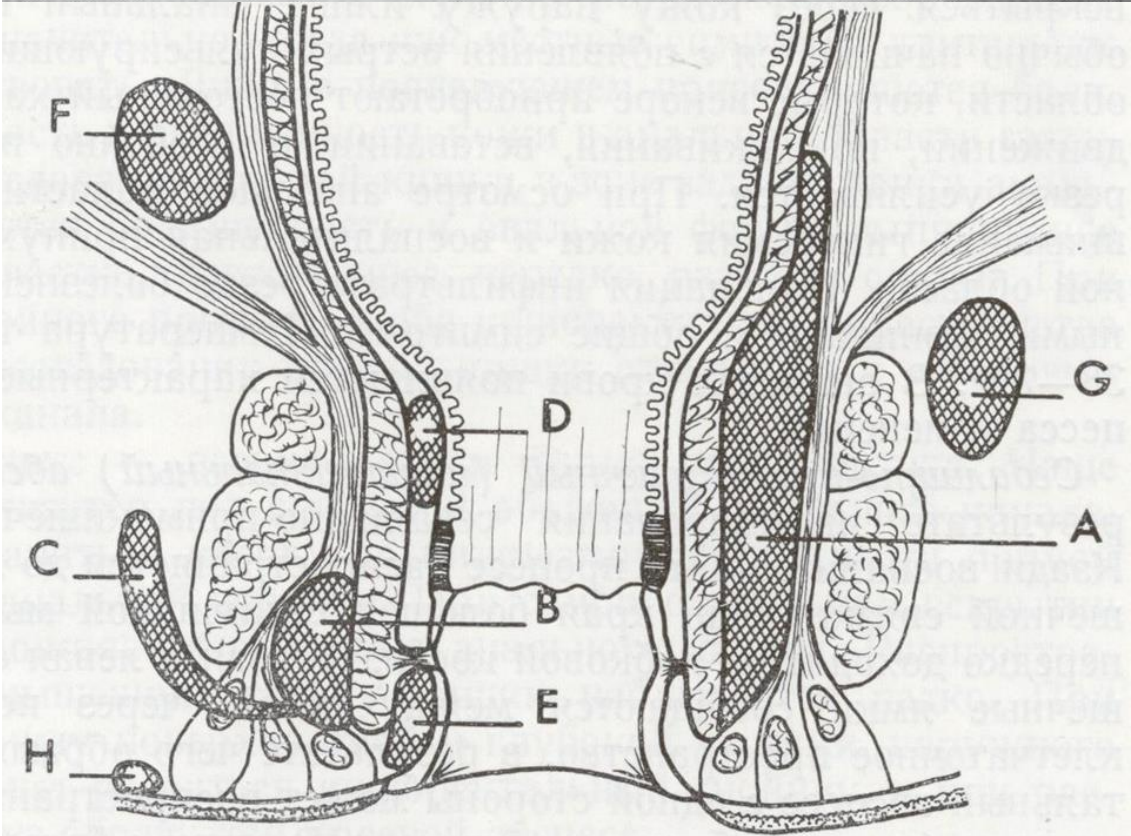
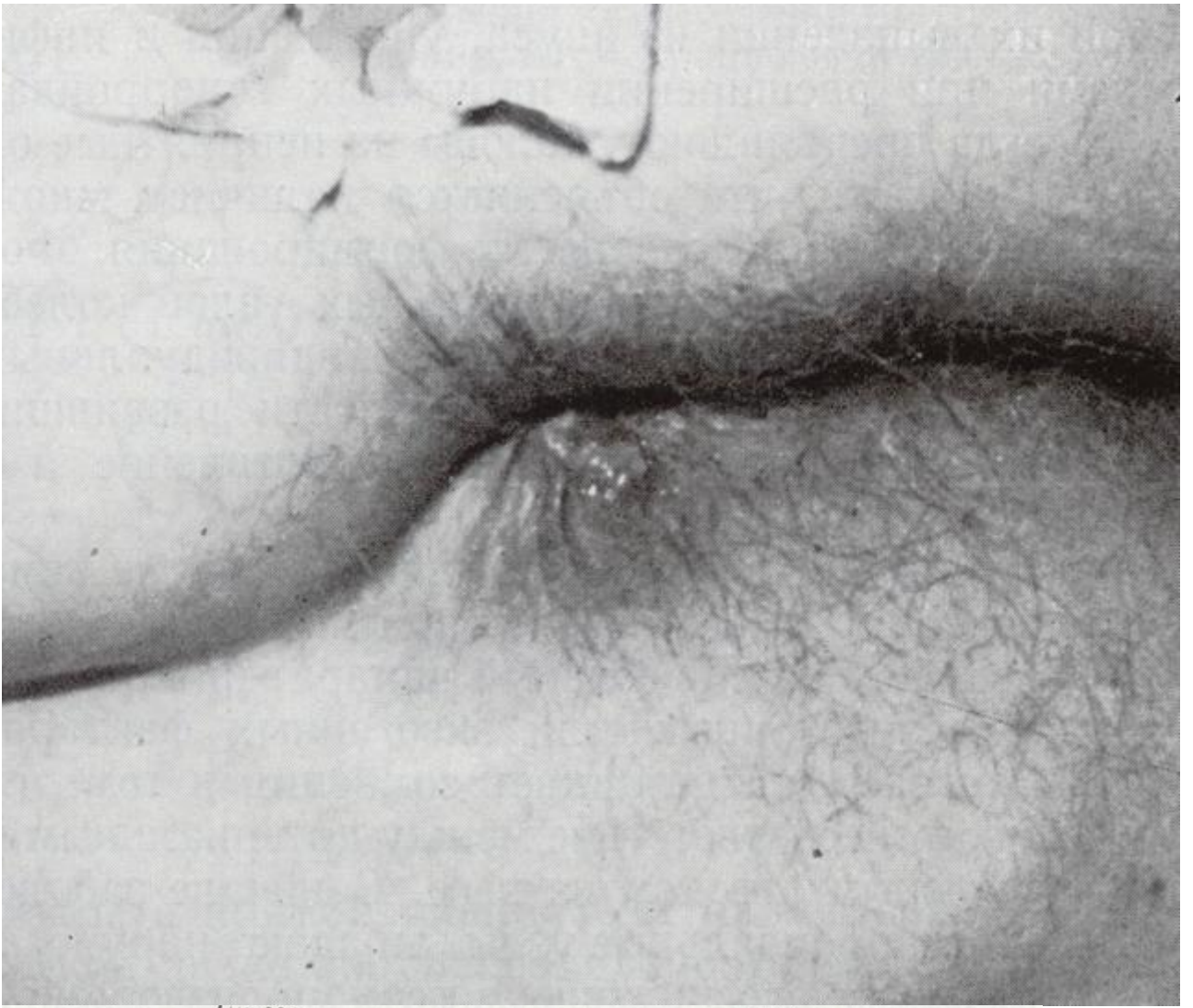


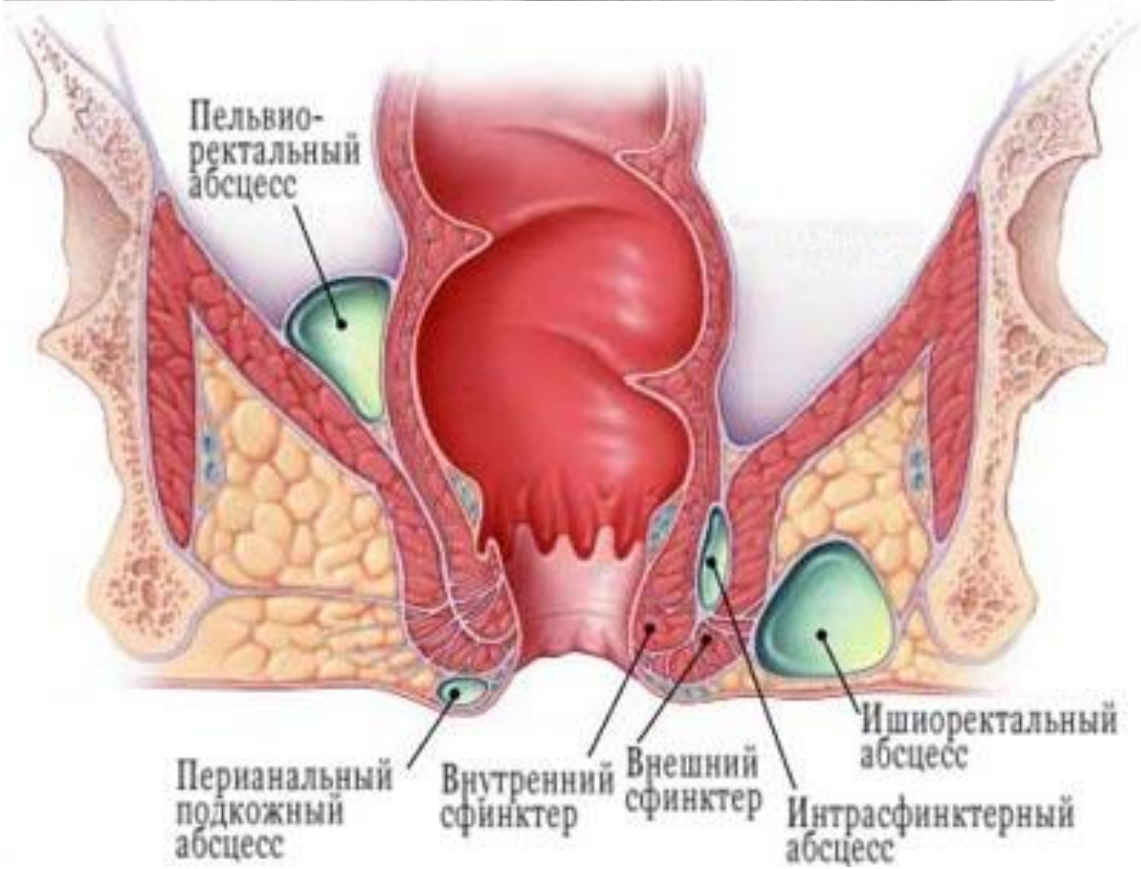
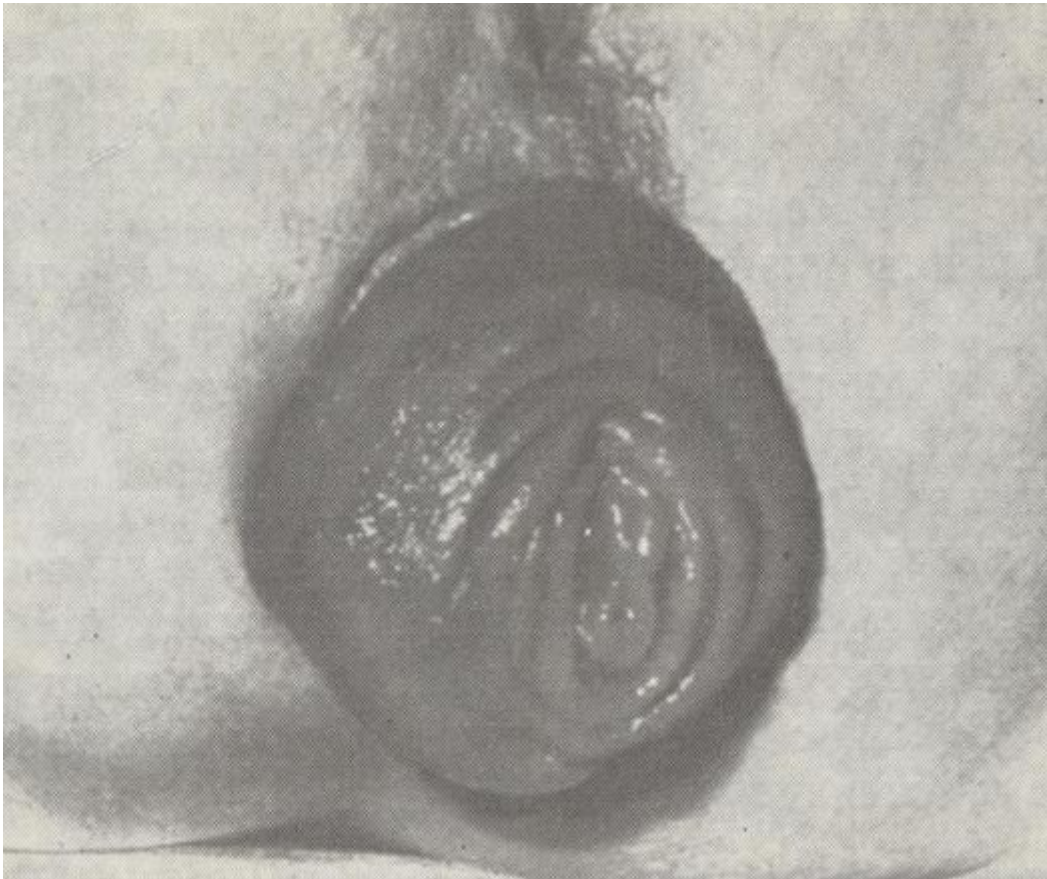


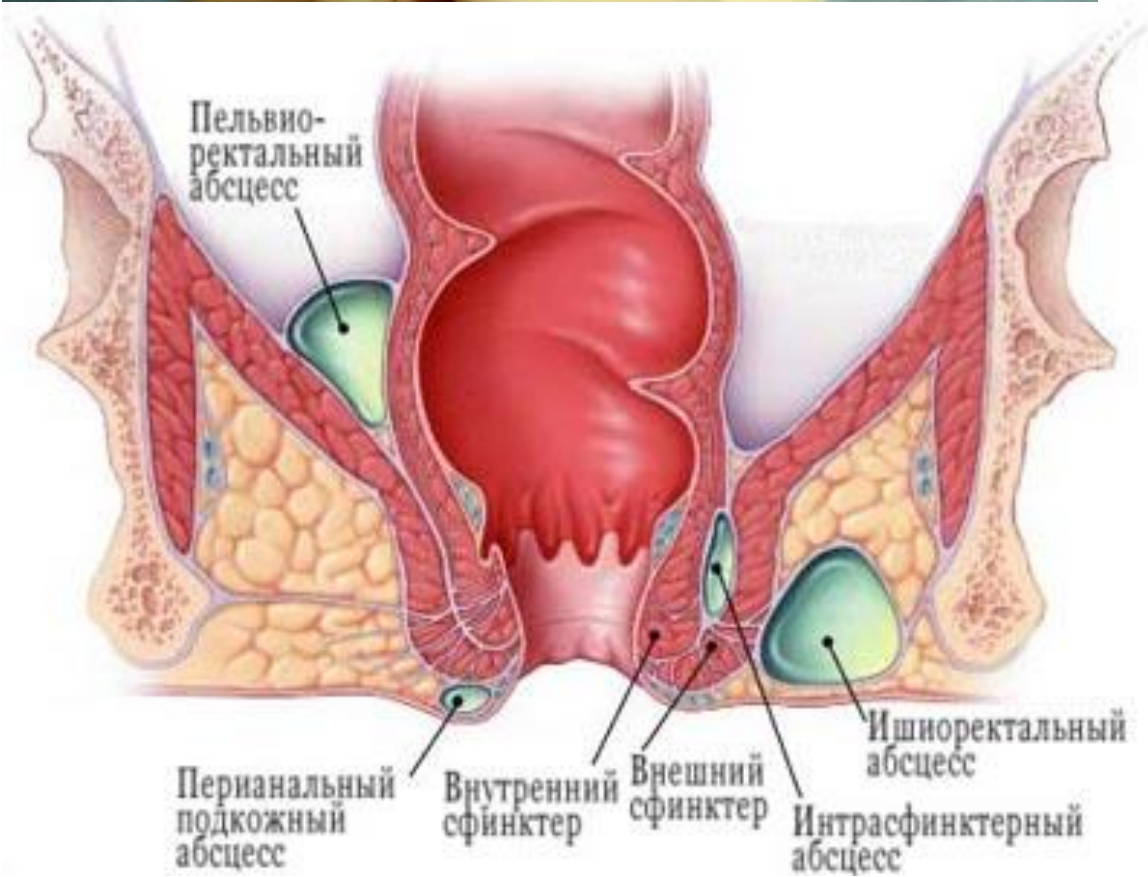


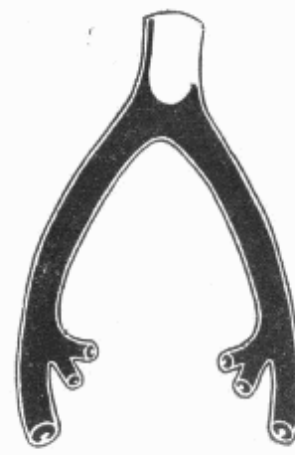
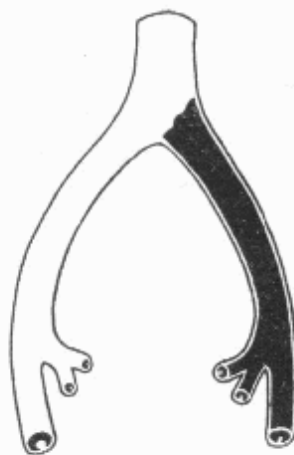
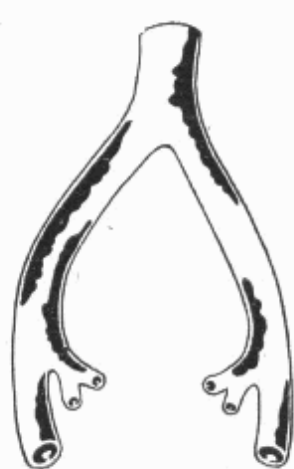
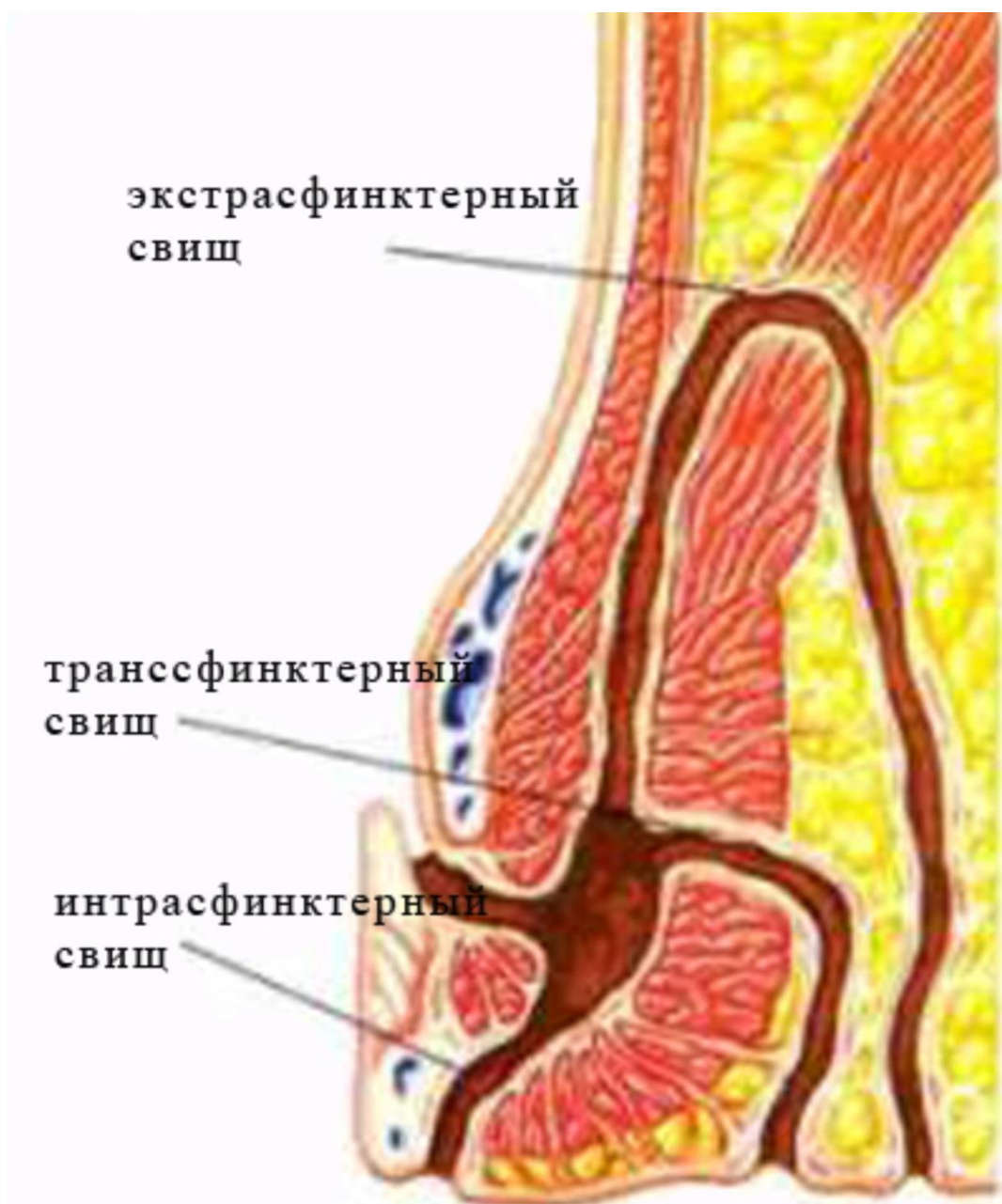


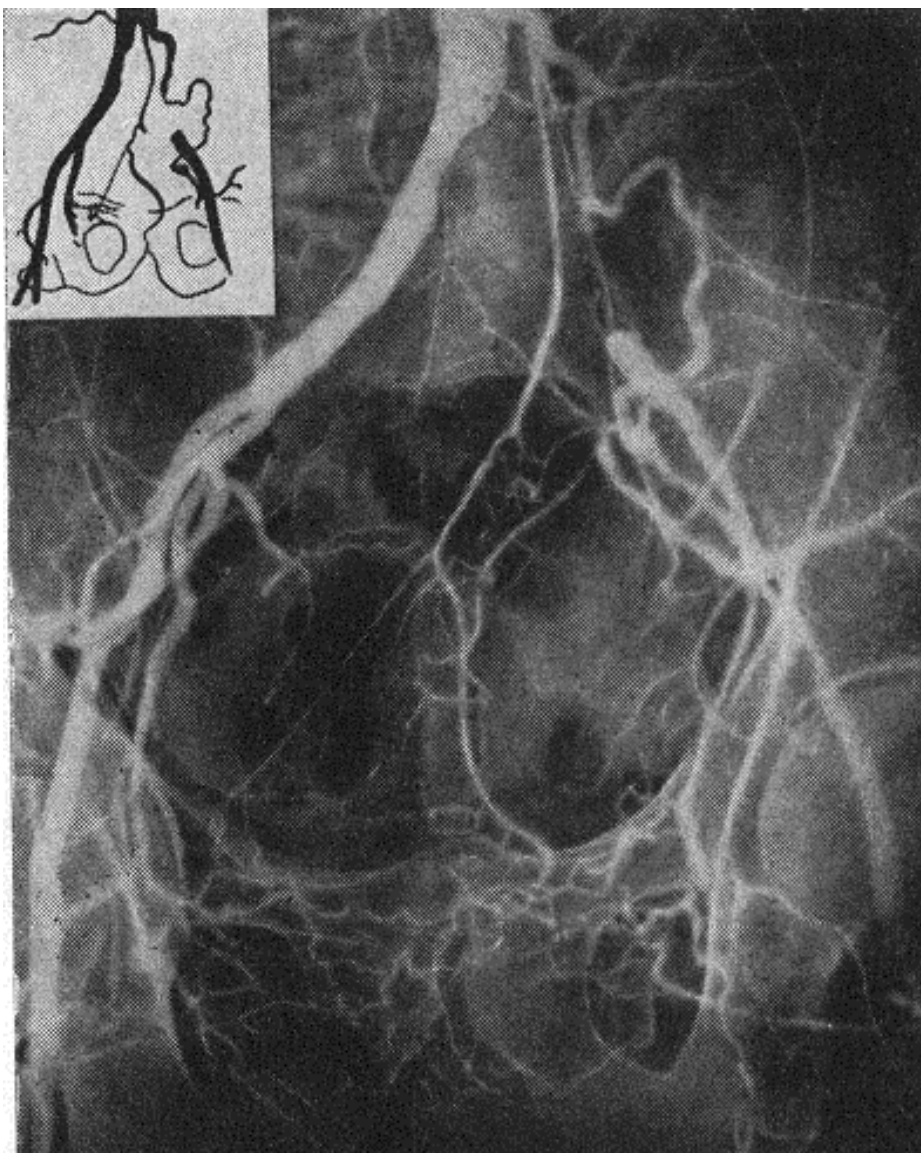




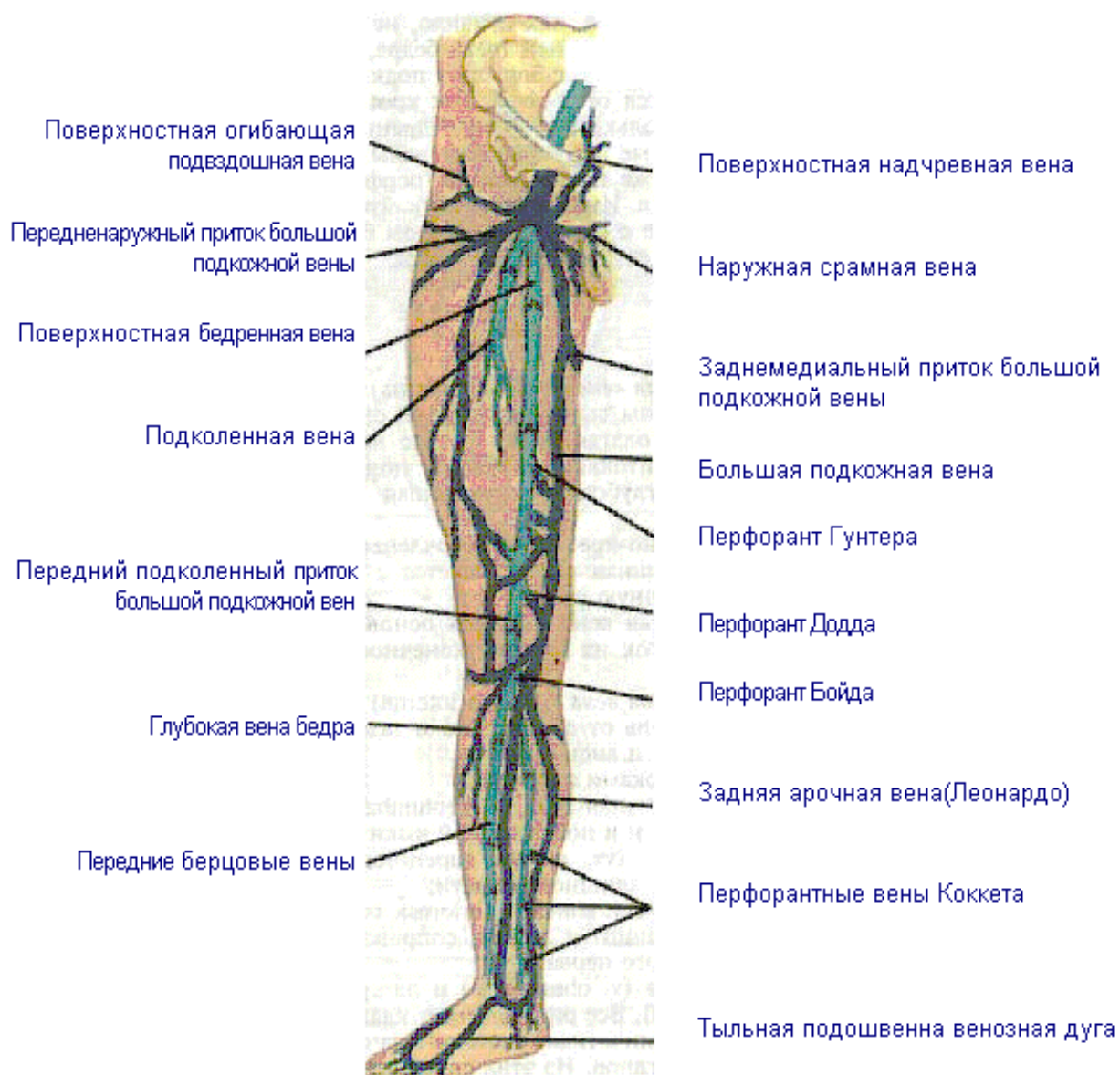


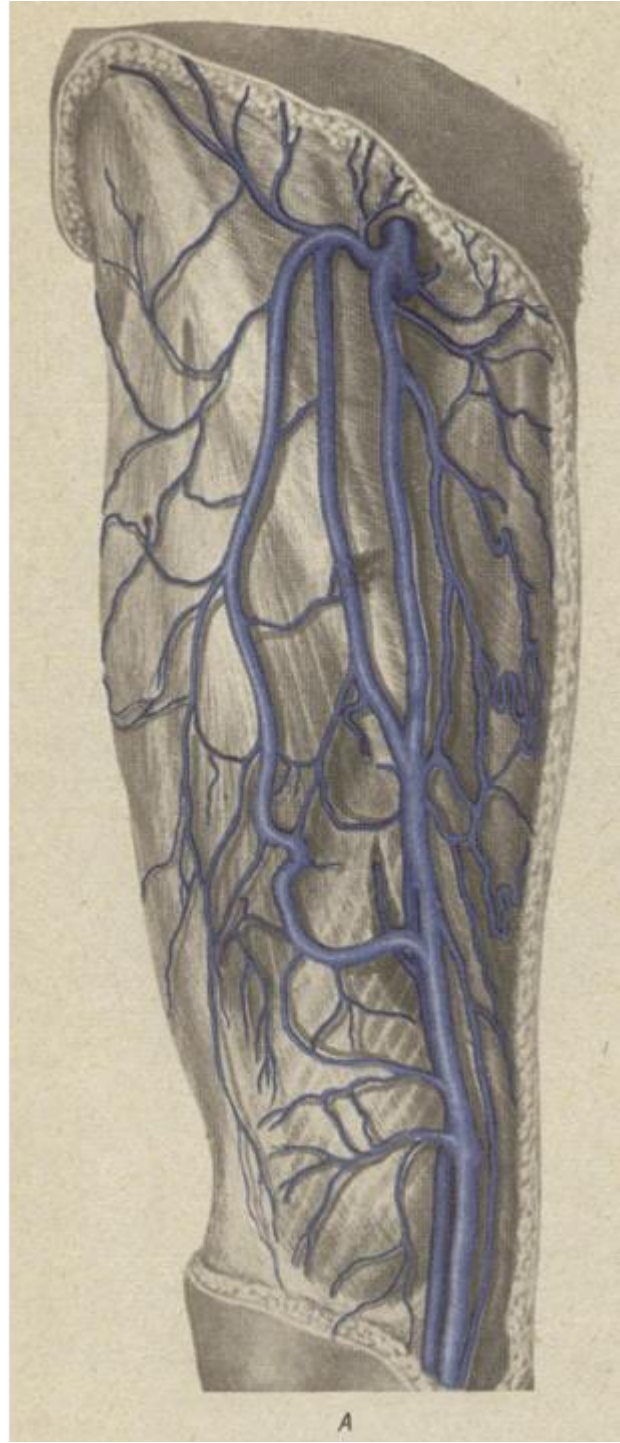
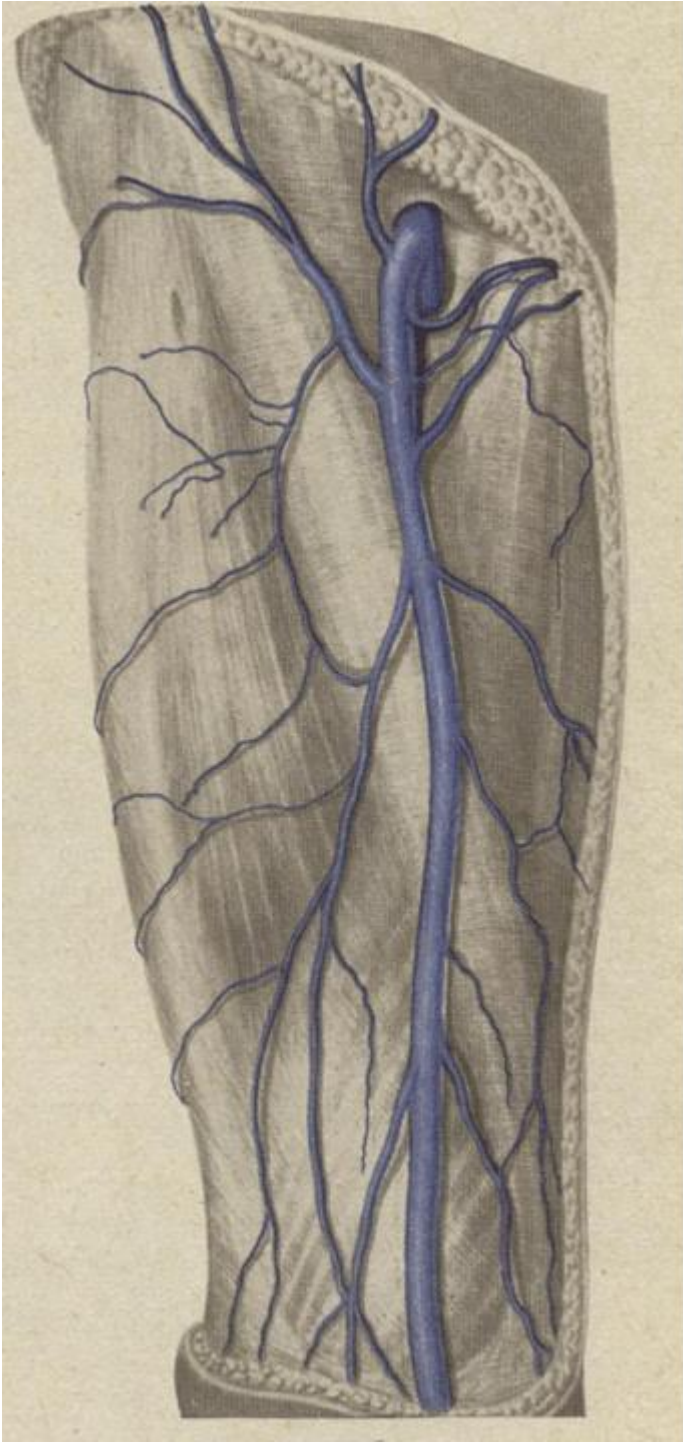












A

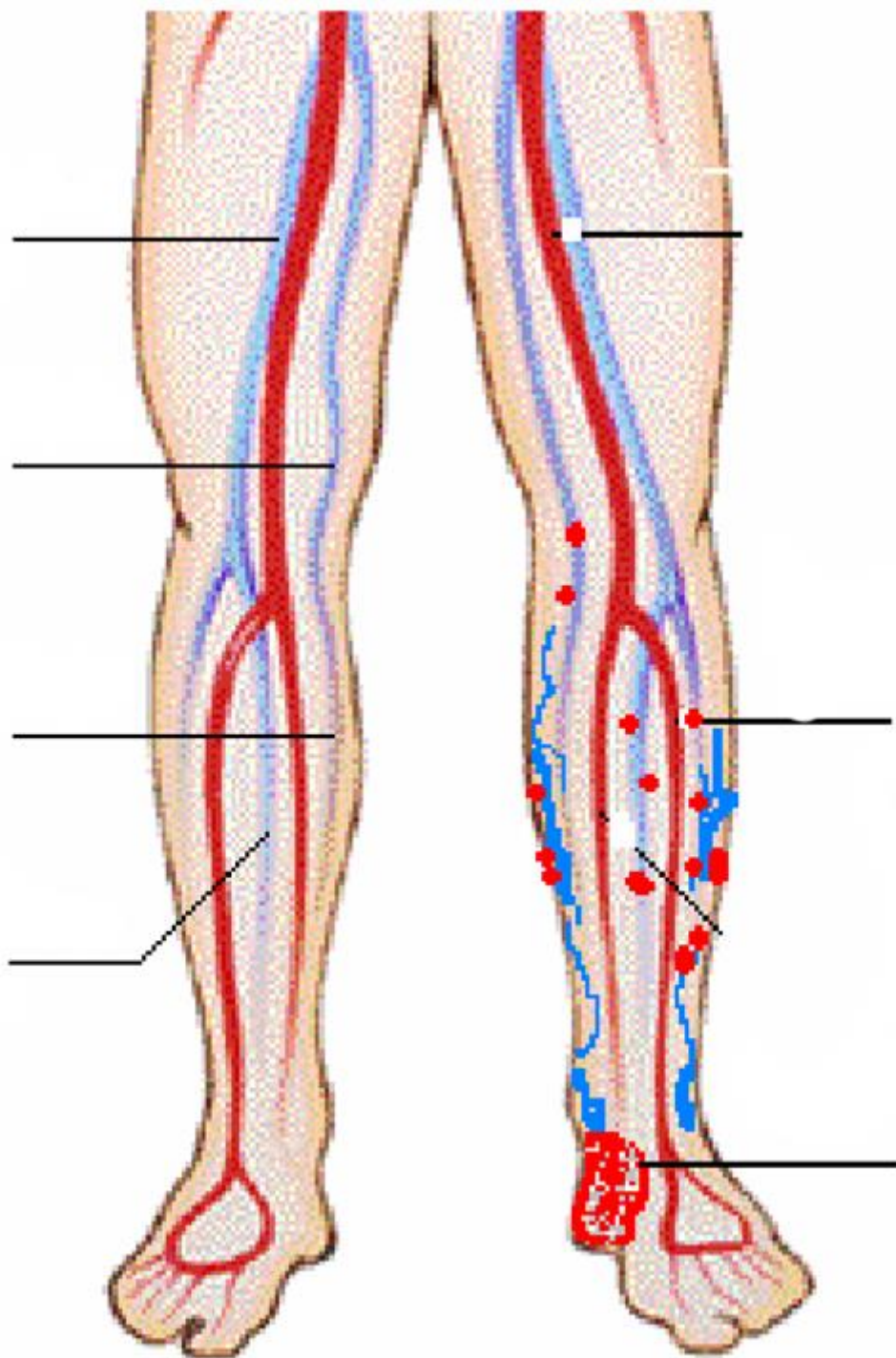
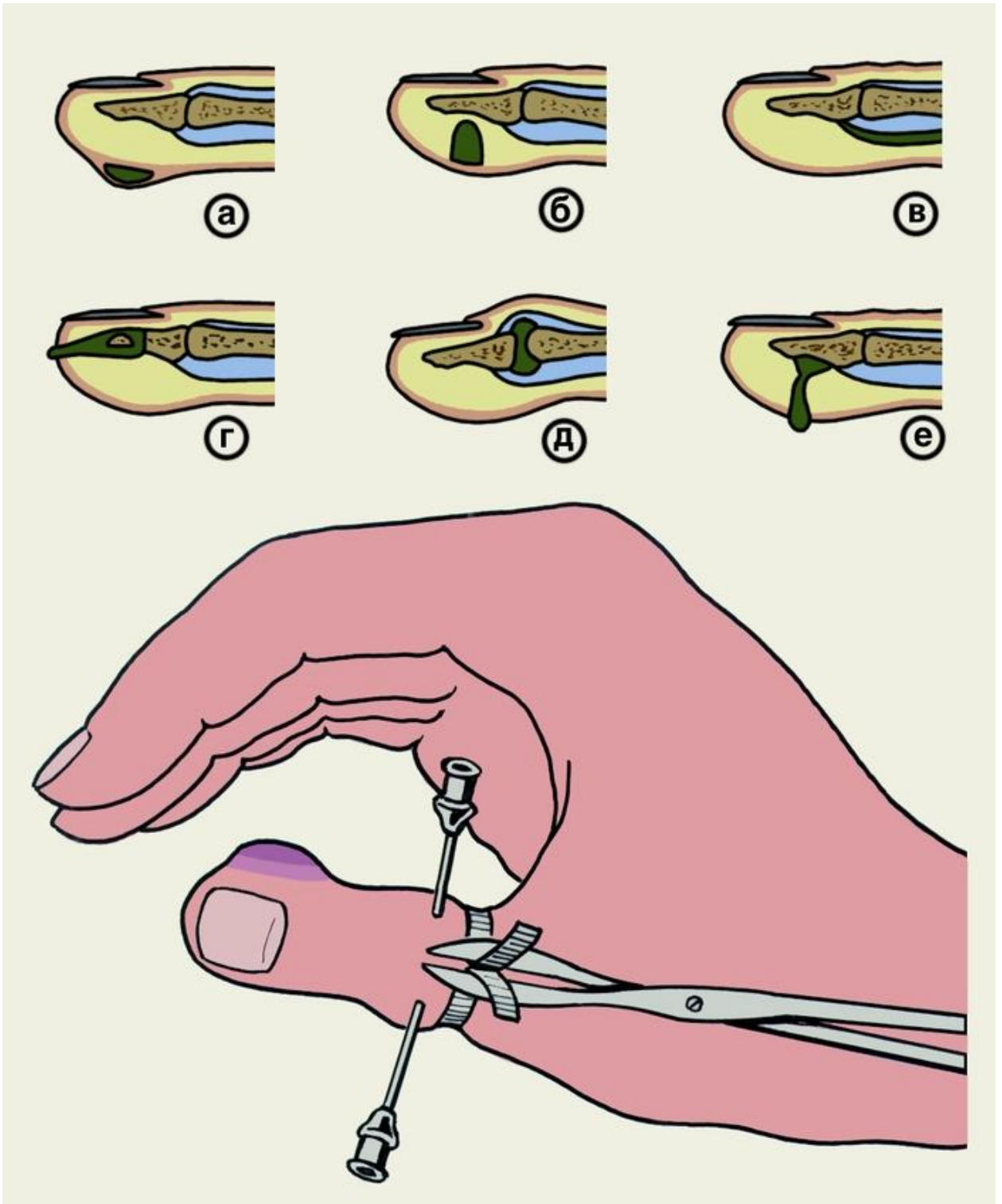


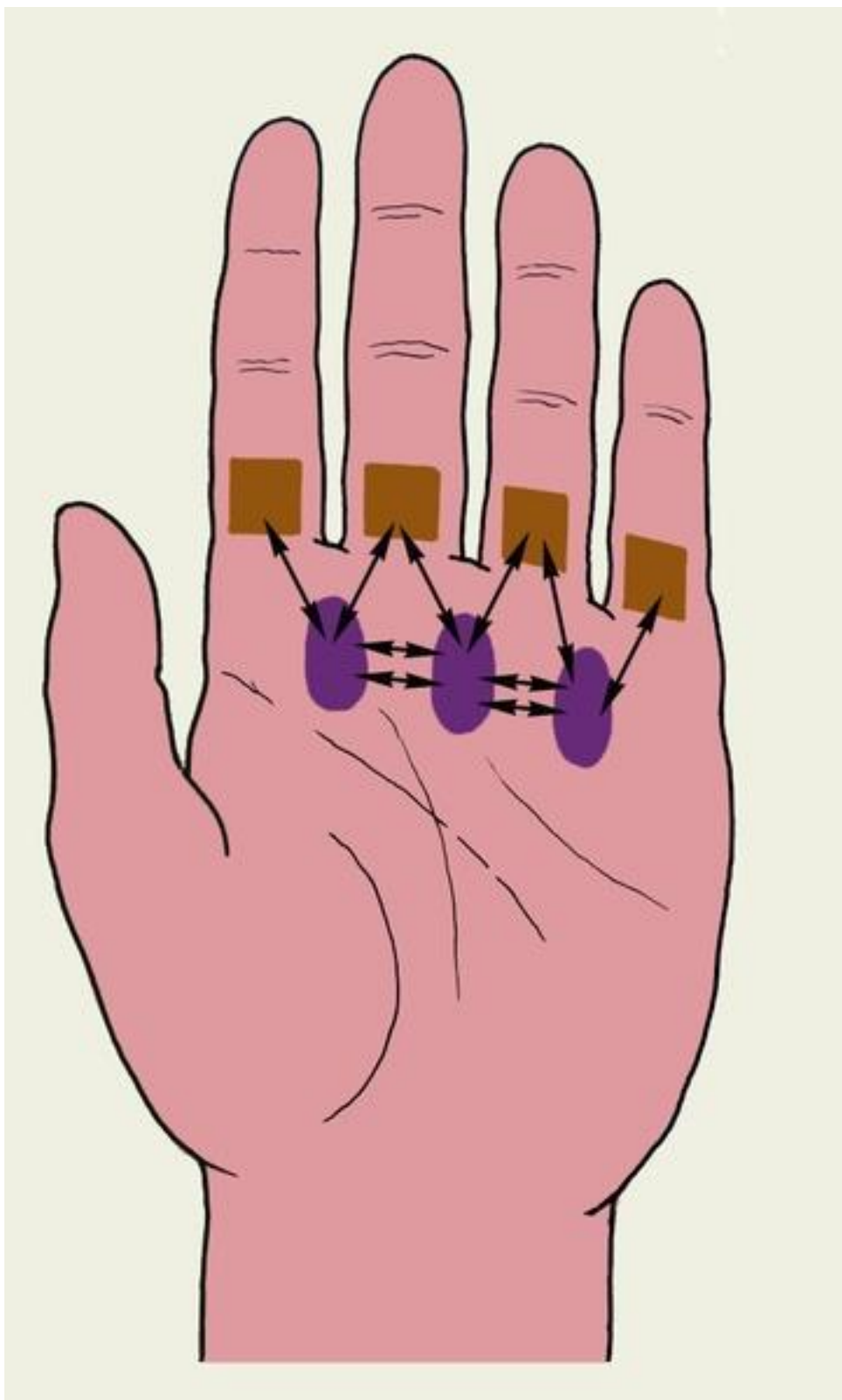


Таблица 1. Показания к применению метронидазола, дозы и длительность лечения			
Заболевание	Дозы	Длительность лечения	Примечание
<i>Системное применение</i>			
Инфекции костей и суставов	в/в по 500 мг 3 раза в сутки	7–10 дней	При сочетании анаэробных с аэробными микроорганизмами назначается второй препарат (цефалоспорины, фторхинолоны) или ванкомицин (при MRSA)
ЦНС (менингит, абсцесс мозга)	в/в по 500 мг 3 раза в сутки	7–10 дней	При сочетании анаэробных с аэробными микроорганизмами назначается второй препарат (цефалоспорины или фторхинолоны)
Бактериальный эндокардит	в/в по 500 мг 3 раза в сутки	7–10 дней	При сочетании анаэробных с аэробными микроорганизмами назначается второй препарат (цефалоспорины или фторхинолоны) или ванкомицин (при MRSA)
Пневмония (госпитальная), абсцесс, эмпиема легких	в/в по 500 мг 3 раза в сутки	7–10 дней	В сочетании с фторхинолонами или цефалоспоридами
Инфекции брюшной полости (деструктивный панкреатит, аппендицит, перитонит, абсцесс печени – тяжесть течения по APACHE II < 15)	в/в по 500 мг 3–4 раза в сутки	До достижения положительной динамики раневого процесса	Обязательна хирургическая санация гнойного очага. При выявлении ассоциации анаэробных с аэробными микроорганизмами назначается второй препарат (цефалоспорины, фторхинолоны) или ванкомицин (при MRSA)
Инфекции органов малого таза (послеродовый эндометрит, абсцесс фаллопиевых труб и яичников, инфекции свода влагалища после хирургических вмешательств)	в/в по 500 мг 3 раза в сутки	7–10 дней, затем – 1% гель вагинально	–
Инфекции кожи и мягких тканей (анаэробный неклостридиальный целлюлит, фасциит, миозит и сочетанное повреждение всех анатомических структур) – при тяжести течения по APACHE II < 15	в/в по 500 мг 3 раза в сутки	7–10 дней	При сочетании с аэробными микроорганизмами назначается второй препарат (фторхинолоны, цефалоспорины, аминогликозиды)
Гастрит или язва двенадцатиперстной кишки, связанные с <i>Helicobacter pylori</i>	в/в по 500 мг 3 раза в сутки	7 дней, а затем – внутри по 200 мг 3 раза в сутки в течение 7–10 дней	В сочетании с тетрациклином и препаратом висмута или омепразолом, кларитромицином
Язвенный стоматит	внутри по 400 мг 2 раза в сутки	5 дней и обработка десен пастой или гелем с метронидазолом	–
Профилактика послеоперационных осложнений (операции на ободочной кишке, околопряничной области, аппендэктомия, гинекологические операции)	в/в по 1000 мг, а затем по клинической ситуации внутри по 200 мг 3 раза в сутки или в/в по 500 мг x 3 раза в день	Однократно 5–7 дней	Ориентируясь на интраоперационную ситуацию (повреждение полого органа, расширение оперативного вмешательства и т.д.), терапия метронидазолом продлевается до 3 дней
Лучевая терапия больных с опухолями – в качестве радиосенсибилизирующего средства	в/в по 160 мг/кг или 4–6 г/м ² поверхности тела	За 0,5–1 ч до начала облучения	Перед каждым сеансом облучения
Протозойные инфекции: внекишечный амебиоз (поражение легких, печени, включая амёбный абсцесс печени)	внутри по 400 или 800 мг 3 раза в сутки или в/в по 500 мг 3 раза в сутки (по клинической ситуации)	7–10 дней	Обязательная аспирация содержимого абсцесса
Трихомоиаз, трихомонадный вагинит, уретрит, баланит, гиардиаз	внутри по 200 мг 2 раза в сутки или по 400 мг 2 раза в сутки. Дополнительно вагинальные свечи или вагинальный крем	10 дней 5–8 дней. По показаниям курс повторяется через 3–4 нед. или повышает- ся доза до 1 г в сутки	Женщинам дополнительно назначается метронидазол в форме вагинальных свечей, крема или таблеток. При трихомонадном уретрите однократно двойная доза метронидазола в сочетании с 2–недельным курсом тетрациклина
Кишечный амёбиаз – амёбная дизентерия	внутри по 400 мг 3 раза в сутки	10 дней	–

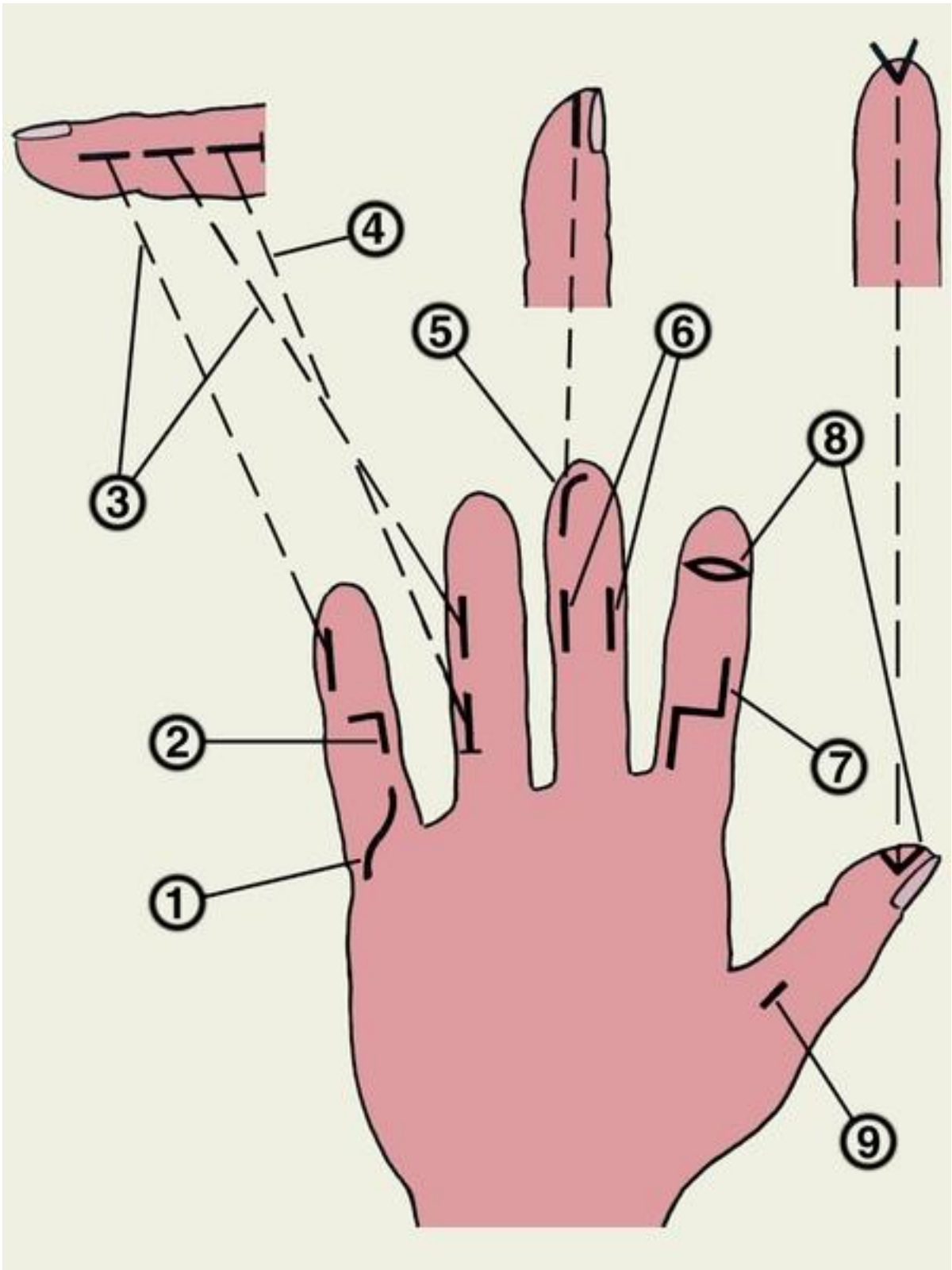


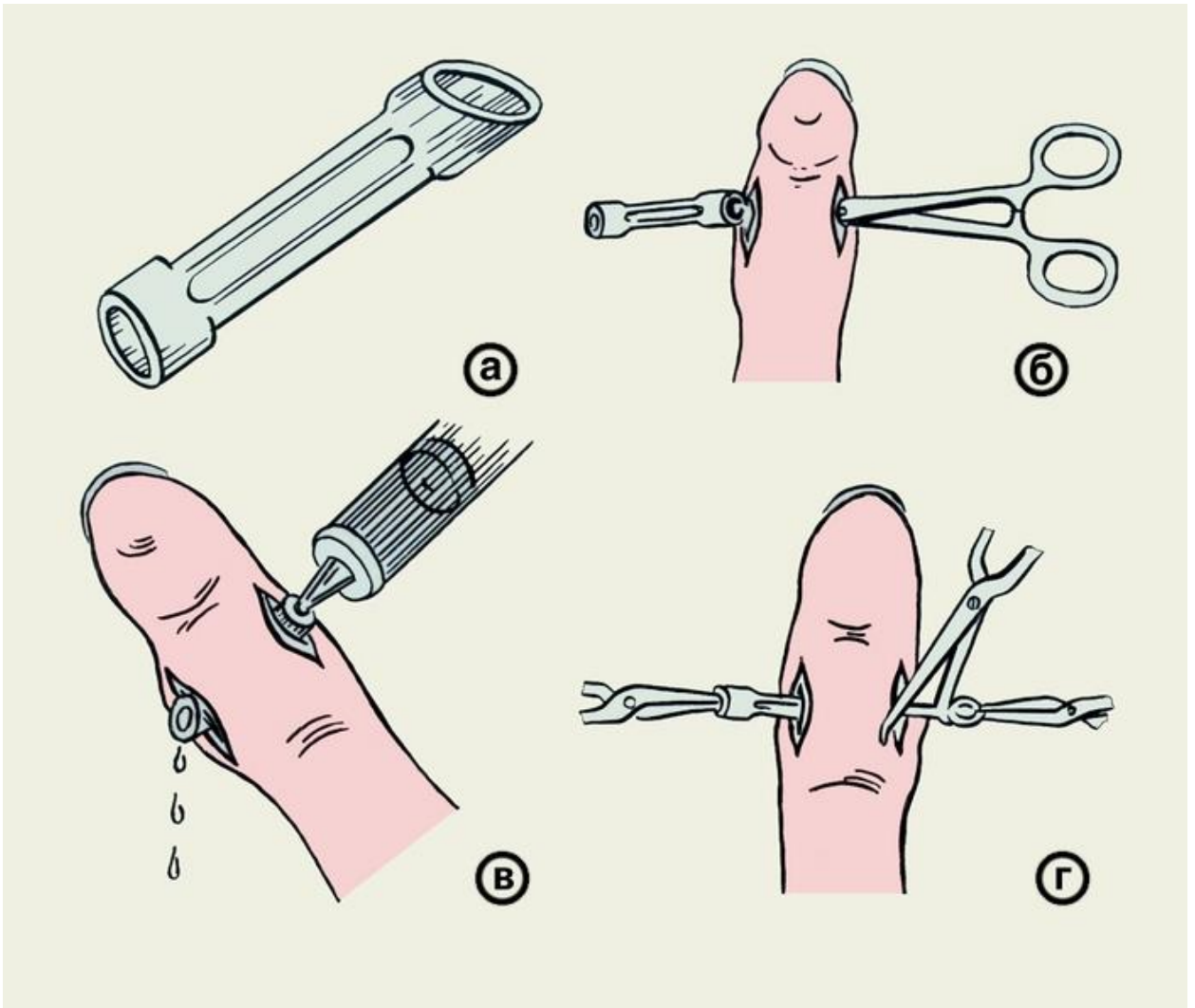


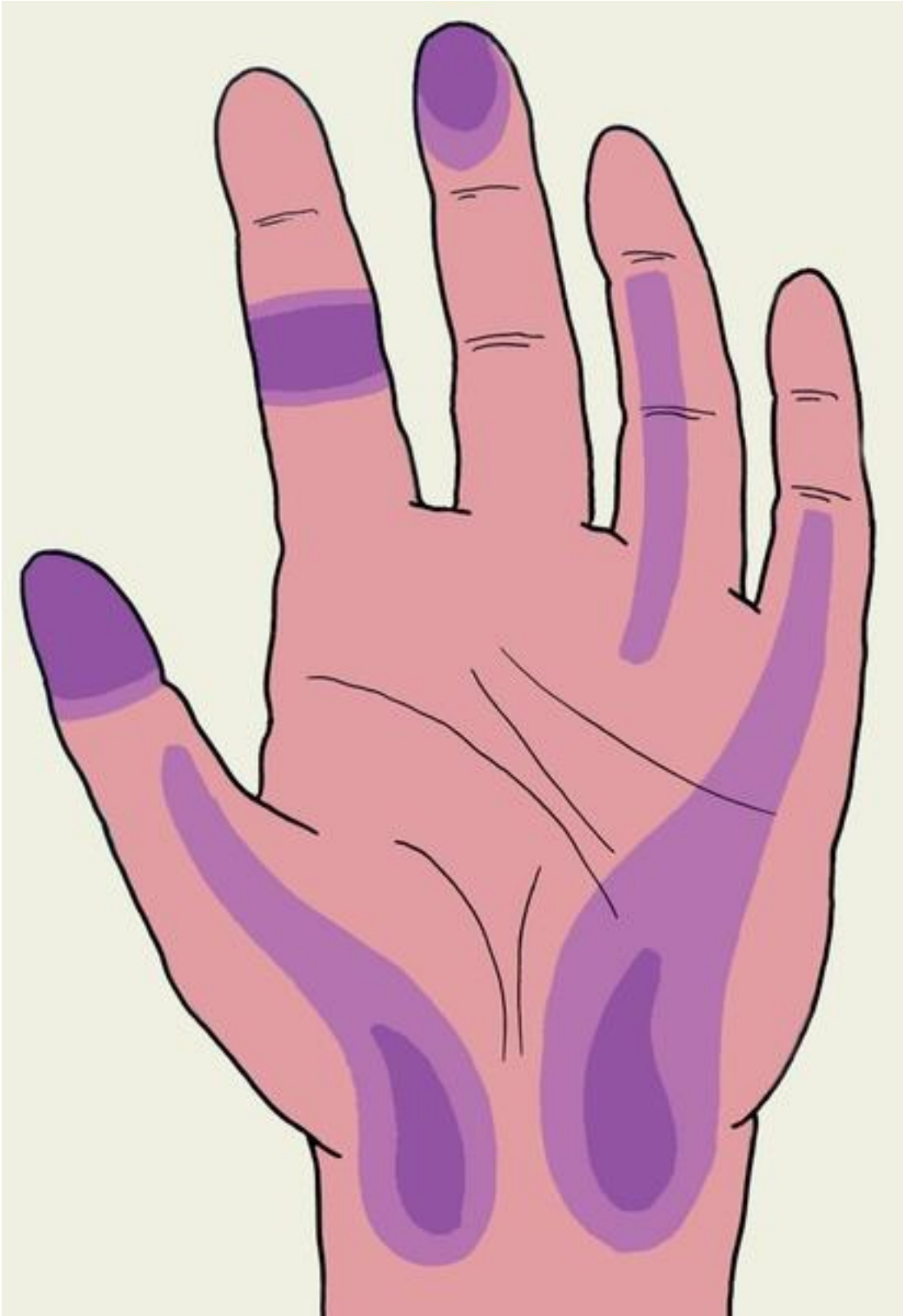




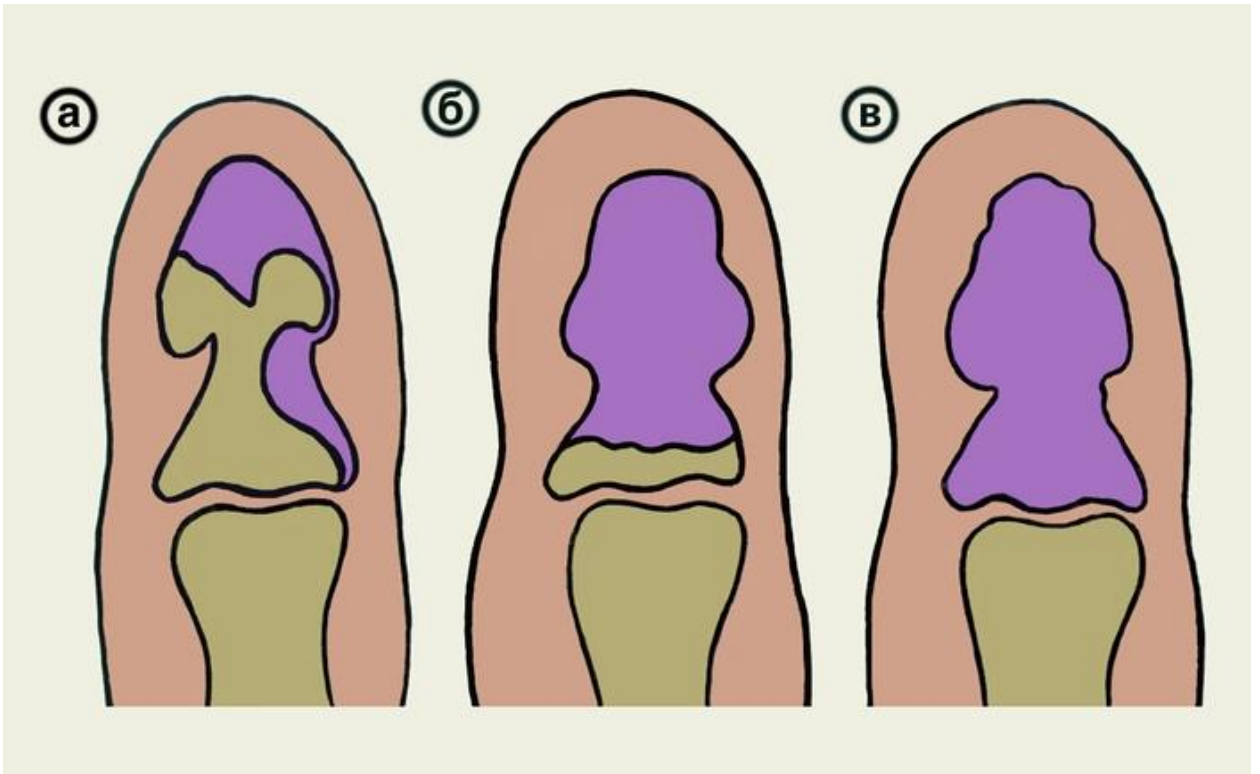




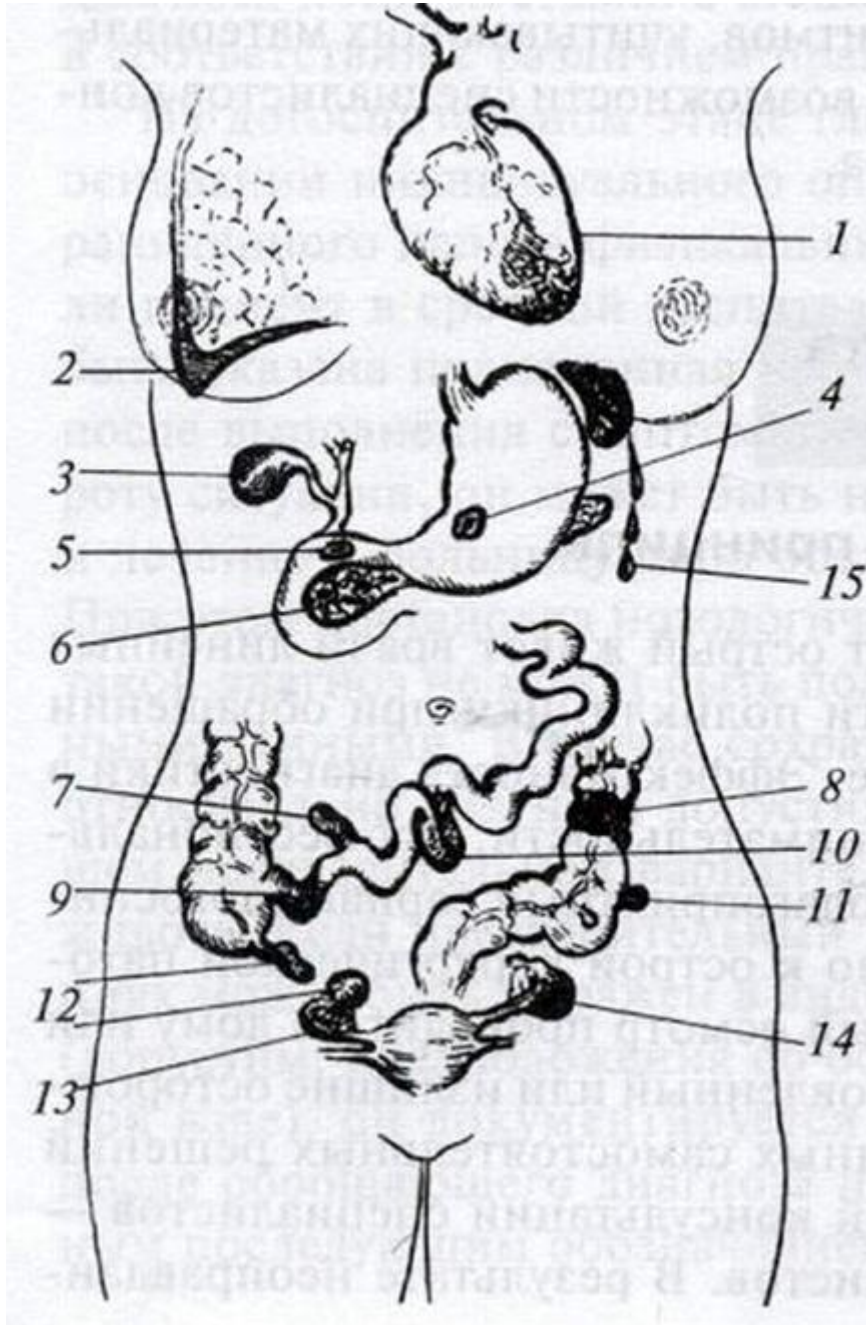




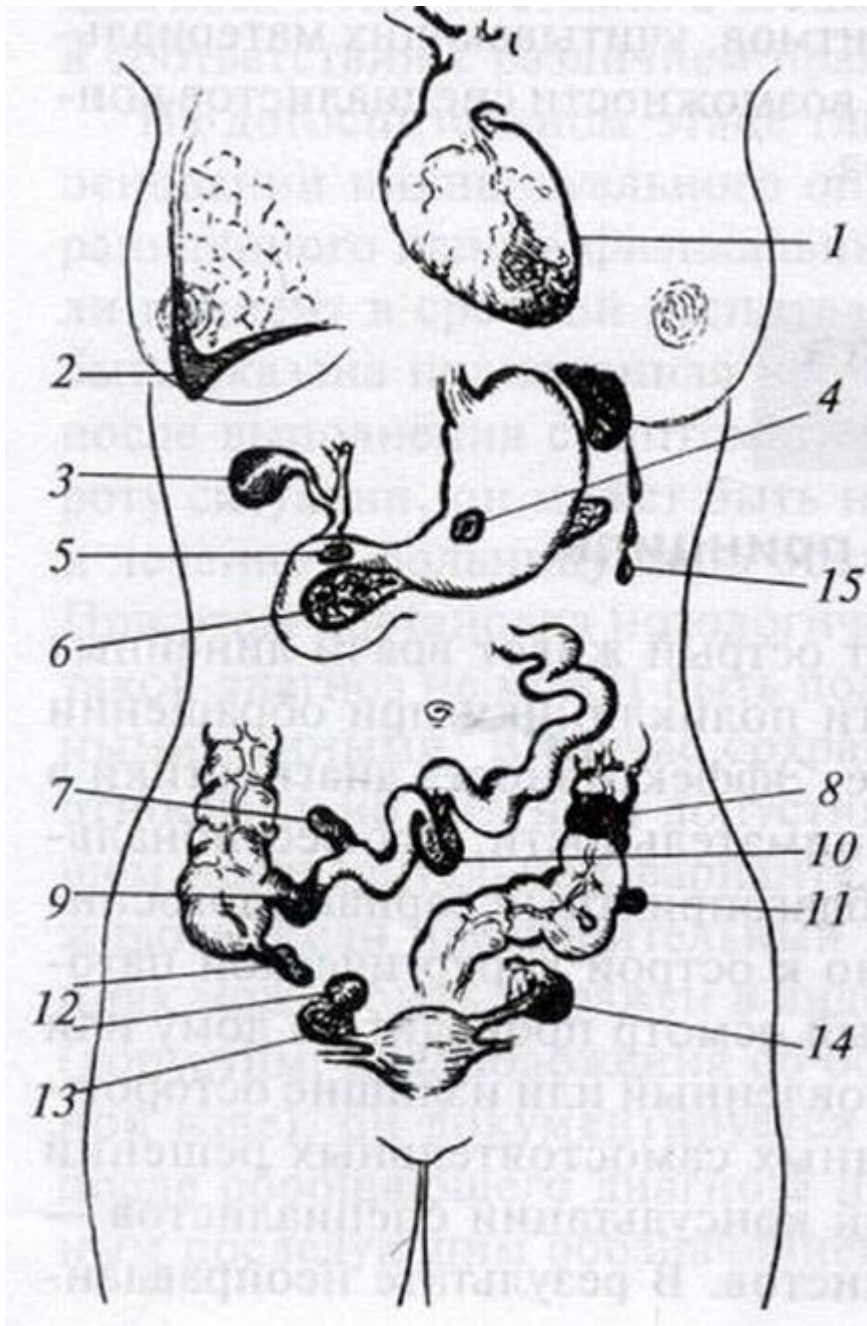


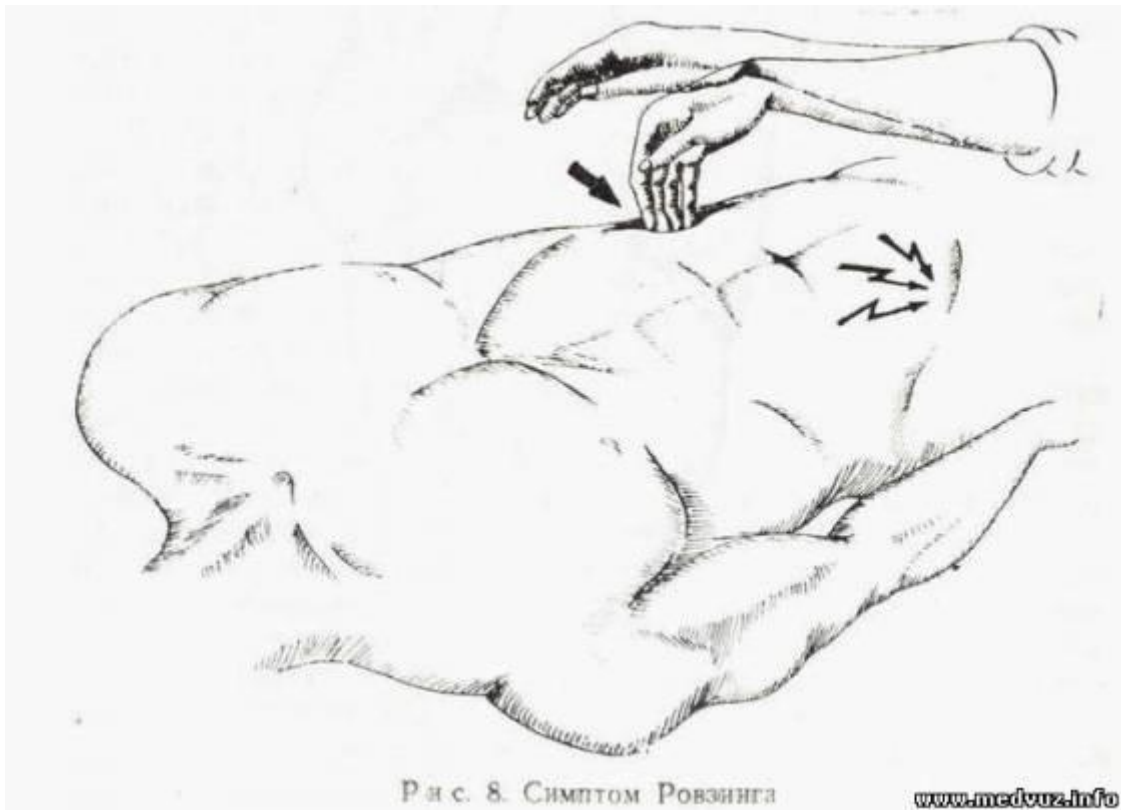
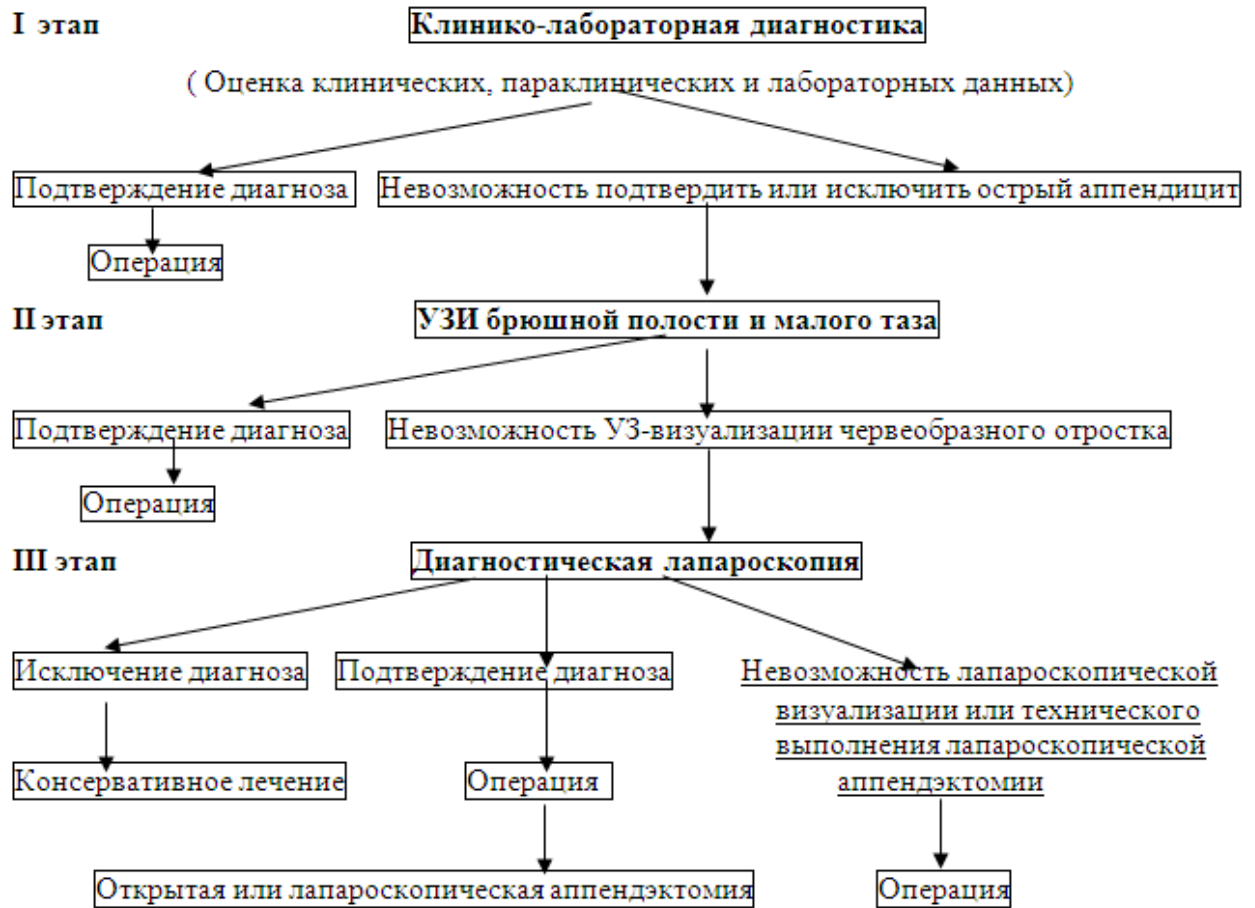




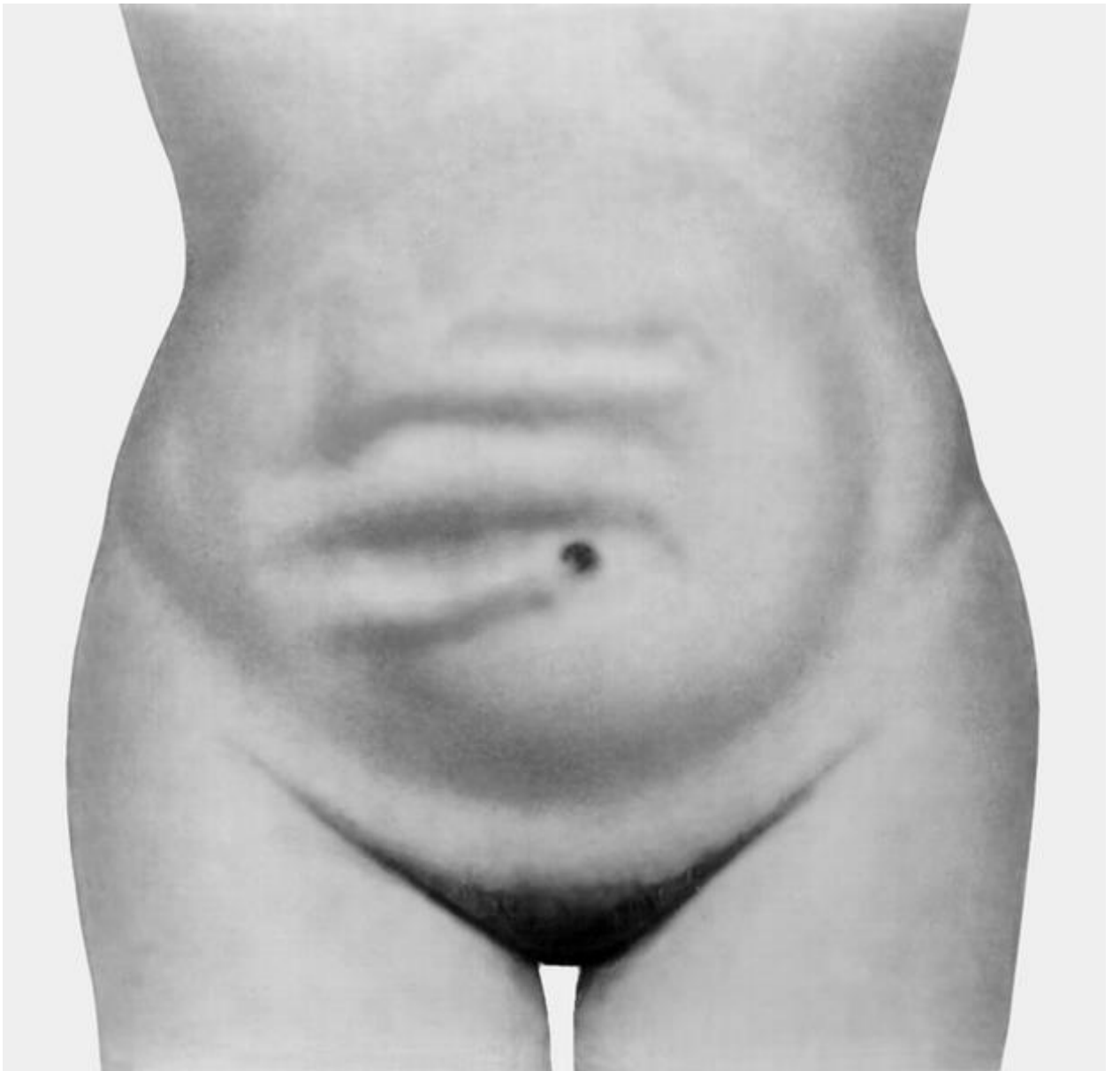


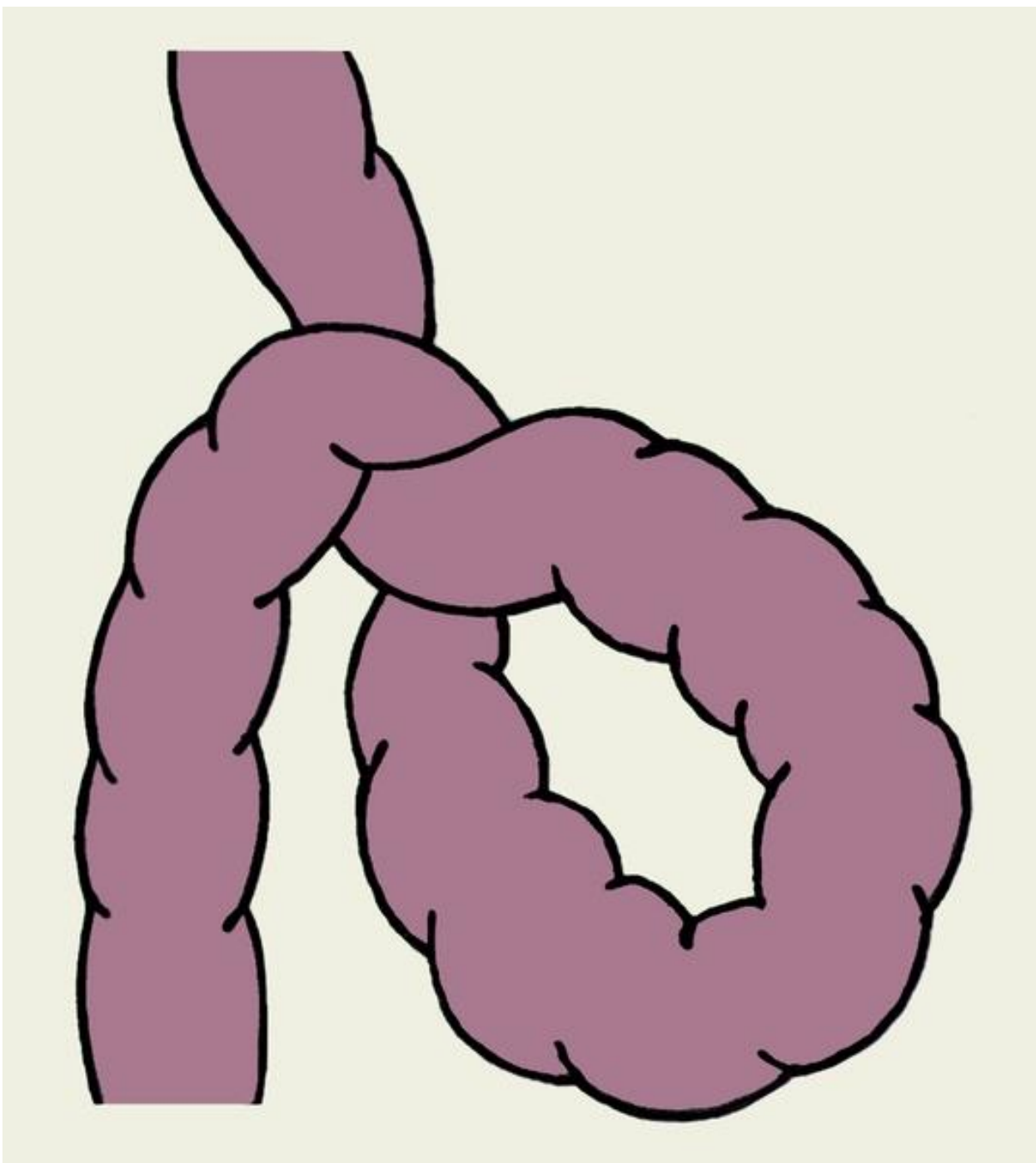


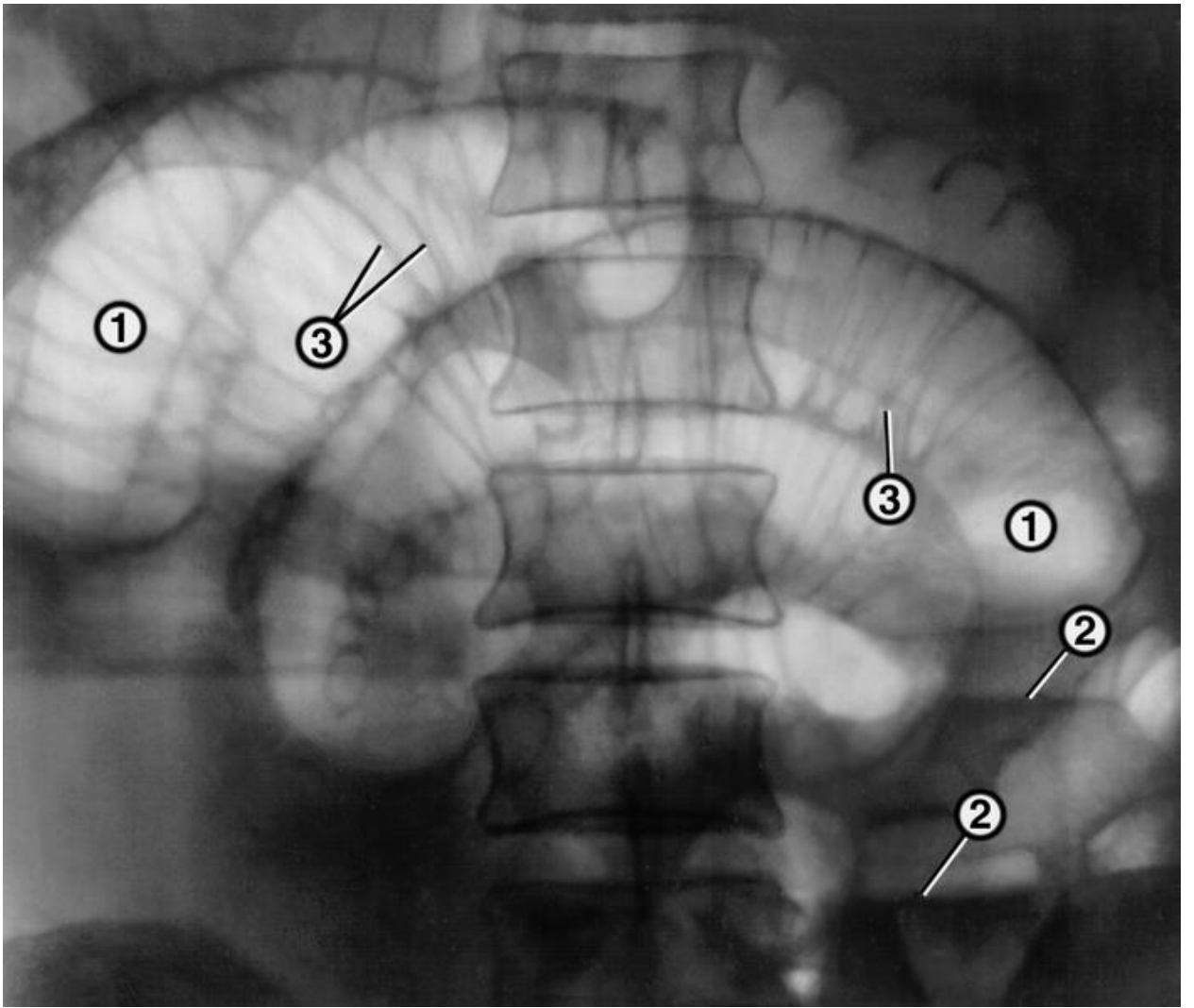


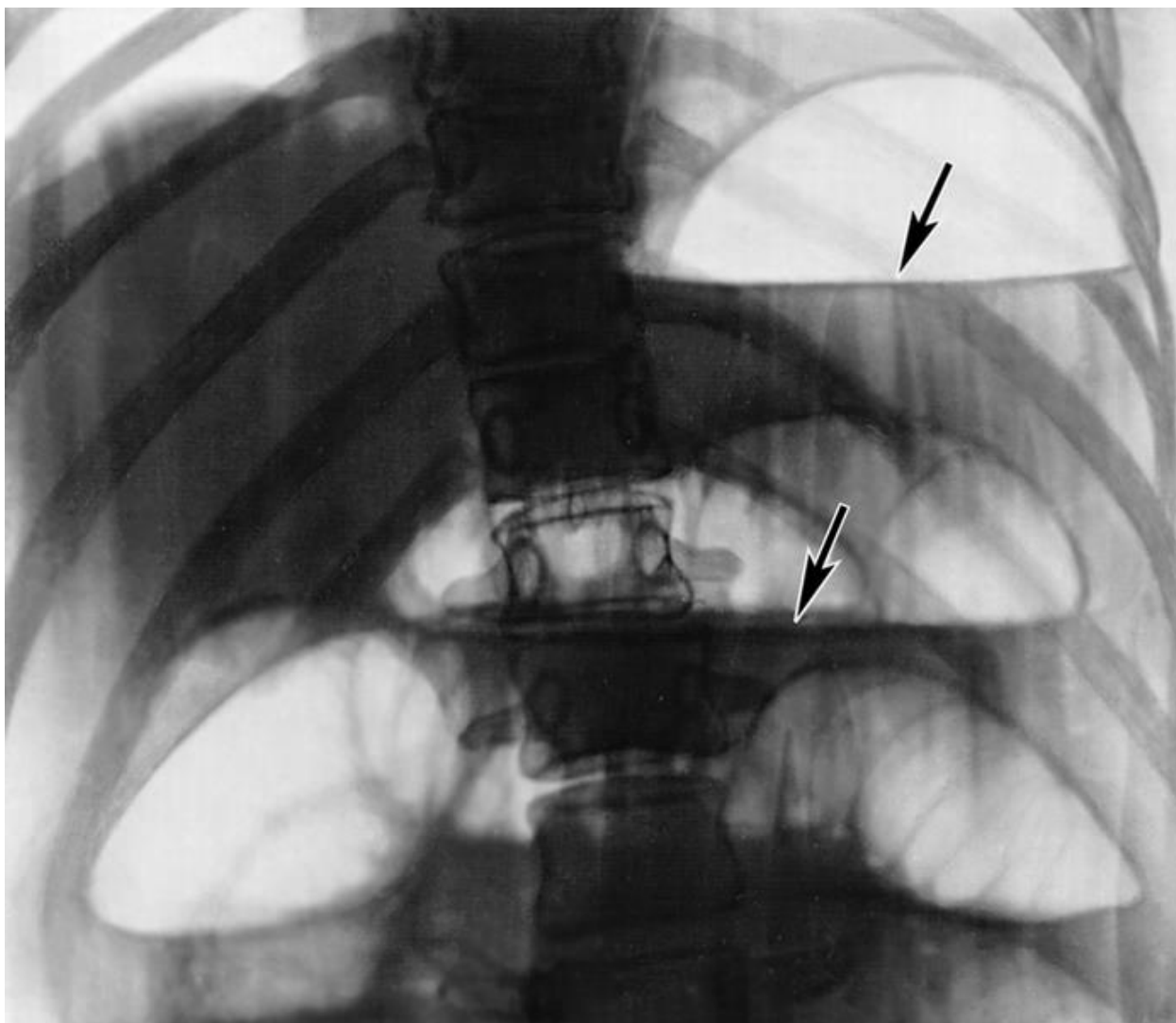


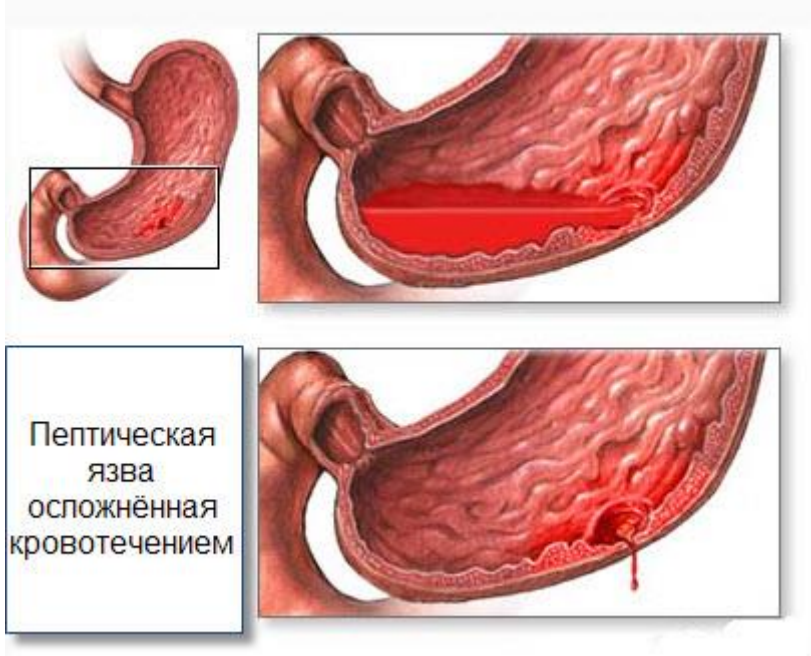
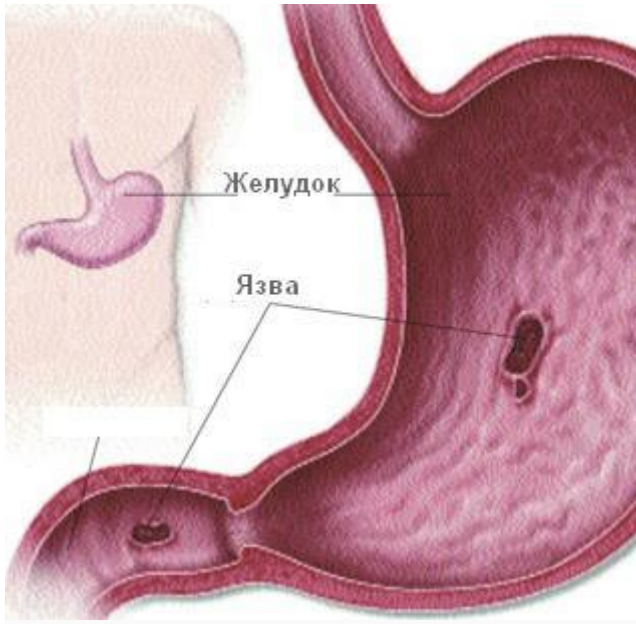




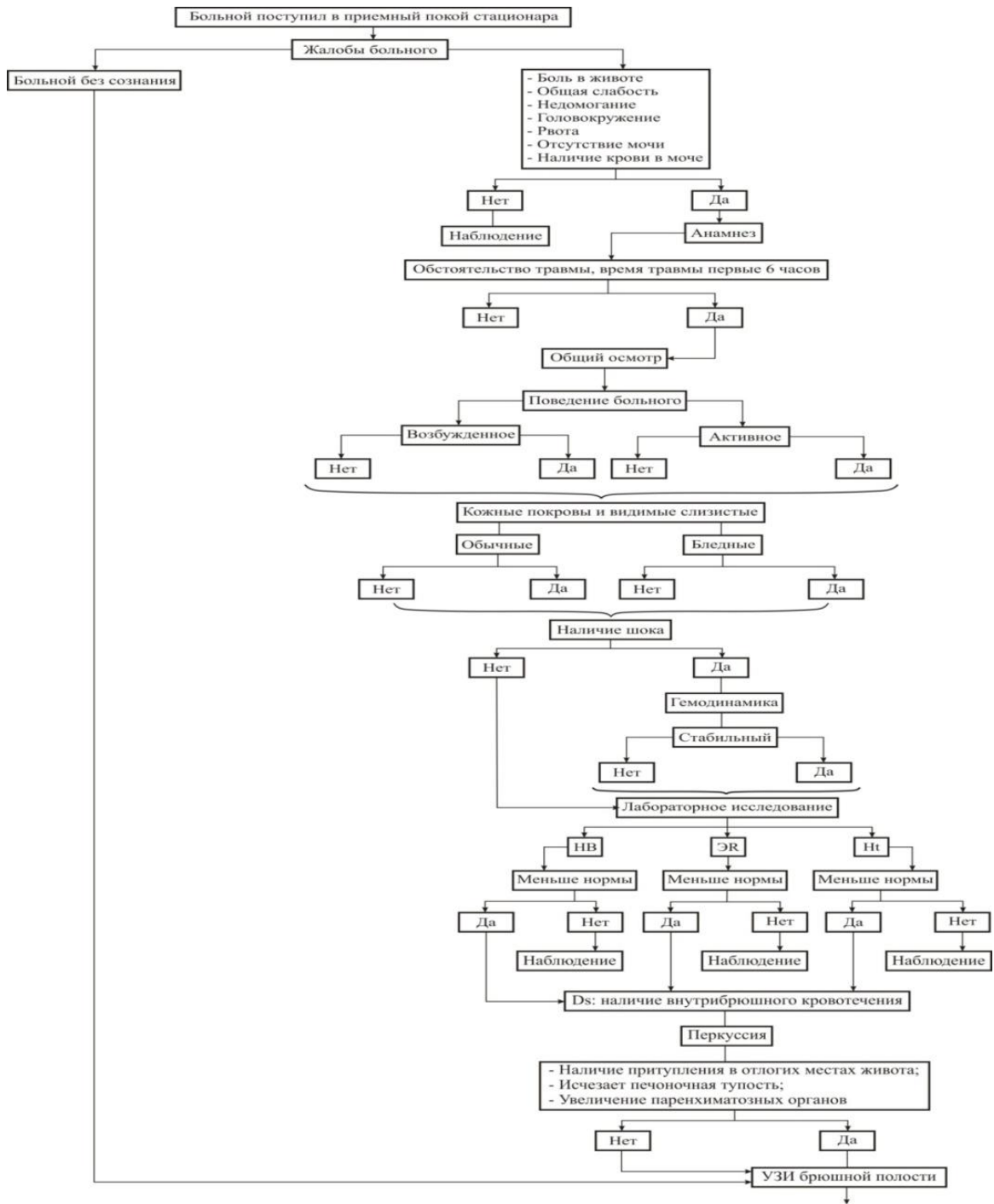


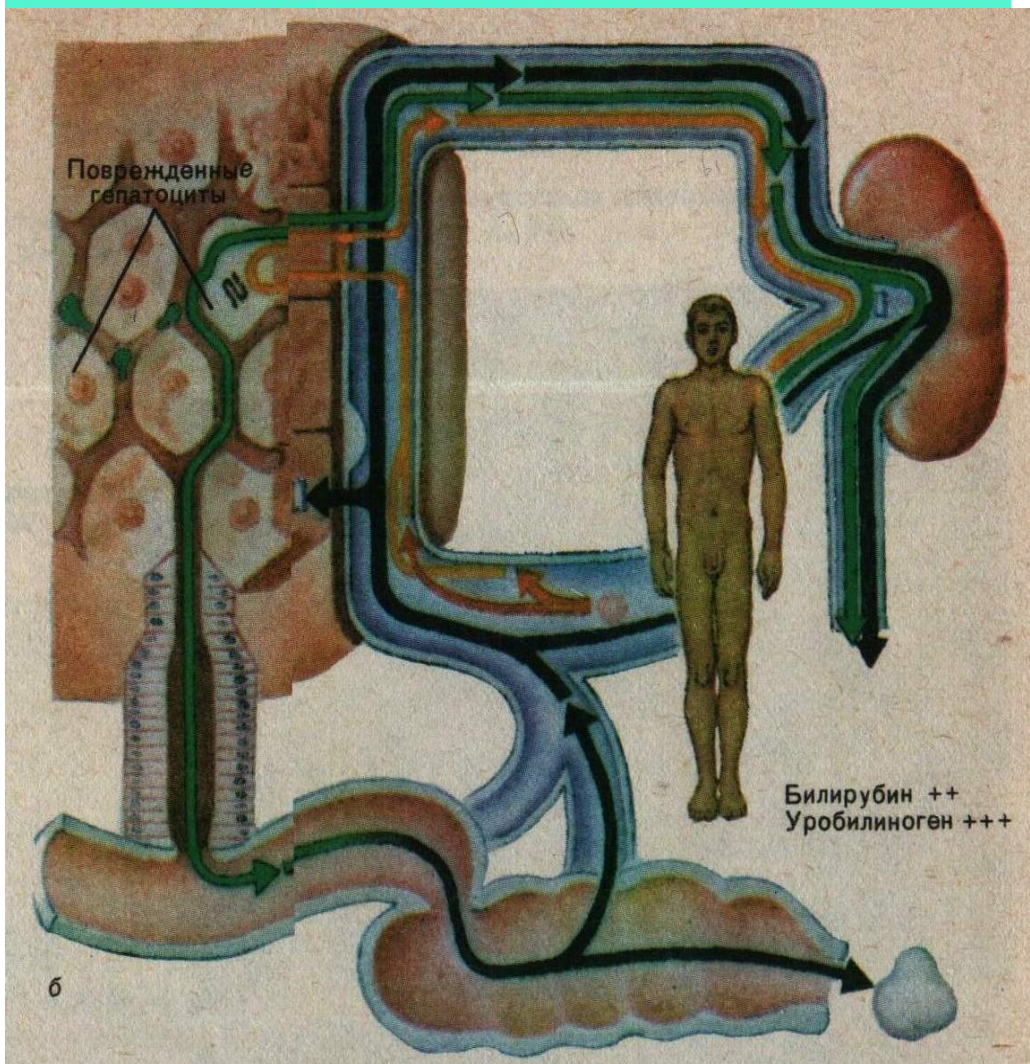


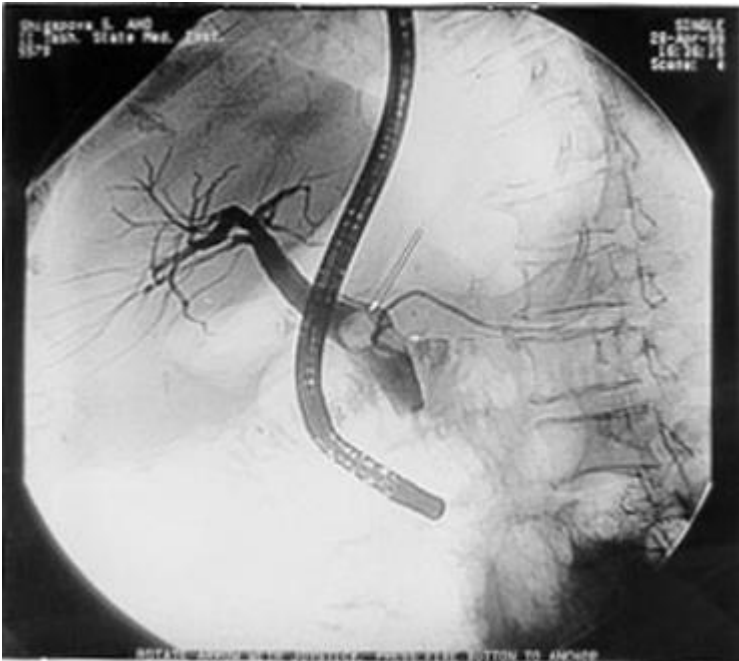
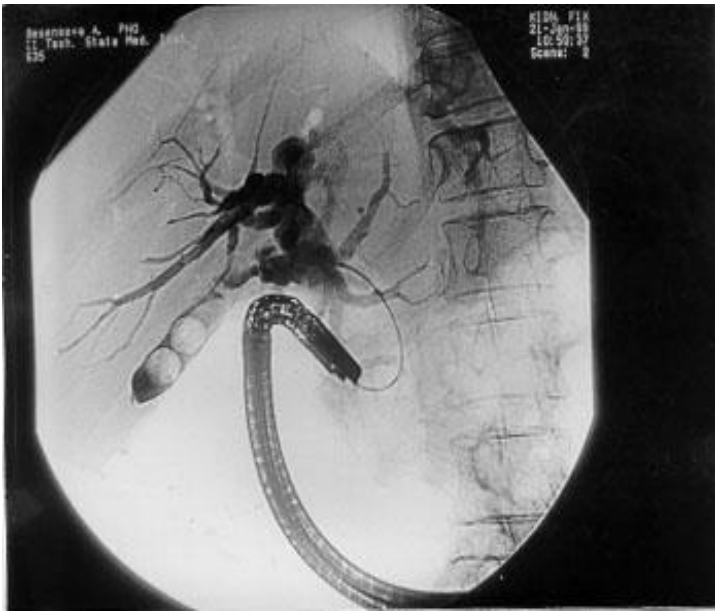


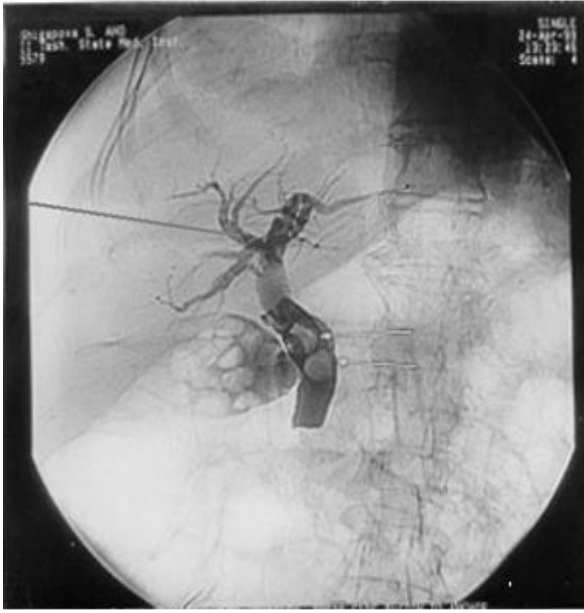


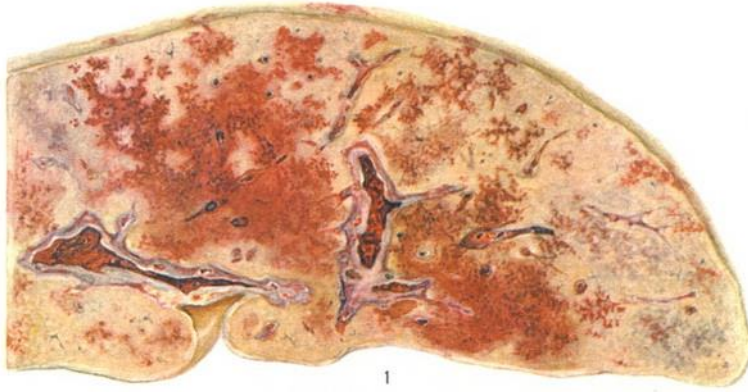




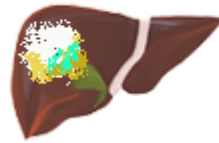




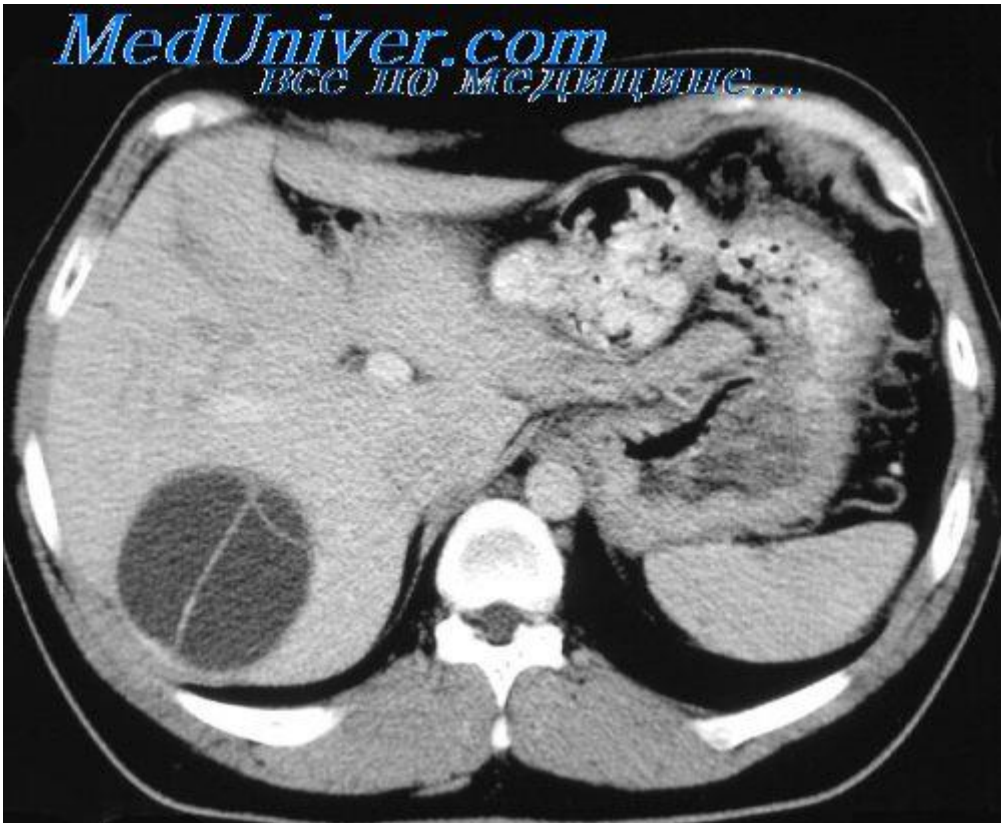




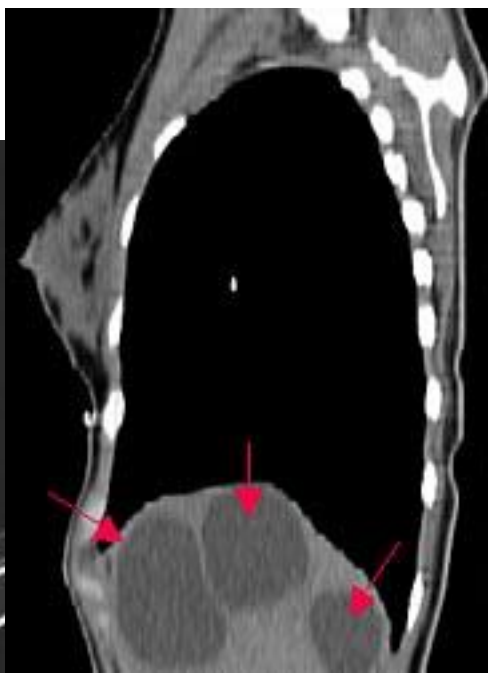
Абсцес
печени

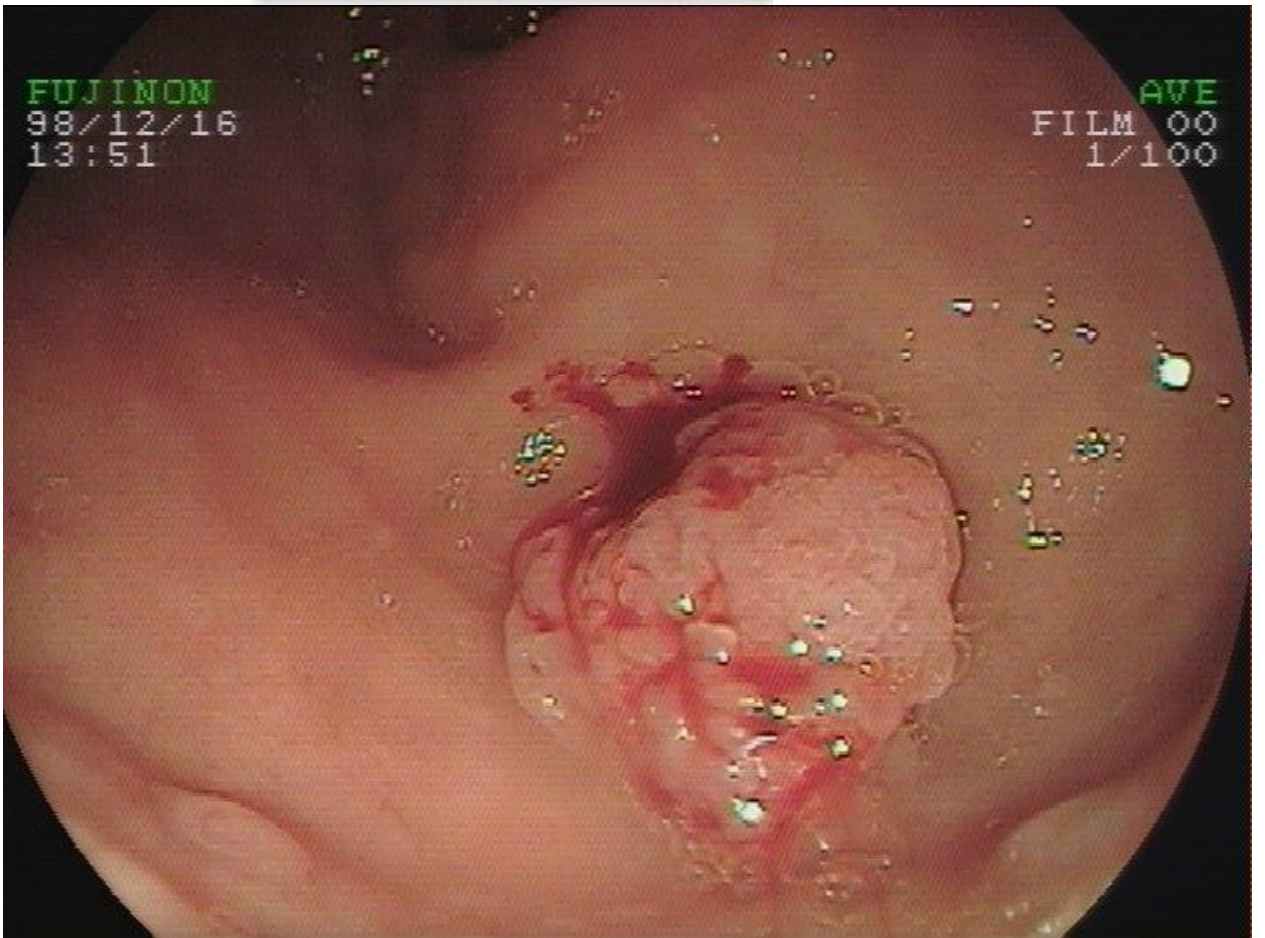
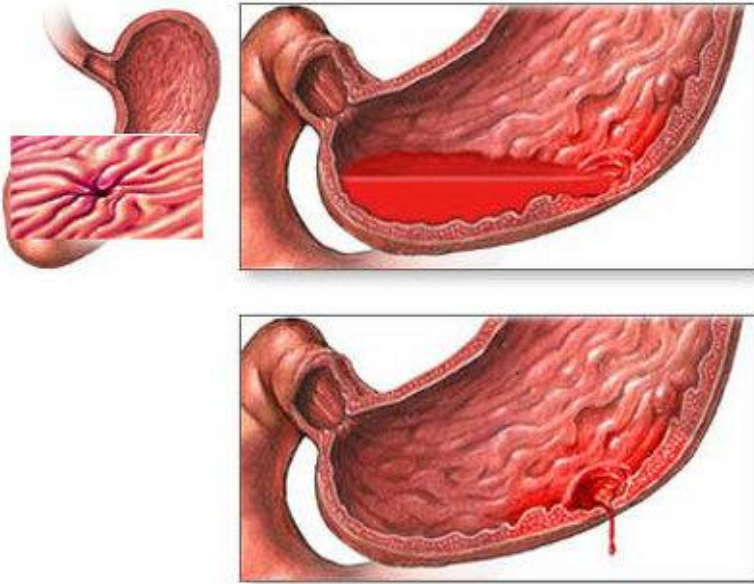


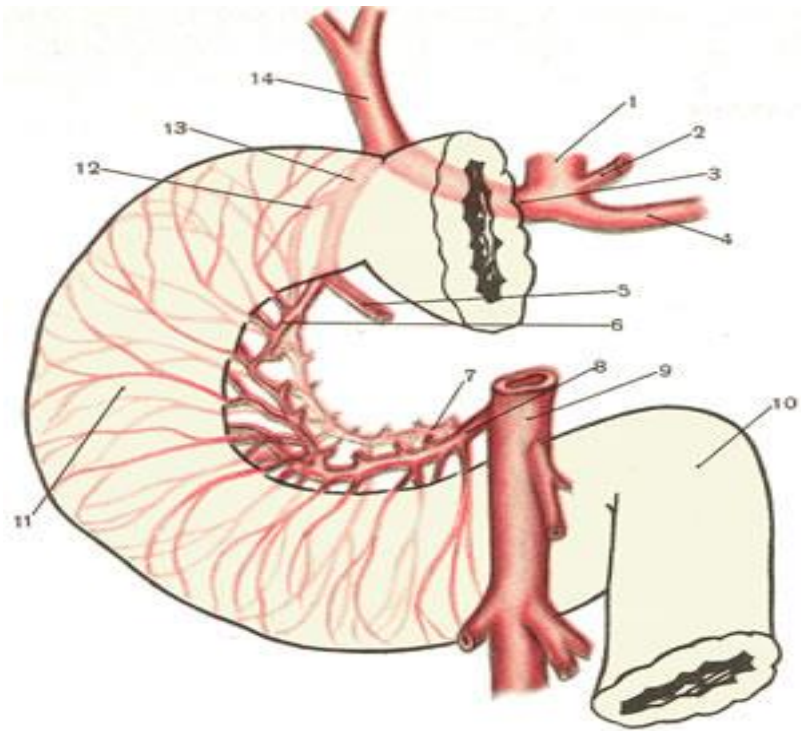
MedUniver.com
ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...

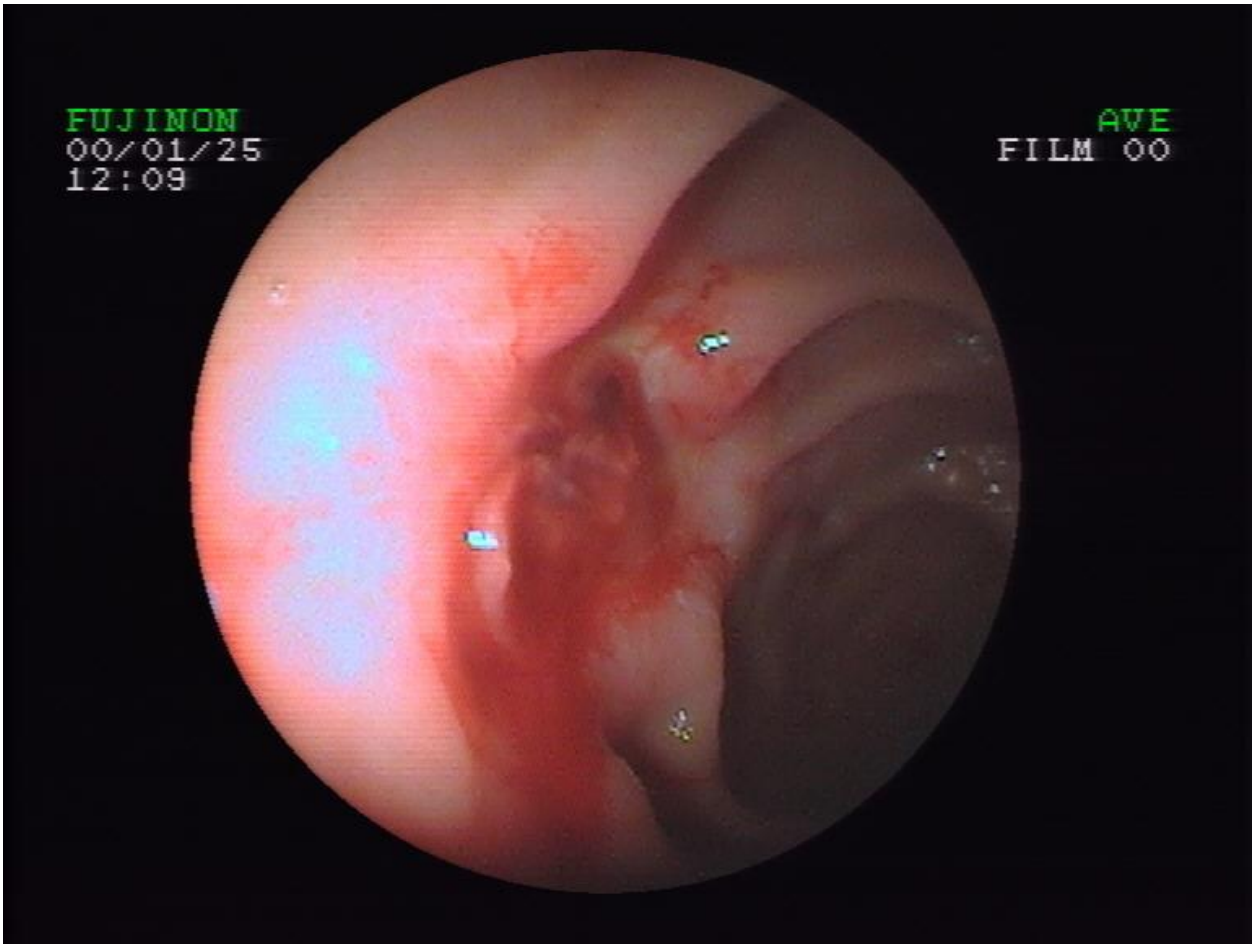


Киста
печени на
шомограмме

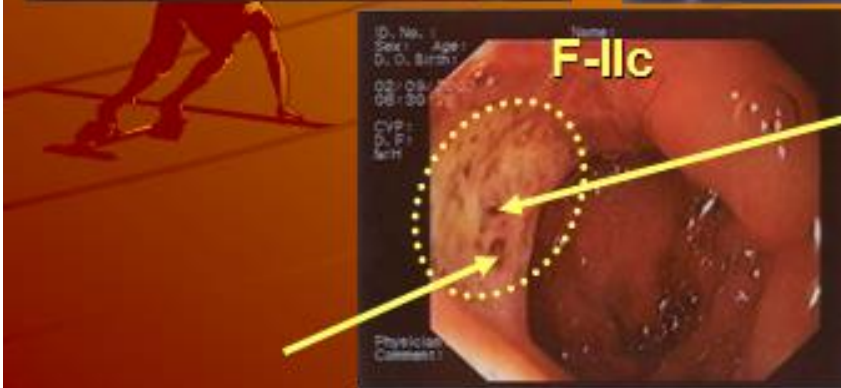


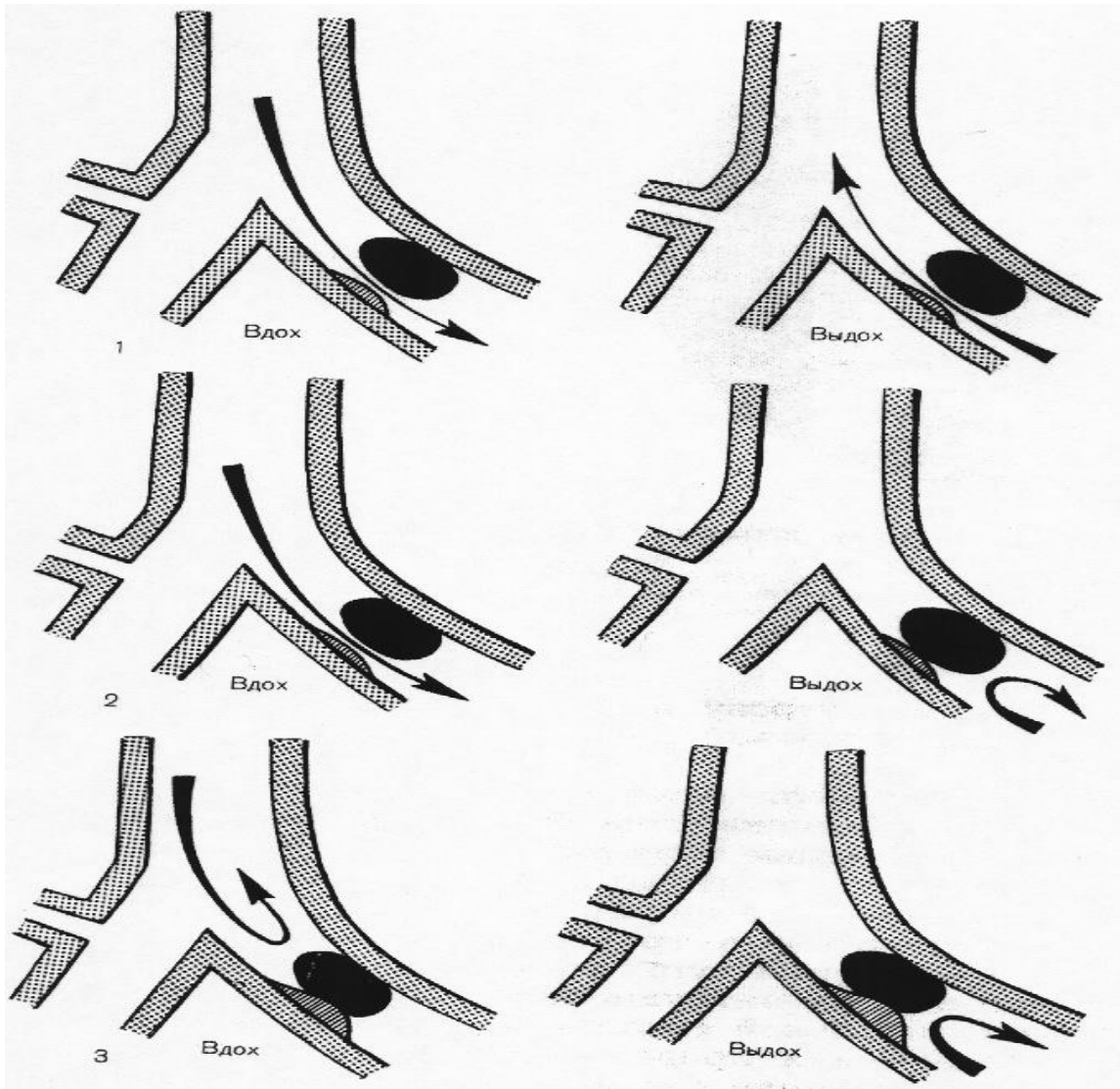


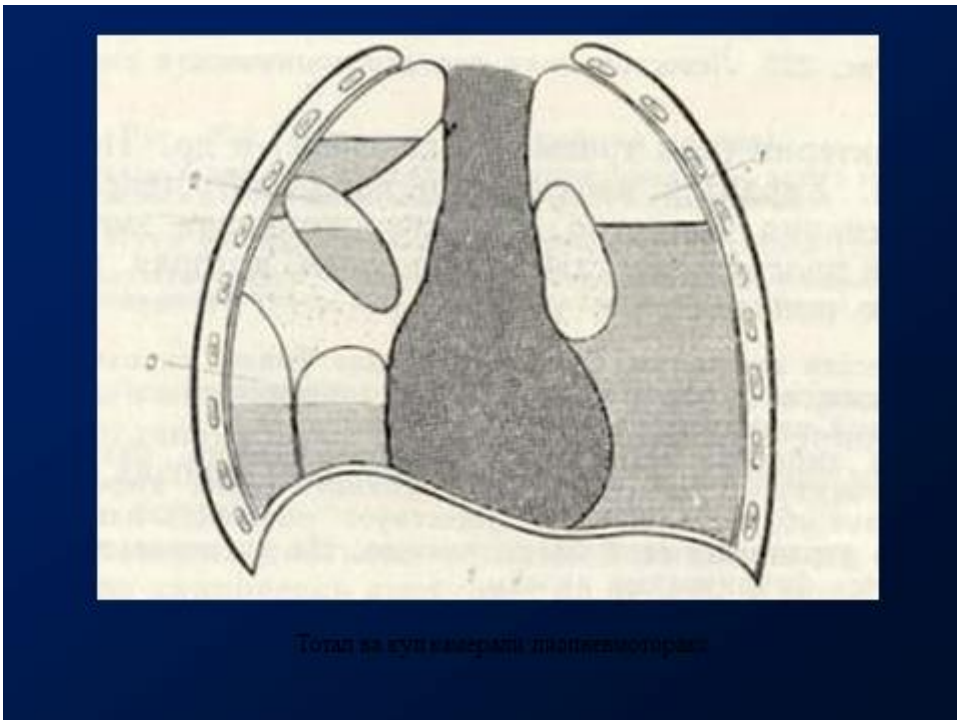
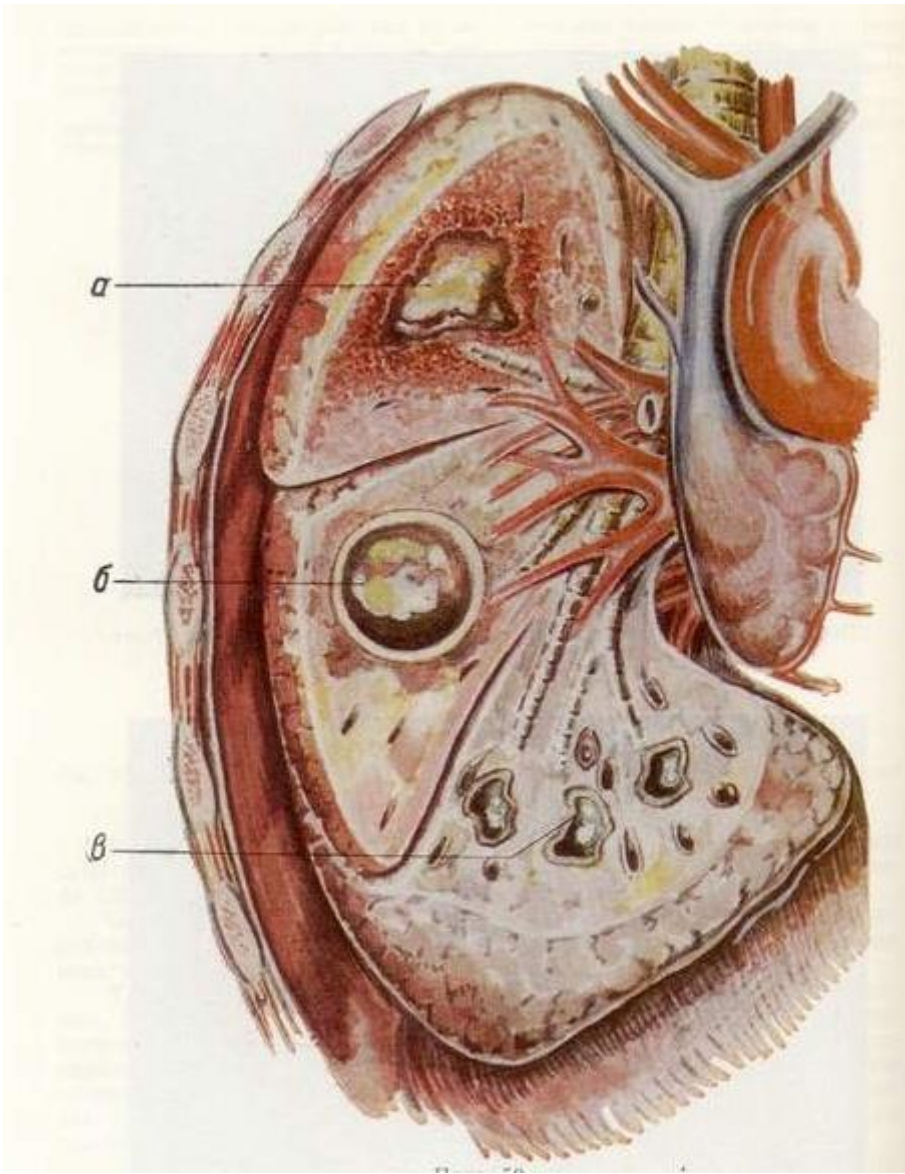




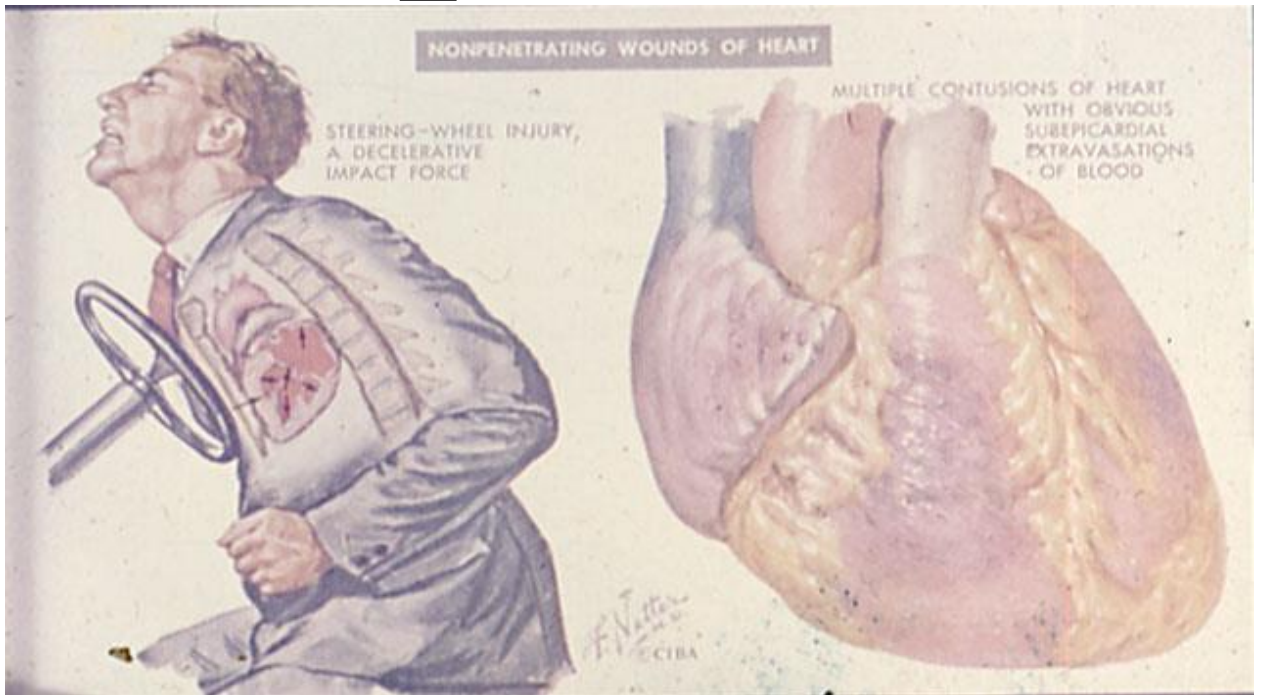
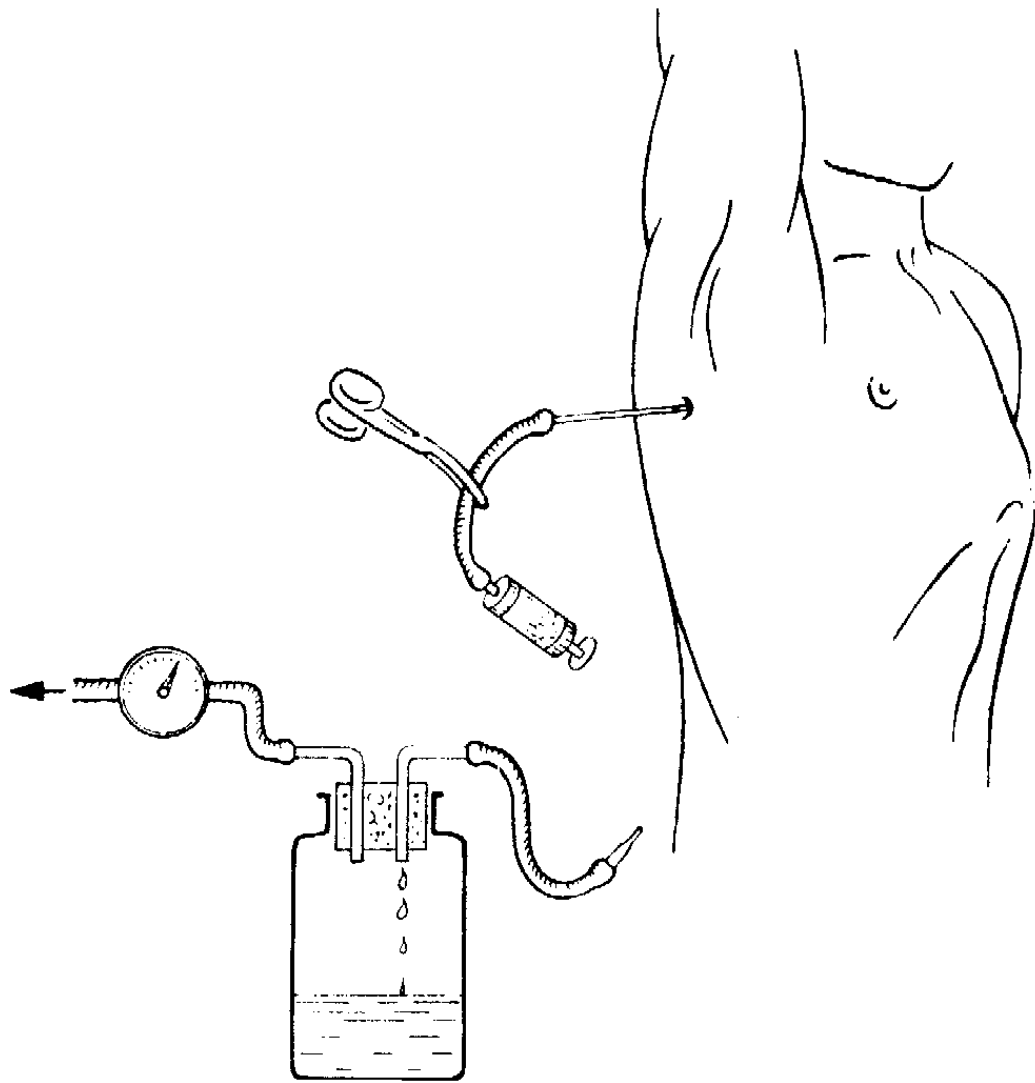
Ярадан кон кетиш (J.A. Forrest, 1974)

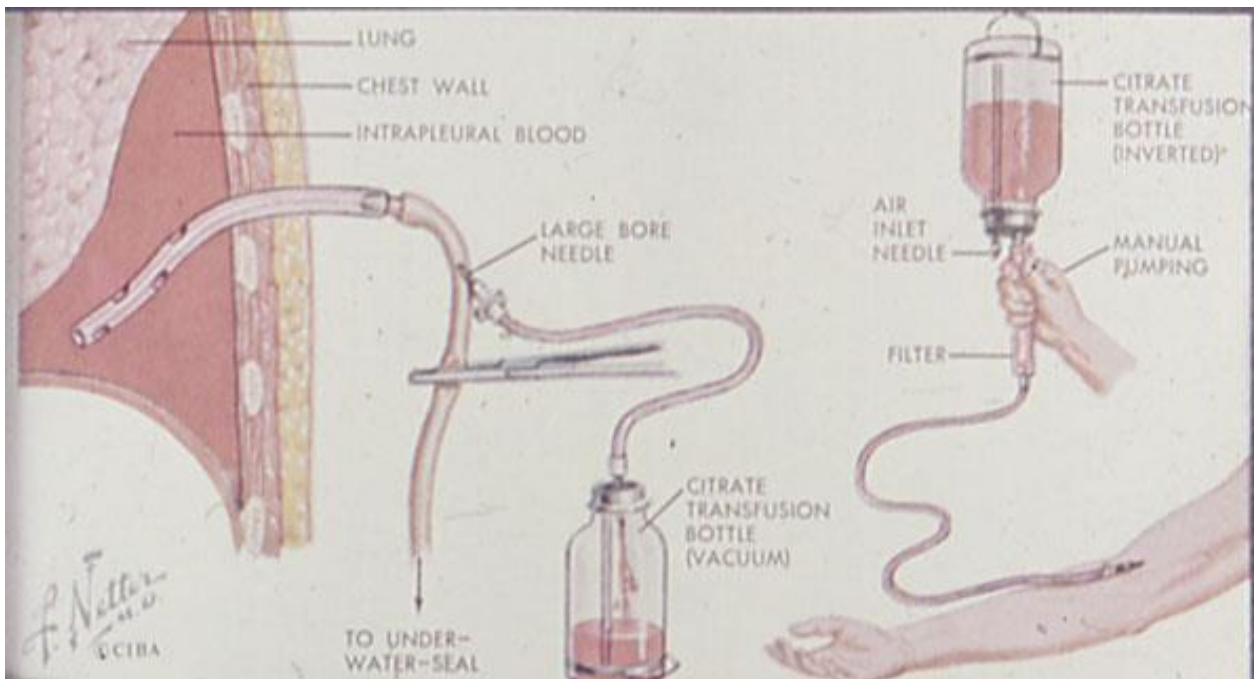
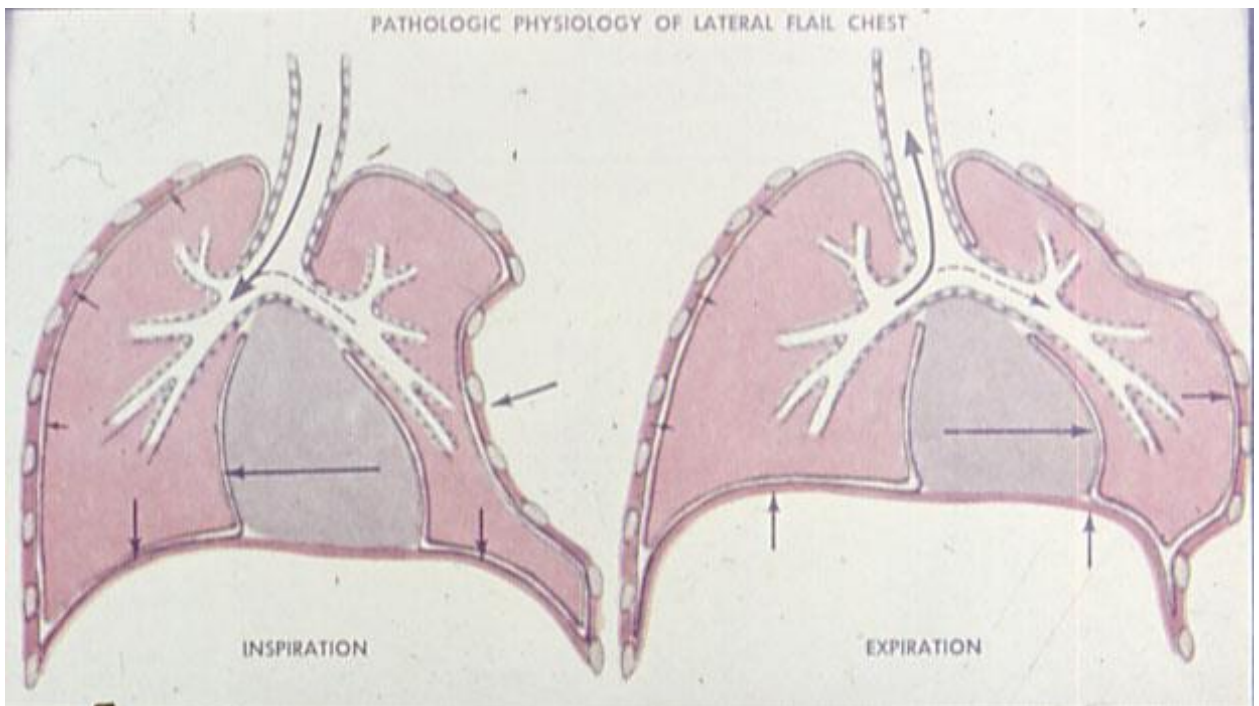












ГЛОССАРИЙ

Абсцесс - туқималардаги чегараланган йирингли яллигланиш жараёнига айтилади. Абсцесслар тери ости клетчаткасида, мушакларда, суякларда ва ички аъзоларда (упка, жигар, буйракларда, кичик чанокда), бош миёда учрайди.

Анаэроб инфекция - қузғатувчилари чегараланган ва хусусий клиник манзараси булган патологик жараён. Унинг хусусий белгиларига яллиг ланиш жараёнинг йуклиги, катталашishi мумкин булган шиш, бактериялар токсини ва туқималар емирилиши натижасида руёбга чиқувчи жараён киради.

Аневризма - артерия деворининг бирор сегментларнинг кенгайиши, шунингдек, томир ёнида пайдо булган ва томир булиши билан алока киладиган бушликлар тушунилади

Анестезия махаллий - тананинг чегараланган сохасида огрик импульсларининг сезилиши ва утказилишининг тусилишини таъминловчи физик ёки кимёвий таъсир натижасидир.

Анестезия умумий (наркоз) - фармакологик дори воситалар ёрдамида эс-хушнинг йуколиши, рефлектор функцияларнинг пасайиши ва организмнинг ташки кузгатувчиларга нисбаттан жавоб реакциясининг сусайиши. Бу жараён организмда бажариладиган оператив аралашувларни кийинчиликсиз утказилишини таъминлайди.

АНТИБАКТЕРИАЛ ТЕРАПИЯ - Замбуругларнинг ва баъзи микробларнинг хаёт фаолияти натажасида пайдо булган махсулотлар билан касаллик кузгатувчи инфекцияни улдирадиган моддалар.

Антисептика - жарохат патологик тузилмасидаги ёки организмдаги микробларни йукотиш ёки микдорини камайтиришга каратилган тадбирлар тушунилади.

АППЕНДИЦИТ - кур ичак чувалчангсимон усимтасини носпецефик яллигланиши.

Асептика - жарохат ва у билан контактда буладиган боғлам, инструмент, объектларда ва маълум бушликка тушиши мумкин булган микробларга шунингдек касаллик таркатувчи турли микроорганизмларга карши кулланиладиган Амалий ишлар комплекси.

Аутоиммун сурункали тиреоидит (тиреоидит Хашимото) - аутоиммун органоспецефик патологик жараёнлар каторига киради, уларда организмда хосил булладиган антителалар бита аъзо компонентларига нисбатан спецефик.

БРОНХОЭКТАЗ - Бронх-упка системасининг сурункали яллигланиш касаллиги булиб, бронхлар девори эластик ва мушак компонентларининг деструкцияси муносабати билан бронхларнинг кенгайиб кетишидан иборат булган касаллик хисобланади.

Буйрак тош касаллиги-буйрак косачаларида ва жомларида тошлар ?осил бўлиши о?ибатида,буйракларда ва сийдик йулларида турли хил патологик жараёнларни келтириб чи?ариши билан характерланади.

ГАЗЛИ ГАНГРЕНА - анаэроб кластридиал инфекция кузгатувчилари чегараланган ва хусусий клиник манзараси булган патологик жараён. Унинг хусусий белгиларига яллигланиш жараёнинг йуклиги, катталаниши мумкин булган шиш, газ хосил килиш, бактериялар токсини ва тукумалар емирилиши натижасида руёбга чикувчи жараён киради.

ГЕММОРОЙ - тугри ичак горсимон таначаларнинг венулалар оркали, артерио-венот анастамозларга эга булган тугри ичак горсимон шиллик ости чигалларидан кони окиб чикиб кетишининг бузилиши натижасида кечувчи касаллик.

Гемопневмоторакс - плевра бушлигида хаво ва коннинг тупланиши.

ГИДРАДЕНИТ - апокрин тер безларининг йирингли яллигланишига айтилади.

ГИНЕКОМАСТИЯ - дисгормонал касаллик булиб, эркакларда сут безининг катталашиси билан характерланади.

Гиперальдостеронизм - альдостерон гиперсекрецияси натижасида юзага келадиган патологик холат. Бирламчи (усмали ёки усмасиз генезли), коннинг плазмасида ренин активлигининг пасайиши ва иккиламчи кон плазмасида ренин активлигининг узгармаслиги ёки купайиши.

ГИПОТИРЕОЗ - орган ва тукималарни таъминлаш учун калконсимон без гармонларининг етишмовчилиги натижасида келиб чиқади.

Деонтология - шифокор ва урта тиббий ходим, кичик тиббий ходим, бемор уртасидаги муомала маданияти.

ДИФФУЗ ТОКСИК БУ?О? - ?ал?онсимон без гиперплазияси ва гиперфункцияси билан кечадиган касаллик.

Ётоқ яралар (decubitus) - трофик узгаришлар ёки кон айланишининг бузилиши натижасида пайдо булади

Жароҳат - тери ёки шилли? пардаларнинг механик шикасти тушинилиб, бунда ичкарида ётган тў?ималарда ?ам шикаст етган бўлиши мумкин. Босилган, ?исилган, чопилган, санчилган, кесилган, ў? отар ?уроллардан жароҳатланиш турлари фар?ланади.

Инфекция пудрид - Чирик (путрид) инфекцияга некроз ва тукималар емирилишининг тез емирилишининг тез ривожланиши хосдир. Бу дард ихороз экссудат, будбуй хидли, йиринг-конли суюкликнинг пайдо булиши билан давом этади.

ИЧК ТУТИЛИШИ - механик ёки функционал тусик натижасида ичак массасининг ичакка харакатининг тулик ёки кисман бузилиб ёки умуман харакатланмаслиги.

Йирингли инфекция - кузгатувчиларнинг спецефик ва носпецефик турлари келтириб чиқарадиган йирингли хирургик касалликлар гуруҳи.

Йирингли плеврит - висцерал ва париетал плевранинг чегараланган ёки диффуз яллигланиши.

Йирингли холангит - уткир холециститни кечишини огирлаштириб, ут пуфагидан умум ут йулларига тугридан-тугри яллигланиш жараёни утишидан бошланади.

?ал?онсимон без раки - гистологик жи?атдан бу раkning 60-70% ни папилляр рак, 30% фолликуляр рак, кам ?олларда анапластик ва медулляр раklar ташкил ?илади. Папиломатоз ва фолликуляр раklarнинг асосий белгилари: катта тугунчаларнинг ?исобига ?ал?онсимон безнинг катталашиси. Анапластик ракка эса ?ўшни органларни босиш, дисфагия, ?ансираш, овоз бў?илиши, о?ри?, без ?ажмининг катталашиси хос.

КАРБУНКУЛ - ёнма - ён жойлашган бир неча соч холтачалари ва ёг безлари уткир йирингли яллигланиб, умумий инфилтрат ват ери хамда тери ости клетчаткасида некроз пайдо булиши билан характерланади.

КИЗИЛУНГАЧ ЁТ ЖИСМЛАРИ - дисфагияни чакирадиган танга, тиш протезлари, суюк, игна, катта овкат лукмалари кизилунгачнинг анатомик тораймаларга тикилиб қолиши.

?изилўнгач раки - 55 ёшдан катта кишиларда кузатилади, эркакларда аёлларга нисбаттан уч баробар кўпро? учрайди. Асосий гисталогик формаси-ясси ?ужайрали рак ?исобланади. Рақ олди касалликларига: сурункали эзофагит, пептик яра, химик ва термик куйишлар.

КИНДИК ЧУРРАСИ - киндик халқаси орқали утадиган чурраларга дейилади. Куп холларда аёлларда учрайди.

Клиник улим - хаёт ва биологик улим уртасидаги давр булиб, улимнинг кайтувчан босқичидир. Бу холат юрак уруши ва нафас олиш тухтаган ва тириклик аломатлари йуқолган пайдан бошлаб организм кечираётган ва бир неча дақиқа давом этувчи кайтувчан функционал ва структур узгаришлар жараёнидир.

КОН КЕТИШИ - кон кетиши деб, кон томирлари деворларининг шикастланиши, бирор касаллик оқибатида емирилиши ёки утказувчанлигининг ошиб кетиши сабабли, улاردан кон кетишига айтилади.

?он ?уйиш - травмалар, жаррохлик амалиётлари натижасида кетган ?он ўрнини тўлдириш ва о?ир асоратларнинг олдини олиб даволаш ма?садида бажарилувчи амалиёт тури. Бунда музлатилган ?он компонентлари ва ?он ўрнини босувчи дори воситаларидан фойдаланилади.

КОН УРНИНИ БОСУВЧИ СУЮКЛИКЛАР - даво максасида коннинг битта ёки бир неча физиологик функциясини урнини босиш учун кулланиладиган суюкликлар гурухи.

КОРИН БУШЛИГИ ВА КЎКРАК КАФАСИ АЪЗОЛАРИ ЁПИ? ЖАРО?АТЛАРИ - тери бутунлигининг бузилмасдан ички аъзоларнинг жароҳатланиши билан кечадиган касаллик.

КОРИН ОЛД ДЕВОРИ ЧУРРАСИ - корин кийшиқ мускуллари апоневрози толалари яхши ривожланмагани туфайли корин оқ чизиги дефекти натажасида келиб чиқадиган касаллик. Куп холларда эркакларда учрайди.

Корин чурралари - корин бушлигидан ички аъзоларнинг корин деворининг табиий ёки сунъий тешиқ орқали корин пардага уралган холда чиқиб қолиши.

Крон касаллиги (регионар энтуит, гранулематоз имит ёки копия)-номаълум этиологияга эга булган, ёбош ичакнинг терминал қисмида жойлашган, хазм булиш системасининг гранулематоз яллигланиши

Куйиш (combustio) - тери ва қопловчи шиллик қаватларнинг термик, химиявий, электр ёки нур энергиясининг таъсирида вужудга келадиган шикастланишдир.

ЛИМФАДЕНИТ - лимфа тугунларнинг яллигланиши.

ЛИМФАНГИТ - лимфа томирларнинг яллигланиши.

МАСТИТ - сут безининг яллигланиши аввало эмизувчи аёлларда, айникса биринчи марта туккан аёлларда кузатилади. Шунингдек мастит чакалоқларда ва жинсий жихатдан балогатга етиш даврида усмирларда ҳам кузатилади.

Мастопатия - нерв-гуморал бошқарилишининг бузилиши заминида сут безларидаги диффуз узгаришларнинг хама формаларидир.

Механик сариклик - ут чиқарувчи йулларнинг қисман ёки тулик бекилиши оқибатида, ут суюқлигининг 12 бармоқли ичакка утишининг бузилиши ёки бутунлай тухташи натижасида келиб чиқади.

Меллори-Вейс синдроми - келиб чиқишнинг асосий сабаби: узок давом этган қушиш, алкоголь билан захарланиш ва уткир панкреатит.

Меъда ости беши раки - без бошқаси, танаси ва дум ?исми рақлари ажратилади. Асосан без йўли раки ривожланади (аденокарцинома) .75% ?олларда рақ без бошқасидан ривожланади. Без йўлида босимнинг ошиши ва унинг кенгайиши механик сари?ликнинг ривожланишига олиб келади.

НОСПЕЦЕФИК ЯРАЛИ КОЛИТ - йугўн ичак шиллик каватининг ярали яллигланиши. Йугон ичакни барча сохаларида жойлашиши мумкин.

Облитерацияловчи эндартериит - (endarteriits obliterans) периферик артериал кон томирларининг зурайиб борувчи касаллиги булиб, кон айланишининг огир бузилишлари, купинча тромбоз натижасида гангрена ривожланиши билан кечади. Касаллик купрок оёқ кон томирларини зарарлантиради, у аёлларга караганда купрок эркакларда учрайди.

Оёқ веналарининг варикоз кенгайиши - Камхаракат, ўтрок хаёт тарзида оёқ мушаклари веналарини тўлик эза олмайди ва меъерий кон окими амалга ошмайди. Натижада вена девори чўзилади, кенгайди, шу заиф жойларда кон тўпланиб, варикоз тугунлар хосил килади.

Окма яра (fistula) - одатда, патологик шароитда ковак органларни, бушликларни (шу жумладан, патологик) ёки чуқур жойлашган туқималарни бадан юзаси-ташки мухит билан туташтириб турувчи ингичка каналга (патологик ва артифициал) айтилади

Операция олди бос?ичи: Асосий диагноз ?ўйилган ва?тдан бошлаб токи операциягача бўлган давр. Бу даврнинг асосий вазифаси операциядан кейинги ривожланувчи асоратларнинг олдини олишга ?аратилган чора тадбирлар амалга оширилади.

Операция олди тайёргарлиги (превратник стенози) - ичаклар моторикасини нормаллаштириш учун ю?ори каллорияли яхши механик ишлов берилган диета, кўрсатмага кўра ич сурувчи дори воситалари. Превратник стенозида операциядан 5-7 кун олдин ?ар куни уй?у олдидан ош?озондаги ?олди? ма?сулотларни аспирация ?илиш ма?садида сув ёки хлорид кислотанинг 0,1% ли(ахилияда) эритмаси билан ювилади. Операциягача бўлган даврда ?ар куни эрталаб ва кеч?урун тозаловчи клизмалар ўтказилади.

Операциядан кейинги бос?ич: Операция тугагандан токи бемор со?айгунгача бўлган давр. Бу даврнинг асосий вазифаси адекват о?ри?сизлантириш, газлар алмашинувини коррекциялаш, адекват ?он айланишини таъминлаш, метаболизмни тиклаш, операциядан кейинги асоратлар профилактикасини таъминлаш.

ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ ЧУРРА - асосан корин бушлигини тампонада килиш ва дренажлаш, жарохат йиринглаб кетиши ва операцион жарохатнинг иккиламчи тортилиб битиши билан утадиган операциялардан кейин вужудга келади.

ОСТЕОМИЕЛИТ - "Остеомиелит" сузи гарчи суяк илиги ёки кумигининг ялигланишини англатса ҳам аслида бундай касалликда суякнинг барча туқималари - суяк усти пардаси (periosteum), суякнинг каттик қисми (compact cavity) ҳамда унинг илик ва кумик қисмлари яллигланади.

ОШКАЗОН ЁТ ЖИСМЛАРИ - куп ҳолларда психикаси бузилган одамларда ва болаларда учрайди. Бу ошошлар, тугмалар, тангалар ва бошқа предметлар булиши мумкин.

Ошош ва ўткир бармоқли ичак яра касаллиги гастродуоденал зонада секретор жараёнларнинг, нерв гуморал механизмнинг издан чиқарилиши натижасида келиб чиқувчи сурункали рецидив касаллик.

Ошош раки - клиник белгилари: кўнгил айнаши, ўсиш, кекириш, дисфагия, умумий ўлсизлик, прогрессив озиш, анемия ва бошоғалар. Якуний диагноз гастроскопия (биопсия билан) ва рентгенологик текширувлардан сўнг қўйилади. Клинические симптоми заболевания неспецифичны: тошнота, рвота, отрыжка, дисфагия, общая слабость, потеря массы тела, анемия и др. Решающее значение в установлении диагноза имеют гастроскопия (с биопсией) и рентгенологическое исследование желудка.

Ошошнинг факультатив раки олди касалликлари - сурункали гастрит (атрофик, диффуз, ўчоқли), яра касаллиги, ошошнинг полип ва полипозлари.

Панариций - бармоқлар тўқимасининг ўткир яллигланиши бўлиб, бармоқлардаги микрожароҳатларга йирингли инфекция (тиллаланган стафилакокк) ўзгача тушиши натижасида ривожланади.

ПЕРИТОНИТ - ўрин пардасининг яллигланиши бўлиб, аётий муҳим органлар функциясининг бузилиши билан ифодланади. Серозли, фибринозли, йирингли, гемморагик ва ахлатли перитонит турлари фарқланади.

Плевра эмпиемаси - ўпка тўқимасининг иккиламчи компрессияси натижасида плевра бўшлиғига йиринг йиқилиши. Инфекциянинг бевосита тушиш йўли бўлиб: ўпкалар травмаси, кўкрак қафаси жароҳатлари, изилўнғач ёрилиши, пневмония, туберкулёз, абсцесс, ўпка гангрена, бронхоэктазлар, пневмоторакслар ўсбланади. Билвосита йўл бўлиб: диафрагма ости абсцесси, ўткир панкреатит, жигар абсцесси, кўкрак қафаси юмшоқ тўқималарининг йирингли яллигланиш касалликлари.

Посттромбофлебитик синдром (ПТФС) - пастки муччалар сурункали веноз этишмовчилигининг оғир формаси бўлиб, тромбофлебит ва чуқур веналар тромбозидан сўнг ривожланади.

Раки олди касалликлари - касалликлар ва патологик жараёнлар бўлиб, улар фонида ёмон сифатли ўсма касалликлари ривожланиши мумкин.

Сарамас - тери ёки шилли? пардалар ва лимфа йўлларининг гемолитик стрептококк вужудга келтирган ўткир ялли?ланиши тушунилади.

Сепсис - турли туман микрофлора ва уларнинг токсинлари ўз?атадиган о?ир инфекциялар касалликдир. Уни ўз?атувчи микроблар турли хил бўлишига ?арамай, процесс муайян клиник манзара билан номоён бўлади.

Синишлар - суяк синиши деб, суяк бутунлигининг бузилишига айтилади.

СОВУК УРИШИ - паст температура натижасида тукумаларнинг шикастланиши. Терининг оқариши, кон айланишининг бирмунча бузилиши ва некроз билан кузатилади.

СОН ЧУРРАСИ - сон бойламининг заифлашиши ва улчамларининг катталаниши натижасида чурра халтасининг ташкарига чикиб қолиши.

Спондилоартрит - тана скелет ў?ининг асосий бў?имларини сурункали анкилозловчи ялли?ланиш касаллиги бўлиб, серонегатив спондилоартритлар гуру?ига киради.

Сут беши раки - хавф омиллари: 50 ёшда аёлларда менопауза, биринчи ту?ру?нинг 30 ёшдан кейин бўлиши ёки умуман бўлмаслиги, оилавий анамнез, фиброз-кистозли мастопатия (3-5 марта кўпро?. Кўпро? яхши сифатли ?осиллар).

Сут безининг факультатив раки олди касалликлари мастопатиянинг пролифератив формаси, пролиферативные формы мастопатии, фиброаденоматоз, йўллар ичи папилломалари, папилломатозлар, катта кисталар. Кам ?олларда сут бешидаги ёмон сифатли ўсманинг сабаби фиброаденома бўлиши мумкин.

Суяк бў?им сили - скелет суякларининг турли бўлимларининг зарарланиши: чано? сон, тизза.

ТИРЕОИДИТ - ?ал?онсимон без касаллиги бўлиб этиологияси ва патогенези турличадир. ?ал?онсимон безнинг диффуз ялли?ланиши струмит дейилади.

Тиреотоксикоз - клиник синдром, ?он ва тў?ималарда тироид гармонларнинг узо? муддат ю?ори концентрацияда са?ланиб турганлиги билан ифодаланади.

ТРАВМАТИК ШОК - кучли шикастланиш натижасида вужудга келувчи тананинг умумий реакцияси тушунилиб унда организмнинг ?аётий му?им органлар фаолияти ?ис?а муддат ичида бузилади.

Тромбоэмболия - тромбнинг ўз жойидан кўчиб циркуляциядаги ?он билан бош?а бир ?он томирига ти?илиб ?олиши. Натижада тромб ти?илган ?он томирида ?он о?ими тўхтади ва атроф тў?ималарда ишемия ривожланади.

Узо? босилиш синдроми - оё? ?ўллар юмшо? тў?ималарининг зилзила ва?тида, босиб ?олишда ва бош?аларда узо? муддатгача турли нарсалар остида босилиши о?ибатида юз берадиган маълум симптомлар комплекси тушунилади. Оё? ёки ?ўлни босиб турган нарсдан ?илингандан сўнг тў?ималарда йи?илган токсинли моддалар, шунингдек о?ри? импульслари о?ими организмга тушади ва шокни эслатувчи клиник манзарани келтириб чи?аради.

УПКА ГАНГРЕНАСИ - бу упка тукумасининг одатда булагги ёки бутун упкани камраб олувчи аниқ деморкация чизигисиз кейинчалик таркалишга мойил ва беморнинг умумий ахволи огирлашуви билан кечувчи йирингли чириган некрози.

Урография - сийдик айирув системасининг рентгенологик текшириш усули.

УТКИР КОРИН - Корин пардасининг таъсирланиши ёки яллигланишидан юзага келган симптомлар комплекси. Бунга куйидагилар: ички органлар уткир яллигланиш процесслари, ковак органлар тешилиши киради.

УТКИР ПАНКРЕАТИТ - панкреатик секрет активланиш ва ошкозон ости безини аутокаталитик емирилиши асосий урин тугади.

Уткир парапроктит - Тугри ичак ва анал тешиги атрофида жойлашган ёг клетчаткасининг яллигланиши.

УТ-ТОШ КАСАЛЛИГИ - ут копи ва ут хайдовчи йулларида тошнинг хосил булиши.

Ўпка раки - симптомлари: йўтал, ?он аралаш бал?ам ажратиш, кўкрак ?афасида о?ри?, ?айталаниб турувчи пневмония ва бронхитлар; Ўпканинг бир бўлагги ёки бутун ўпкадаги ателектаз гиповентиляцияга ва нафас олишнинг бузилишига олиб келади.

Феохромоцитома - буйрак усти безининг хромофин тў?имасидан келиб чи?увчи яхши ёки ёмон сифатли ўсма касаллиги.

Флегмона - бириктирувчи тў?има бўшли?лари: тери ости, мускуллараро, ?орин пардаси ор?аси ва бош?а клетчатканинг ўткир сидир?а йирингли ялли?ланиши.

Фурункул - соч халтачаси ва ё? безининг теваракдаги клетчаткага ўтадиган йирингли ялли?ланишидир. Шахсий гигиена ?оидаларига риоя ?илмаслик ва ?ашиниш фурункул пайдо бўлишига олиб келади.

Хирургик инфекция - даволаш асосан хирургик методлар билан олиб бориладиган яллигланиш касалликлари тушунилади.

Холецистопанкреатит - ўт пуфаги ва меъда ости безининг аралаш ялли?ланиш касаллиги.

Чикиш - бугим юзаларининг силжиб узок вақт давомида нофизиологик бир бирига нисбатан нотугри туриб, колишига айтилади.

Чов чурралари - кийшик (чурра халтасининг латерал чукурча оркали ва чов каналининг ички тешигидан чикиши) ва тугри (чурра халтаси чов каналининг медиал тешигидан чикиши).

Чўкиш - нафас йўлларининг сую?лик (сув) билан бекилиб ?олиши о?ибатида ривожланувчи гипоксия натижасида ўлим.

Шикастланиш ёки травма - организмдаги тукума ва органларга ташки мухик агентлари, механик, физик, кимёвий, биологик, рухий таъсиротларининг бир вақтда тусатдан ута кучли таъсири натижасида организмда содир буладиган анатомик ва физиологик хусусиятларининг бузилишига айтилади.

Экстракорпорал детоксикация (диализ) - махсус "сунъий буйрак" аппарати ёрдамида ?он ва ?он плазмасини тозалаш.

Электротравма - электр ?уввати ва яшин ток манбаидан зарарланиш. Шикастланиш даражаси ток кучига, унинг кучланишига, таъсир ?илиш давомлилигига, доимий ва ўзгарувчанлигига бо?ли?.

ЭНДЕМИК БУ?О? - маълум бир географик ?удуд а?олисида тар?орган, шу худудда йод етишмовчилиги ва калконсимон бер геперплазияси билан характерланадиган касаллик.

Эндоскопия - эндоскоп (оптик прибор) ёрдамида ковак органлар бўшли?ини кўриш.

Эхинококкоз - Цистодозлар гурухига мансуб гельментлар ча?ирадиган касаллик бўлиб жигар, ўпка паренхимасида ва бош?а органларда эхинококк кисталарининг ривожланиши билан характерланади.

УАШ жаррохлик касалликлари кафедраси факультетлари талабалари учун амалий кўникмаларни қадамба-қадам ўзлаштириш босқичлари ва уларни баҳолаш мезонлари

Тузувчилар:

УАШ жаррохлик кафедраси муд. т.ф.д.,доц:

Уроков Ш.Т.,

УАШ жаррохлик кафедраси

ассистенти: т.ф.н., **Мусоев Т.Я.,**

УАШ жаррохлик кафедраси

ассистенти: **Сафаров С.С.**

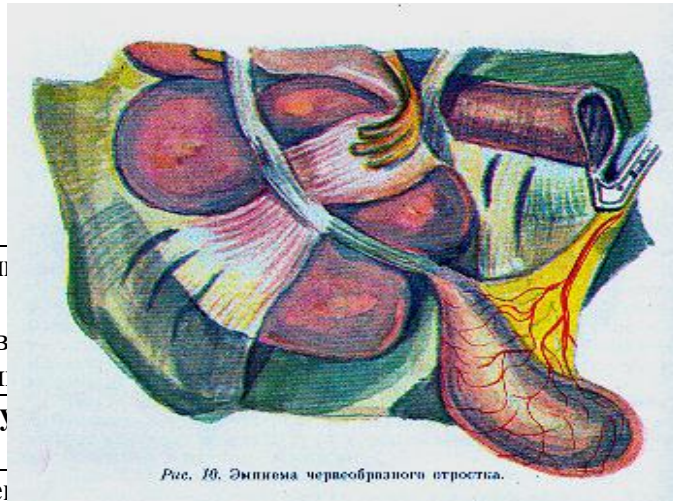
УАШ жаррохлик касалликлари курси учун амалий кўникмалар

11. Ўткир аппендицит белгиларини аниқлаш.
12. Ўткир холецистит белгиларини аниқлаш.
13. Тешилган яра белгиларини аниқлаш.
14. Ярадан қон кетиш белгиларини аниқлаш.
15. Қорин паренхиматоз аъзоларининг шикастланиш белгиларини аниқлаш.
16. Ўткир панкреатит белгиларини аниқлаш.
17. Ўткир ичак тутилиши белгиларини аниқлаш.
18. Тарқалган перитонит белгиларини аниқлаш.
19. Ишемия (ишемик симптомокомплекс) белгиларини аниқлаш.
20. Кўкрак қафаси жароҳатлари. Пневмоторакс. Гемоторакс.
21. Эластик жгут қўйиш йўли билан қон тўхтатиш усули техникаси.
22. Бошга «чепец» ва «прашсимон» боғламларини қўйиш техникаси.
23. Қорин қавак аъзоларининг шикастланиш белгиларини аниқлаш.
24. Лериш синдроми белгиларини аниқлаш.
25. Троянов-Тределенбург синамасини ўтказиш техникасини.
26. Дельбе-Пертеснинг марш синамасини ўтказиш техникасини.
27. Босувчи боғлам ва магистрал қон томирларни бармоқ билан босиб туриш йўли орқали қон тўхтатиш техникаси.
28. Блекмор зондини қўйиш техникаси.
29. Тери ости хўппозини очиш техникаси.
30. Тери ости хасмолини очиш техникаси.
31. Жароҳатга бирламчи жаррохлик ишловини бериш (БЖИ).
32. Қалқонсимон безни пайпаслаш.

33. Ректороманоскопия.

№1. Ўткир аппендицит белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир аппендицитнинг ҳамма симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморни юқорига қараб ётқишиш, қоринни очиш, оёқларини тиззадан буқиш.	10	5	0
2. Қорин кузатув (асимметрия, нафас олишда қатнашув)	10	5	0
3. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ сохалари ва мушаклар таранглашувини аниқлаш.	10	5	0
4. Тери гиперэстезияси сохаларини аниқлаш- Воскресенский белгиси(техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
5. Щеткин-Блумберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
6. Раздольский белгисини – перкуссияда яллиғланиш ўчоғини устида оғриқни аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Ровзинг белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
8. Ситковский белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
9. Бартомье-Михельсон белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
10. Образцов белгисини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш)	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

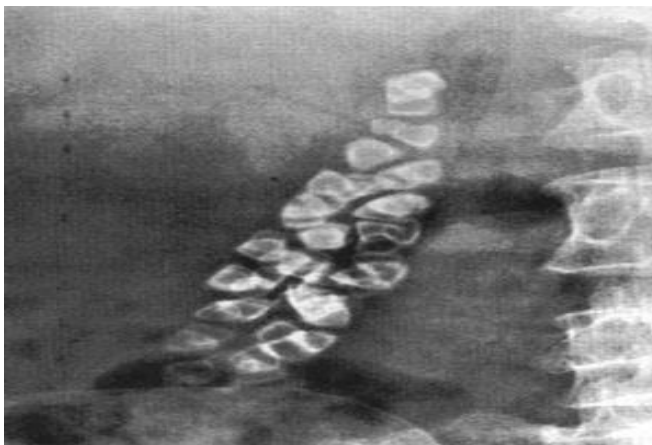


Талаба учун топш
аниқланг. Беморни
қилаётганингизни в
маълумотлари ва ш
Имтихон олиш учу
алохида баҳоланг.

И.
а симптомларини
нима
Бериш. Сизга анамнез

ндлар бўйича

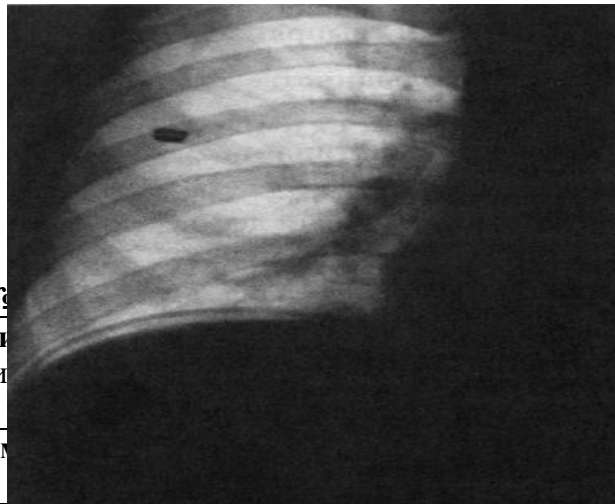
Тел	балл	Мин балл	Жавоб йўк
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморни юқорига қараб ётқишиш, қоринни очиш, оёқларини тиззадан буқиш.	10	5	0
2. Сариклик белгиларини кузатиш (кўз оқсил пардаси, терида ва тил ости шиллик қаватида)	10	5	0
3. Тилни кўздан кечириш ва қараш бор-йўқлигини аниқлаш.	10	5	0
4. Юзаки пайпаслаш. Ўт пуфаги проекциясида тери сезгирлиги ва мушаклар таранглашувини аниқлаш.	10	5	0
5. Ўт пуфагини чуқур пайпаслаш: катталашув, таранглик, оғриқ. Қорин парда таъсирланиш белгилари	10	5	0
6. Ортнер белгисини аниқлаш (ўнг қовурға равоғига кафт қирраси билан уриб кўрилганда оғриқ).	10	5	0
7. Образцов-Мерфи белгисини аниқлаш (нафас олиш чўққисиди кафтни ўнг қовурға равоғи остига киритиш).	10	5	0
8. Мюсси-Георгиевский белгисини аниқлаш(m.sternocleidomastoideus оёқчалари орасидаги нуқтада оғриқ).	15	7,5	0
9. Тери гиперестезияси сохаларини аниқлаш (Захарьин-Гед, ўнг куракнинг пастки бурчаги остиди ва 9-11 қовурғалар ораси сохасида).	15	7,5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



элгила
илган я
овоз ч
б бери

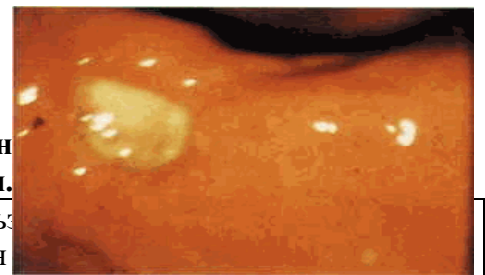
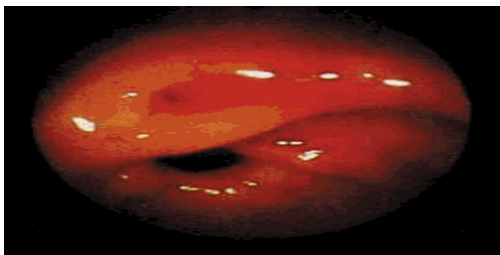
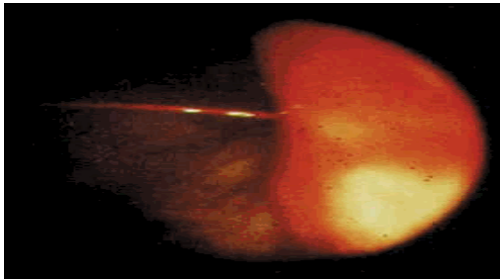
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича

алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморнинг ҳолатини аниқлаш, оёқлари букилган, ортиқча ҳаракатсиз мажбурий ҳолат.	10	5	0
2. Анамнезида Мондор учлиги аниқланади (яра анамнези, «ханжарсимон» оғриқлар, мушак таранглиги)	14	7	0
3. Тилни кўздан кечириш, тил қуруқлиги ва қараш бор-йўқлигини аниқлаш.	10	5	0
4. Қоринни кўздан кечириш, симметриклиги, нафас олиш актида қатнашиши (қатнашмайди ёки орқада қолади).	13	6,5	0
5. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ соҳалари ва мушаклар таранглашувини аниқлаш.	10	5	0
6. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Тукиллатганда жигар бўғиқлигининг йўқолиши (Спизарский белгиси) ва ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқлаши (техникаси, натижани баҳолаш).	13	6,5	0
8. Аускультацияда ичаклар перистальтикасининг бўлмаслиги ёки сусайиши.	10	5	0
9. Томир уриши ва унинг тавсифини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



Талаба учун топшириқ аниқланг, шу билан бирга изохлаб бериш.			
Имтиҳон олиш учун м алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1.Беморга ўнгдан ёндашилади.	10	5	0
2. Кўриш давомида тери ва шиллик қаватлар ранги оқарган, бемор лоҳас, кам ҳаракатчан.	10	5	0
3. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади ва қорин пайпаслаб текширилади(жигарга ва қора талокқа аҳамият берилади).	10	5	0
4. Томир уриш сони ва А/Б ўлчанади (А/Б пасайиб, тахикардия кузатилади).	10	5	0
5. Бемор қусуғининг тавсифи аниқланади (қонли ёки	10	5	0

«кофе қуйқаси» шаклида).			
6. Қорамойсимон нажас (мелена).	10	5	0
7. Меъдани зондланганда қон ёки «кофе қуйқаси» ажралади.	10	5	0
8. Тўғри ичак бармоқ билан текширилганда қўлқопда қора рангли нажас излари аниқланади.	5	2,5	0
9. Шок индексини аниқлаш (томир уруши сонининг систолик босимга нисбати).	5	2,5	0
10. Қонда Hb, Ht ва эритроцитлар миқдори камаяди	10	5	0
11. Эндоскопияда яра ва қон кетиш аломатлари аниқланади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



Химатоз аъзоларининг белгиларини аниқлаш. Беморда паренхиматоз аъзоларни аниқлаш. Беморни куриш давомида имтихон қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

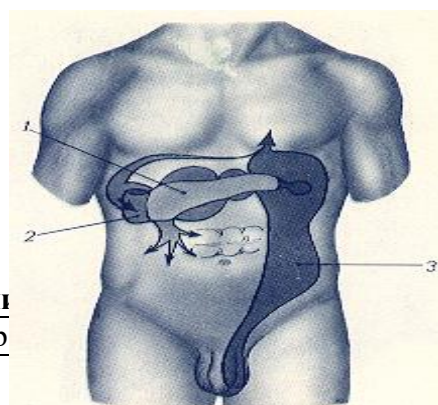
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.

Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашилади.	10	5	0
2. Бемор кўрилганда мажбурий ҳолатда бўлади («Ванька-Встанька белгиси»).	10	5	0
3. Бемор кўрилганда тери ва шиллик қаватлари ранги оқарган.	10	5	0
4. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади (жароҳат излари баҳоланади, оғриқ ва қорин парда таъсирланиш белгилари аниқланади).	15	7,5	0
5. Тукиллатиб кўрилганда ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқланади.	10	5	0
6. Томир уриш сони ва А/Б ўлчанади (А/Б пасайиб, тахикардия кузатилади).	15	7,5	0
7. Қонда Hb, Ht ва эритроцитлар миқдори текширилади (улар камаяди).	10	5	0
8. УТТ эркин қорин бўшлиғидаги суюқлик борлигини аниқлаб беради.	10	5	0
9. Френикус белгиси мусбат (диафрагманинг қон билан	10	5	0

таъсирланиш натижасида).			
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№6. Ўткир панкреатит белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир панкреатитнинг симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Бемор шикоятларини ўрганиш-оғриқлар таснифи(белбоғсимон,эпигастрал сохада ва чап қовурға ёйи бўйлаб орқага тарқалувчи тўмтоқ, кучли оғриқлар).	10	5	0
2. Қусиш таснифини аниқлаш(кўп маротаба).	10	5	0
3. Кўриқда бемор безовта (ўзига жой топа олмайди). Қориннинг юқори қисмлари шишган, у нафас олишда илтирок этмайди.	10	5	0
4. Пайпасланганда эпигастрияда, чап қовурға равоғи остида меъда ости бези проекцияси бўйлаб оғриқ аниқланади.	10	5	0
5. Эпигастрияда химоя таранглиги аниқланади (Керти белгиси).	10	5	0
6. Киндик ва ёнбош сохаларда кўкимтирлик, баъзан эса сариқлик аниқланади.	10	5	0
7. Аорта пульсацияси аниқланмайди (Воскресенский белгиси).	10	5	0
8. Чап қовурға – умуртқа бурчагидаоғриқ аниқланиши (Мейо-Робсон белгиси).	10	5	0
9. Щеткин-Блумберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
10. Тана харорати ва пульснинг мутаносиблигини аниқлаш (меърдаги хароратда тахикардия)	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

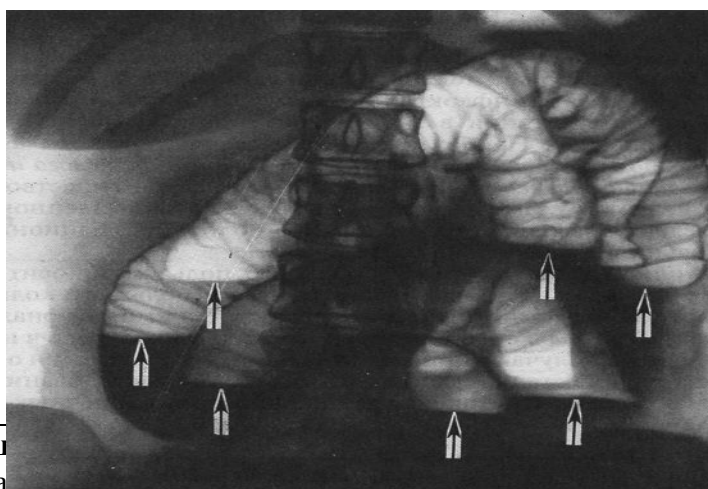


№7. Ўткир ичак тутилиши

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда ўткир

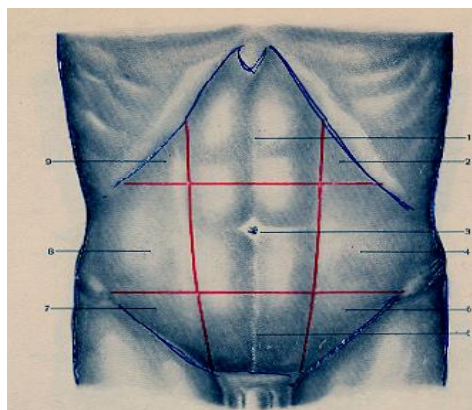
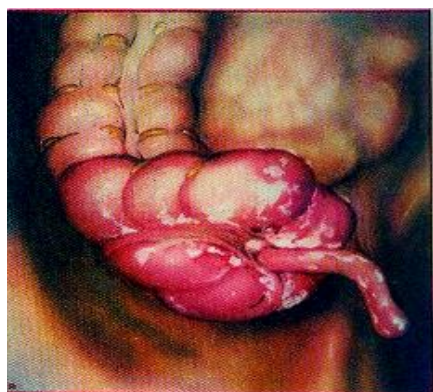
ини

аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади.	10	5	0
2. Қорин кўздан кечириш: асимметрия, шиш борлиги, нафас актида иштирок этиши.	10	5	0
3. Қоринни пайпаслаш, мушаклар таранглашувини, катталашган ичак қовузлоқларини аниқлаш.	15	7,5	0
4. Склярров белгисини («чайқалиш шовқини белгиси») аниқлаш.	15	7,5	0
5. Аускултацияд ичак перистальтикасининг ўзгарганлигини аниқлайди.	10	5	0
6. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Вал белгисини аниқлаш: колбасасимон катталашган ичак қовузлоғини аниқланиши, унинг устида тимпаник товуш эшитилиш ва ичак перистальтикасининг кўриниб туриши.	10	5	0
8. Обухов шифохонаси белгисини аниқлаш: ректил текширувда бўш ва кенг ампула аниқланади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



Талаба учун топшиқ			
Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Талаба беморга ўнг томондан келади. Беморга юқорига қараб ётиш тавсия этилади.	10	5	0
2. Бемор кўрилганда: юзлари сўлгин, кам ҳаракатчан, баъзан эйфория, терминал даврда Гиппократ юзи.	15	7,5	0
3. Қорин катталашган, нафас актида қатнашмайди, терминал даврида эса шишган.	10	5	0
4. Пайпасланганда кучли оғриқ ва мушаклар таранглиги аниқланади.	10	5	0

5. Щеткин-Блюмберг белгиси мусбат.	10	5	0
6. Аускультацияда ичак перистальтикаси эшитилмайди (тобут сукунати).	10	5	0
7. Тукиллатганда ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқланади.	10	5	0
8. Рентгенологик текширувда Клойбер косалари, баъзан эса эркин хаво (кавак аъзолар шикастланганда) аниқланади.	15	7,5	0
9. Қон тахлилида лейкоцитоз, формуланинг эса чапга силжиши аниқланади, ЛИИ 2дан юкори.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



№9. Ишемия (ишемик симптомокомплекс) белгиларини аниқлаш.

Талаба учун топшириқ: ушбу беморда кузатув, пайпаслаб кўриб ва аускультация қилиб ишемия белгиларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.

Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ёндошиш махорати, унинг ҳолатини аниқлаш (масалан, мажбурий оёқлар букилган ёки пастга туширилган ҳолда).	10	5	0
2. Анамнезида совуқ урганлик, кашандалик аниқланиши.	10	5	0
3. Кузатувда тери ранги ўзгарганлиги (терининг оқариши, мармарсимон доғлар бўлиши, трофик ўзгаришлар, контрактура).	15	7,5	0
4. Артерияларда томир урушини аниқлаш (сон, тақим ости, орқа катта болдир ва оёқ панжаси дорсал артерияларда).	20	10	0
5. Қорин аортаси, аорта бифуркацияси, ёнбош ва сон артерияларида).	15	7,5	0
6. Мушаклар кучини аниқлаш.	10	5	0
7. Ангиограммани изохлаш.	20	10	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

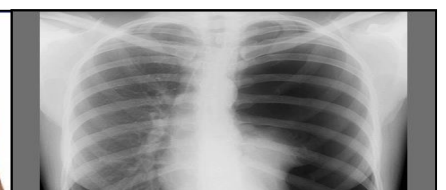
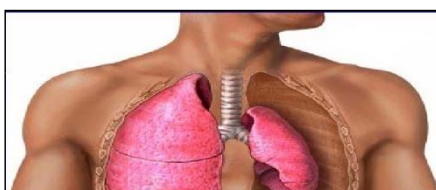


№10. Кўкрак қафаси жароҳатлари. Пневмоторакс. Гемоторакс.

Талаба учун топширик: ушбу беморда пневмоторакс, гемоторакс симптомларини аниқланг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.

Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёки шикастланган томондан ёндашиш.	10	5	0
2. Кўрикда: беморнинг ҳолати мажбурий (шикастланган кўкрак қафасини бемор химоя қилади, айниқса, нафас олишда).	10	5	0
3. Тукилатганда: пневмотораксда қутисимон товуш, гемотораксда эса бўғиқ товуш аниқланади.	10	5	0
4. Аускультацияда нафас шовқинларини кескин сустлашиши (шикастланган томонда).	10	5	0
5. Ренгеноскопияда пневмотораксда ўпка коллапси ва кўкс оралиғи аъзоларининг соғлом томонга силжиши қайд этилади. Гемотораксда эса плеврал бўшлиқнинг пастки соҳаларида суюқлик тўпланиши аниқланиб, суюқликнинг юқори чегараси аниқ кўндаланг сатҳга эга бўлади.	10	5	0
6. Пневмотораксда плевра бўшлиғи пункция қилиш (II қовурға оралиғидан ўрта ўмров чизиги бўйлаб).	15	7,5	0
7. Гемотораксда плевра бўшлиғи VII қовурға оралиғидан орўа қўлтиқ ости чизигидан пункция қилинади.	15	7,5	0
8. Плевра бўшлиғини найчалаш (катта гемотораксда VII қовурға оралиғидан орқа қўлтиқ ости чизигидан қилинади)	10	5	0
9. Плевра бўшлиғини найчалаш (пневмоторакс II қовурға оралиғидан ўрта ўмров чизигидан бажарилади)	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



№11. Эластик жгут қўйиш йўли билан қон тўхтатиш усули техникаси.

Талаба учун топширик: ушбу беморда қон оқишини тўхтатиш учун кўрсатмани аниқланг ва уни вақтинча тўхтатишни амалга оширинг. Айни вақтда имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўк
1. Жгут оёқ-қўлларнинг йирик артериялари шикастланганда қон оқишини вақтинча тўхтатиш учун қўлланилади.	10	5	0
2. Керакли асбоблар: Эсмарх ёки НИИСП жгути, юмшоқ материал.	10	5	0
3. Жгут қўювчи оёқ ёки қўлнинг ташқари томонидан туриб, жгутни ичкари томонидан ўтказилади.	10	5	0
4. Жгутни таранглаги қон оқишининг тўхташи ва периферияда томир уришининг йўқолиши билан баҳоланади.	10	5	0
5. Жгут сонга ёки елкага шикастланган сохадан проксимал сохага қўйилади.	15	7,5	0
6. Жгутни елканинг ўрта учлигига қўйиш тавсия этилмайди, негаки асаб толасини шикастлаб қўйиш мумкин.	15	7,5	0
7. Жгутни оптимал тарзда тортиш лозим, негаки, агар камроқ тортилса, қон оқиши давом этади, кучлироқ тортилса асаб толалари шикастланиши мумкин.	15	7,5	0
8. Жгут қўйилган вақт кўрсатилиб ўтилади. Жгутни 2 соат муддатга қолдириш мумкин. Агар жгут узокроқ муддат турадиган бўлса, уни ечиб, бир неча дақиқадан сўнг қайта қўйиш лозим.	15	7,5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№12. Бошга «чепец» ва «прашсимон» боғламларини қўйиш техникаси.

Кўрсатма: Чепец боғлами ахволи оғир беморлар бошининг сочли еридан қон кетганда босувчи боғлам сифатида қўйилади. Прашсимон боғлам эса бурун, энгак ва оралиқ сохаларига қўйилади.
Зарур бўлган асбоб-ускуналар: стерил салфеткалар, бинт, 5%ли йод эритмаси, 3% ли водород перикис, пинцет ва қайчи.

Талаба учун топширик: ушбу беморда қон оқишини тўхтатиш учун «чепец» ёки «прашсимон» боғлам қўйиш учун кўрсатмани аниқланг ва уни амалга оширинг. Айни вақтда имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Чепец боғлами ахволи оғир беморлар бошининг сочли еридан қон кетганда босувчи боғлам сифатида қўйилади.	15	7,5	0
2. Прашсимон боғлам эса бурун, энгак ва оралик сохаларга қўйилади.	15	7,5	0
3. Қонаётган жарохатга 3%ли водород перекиси, йодда ишлов берилиб, стерил боғлам қўйилади.	15	7,5	0
4. 70-80 см ли бинт тасма олиниб, бош тепа қисмидан икки ён тарафга туширилади. Иккинчи бинт билан пешонадан бошлаб тасмалар айлантириб боғлам қўйилади, натижада «чепец» пайдо бўлади. Бинт тасма учларини энгак остидан боғлаб, боғлам мустахкамланади.	20	10	0
5. «Прашсимон» боғлам қўйиш учун кенг бинтдан 70 см узунликда олиниб, икки четини иккига ажратилиб, айри холатда кесилади. Бинтнинг ўрта қисмида бурун ёки энгак остидан мос қисми кесмасдан қолдирилади.	20	10	0
6. Боғлама қўйилгандан сўнг бинтлар четлари чалкаштирилиб, энса ёки бошнинг тепа қисмига боғланади.	15	7,5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

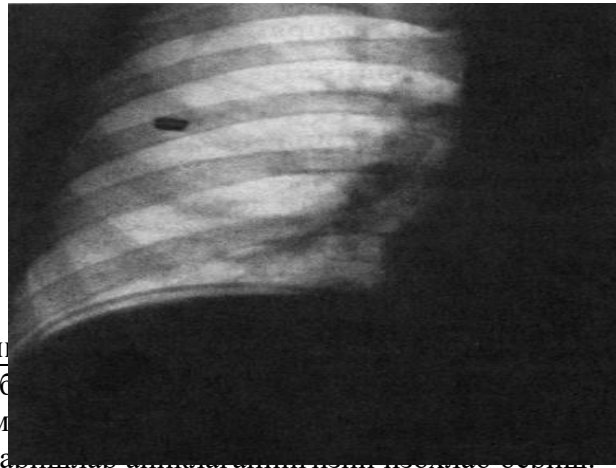


кастла
бўшли
ида имт

қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлаганингизни изохлаб бериш.

Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини қуйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга ўнгдан ёндашиш, беморнинг холати.	10	5	0
2. Беморни кузатув: мажбурий холат, ҳаракатсиз ётиши, Гиппократ юзи.	10	5	0
3. Тилни текшириш: қуруқлик ва қараш билан қопланганлиги.	10	5	0
4. Қоринни кузатув, қорин ичига ботиб кетганлиги, нафас олиш актида қатнашиши .	10	5	0
5. Юзаки пайпаслаш. Оғриқ сохалари ва мушаклар таранглашувини аниқлаш.	10	5	0

6. Щеткин-Блюмберг белгисини аниқлаш(техникаси, натижаларни баҳолаш).	10	5	0
7. Тукиллатганда жигар бўғиқлигининг йўқолиши (Спизарский белгиси) ва ён каналлар проекциясида бўғиқлик аниқлаши (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
8. Перистальтика эшитилмаслиги (Тобут сукунати белгиси).	10	5	0
9. Рентгенологик эркин хаво аниқланиши (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
10.Томир уришини аниқлаш (техникаси, натижани баҳолаш).	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



№14. Лерин

Талаба учун топшириқ: ушбу б... рини аниқланг. Беморни кўриш давом қилаётганингизни ва қандай ўзгаришлар аниқлашнинг тизимас ёрмингизни кўрсатинг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Касаллик тарихидан вақти-вақти билан оқсоқланиш, оғриқ ва импотенция белгилари бор-йўқлигини аниқлаш.	20	10	0
2. Оёқларни кўриш: атрофия бор-йўқлиги, тери ранги, туклар ҳолати, трофик ўзгаришлар.	20	10	0
3. Пайпасланганда оғриқ ва харорат пасайганлигини аниқланиши.	20	10	0
4. Сон артерияларида томир урушини хар иккала тарафда аниқлаш.	20	10	0
5. Қорин аортаси, ёнбош артериялари ва сон артерияларида аускультатив систолик шовқин бор-йўқлигини аниқлаш.	20	10	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№15. Троянов-Тределенбург синамасини ўтказиш техникаси.

Кўрсатма: Троянов-Тределенбург синамаси юза веналар клапанлари холатини аниқлаш учун қўйилади.			
Зарур бўлган асбоб-ускуналар: эластик жгут.			
Талаба учун топшириқ: беморда Троянов-Тределенбург синамасини ўтказинг ва овоз чиқариб нима қилаётганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Талаба беморга ўнг томондан ёндашади.	10	5	0
2. Бемор тепага қараб ётади.	10	5	0
3. Оёқ тепага кўтарилиб, қондан бўшатилади.	15	7,5	0
4. Катта тери ости венаси сон венасига қўйиладиган соха бармоқ билан босилади ёки шу сохага эластик жгут қўйилади.	15	7,5	0
5. Бармоқни венадан олмай туриб (ёки эластик жгутни бўшаштирмасдан туриб), беморга ўрнадан туриш тавсия этилади.	10	5	0
6. Бармоқни олиб ёки эластик жгут ечилиб, синама текширилади.	10	5	0
7. Веналарнинг юқоридан пастга қараб бир зумда тўлиши (мусбат натижа) юзаки веналар етишмовчилигидан далолат беради.	15	7,5	0
8. Юзаки веналарнинг аста-секин (20-30 сек) пастдан юқорига қараб тўлиши соғлом одамга хос.	15	7,5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№16. Дельбе-Пертеснинг марш синамасини ўтказиш техникаси.

Кўрсатма: Дельбе-Пертеснинг синамаси чуқур веналар ўтказувчанлигини аниқлаш учун қўйилади.			
Зарур бўлган асбоб-ускуналар: эластик жгут.			
Талаба учун топшириқ: чуқур веналар ўтказувчанлиги Дельбе-Пертеснинг марш синамаси ёрдамида аниқланг ва овоз чиқариб нима қилаётганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх	Мин	Жавоб

	балл	балл	йўқ
1. Беморга ёндашиш техникаси.	10	5	0
2. Бемор тик ҳолатида сон соҳасига юзаки веналарни сиқувчи юоғлам қўйилади.	15	7,5	0
3. Бемор 5-10 дақиқа юриши керак.	15	7,5	0
4. Маршдан сўнг юзаки веналар бўшашиб қолиши чуқур веналар ўтказувчанлиги бузилмаганлигидан далолат беради.	20	10	0
5. Маршдан сўнг юзаки веналар бўшашмасдан, оёқда оғирлик ва оғриқ пайдо бўлиши чуқур веналар ўтказувчанлиги бузилганлигидан далолат беради.	20	10	0
6. Юзаки веналар бўшамасада, оёқда оғриқ ва оғирлик бўлмаслиги коммуникант веналар клапанларининг етишмовчилигини кўрсатади.	20	10	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№17. Босувчи боғлам ва магистрал қон томирларнинг бармоқ билан босиб туриш йўли орқали қон тўхтатиш усули техникаси.

Талаба учун топшириқ: Қон кетишнинг тўхтатиш учун қачон босувчи боғлам қўйилади ? Қандай ҳолларда йирик артерияларни бармоқ билан босилади ? Қон тўхтатиш техникасини кўрсатинг. Беморни кўриш давомида имтихон олувчига овоз чиқариб нима қилаётганингизни изохлаб бериш.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Йирик артериялардан, бошқа жароҳатлардан қон кетиши босувчи боғлам қўйишга кўрсатма бўлади.	15	7,5	0
2. Босувчи боғлам стерил ҳолатда жароҳат соҳасига қўйилади.	10	5	0
3. Йирик артерияларни бармоқ билан босиб қон кетишини тўхтатиш уйқу, ўмров ости, елка ва сон артерияларидан қон кетганда зудлик билан вақтинчалик қонни тўхтатиш учун қўлланилади.	15	7,5	0
4. Уйқу артериясини VI бўйин умуртқаси кўндаланг ўсиғига босилади (m sternocleidomastoideus ўрта қисмининг медиал тарафидан)	15	7,5	0
5. Ўмров ости артериясини ўмров суюги устидан I қовурғага босилади (m sternocleidomastoideus тўш суюгига бириккан жойидан латериалроқ).	15	7,5	0

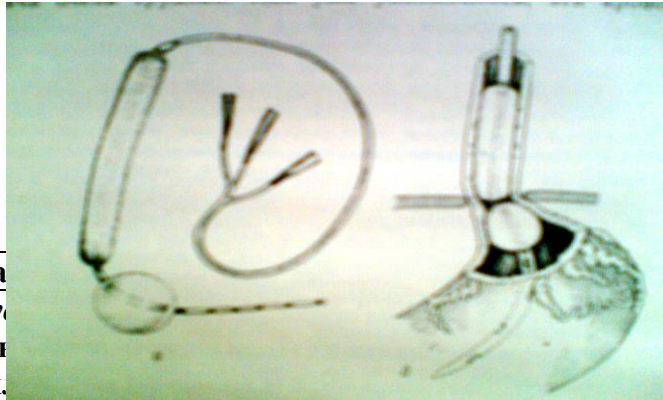
6. Қўлтиқ ости артериясини елка суяги медиал юзасига босилади (қўлтиқ ости чуқурчасида).	10	5	0
7. Елка артериясини елка суяги медиал юзасига босилади (икки бошли мушакдан медиалроқ)	10	5	0
8. Сон артериясини пупарт боғлами тагидан қов суягига босилади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



№18 Блекмор зондини қўйиш техникаси.

Талаба учун топшириқ: Блекмор зондини тузилиши ва уни қўйиш техникасини изохлаб беринг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўк
1. Блекмор зондини қизилўнгач варикоз веналарида қон кетганида ва Меллори-Вейс синдромида қўйилади. 3 ёки 4 каналлик меъда зондидан иборат.	10	5	0
2. 1-канали қизилўнгачнинг цилиндрсимон баллонини тўлдириш учун, 2-канали юмалоқ шаклда меъдадаги баллонни тўлдириш учун, 3-канал меъдадан аспирация учун, 4-канал қизилўнгач юқори қисмидан аспирация қилиш учун хизмат қилади.	10	5	0
3. Баллонлар бутунлиги текширилади, зондни вазелин ёки глицерин билан мойланади.	10	5	0
4. Бурун-халқум соҳасига 0,5% ли дикаин билан ишлов берилади.	5	2,5	0
5. Зонд меъдага бурун орқали қўйилади.	10	5	0
6. меъда баллонига 100,0 мл хаво юборилиб, зонд тортиб қўйилади.	10	5	0
7. Қизилўнгач баллонига 50-60 мл дан 200-250 мл гача хаво юборилади.	10	5	0
8. Баллонлар тўлиқлик даражаси каналдаги назорат баллонлар ҳолати бўйича назорат қилинади.	5	2,5	0
9. Меъда шираси сув тоза бўлгунча аспирация қилиб ювилади.	10	5	0
10. Вақти-вақти билан меъда шираси аспирация қилиниб, тампонаданинг тўлақонлилиги текширилиб турилади.	10	5	0
11. Зонд 24-72 соатдан сўнг олинади.	10	5	0

Станция бўйича максимал балл	100	50	
------------------------------	-----	----	--



Кўрсатма: флюктуация бўйича			
Зарур бўлган асбоб-услуш: спирит эритмаси, 0,5 % ли новокаин эритмаси, стерил салфеткалар, турундалар, пинцет, кискичлар. Жаррохлик қўлқоплари, лейкопластирь ёки бинт, натрий хлориднинг 5ёки 10 %ли гипертоник эритмаси, дренаж найча ёки резинали чиқаргич.			
Талаба учун топширик: Хўппозни очишга кўрсатма, вазифаси ва техникаси. Беморда кўрсатинг ва изохлаб беринг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Тери ости хўппозини очиш кўрсатма бу хўппознинг юмшоқлиги ва флюктуация белгиси бўлиши.	15	7,5	0
2. Йирингли бўшлиқнинг очишдан мақсад бўшлиқни йирингдан тозалаб, унинг чиқиб туриши учун шароит яратиш.	15	7,5	0
3. Зарур бўлган асбоб-ускуналар: бир марталик шприц, спирит 96%, водород перикис эритмаси, 0,5 % ли новокаин эритмаси, стерил салфеткалар, турундалар, пинцет, кискичлар. Жаррохлик қўлқоплари, лейкопластирь ёки бинт, натрий хлориднинг 5ёки 10 %ли гипертоник эритмаси, дренаж найча ёки резинали чиқаргич.	20	10	0
4. Оғриқсизлантириш махаллий, 0,5%ли новокаин билан.	15	7,5	0
5. Техникаси: операция майдонини аитисептиклар билан артилиб, махаллий новокаин анестезияси билан флюктуация устидан хўппоз кесилиб, йиринг чиқарилади, антисептиклар билан ювилиб, гипертоник эритмалар билан намланган тампонлар, дренаж найчалар ва резина чиқаргичлар билан найчалаш.	20	10	0
6. Кузатилиши мумкин бўлган асоратлар: томирлардан қон кетиш (бу холда томир боғланиб, операция давомида тўхтатилади).	15	7,5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№20. Тери ости хасмолини очиш техникаси.

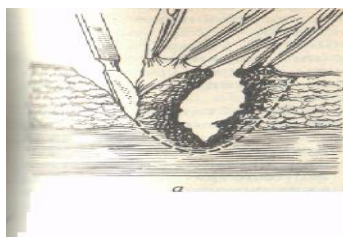
Талаба учун топширик: тери ости панарицийсини очишга кўрсатма, вазифаси ва техникаси. Беморда кўрсатинг ва изохлаб беринг.
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича

алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Тери ости панарицийсини очишга кўрсатма: бармоқ лўқиллаб оғриши ва кечаси ухлолмай чиқиши.	15	7,5	0
2. Йирингли бўшлиқнинг очишдан мақсад бўшлиқни йирингдан тозалаб, унинг чиқиб туриши учун шароит яратиш.	10	5	0
3. Зарур бўлган асбоб-ускуналар: бир марталик шприц, спирт 96%, водород перикис эритмаси, 0,5 % ли новокаин эритмаси, стерил салфеткалар, турундалар, пинцет, қисқичлар. Жаррохлик кўлқоплари, лейкопластирь ёки бинт, натрий хлориднинг 5ёки 10 %ли гипертоник эритмаси, дренаж найча ёки резинали чиқаргич.	15	7,5	0
4. Оғриқсизлантириш маҳаллий, 0,5%ли новокаин ёки 2%ли лидокаин билан.	15	7,5	0
5. Кесма фаланга ишламайдиган юза ёки ён томонлар бўйлаб (икки томонлама параллел кесма билан)			
6. Техникаси: фалангага антисептиклар билан ишлов бериш, Оберст-Лукашевич бўйича оғриқсизлантириш, ён томонлама кесмалар, некротик тўқималарни олиб ташлаш, антисептиклар билан ювиш ва резина чиқаргичлар билан дренажлаш.	15	7,5	0
7. Кузатилиши мумкин бўлган асоратлар: қон ва асаб томирлари зарарланиши.	15	7,5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	

№21. Жароҳатга бирламчи жаррохлик ишловини бериш (БЖИ).

Талаба учун топшириқ: жароҳатга БЖИ беришга кўрсатмалар, вазифаси, муддати, техникаси ва босқичлари. Бош, юз, кўл панжаси, мия тўқималарида БЖИ нинг ўзига хос хусусиятлари. Қарши кўрсатмалар. Қоқшол профилактикаси. Кўрсатинг ва изохлаб беринг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. БЖИ барча тасодифий жароҳатларда биринчи 12 соат ичида қилиниши керак.	10	5	0
2. БЖИ дан мақсад: скальпель билан стерилизация қилиш, хаётга лаёқатсиз тўқималарни кесиб олиб ташлаш, гемостаз ва чоклар қўйиш.	15	7,5	0
3. БЖИ босқичларида: операция майдонида антисептиклар билан ишлов берилади, маҳаллий оғриқсизлантириш, жароҳат деворлари, тубини скальпель	15	7,5	0

билан кесиб ташлаш, гемостаз, жарохат деворларини каватлаб тикиб чиқиш.			
4. Бош ва юздаги жарохатларга БЖИ беришнинг хусусиятлари: максимал тежамкорлик билан кесиб олинади ва БЖИ 48 соат ичида амалга оширилади.	10	5	0
5. Қўл панжасидаги жарохатларга БЖИ беришнинг хусусиятлари: максимал тежамкорлик, фақат некротик тўқималар кесиб олиб ташланади.	10	5	0
6. Асаб ва мия тўқималарида БЖИ: максимал тежамкорлик. Фақат тўлиқ ўзгарган тўқималаргина олиб ташланади.	10	5	0
7. БЖИ га қарши кўрсатмалар: шок, ўткир камқонлик ва йиринглаши.	10	5	0
8. Барча тасодифий жарохатларда қоқшол профилактикаси (СА-0.5-1.0; ПСС-схемаохаси бўйича) амалга оширилади.	10	5	0
9. Зарур асбоб-ускуналар: бир марталик шприц, спирт 70%, 0,5% ли новокаин эритмаси, стерил салфеткалар, турундалар, қайчи, скальпель, игналар, иплар, игна ушлагичлар, пинцет, қисқичлар. Жаррохлик қўлқоплари, лейкопластирь ёки бинт.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



№22. Қалқонсимон безни пайпаслаш.

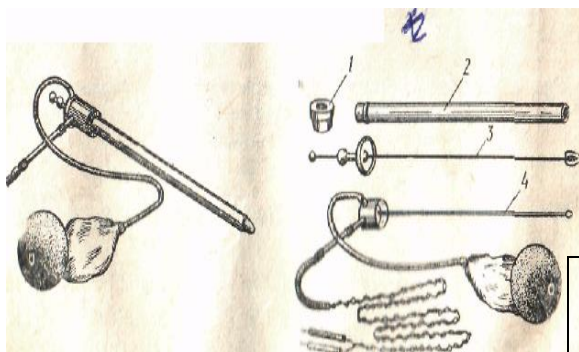
Кўрсатма: қалқонсимон безни пайпаслаш турли хил бўқоқларда, тиреодитлар, струмитларда, қалқонсимон без ўсмаларида амалга оширилади.			
Зарур бўлган асбоб-ускуналар: қалқонсимон без касаллиги билан оғриган бемор ёки волонтер.			
Талаба учун топширик: ушбу беморда қалқонсимон безни пайпаслаш усулларини кўрсатинг ва изохлаб беринг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алохида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморга уни олд ёки орқа тарафидан ёндашиш лозим.	10	5	0
2. Туфук ютганда қалқонсимон без холатини кузатиш.	10	5	0
3. Иккала қўл катта бармоқлари билан қалқонсимон безни беморнинг олд томонидан ёндашиб пайпасланади.	15	7.5	0
4. Қалқонсимон без бўлаклари ўлчами, бўқоқ катталашиш даражасини аниқлаш.	15	7,5	0
5. Без консистенцияси, тугунлар бор-йўқлигини аниқлаш.	20	10	0
6. Қалқонсимон безни иккала қўл II-III-IV бармоқлари билан бемор орқасида туриб пайпаслаш ва изохлаш.	30	15	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



№23. Ректороманоскопия.

Кўрсатма: тўғри ва йўғон ичак фаолиятининг бузилишлари, тўғри ва йўғон ичак ва тўғри ичак атроф ёғ тўқимасининг турли хил яллиғланиш касалликлари ва ўсмалари.			
Зарур бўлган асбоб-ускуналар: ректороманоскоп, трансформатор, глицерин ёки вазелин. Бемор тизза-тирсак ҳолатида.			
Талаба учун топшириқ: ректороманоскопияга кўрсатмалар, зарур асбоб-ускуналар, беморни муолажага тайёрлаш ва ўтказиш техникасини тушунтириб беринг. Касаллик семиотикасини ва қўшимча текширувлар ўтказиш имкониятларини айтиб беринг.			
Имтихон олиш учун маълумот: талаба кўникмаларини куйидаги бандлар бўйича алоҳида баҳоланг.			
Текшириш босқичлари	Мх балл	Мин балл	Жавоб йўқ
1. Беморни муолажадан 1 кун олдин сифонли хўқна ёки фортранс бериш йўли билан тайёрлаш.	10	5	0
2. Ректороманоскопни глицерин ёки вазелин билан мойланади.	10	5	0
3. Найнинг учини юмалоқ обтуратор билан бирга тўғри ичакка 4-5 см чуқурликда киритилади ва обтуратор чиқарилиб олинади.	10	5	0
4. Кўз назорати остида тубусни 10-12 см ичкарига киритилади.	10	5	0
5. Агар ичак деворлари пучайган ҳолда бўлса, тубуснинг 2-учидаги пуфакчалар ёрдамида ичакка хаво юборилади ва ректороманоскоп охиригача киритилади.	10	5	0
6. Агар тубуснинг юриши қийин бўлса, уни куч билан итариш ярамайди- негаки ичакни шикастлаб қўйиш мумкин. Шифокор ичак бўшлиғини кўриб туриши лозим.	10	5	0
7. Йўғон ичакнинг шиллик қавати катарал проктосигмоидитда қорамтир –қизғиш рангда, турғун, шишган, шиллик билан қопланган. Йирингли-катарал проктосигмоидитда шиллик қаватда йирингнинг ўчоқли йиғилишлари кузатилади. Геморрагик проктосигмоидитда шиллик қаватда ичкарига кириб борувчи диффуз қон талашлар кузатилади. Контактда қон кетиш бўлади. Ярали проктосигмоидитда туби фибрин билан қопланган, четлари ғадир-будур бўлган нотўғри шаклли яралар топилади.	10	5	0
8. Полипоз- ярали проктосигмоидитда полипсимон хосилалар орасида ўзгармаган шиллик қават оролчалар аниқланади. Ичак бўшлиғида қон аралаш шиллик-	10	5	0

йирингли ажралма топилади.			
9. Крон касаллигида шиллик қават устида полипсимон бўртмалар “қайроқ тошлар” (“булыжной мостовой”) кўринишида бўлади.	10	5	0
10. Кўрсатмалар бўлганда ректороманоскопия вақтида биопсиялар қилинади, текширув учун шиллик, бошқа тахлиллар олинади.	10	5	0
Станция бўйича максимал балл	100	50	



**УАШ учун жаррохлик касалликлари
фанидан амалий кўникмаларни баҳолаш
мезонлари**

№	Амалий кўникмалар	Кoeffи-цент	Миним ал балл(%)	Максим ал балл(%)
1	Ўткир аппендицит белгиларини аниқлаш.	0,03	2,2	3
2	Ўткир холецистит белгиларини аниқлаш.	0,05	2,5	5
3	Тешилган яра белгиларини аниқлаш	0,05	2,5	5
4	Ярадан қон кетиш белгиларини аниқлаш.	0,05	2,5	5
5	Қорин паренхиматоз аъзоларининг шикастланиш белгиларини аниқлаш.	0,05	2,5	5
6	Ўткир панкреатит белгиларини аниқлаш.	0,03	2,2	3
7	Ўткир ичак тутилиши белгиларини аниқлаш.	0,03	2,2	3
8	Тарқалган перитонит белгиларини	0,03	2,2	3

	аниқлаш.			
9	Ишемия (ишемик симптомокомпл екс) белгиларини аниқлаш.	0,05	2,5	5
1 0	Кўкрак қафаси жароҳатлари. Пневмоторакс. Гемоторакс.	0,05	2,5	5
1 1	Эластик жгут қўйиш йўли билан қон тўхтатиш усули техникаси.	0,05	2,5	5
1 2	Бошга «чепец» ва «прашсимон» боғламларини қўйиш техникаси.	0,05	2,5	5
1 3	Қорин кавак аъзоларининг шикастланиш белгиларини аниқлаш.	0,03	2,2	3
1 4	Лериш синдроми белгиларини аниқлаш.	1,0	3,0	10
1 5	Троянов- Тределенбург синамасини ўтказиш техникасини.	0,03	2,2	3
1 6	Дельбе- Пертеснинг марш синамасини ўтказиш техникасини.	0,03	2,2	3
1 7	Босувчи боғлам ва магистрал қон томирларни бармоқ билан босиб туриш йўли орқали қон тўхтатиш техникаси.	0,03	2,2	3
1	Блекмор	0,05	2,5	5

8	зондини кўйиш техникаси.			
1 9	Тери ости хўппозини очиш техникаси.	0,05	2,5	5
2 0	Тери ости хасмолини очиш техникаси.	0,05	2,5	5
2 1	Жароҳатга бирламчи жаррохлик ишловини бериш (БЖИ).	0,03	2,2	3
2 2	Қалқонсимон безни пайпаслаш.	0,03	2,2	3
2 3	Ректороманоск опия.	0,05	2,5	5

Хар бир амалий кўникма 100 балл баҳоланиб, у коэффициентга кўпайтирилади. Хар бир амалий кўникманинг умумий балли ягона баллга йиғилади. Имтихондан ўтиш учун талаба умумий баллнинг камида 55% ни олиши керак.

УАШ учун жаррохлик касалликлари
Кафедра мудир, т.ф.д.

Уроков Ш.Т.

**МАЪРУЗА МАВЗУСИ:
УТКИР КОРИН СИНДРОМИ**

«Уткир корин» мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маъруза хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлган мавзуни ёритади. Хирургик касалликлар орасида куп учраши ва ташхиснинг кийинлиги, улим курсаткичининг юкорилиги, олиб келувчи касалликлар куплиги Уткир корин синдромини долзарб мавзуга айлантиради. Кейинги ўн йилликда иқтисодий ривожланган мамлакатларда Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган мухим вазифалардан бири, БАни эрта ташхислаш, даволаш ва профилактик чораларни ўтказишдан иборат.

Келтирилган маъруза материалларида УКнинг этиологияси, патогенези, ташхисот мезонлари, қиёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари кенг ёритилган. Асосий эътибор УАШ тактикаси ва ташхисотига муаммоларига қаратилган.

**МАЪРУЗА МАВЗУСИ:
ОШКОЗОН-ИЧАК ТРАКТИДАН**

КОН КЕТИШ

«Ошқозон-ичак трактидан кон кетиш» мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маъруза ошқозон ичак трактидан кон кетиши, унинг сабаблари, ташхислаш, биринчи ёрдам ва УАШ тактикасига муаммосига бағишланган. Ошқозон ичак трактидан кон кетиши хирургик касалликларнинг асорати сифатида умумий структурасида ўлим кўрсаткичлари бўйича муҳим ўринни эгаллайди. Ошқозон ва ун икки бармокли ичакдан кон кетиш сабаблари - ошқозон ва ун икки бармокли ичак яра касаллиги; эрозив геморрагик гастрит; Меллори - Вейс синдроми; ошқозон ёки ун икки бармокли ичак полиплари ва бошқалар. Кон кетиш манбаини тугри аниқлаш УАШ учун мақсадли даволаш тактикасини танлаш учун ёрдам беради, бу эса мазкур синдромнинг натижаси қандай бўлишини белгилайди.

Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалардан бири, ошқозон ичак трактидан кон кетиши эрта ташхислаш, даволаш ва профилактика ўтказишдан иборат.

Маъруза материалларида ошқозон ичак трактидан кон кетиши этиологияси, патогенези, ташхисоти, қиёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари кенг ёритилган. Асосий эътибор профилактика муаммоларига қаратилган.

Механик сариклик синдроми

«Ювенил ревматоид артрит» мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маърузада механик сариклик тўғрисида бугунги кундаги янги маълумотлар талқин қилинган. Механик сариклик жигар касалликлари асорати сифатида жуда кенг тарқалган. Ер шарининг турли регионларида касалликнинг тарқалиши популяциялар ўртасида 0,05% дан 0,6%гача қузатилади.

Сариклик – тери ва шиллик пардалар, склераларнинг қондаги билирубин миқдорининг ошиши натижасида сарғимтир ранга бўялишидир. Қонда билирубин миқдори 34-43 мкмоль/л (20-25мг/л) – тахминан нормадан 2 баробар ошганда сариклик намоён бўлади. Сарикликнинг энг кўп учрайдиган сабаби – вирусли гепатит, ўт – тош касаллиги, ошқозон ости беши бошчаси ўсмаси, жигар циррози ва бошқалардир. Сариклик билан беморлар биринчи бўлиб умумий амалиёт шифокорига учрашади. УАШ сариклик турларини аниқлаши ва беморни махсус даволаш муассасасига йуналтири олиши лозим.

Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалардан бири, касалликни эрта ташхислаш ва асоратларни олдини олиш учун болани махсус даволаш муассасасига госпитализация қилишдан иборат.

Маърузада механик сариклик этиологияси, патогенези, клиникаси, ташхиси, қиёсий ташхиси ва даволаш тўғрисида замонавий маълумотлар келтирилган. Асосий эътибор болаларда ушбу касалликнинг ўзига хос хусусиятлари, клиник ва лаборатор белгиларига қаратилган.

«Ичак диспепсияси» мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маъруза хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлган мавзуни ёритади. Ичак диспепсиясига сабаб булувчи касалликлар хақида тушунча, уларнинг дифференциал диагностикаси муаммоларига маърузада алоҳида эътибор берилган. УАШ кундалик иш фаолиятида бу беморлар билан тукнашади, тугри киёсий ташхис куйиш керак булади, шунинг учун УАШ бу мавзуни мукамал билиш лозимдир.

. Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалардан бири, жигар касалликлари келиб чиқишини олдини олиш, эрта ташхислаш, даволаш ва профилактика ўтказишдан иборат.

Маъруза материалларида ичак диспепсияси этиологияси, патогенези, ташхисоти, киёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари, профилактикаси кенг ёритилган. Асосий эътибор профилактика муаммоларига қаратилган.

**МАЪРУЗА МАВЗУСИ:
ИЧАК ДИСПЕПСИЯСИ**

«Ичак диспепсияси» мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маъруза хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлган мавзуни ёритади. Ичак диспепсиясига сабаб булувчи касалликлар хақида тушунча, уларнинг дифференциал диагностикаси муаммоларига маърузада алоҳида эътибор берилган. УАШ кундалик иш фаолиятида бу беморлар билан тукнашади, тугри киёсий ташхис куйиш керак булади, шунинг учун УАШ бу мавзуни мукамал билиш лозимдир.

. Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалардан бири, жигар касалликлари келиб чиқишини олдини олиш, эрта ташхислаш, даволаш ва профилактика ўтказишдан иборат.

Маъруза материалларида ичак диспепсияси этиологияси, патогенези, ташхисоти, киёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари, профилактикаси кенг ёритилган. Асосий эътибор профилактика муаммоларига қаратилган.

**МАЪРУЗА МАВЗУСИ:
КОРИН ОЛД ДЕВОРИ ЮМШОК ТУКИМАЛАРИ ХАЖМЛИ ХОСИЛАЛАРИ**

« Корин олд девори юмшок тукимлари хажмли хосилалари » мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маъруза хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлган мавзуни ёритади. Корин олд девори юмшок тукимлари хажмли хосилалари сабаб булувчи касалликлар хақида тушунча, уларнинг дифференциал диагностикаси муаммоларига маърузада алохида эътибор берилган. УАШ кундалик иш фаолиятида бу беморлар билан тукнашади, тугри киёсий ташхис куйиш керак булади, шунинг учун УАШ бу мавзуни мукамал билиш лозимдир.

. Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалардан бири, жигар касалликлари келиб чиқишини олдини олиш, эрта ташхислаш, даволаш ва профилактика ўтказишдан иборат.

Маъруза материалларида Корин олд девори юмшок тукимлари хажмли хосилалари этиологияси, патогенези, ташхисоти, киёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари, профилактикаси кенг ёритилган. Асосий эътибор профилактика муаммоларига қаратилган.

**МАЪРУЗА МАВЗУСИ:
ИШЕМИК СИНДРОМ**

ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

<i>Талабалар сони -100-120</i>	<i>Вақт – 2 соат</i>
<i>Ўқув дарсининг шакли</i>	<i>Маъруза</i>
<i>Маъруза режаси</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ишемик синдром тариф бериш ва бу муаммонинг замонавий кўринишлари билан таништириш. 2. Ишемик синдром диагностик мезонларини талабаларга ўргатиш. 3. Қиёсий таққослаш ўтказиш мезонларини намоиш этиш. 4. Ишемик синдромни даволаш мезонларини талабаларга ўргатиш. 5. Ишемик синдром профилактик чораларини талабаларга ўргатиш
<i>Маъруза мақсади:</i> талабаларни Ишемик синдромнинг этиологияси, патогенези, тарқалиши, ташхисот мезонлари, қиёсий ташхиси, давоси ва профилактикаси билан таништириш	
<i>Ўқитувчи вазифалари:</i>	<i>Ўқиш жараёнининг натижалари:</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1.Талабалар билимини Ишемик синдром бўйича мустаҳкамлаш ва чуқурлаштириш. 2. Ишемик синдромни ташхислаш мезонларига ўргатиш. 3.Қиёсий ташхис ўтказиш принципларини тушинтириш. 4.Талабаларни Ишемик синдром профилактик принциплари билан 	<p>Маърузани эшитгач талабалар куйидагиларга жавоб бера олишади:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Касалликга таъриф бериш; 2.Касалликга хос клиник белгиларни санаб бериш; 4. Қиёсий ташхис ўтказиш; 5. Даво белгилаш 6. Профилактик ва реабилитацион чораларни ўтказиш.

таништириш.	
Ўқитиш усуллари ва техникаси	Маъруза – визуал, техника: блиц-опрос, саволлар «ҳа-йўк»
Ўқитиш воситалари	Лазерли проектор, маъруза материаллари, маълумот манбалари билан таъминлаш
Ўқитиш шакллари	Жамоа
Ўқитиш шарти	Аудитория

МАЪРУЗАНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талабалар
1 босқич Кириш (5 дақиқа)	1. Мавзу номи, мақсади, маъруза натижалари ва режасини элон қилади.	1. Эшитадилар
2 босқич Билимни жамлаштириш (20 дақиқа)	2.1. Талабалар билимини жамлаш мақсадида саволлар беради: 1 Ишемик синдром? 2 Ишемик синдром қиёсий ташхис? 3. Ишемик синдром УАШ тактикаси? Блиц сўров ўтказди. 2.2. Маъруза мақсади билан таништиради. Слайд №1 намоиш қилади. 2.3. Экранга №2 слайдни чиқаради.	2.1. Саволларга жавоб берадилар. 2.2. Слайд №1 таркибини ўрганади. 2.3. Слайд №2 таркибини ўрганади.
3 босқич Маълумот бериш (55 дақиқа)	3.1. Маъруза материалларини режадаги саволлар асосида кетма-кетлик билан тушунтиради ва аниқ саволлар беради: <i>Режадаги 1 савол:</i> Ишемик синдром ни асосий диагностик мезонларини айтинг? <i>Режадаги 2 савол:</i> қайси касалликлар билан қиёсий таққослаш ўтказиш мумкин? <i>Режадаги 3 савол:</i> Ишемик синдром профилактикаси нимадан ташкил топган? Мавзунинг асосий қисмларига эътиборни қаратади ва ёзишни тавсия қилади.	3.1. Берилган маълумотларни муҳокама қилади, аниқлик киритади, савол беради. Асосий маълумотни ёзади
4 босқич Яқуний (10 дақиқа)	4.1. Савол беради: 1. Ишемик синдром асосий сабаблари нима? 2. Ишемик синдром қиёсий ташхис? 3. Ишемик синдром УАШ тактикаси? 4.2. Мустақил иш учун вазифалар беради:	4.1. Саволларга жавоб беради 4.2. Эшитади, ёзиб олади

« Ишемик синдром » мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маъруза хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлган мавзуни ёритади. Ишемик синдром сабаб булувчи касалликлар хақида тушунча, уларнинг дифференциал диагностикаси муаммоларига маърузада алохида эътибор берилган. УАШ кундалик иш фаолиятида бу беморлар билан тукнашади, тугри қиёсий ташхис қуйиш керак булади, шунинг учун УАШ бу мавзуни мукамал билиш лозимдир.

. Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалардан бири, жигар касалликлари келиб чиқишини олдини олиш, эрта ташхислаш, даволаш ва профилактика ўтказишдан иборат.

Маъруза материалларида Ишемик синдром этиологияси, патогенези, ташхисоти, қиёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари, профилактикаси кенг ёритилган. Асосий эътибор профилактика муаммоларига қаратилган.

МАЪРУЗА МАВЗУСИ: ШИШ-ОГРИК СИНДРОМИ

ЎҚИТИШ ТЕХНОЛОГИЯСИ

<i>Талабалар сони -100-120</i>	<i>Вақт – 2 соат</i>
<i>Ўқув дарсининг шакли</i>	<i>Маъруза</i>
<i>Маъруза режаси</i>	<p>6. Шиш-огрик синдром тариф бериш ва бу муаммонинг замонавий кўринишлари билан таништириш.</p> <p>7. Шиш-огрик синдроми диагностик мезонларини талабаларга ўргатиш.</p> <p>8. Қиёсий таққослаш ўтказиш мезонларини намоиш этиш.</p> <p>9. Шиш-огрик синдроми даволаш мезонларини талабаларга ўргатиш.</p> <p>10. Шиш-огрик синдроми профилактик чораларини талабаларга ўргатиш</p>
<i>Маъруза мақсади:</i> талабаларни тарқалиши, ташхисот мезонлари, қиёсий ташхиси, давоси ва профилактикаси билан таништириш	Шиш-огрик синдромнинг этиологияси, патогенези,
<i>Ўқитувчи вазифалари:</i> 1.Талабалар билимини Шиш-огрик синдром бўйича мустахкамлаш ва чуқурлаштириш. 2. Шиш-огрик синдром ташхислаш мезонларига ўргатиш. 3.Қиёсий ташхис ўтказиш принципларини тушинтириш.	<i>Ўқиш жараёнинг натижалари:</i> Маърузани эшитгач талабалар қуйидагиларга жавоб бера олишади: 1. Касалликга таъриф бериш; 2.Касалликга хос клиник белгиларни санаб бериш; 4. Қиёсий ташхис ўтказиш; 5. Даво белгилаш 6. Профилактик ва реабилитацион чораларни ўтказиш.

4.Талабаларни синдром принциплари билан таништириш.	Шиш-огрик профилактик	
Ўқитиш усуллари ва техникаси		Маъруза – визуал, техника: блиц-опрос, саволлар «ҳа-йўқ»
Ўқитиш воситалари		Лазерли проектор, маъруза материаллари, маълумот манбалари билан таъминлаш
Ўқитиш шакллари		Жамоа
Ўқитиш шарти		Аудитория

МАЪРУЗАНИНГ ТЕХНОЛОГИК КАРТАСИ

Босқичлар, вақти	Фаолият	
	Ўқитувчи	Талабалар
1 босқич Кириш (5 дақиқа)	1. Мавзу номи, мақсади, маъруза натижалари ва режасини элон қилади.	1. Эшитадилар
2 босқич Билимни жамлаштириш (20 дақиқа)	2.1. Талабалар билимини жамлаш мақсадида саволлар беради: 1 Шиш-огрик синдром сабаблари нима? 2 Шиш-огрик синдром киёсий ташхис? 3. Шиш-огрик синдром УАШ тактикаси? Блиц сўров ўтказди. 2.2. Маъруза мақсади билан таништиради. Слайд №1 намоиш қилади. 2.3. Экранга №2 слайдни чиқаради.	2.1. Саволларга жавоб берадилар. 2.2. Слайд №1 таркибини ўрганади. 2.3. Слайд №2 таркибини ўрганади.
3 босқич Маълумот бериш (55 дақиқа)	3.1. Маъруза материалларини режадаги саволлар асосида кетма-кетлик билан тушунтиради ва аниқ саволлар беради: <i>Режадаги 1 савол:</i> Шиш-огрик синдромни асосий диагностик мезонларини айтинг? <i>Режадаги 2 савол:</i> қайси касалликлар билан киёсий таққослаш ўтказиш мумкин? <i>Режадаги 3 савол:</i> Шиш-огрик синдром профилактикаси нимадан ташкил топган? Мавзунинг асосий қисмларига эътиборни қаратади ва ёзишни тавсия қилади.	3.1. Берилган маълумотларни муҳокама қилади, аниқлик киритади, савол беради. Асосий маълумотни ёзади
4 босқич Яқуний (10 дақиқа)	4.1. Савол беради: 1. Шиш-огрик синдром асосий сабаблари нима? 2. Шиш-огрик синдром киёсий ташхис? 3. Шиш-огрик синдром УАШ тактикаси? 4.2. Мустақил иш учун вазифалар беради:	4.1. Саволларга жавоб беради 4.2. Эшитади, ёзиб олади

« Шиш-огрик синдром » мавзусидаги маъруза материаллари

АННОТАЦИЯСИ

Маъруза хирургиянинг долзарб муаммоларидан бири бўлган мавзуни ёритади. Шиш-огрик синдром сабаб булувчи касалликлар хақида тушунча, уларнинг дифференциал диагностикаси муаммоларига маърузада алоҳида эътибор берилган. УАШ кундалик иш фаолиятида бу беморлар билан тукнашади, тугри киёсий ташхис куйиш керак булади, шунинг учун УАШ бу мавзуни мукамал билиш лозимдир.

. Умумий амалиёт шифокорлари олдида турган муҳим вазифалардан бири, жигар касалликлари келиб чиқишини олдини олиш, эрта ташхислаш, даволаш ва профилактика ўтказишдан иборат.

Маъруза материалларида Шиш-огрик синдром этиологияси, патогенези, ташхисоти, киёсий ташхисоти ва замонавий даволаш усуллари, профилактикаси кенг ёритилган. Асосий эътибор профилактика муаммоларига қаратилган.

ХИРУРГИЯДА ТИББИЙ ЭТИКА ВА ДЕОНТОЛОГИЯНИНГ ЎЗИГА ХОСЛИГИ

Шифокор ва бемор ўртасидаги ўзаро муносабат фақатгина беморнинг индивидуал хусусиятига боғлиқ бўлмасдан, балки унинг руҳиятига, шахси ва шифокорни ўзини тутиши, умумий ва профессионал маданияти, этика ва деонтология усулларига риоя қилишга ҳам боғлиқдир.

Этика – деонтология усуллариининг шаклланиши, бўлажак шифокор дунё қараши ва унинг касбий билимлари асослари, тиббиёт олийгоҳига киргандан бошланади.

Деонтология – бу тиббиёт ходимининг беморга нисбатан бўлган профессионал (касбий) ва ахлоқий мажбуриятлари ва тиббий ходимнинг ҳуқуқлари тўғрисидаги таълимотдир.

Бемор билан мулоқот аниқ психологик ҳолатни талаб қилади. Шифокорнинг профессионал фаолияти, шифокорни бемор билан бўлган профессионал мулоқоти, тиббиёт ва санъат ўртасидаги ўзаро боғлиқликдан далолат беради. Бемор билан учрашганда аввал саломлашиш керак ва суҳбатлашишга руҳсат сўраш керак. Ҳар доим шифокор ўзини таништириши лозим. Беморни мулоқотга киришишига ёрдамлашиши ва беморга ёқимли тарзда суҳбат ўтказиши керак (бемордан нимадан шикоятлари борлиги; ўзини ҳис қилиши; иштаҳаси; уйқу ритми хақида сўраш лозим). Кўпроқ эшитиш, доимо очиқ суҳбатлашишга мойиллик туғдиради. Бўлажак тиббиёт ходими беморни эшитиш санъатига эга бўлиши керак.

Шифокор – бемор – шахслараро муносабатини ҳосил қилади. Бу муносабат бир хил тенгликга эга эмас, унинг учлари бир хил белгили муносабатларда жойлашмаган. Шифокор касал болага нисбатан катта жавобгарликга эга, унинг касалланиши кўрқув, безовталиқ, касалнинг тез хафа бўлиб қолиши оддийгина таъсирларга ҳам реакция кўрсатиши мумкин. Бола доимо оқ халатлиларга нисбатан кўрқув билан қарайди, чунки оқ халат унда оғриқ хиссини эслатади.

Кичик ёшдаги болалар атроф – муҳит ҳолатига юқори реакция беради; агар уларга кўнгилчан кўзлар билан боқилса, улар кулади, юмшоқ овозда гапирилса, бола жим туради, аксинча дўк уриб, кўпол гаплашилса бола йиғлаши мумкин (ёмон қарашдан, овоз баландлигидан). Боланинг тузалмас, оғир хасталиклари ота-оналарнинг руҳиятига катта таъсир кўрсатади. Кўпчилик ота – оналар ўзларининг касалликларидан ҳам кўра, болалари хақида кўпроқ қайғурадилар. Шифокор ўзининг кўриниши билан ота – оналарга уларнинг болалари тўғрисида қайғуришини кўрсата олиши керак.

Айниқса, ўсмирларни даволаётганда деонтология қоидаларига риоя қилиш керак, чунки уларда жинсий шаклланиш вақтида организмнинг нейроэндокрин тизимида ўзгаришлар юзага келади, психоневроз ривожланади, қалқонсимон без фаолияти бузилади ва бошқа патологик ҳолатлар юз беради. Кўпинча ўсмирларга хос бўлган гумонсираш шифокордан алоҳида деонтологик тактикани талаб этади.

Этика ахлоқ ва тенглик қонуниятларини аниқлайди, уни бузиш жиноий ёки маъмурий жавобгарликка эмас, балки “тенглик судига”, “ҳалоллик судига” олиб келиши керак.

Шифокорнинг тўғридан – тўғри вазифаси бемор билан мулоқотда психологик яхши ёндошиш, унинг ишончини қозониш, ёқимли ва илиқ муҳит яратишдан иборатдир.

Бемор билан тўғри мулоқат қилиш даволашнинг муваффақиятли бўлаги бўлиб ҳисобланади.

БЕМОРДАН АНАМНЕЗ ЙИҒИШ ХУСУСИЯТЛАРИ. КАСАЛЛИК ТАРИХИ СХЕМАСИ, ТЕКШИРИШ УСУЛЛАРИ.

Физикал текширув усулларига қуйидагилар киради: сўраб – суриштириш, кўриш, пальпация, перкуссия ва аускультация. Болаларда ҳам ушбу усуллар асосий ҳисобланади.

Кўшимча текширув усулларига: лаборатор ва инструментал текшириш усуллари киради.

Асосий текширув усуллари субъектив ва объектив турларга бўлинади.

Касални субъектив текширув усули болага ўз касаллигининг бошланиши, қандай бошланганлиги ҳақида маълумот берувчи субъект сифатида қараш ҳисобланади. Бемор ёки унинг ота – онаси касаллик тўғрисида, ҳаёти тўғрисида берган маълумотлари уларнинг бу муаммога бўлган субъектив қарашларини билдиради.

Касал ҳақида субъектив маълумотларни шифокор сўраб – суриштириш (con stitution) усули билан олади.

Текширишнинг объектив (физикал) усуллари беморни текшириш объекти деб қарайди, бунда шифокор ўз сезги аъзолари ва амалий кўникмаларни қўлай олишига асосланган ҳолда иш юритади.

Объектив усулларга қуйидагилар киради:

- бемордан сўраш ёки анамнез (юнонча “anamnesis” эслаш).
- кўриш (inspectio)
- пайпаслаш (palpatio)
- тукуллатиш (percussion)
- эшитиш (auscultation)

Беморнинг ёши ва оилавий шароитига қараб, сизнинг беморни сўраб – суриштиришингиз ўзгаради ва сиз сўраб – суриштиришга ўзгартириш киритишингизга тўғри келади.

Касалларни сўраб – суриштирганда тўғридан тўғри савол беришдан кўра, ёрдамчи саволлар бериш самараси юқоридир. Аммо, сизнинг суҳбатингиз психологик муаммога тегишли бўлса, тўғри очик саволлар ўринли ҳисобланади, чунки ота – оналар бу мавзуда ўзлари гапирмайдилар. Суҳбат сўнгида асосий шикоятларнинг мурожаат қилишнинг ҳақиқий сабаби билан боғлиқлигини билиш шарт. Беморнинг шикоятлари даволаш учун “кириш билети” бўлиб хизмат қилади, ота – оналар мурожаат қилишнинг асосий сабабини яширадилар, улар буни зарурий деб билмайдилар. Ота – оналар ўз ҳолатларини тўлақонли ёритиб беришлари учун дўстона вазият ҳосил қилишга ҳаракат қилинг. Суҳбатни енгиллаштириш учун мавзуга тўғри келадиган саволлар беринг: “Нарғизада бошқа ўзгаришлар ҳам борми, сиз улар ҳақида менга хабар бермоқчимисиз?”, “Сиз бу ердан чиққанингиздан сўнг қандай ёрдам олишни истардингиз?”, “Нарғиза ҳақида мен сизга яна нималарни тушинтиришимни хоҳлайсиз?”, “Балки сиз мен билан бошқа болалар ёки турмуш ўртоғингиз ҳақида гаплашмоқчидирсиз?”.

Конфиденциаллик (махфийлик) “сир сақлаш” эмас, балки ўзаро бир – бирини ҳурмат қилишга асосланган. Катталар билан суҳбатлашгандаги баъзи усуллар, ўсмир бола билан мулоқотда бўлганда мос келмайди. Ўсмирларни сўраб суриштирганда, фикрлаш доираси шакланмаганлигини ҳисобга олиб, рефлексияни (фикр юритиш) ишлатиш керак

эмас, чунки у аниқ фикрлаш кўникмаларини талаб қилади. Сухбат вақтида жим туриб беморни тинглаш тактикасини қўллаш тўғри эмас, чунки ўсмирларда ўзига нисбатан етарли ишонч ҳали бўлмайди.

Конфронтация (қарама – қарши қўйиш) ўсмирларда безовталиқни чақириши ва гапирмасликка олиб келиши мумкин; шунингдек, ўсмирнинг ҳис – туйғуларига тегишли саволларга у жавоб беришни истамайди.

Бу огоҳлантиришлар сизни ўсмирлар билан гаплашишдан чўчитмаслиги керак. Кўп ҳолларда дўстона муҳитни пайдо қилиш ўсмир билан гаплашишга қулайлик яратади. Агар ўзингизни табиий тутсангиз сиз катта ютуққа эришасиз.

Олинган маълумотларни ёзиш. Барча маълумотларни тўлиқ эсда тутиш қийин, шунинг учун ўзингизга белгилаб олинг. Кўпгина беморлар хабар қилинган маълумотларни ёзиб олинишига тинч қарайдилар, лекин баъзиларида ишончсизлик туғилади. Бу ҳолларда безовталиқ сабабини аниқланг ва ёзиб олиш сизга аниқ маълумот учун муҳим эканлигини тушунтиринг. Вақти келиб, сиз олинган маълумотларни кўп қисмини, ёзишингиз мумкин (анамнез, кўрик вақтида беморни ҳолати, оилавий анамнез, орган ва тизимлар ҳолатини ёзиш) бемор билан суҳбатлашганда яна қўшимча кўринишида ёзиш мумкин. Маълумотларнинг ёзилиши сизнинг диққатингизни бемордан чалғитмаслиги керак. Касаллик ҳарактерини аниқлаб, психосоциал анамнез ва касаллик тарихининг бошқа мураккаб қисмларини аниқлаб, ҳаммасини қўшимча кўринишда ёзишга ҳаракат қилманг, фақатгина қисқача маълумотларни ёзиб олинг.

Агар суҳбат қалтис саволларга тегишли бўлса, ёзишни тўхтатганингиз маъқул. Катталар билан болалар касаллик тарихи ўртасида фарқ бўлади, бундан ташқари алоҳида хусусиятлари мавжуд бўлади: анамнез ва кўрик вақтида боланинг ҳолати, эрта ёшдаги болаларда ва ўсмирларда ўзига хос биологик ёши ва ривожланиш даражалари тегишлидир. Касаллик тарихи худди катталарникидек расмийлаштирилади, фақат куйида кўрсатилган баъзи бир қўшимчалари билан тўлдирилади.

Анкета маълумотлари. Туғилган санаси ва жойи, қисқартирилган исми, айниқса 2 ёшдан 10 ёшгача болаларда; ота - онасининг исми, шарифи, нима билан шуғулланиши ва уларни иш вақтида қаердан топса бўлади?

Асосий шикоятлари. Аниқланг, симптомлар беморни ўзиними ёки ота – онасини безовта қиляптими? Баъзида бола ҳақидаги хавотирлик учинчи шахс, масалан ўқитувчиси томонидан билдирилиши мумкин.

Ҳозирги касаллик тарихи. Кўрсатинг, болани касаллик симптомларига оила аъзолари қандай муносабат билдиришади, улар бу ҳақда нимани ўйлайди ва болада қандайдир ижобий ўзгариш бўлганми?

Анамнез (юнончадан, *anamnesis* – эслаб қолиш) – беморни ёки уни биладиган шахсни сўраб – суриштирганда бемор ва унинг касаллик тарихи тўғрисидаги маълумотлар йиғиндиси. Анамнез йиғишда 2та асосий йўналиш қайд этилади: касаллик анамнези (*anamnesis morbi*) ва беморнинг ҳаёт анамнези (*anamnesis vitae*).

Касаллик анамнези. Касалликнинг бошланиши ва кечиш характери ҳақидаги маълумотлар тўпламидир. Касаллик анамнезини йиғаётганда шикоятларнинг келиб чиқиши ва унинг вақт ўтиши билан ўзгариши аниқланади, касалликни келтириб чиқарган сабаблар, кўрсатилган даво усуллари (ёки ўзи даволашлар) ёзилади. Қисқа анамнез (бир неча соатда 1 –2 ҳафтагача) – ўткир патологик жараён ҳақида, давомий анамнез эса (ҳафта, ой, йиллар) сурункали касаллик ҳақида гувоҳлик бўлади.

Ҳаёт анамнези. Беморнинг руҳий, жисмоний ва ижтимоий ҳолати ҳақидаги маълумотлар тўпламини ташкил этади. Ҳаёт анамнезининг таркибий қисмлари куйидаги маълумотларни ўз ичига олади: беморнинг болалик ва ўсмирликда жисмоний ва руҳий ривожланиши; ҳозирги яшаш шароити ва овқатланиши, зарарли одатлари, ўтказган касалликлари, жароҳат ёки операциялари, аллергия реакцияларга мойиллиги, ирсийлик, онасининг акушерлик анамнези. Болаларда анамнез (маълум бир ёшгача) уларга қараётган шахсларни сўраб – суриштириш йўли билан йиғилади. Руҳий бузилишлари бўлган

беморларнинг анамнезини тўплашда, субъектив анамнезни (беморнинг ўз касаллиги ҳақидаги тасавури), объектив анамнездан (бу беморни биладиган шахсдан ҳолатни реал баҳолаш) ажратиш лозим.

Катта ёшдаги болалар ҳаёт анамнези

1. Оилада нечанчи бола?
2. Эрта болалик даври қандай ўтган?
3. Уйда ва коллективда ўзини тутиши: ўқувчилар учун – мактабда шуғулланиши, қайси фанларни ёқтиради
4. Ўтказган касалликлари ва хирургик муолажалар.
5. Профилактик эмлашлар
6. Сил синамалари, қачон ўтказилган, натижалари.
7. Юқумли касалликлар билан мулоқотда бўлганми?

Социал ривожланиши. Қуйидаги омилларга эътибор бериш керак:

1. *Уйқуси:* кундузги ва тунги уйқу характери ва давомийлиги, уйқу режими, боланинг ўрни қанақа ва унинг жойлашуви, уйқучанлик, кўрқув ҳисси, алаҳсираш.
2. *Гигиеник қўникмалар:* ёқимлилик, озодаликка ўрганиш усули, энурез ёки энкопрез бор-йўқлиги ва бунга ота-онасининг муносабати, болани касалхонага ётқизганда оилада сийдик ажралиши ва дефекация ажралишини қандай жумлалар билан гапирилади, буни аниқлаш керак.
3. *Нутқи:* гапираолмаяпти; дудуқланади, болаларга хос сўзлашув; сўзлар заҳираси қандай?. Одатлари: кипригини пирпиратиши; бармоғини сўриши; тирноғини сўриши; иштаҳаси йўқлиги; ритуал ҳатти-ҳаракатлар.
4. *Интизоми:* боланинг ҳаракатини ота-онаси томонидан баҳоланиши; интизоми; тарбиялаш усуллари, унинг самарадорлиги, негативизм; ўзини парваришлаш; агрессив тутиши.
5. *Ўргатиши:* болага қараш, болалар боғчасига неча ёшдан борган ва адаптацияси, ота-оналарининг қоникканлиги, ўқишдаги муваффақиятлари ва қийинчиликлари.
6. *Жинсий ривожланиши:* қарама-қарши жинсга муносабати; жинсий муносабатга қизиқиши; ҳомиладорлик; боланинг саволларига ота-онасининг жавоби; онанизм; хайз кўриши; тунги поллюция ҳақида тарбиявий суҳбат; иккиламчи жинсий белгилар, жинсий йўл билан юқадиган, ОИТС ва бошқа касалликлар тўғрисидаги тушунчаси.
7. *Боланинг шахси:* мустақиллик даражаси, ота-онаси билан муносабати; ака-опалари, тенгдошлари билан муносабати; гуруҳда ўзини тутиши; индивидуал фаоллик; яқин ўртоқлари (реал ва тасавуридаги), сифат ва қобилият, ўзи ҳақида тасаввур қилиши.

Оилавий анамнези.

1. Ота-онасининг ёши
2. Ота-онаси ва яқин қариндошларининг соғлиги, ота ва она томонидан аниқланган касалликлар (сил, захм, токсоплазмоз, алкоголизм, руҳий, асаб, эндокрин ва аллергик).
3. Сажара дараҳти ҳолати, уч авлод миқёсида, касал боладан бобосигача ва бувисигача вертикал бўйича, ака ва опалари горизонтал бўйича.
4. Оилада нечта фарзанд, уларнинг соғлиги, агар нобуд бўлган бўлса, сабаби? Олинган маълумотлар генетик картага киритилади.

Оиланинг яшаш шароити

1. Ота-онасининг иш жойи, касби, оила аъзоларининг жами иш ҳақи?
2. Оила қандай шароитда яшайди: умумий майдони, ёруғ, курук, иссиқ ва бошқа, яшаётганлар сони (болалар ва катталар).
3. Болалар муассасига борадими?
4. Болага ким қарайди? Қаровчининг соғлиги қандай?
5. Боланинг алоҳида ётиш жойи борми?
6. Болани тез-тез чўмилтиришадими? Ўйинчоқлари борми?
7. Мавсумий кийими борми?
8. Кун тартибига риоя қиладими? Уйқу ва сайр қилиш давомийлиги.

9. Овқатланиш тартиби, мактабдаги юкламаси, кўшимча юкламалари.

Муаллифлар ҳақида маълумот:

1. **Уроков Шухрат Тухтаевич** - Даволаш факультетига қарашли УАШ ва болалар Жаррохлик кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, доцент.
2. **Мусоев Тохир Яхёевич** - Даволаш факультетига қарашли УАШ Жаррохлик кафедраси, тиббиёт фанлари номзоди, ассистент.
3. **Сафаров Суннатулла Саторович** - Даволаш факультетига қарашли УАШ Жаррохлик кафедраси ассистенти.

Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси, Олий ва Урта МТВнинг ҳамда соғлиқни сақлаш Вазирлигининг қарорлари

№	Қарорлар	Қарорнинг мазмуни
1	Ўзбекистон Республикаси Олий ва қўра махсус таълим вазирлиги ва соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2010 йил 6-август 3/2 ва 19-сон қарорлари	Ўзбекистон Республикаси Олий таълим муассасалари талабаларига академик таътил бериш ҳақидаги низом
2	Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси “Тиббиёт ходимлари малакасини ошириш ва уларни қайта таърирлаш тизимини такомиллаштириш	Шу ҳақидаги “Низом” 2009-йил 18-декабрь 319-сон
3	Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлиги 2009-йил 22-май 160-сонли буйруғи	Ўзбекистон Республикаси Олий таълим муассасалари битирувчиларининг Якуний Давлат аттестацияси тугрисидаги низом
4	Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси 2006-йил 10-февраль 20-сонли қарори	Олий таълим муассасаларига педагог ходимларни танлов асосида ишга қабул қилиш тартиби
5	Ўзбекистон Вазирлар Маҳкамаси Давлат тест маркази Олий ва урта таълим Вазирлиги Халқ таълими Вазирлиги 2008-йил 12-июн 01.193.173 25-сон қарор билан тасдиқланган.	Ўзбекистон Республикаси таълим муассасаларини аттестациядан утқизиш мезонлари ва технологиялари буйича йуриқнома
6	Приказ Министерство Выш. И Ср.го образования Республики Узбекистана	№9-от 9.01.2003 года положение о высшем образовании
7	Ўзбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим Вазирлиги 2010-йил 26-август №1981-1-сонли буйруғи	“Олий таълим муассасаларида талабалар билшимини назорат қилиш ва баҳолашнинг рейтинг тизими тугрисидаги “Низом”га узгартириш ва қўшимчалар

		киритиш хакида
8	Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамаси 21-декабр 2005-йил №276-сонли қарори	Тиббиёт ходимлари меҳнатига ҳақ тулаш туғрисида
9	Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлиги Согликни сақлаш вазирлиги, Кишлоқ ва сув ҳужалиги вазирлиги, Халқ таълим вазирлигининг 2007 йил 9-август № 164,11,3/10,19 сонли қарори билан тасдиқланган.	“Аспирантура(Докторонтура) туғрисидаги низом
10	Узбекистон Республикаси Олий ва Урта махсус таълим Вазирлигининг 29-декабрь 2007- йил 269-сонли буйруғи	Магистратура туғрисидаги Низомларни тасдиқлаш хакида
11	Узбекистон Республикаси Иқтисодиёт вазирлиги, Олий ва урта таълим вазирлиги, Халқ таълими вазирлиги, Меҳнат ва аҳолини ижтимоий муҳофаза қилиш вазирлигининг 2005 йил 08.07даги 58-сон 154-1 сон, 19-сон ва 02/2658-сон қарори билан тасдиқланган.	Кадрлар Давлат грантлари асосида мақсадли тайёрлаш тартиби туғрисидаги Низом
12	Узбекистон Республикаси Молия вазирлиги, Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлиги 2006 йил 12-сентябрь №80-211 қарори билан тасдиқланган.	Узбекистон “Қамолот” ёшлар ижтимоий- ҳаракати томонидан Узбекистон Республикаси қуроли қучлари сафида муддатли ҳарбий хизматни утаган ва тулов-контракт шакли бўйича Олий таълим муассасаларига талабаларни моддий қўллаб-қувватлаш қоидалари
13	Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамаси қарори 18.06.2010 №118	Олий таълим муассасаларига қабул қилиш, талабалар ўқишини қучириш, қайта тиклаш ва ўқишдан четлаштириш тартиби туғрисидаги Низомларни тасдиқлаш (бакалавриятга, магистратурага қабул қилиш низомларини тасдиқлаш)
14	Узбекистон Республикаси Олий ва Урта махсус таълим Вазирлигининг 1-июль 2010 йил №257-сонли буйруғи	“Олий таълим муассасасининг намунавий ички тартиб қоидалари ва низомни тасдиқлаш туғрисида
15	Жисмоний тарбия ва спорт туғрисидаги Республика қонуни 2000 йил 16-май 1992-йил 14- январ	Жисмоний тарбия ва спорт туғрисида
16	Узбекистон Республикасининг қонуни 2009 йил 16-апрель	“Иш берувчининг фуқаролик жавобгарлигини мажбурий сугурталаш туғрисида

17	Постановлению Кабинет Министров от 13 май 2010 года №91	“Положение”о порядке лицензированной фармацевтической деятельности
18	Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 18-январ 2010 йил №34-сонли	Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамасининг Таълим,согликни саклаш,ижтимоий муҳофаза ахборот тизимлари ва телекоммуникациялар масалалари комплекси мажлисининг 2010-йил 14-январдаги 08-4-3-сонли баёнини ижросини таъминлаш тугрисида
19	Президент фармойиши №ПР-3501 от 2010 28 сентябр	Республика олий укув муассасалари моддий-техника базасини 2011-2015 йилларда ривожлантириш буйича чоратартиблар дастурини тайёрлаш буйича ишчи гуруҳини тузиш тугрисидаги фармойиш
20	Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 12-октябр 2010-йил №385 сонли буйруги	Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамасининг 2010 йил 7-октябрдаги 2010-2020 йилларда номоддий маданий мерос объектларини муҳофаза қилиш,асраш,тарғиб қилиш улардан фойдаланиш Давлат дастури гакида
21	Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 7-октябр 2010-йил №382/1 сонли буйруги	Узбекистон Республикаси Вазирлар Махкамасининг 2010-йил 22 июлдаги Республикада коғозни тежаш ва ундан оқилонга фойдаланишга қушимча чора тадбирлар тугрисидаги 155-сонли қарори ва 30-сентябр 636-ф-сонли фармойиши ижросини таъминлаш
22	Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 8-октябр 2010-йил №434 сонли буйруги	Узбекистон Республикаси Конституцияси қабул қилинган кун-8-декабр Умумхалқ байрамига тайёргарлик қуриш ва уни утқизиш тугрисидаги Узбекистон Республикаси П.Ф.-3519 сонли
23	Узбекистон Республикаси Олий ва урта махсус таълим вазирлигининг 12-ноябрь 2010 йил 437-сонли буйруги	“Олий таълим муассасаларида 2010-2011 йил куз-қиш мавсумига тайёргарлик қуриш ҳолати ҳамда ҳудудларни ободонлаштириш ишларининг бориши тугрисида